



Incontinencia de orina

A)

INTRODUCCIÓN

La incontinencia de orina es un problema frecuente en los adultos mayores. Se ha estimado que su prevalencia es del 15% en la población ambulatoria y autónoma mayor de 65 años y llega al 50% entre los pacientes mayores institucionalizados. A pesar de su alta prevalencia, este problema es subdiagnosticado y subtratado. Esto es así porque los pacientes y, a veces, los médicos, tienden a aceptar a la incontinencia de orina como un cambio esperable que normalmente acompaña al envejecimiento.

En los adultos mayores, la incontinencia de orina es un proceso patológico. Los cambios que normalmente se asocian con el envejecimiento pueden predisponer a ella pero de ningún modo la justifican.

La incontinencia de orina es un trastorno que provoca vergüenza, produce múltiples consecuencias (físicas, psíquicas y económicas) y es una causa frecuente de institucionalización de los adultos mayores.

Existen herramientas sencillas que permiten detectar y tratar exitosamente este problema en un gran número de los casos.

El médico que atiende adultos mayores debe conocer las implicancias de la incontinencia de orina y estar entrenado para detectarla en sus pacientes. De ese modo, podrá ofrecerles las diferentes opciones terapéuticas disponibles, evitar las consecuencias de este problema y mejorar su calidad de vida.

B)

OBJETIVOS

- 1) Jerarquizar la incontinencia de orina como problema prevalente en la población anciana.
- 2) Utilizar pautas de diagnóstico y tratamiento basadas en la mejor evidencia disponible.
- 3) Evaluar y tratar a los pacientes con este problema.

C)

CONTENIDOS

- 1) Generalidades
- 2) Abordaje diagnóstico del paciente con incontinencia de orina
- 3) Tratamiento de la incontinencia de orina

Definición del problema

La incontinencia de orina (IO) es la pérdida involuntaria y objetivable de orina a través de la uretra, lo suficientemente severa como para provocar consecuencias higiénicas y sociales. Por convención, se define como incontinente a todo paciente que ha tenido dos o más episodios de incontinencia en el último mes o tres o más episodios en el último año.

La pérdida debe ser involuntaria y por la uretra (las fistulas perineales no se consideran causa de IO).

La IO repercute sobre la calidad de vida individual y de relación de las personas que la padecen.

La IO se asocia con un mayor número de infecciones urinarias, úlceras por presión, irritación de la piel, escaras, caídas y, subsecuentemente, fracturas. Desde el punto de vista anímico, las consecuencias son muy relevantes. Múltiples actividades de la vida cotidiana, como trabajar, participar en encuentros sociales, salir de compras o practicar deportes, pueden verse afectadas por la IO. Estas limitaciones afectan la vida de relación de los pacientes y de sus familias, y pueden conducir a situaciones de ansiedad, angustia, depresión, dependencia, confusión y aislamiento. Habitualmente, los pacientes tienden a ocultar el problema y a organizar su vida alrededor de él. Los motivos de tales conductas son la vergüenza a ser considerados sucios, el miedo a no poder manejarse independientemente, el sentir que pueden ser reprimidos por sus familiares o discriminados por el médico y el temor a ser internados si generan problemas. Algunos pacientes sienten desesperanza e impotencia, y terminan resignándose al problema con la creencia de que nada puede hacerse.

La IO también produce consecuencias económicas que incluyen gastos en medicación, cuidados especiales, pañales descartables, etc. El costo que la IO genera repercute no solo a nivel individual sino también familiar y social. Con el envejecimiento de la población en los países desarrollados o en vías de desarrollo, el gasto de los sistemas de salud en problemas generados por la IO se cuadruplicaron en relación con la década anterior.

La IO tiene consecuencias físicas, psíquicas y económicas para quienes la padecen.

Epidemiología

Como hemos mencionado, la prevalencia de IO en la población ambulatoria y autónoma mayor de 65 años es del 15%, con predominio femenino. Si analizamos la prevalencia de este problema en poblaciones mayores particulares, como las de los pacientes internados por un problema agudo, los institucionalizados o los dementes, los valores aumentan en forma progresiva (al 33%, al 50% y al 90%, respectivamente).

Un estudio de prevalencia de incontinencia de orina en población ambulatoria mayor de 65 años, realizado en la Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires, en 1997, halló una prevalencia del 16% en las mujeres y del 2% en los varones. Si consideramos que en la Argentina en 2009 hay aproximadamente 40 millones de habitantes y que el 9% es mayor de 65 años, extrapolando nuestra prevalencia (similar a la publicada en la literatura internacional), existirían 648.000 personas con incontinencia urinaria en la República Argentina.

Para tener idea del impacto económico que implica la IO en el área de salud basta una cifra: en 1987, en los Estados Unidos se gastaron más de 10 mil millones de dólares para atender a los pacientes con este problema. Esta cifra excede el gasto generado por los procedimientos de diálisis y de revascularización coronaria considerados juntos. A pesar de la magnitud de estas cifras, la IO es un problema poco tenido en cuenta en la atención de los adultos mayores. Habitualmente, por vergüenza o por resignación, los pacientes no consultan y los médicos, tal vez por pudor o desconocimiento, tampoco interrogamos sobre ella. Una muestra de esta situación es un estudio realizado en Gran Bretaña que halló que el personal de salud conocía la existencia de este problema en solo el 2.5% de sus pacientes mujeres y en el 1.3% de sus pacientes varones. En el estudio mencionado previamente, realizado en el Hospital Italiano de Buenos Aires, solo el 7% de los pacientes refirió que sus médicos de cabecera conocían el problema que los aquejaba (del 18% total de pacientes con IO).

La IO es una entidad frecuente en la población mayor ambulatoria; sin embargo, a pesar de su elevada prevalencia, suele ser subdiagnosticada y subtratada. No existe evidencia suficiente que avale el rastreo rutinario en todos los pacientes, sin embargo, realizar un interrogatorio explícito sobre este problema podría formar parte de la evaluación funcional de los pacientes adultos mayores, ya que cuando existe el problema suele traer consecuencias significativas y, a la vez, existen múltiples tratamientos disponibles efectivos.

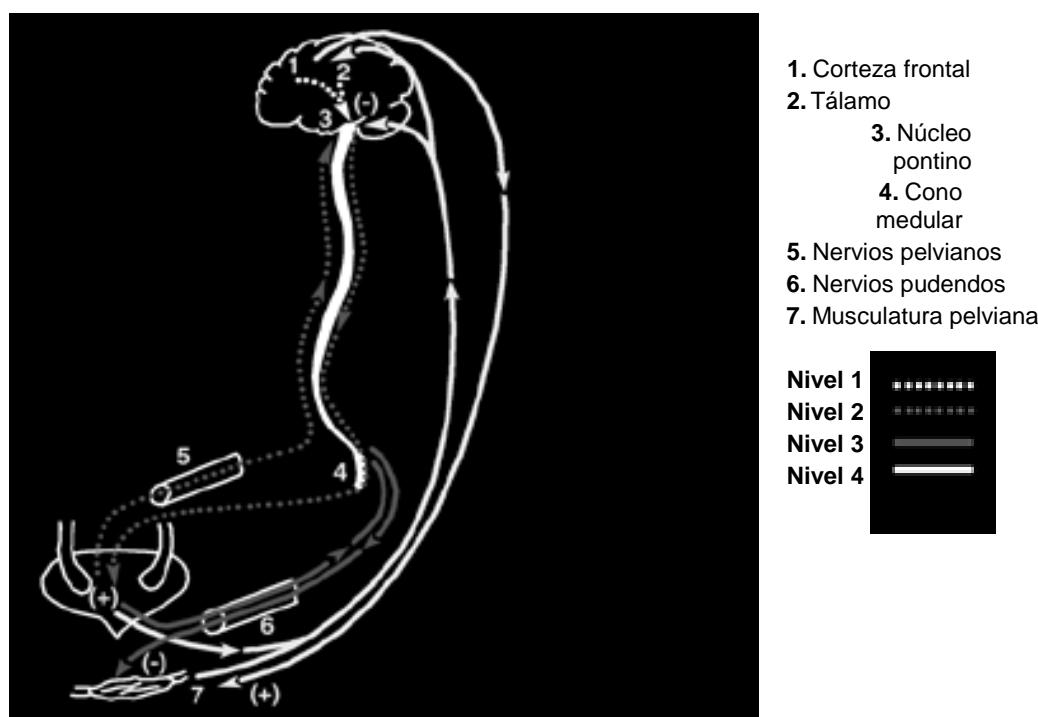
Para entender cómo se produce la IO en los adultos mayores es importante repasar ciertos aspectos básicos de la anatomía y la fisiología de la micción y conocer los fenómenos que normalmente ocurren con el envejecimiento.

Fisiología de la micción y la continencia

De una manera didáctica, podría decirse que en la micción y la continencia de la orina participan tres estructuras definidas: **1) El músculo detrusor**, que actúa como un recipiente muscular contráctil; **2) El esfínter interno**, formado por músculo liso y localizado en la uretra proximal; y **3) El esfínter externo**, formado por músculo estriado y de localización periuretral. Este esfínter permite interrumpir voluntariamente la micción. Estas estructuras se encuentran bajo un delicado control del sistema nervioso autónomo y el sistema nervioso central (ver la figura 1).

Figura 1.

Control vesical



Para controlar la micción, las interacciones del sistema nervioso se organizan en cuatro niveles: el primero y el segundo controlan la inervación del detrusor, mientras que el tercero y el cuarto modulan la inervación periuretral y del músculo estriado del esfínter uretral. Como puede observarse en la figura 1, el **nivel 1** está formado por axones descendentes, que conectan la corteza del lóbulo frontal y del tálamo, con el núcleo del detrusor en el tronco cerebral (núcleo pontino). Este nivel tiene un efecto inhibitorio sobre el núcleo del detrusor en el tronco, localizado entre el puente y el cerebelo (normalmente, el detrusor se contrae al recibir el estímulo proveniente del núcleo del tronco. Mientras el nivel 1 ejerce su efecto inhibitorio sobre este núcleo, el detrusor permanece relajado; cuando el efecto inhibitorio desaparece voluntariamente, el núcleo queda liberado y estimula al detrusor para que este se contraiga).

El **nivel 2** está formado por axones sensitivos que van desde la vejiga hacia la espina sacra, a través de los nervios pelvianos. Desde la médula sacra, los axones ascienden sin sinapsis hasta el núcleo pontino del detrusor. Esta vía informa al núcleo pontino que el detrusor ha iniciado una contracción refleja. Los impulsos generados en este núcleo descienden hasta el núcleo motor del detrusor localizado en el cono medular. Las neuronas motoras del cono medular envían axones hacia las raíces S2, S3 y S4 con sinapsis en el ganglio periférico pelviano (plexo hipogástrico), desde el cual los axones posganglionares estimulan aún más la contracción del detrusor, reforzando la contracción que se había iniciado en forma refleja. Este nivel forma el arco reflejo primario de la inervación del detrusor.

El **nivel 3** está constituido por fibras propioceptivas originadas en el detrusor. Viajan a través de los nervios pudendos y sus núcleos en el cono medular. Estos impulsos sensoriales inhiben los impulsos motores tónicos, que normalmente mantienen el tono de la musculatura del piso pelviano. El efecto neto de este nivel es producir la relajación pasiva de los músculos del piso pelviano durante el llenado vesical.

El **nivel 4** está formado por las aferencias del huso neuromuscular del músculo estriado del esfínter uretral, el esfínter anal y la musculatura del piso pelviano. Estas aferencias pasan a través de los cordones posteriores de la médula espinal para terminar en el cerebelo, el tálamo y la corteza cerebral sensoriomotora del lóbulo frontal. La respuesta baja por el haz corticoespinal hasta las neuronas motoras localizadas en los núcleos pudendos. Este nivel facilita el control voluntario de la micción.

Los ganglios pelvianos reciben impulsos motores de la espina lumbosacra y envían fibras posganglionares para inervar al detrusor. Los ganglios pelvianos responden individualmente a las inervaciones simpática y parasimpática. Generalmente, la estimulación simpática inhibe los impulsos parasimpáticos y viceversa. El efecto neto de la interacción de los núcleos del sistema nervioso con los ganglios pelvianos es comunicar el estado de llenado vesical al cerebro. Cuando se alcanza el estado máximo de distensión vesical, ocurre la contracción del detrusor (facilitado por el nivel 2) y el vaciado vesical. Esta respuesta refleja puede inhibirse voluntariamente por el efecto del control cortical superior sobre los núcleos inferiores (nivel 1). Cuando la persona encuentra un lugar y tiempo adecuados para orinar, se interrumpe la inhibición del sistema nervioso central (SNC) y las contracciones (estimuladas desde el nivel 2) inician el vaciado vesical (nivel 4). A estas contracciones se les suma el efecto del aumento de la presión intrabdominal, a través de las contracciones de los músculos del piso pelviano. Finalmente, este circuito se sincroniza con la relajación del tracto de salida vesical y del esfínter uretral (niveles 3 y 4).

La localización de los neuroreceptores autonómicos ha permitido avanzar en la comprensión de la compleja organización del tracto urinario inferior. Los receptores simpáticos alfa adrenérgicos predominan en el cono de salida vesical y a lo largo de la uretra, y son los responsables del mantenimiento de la continencia por aumento del tono uretral. Los receptores simpáticos beta adrenérgicos están ubicados principalmente en el cuerpo y la cúpula vesical. La estimulación de estos receptores permite la relajación del detrusor y el llenado de la vejiga. Es decir, los impulsos simpáticos favorecen el llenado vesical ya que relajan la vejiga y contraen el esfínter uretral y del cuello vesical.

La mayoría de los receptores parasimpáticos (colinérgicos) se hallan en la vejiga, pero también están localizados en el cono de salida vesical y a lo largo de la uretra. La estimulación de estos receptores causa contracción del detrusor y, como consecuencia, el inicio de la micción.

La continencia y la micción se producen como consecuencia de un delicado mecanismo en el que participa el sistema nervioso autónomo. El estímulo simpático favorece el llenado vesical, ya que relaja la vejiga y contrae el esfínter uretral y el cuello vesical. El estímulo parasimpático favorece el vaciado vesical por contracción del detrusor e inhibición simultánea de la actividad simpática. Este sistema de acción refleja se encuentra bajo el control cortical voluntario.

Cambios del sistema genitourinario normalmente asociados con el envejecimiento

Durante el envejecimiento normal se producen ciertos cambios en el tracto urinario inferior que, sumados a la disminución de la movilidad del anciano, predisponen (pero no determinan) la aparición de IO.

Estos cambios son: **1)** Disminuyen la capacidad vesical y la capacidad de posponer el vaciado; **2)** Disminuye la presión máxima de cierre del esfínter uretral externo en las mujeres; **3)** Aumenta el residuo posmictacional (pasa de 25 ml en los jóvenes a 100 ml en los adultos mayores); **4)** La sensación de vejiga llena aparece recién a los 500 ó 600 ml (en los jóvenes, aparece a los 400 ml); **5)** Cambia el patrón de frecuencia miccional, eliminándose más líquido por la noche; y **6)** Aumentan las contracciones del detrusor. En los adultos mayores más viejos (mayores de 75 años), disminuye el tamaño del cerebro (atrofia) como parte del envejecimiento normal. Los núcleos del tronco encargados de inhibir las contracciones del detrusor pierden fuerza y, al debilitarse la inhibición, las contracciones son más fuertes y seguidas, lo que hace que la urgencia para orinar aparezca súbitamente.

Normalmente, con el envejecimiento, se producen cambios que hacen que los adultos mayores estén más predispuestos a la IO, pero esto no significa que este problema esté justificado ni que el médico deba tomarlo como un síntoma normal para el que no hay nada por hacer.

Clasificación de la incontinencia de orina

Una manera práctica de clasificar la IO es diferenciar la permanente y la transitoria. Generalmente, las causas de IO transitoria son agudas y reversibles. Por el contrario, las causas de IO permanente son más difíciles de solucionar y se instalan crónicamente.

a) Incontinencia de orina transitoria

Se denomina incontinencia transitoria a todo episodio de IO ocurrido en los últimos seis meses previos a la consulta, en forma aguda y con respuesta a los tratamientos impuestos (esto se confirma retrospectivamente).

Las causas más frecuentes de **IO transitoria** en los adultos mayores son la infección urinaria, el síndrome urogenital, el uso de fármacos que interfieren con los mecanismos de la micción y/o la continencia, los desórdenes psicológicos o confusionales, la poliuria (secundaria a hiperglucemia, hipercalcemia, sobrecarga de volumen, etc.), la impactación fecal y cualquier situación que dificulte la movilidad del anciano e impida que llegue a tiempo a un baño.

En la posmenopausia, el déficit de estrógenos produce atrofia de la mucosa: el epitelio adelgaza y contiene menos glucógeno, lo que contribuye a una menor producción de ácido láctico y a un aumento del PH vaginal. Esto genera un sobrecrecimiento de bacterias coliformes y desaparición de los lactobacilos de la flora normal. Como expresión de estos cambios, en las mujeres con atrofia importante, aparecen síntomas como sequedad vaginal, ardor poscoital, dispareunia y, a veces, sangrado leve, flujo molesto y/o incontinencia de orina. A esto se le llama **síndrome urogenital**. Este síndrome puede causar síntomas permanentes o intermitentes, de esfuerzo o de urgencia. Nos referiremos a él más adelante.

La **infección urinaria** produce IO como consecuencia de la irritación del tracto urinario tanto en hombres como en mujeres.

El **bolo fecal** produce IO por aumento de las contracciones del detrusor por estimulación e irritación de los haces ascendentes medulares. Los **desórdenes psiquiátricos** importantes, como la depresión en su forma inhibida que produce un desinterés total por alcanzar el baño o los estados confusionales que inhiben la corteza frontal por problemas neurológicos (accidente cerebrovascular, demencia) o por trastornos metabólicos, también pueden producir IO transitoria. Finalmente, muchas **drogas** de uso frecuente pueden interferir en la micción o en la continencia en los adultos mayores y ser causa de IO. Las presentamos en el cuadro 1.

Cuadro 1.

Drogas que pueden afectar la micción

Droga	Sitio de acción	Mecanismo	Consecuencia
Agonistas alfa adrenérgicos	Uretra prostática	Aumentan la presión de cierre uretral	Retención urinaria
Antagonistas alfa	Uretra femenina	Disminuyen la presión de cierre uretral	IO ante los esfuerzos
Anticolinérgicos	Detrusor	Disminuyen la contractilidad vesical	Retención urinaria
Bloqueantes cárnicos	Detrusor	Disminuyen la contractilidad vesical	Retención urinaria
Diuréticos	Riñones	Aumentan el volumen urinario	IO por aumento de la diuresis
Benzodiacepinas	Sistema nervioso central	Provocan sedación e inmovilidad	IO por falta de registro y/o dificultad en el traslado
Alcohol	Sistema nervioso central	Produce sedación	IO por falta de registro y/o dificultad en el traslado
	Riñones	Aumenta el volumen urinario	IO por aumento de la

b) Incontinencia de orina permanente

Podemos definir como IO permanente a aquella pérdida de orina que dura más de seis meses y que no se cura definitivamente con el tratamiento impuesto.

Se describen 5 tipos de IO permanente: 1) IO de urgencia, 2) IO de esfuerzo, 3) IO por rebosamiento, 4) IO funcional, y 5) IO mixta.

1) **Incontinencia de orina de urgencia (IOU):** se produce por un aumento en la frecuencia y en la intensidad de las contracciones del detrusor. La causa más frecuente de esto es la pérdida de la inhibición que el SNC ejerce sobre el músculo detrusor. Como se ha mencionado previamente, la contracción y la relajación del detrusor son reguladas a través de los núcleos pontinos que se encuentran inhibidos por la corteza frontal. Esta inhibición disminuye y, en algunos casos, se pierde, con el envejecimiento o debido a patologías neurológicas (como los accidentes cerebrovasculares, las demencias, la enfermedad de Parkinson, etcétera). Debido a esto, el detrusor también pierde la inhibición a la que estaba sometido y tiende a contraerse en forma autónoma, lo que produce aumentos súbitos de la presión intravesical y, como consecuencia, IO. Es importante recordar que ciertas drogas que actúan a nivel central, como las benzodiacepinas, los antihistamínicos y los neurolépticos, también pueden generar IOU por este mismo mecanismo (reducen el efecto inhibitorio cortical sobre los núcleos pontinos).

2) Otras causas de aumento de las contracciones del músculo detrusor son la irritación local de la vejiga debida a cálculos, cáncer o infecciones, y la distensión excesiva de la vejiga, como producto de fármacos (diuréticos) o situaciones (glucosuria) que aumentan el volumen urinario.

Existe una entidad denominada vejiga hiperactiva que se caracteriza porque el detrusor se contrae mucho y muy seguido, generando sensación de urgencia miccional. Si bien es frecuente en pacientes con obstrucción al tracto urinario de salida (por ejemplo, por hipertrofia de próstata), en los que la vejiga lucha aumentando las contracciones para poder superar el obstáculo, también puede presentarse sin obstrucción o causa aparente, así como formando parte del síndrome urogenital por disminución de estrógenos locales en las mujeres. La presencia de vejiga hiperactiva, por sí sola, no es causa de IO, pero pueden combinarse, habitualmente con IO de urgencia.

El aumento en la frecuencia y en la intensidad de las contracciones del detrusor debido a la pérdida de la inhibición superior (por enfermedades, drogas o envejecimiento) o a la irritación local del músculo (por infecciones, cálculos, volumen urinario excesivo, etc.) conducen a la IOU.

La IOU constituye entre el 50 y el 75 % de las causas de IO en mujeres y varones mayores de 75 años.

Los pacientes con IOU se caracterizan porque no pueden llegar a tiempo al baño, ya que la aparición del deseo de orinar es súbita. La urgencia por orinar es su síntoma característico. Las pérdidas se producen tanto de día como de noche, y el volumen de orina perdida en cada episodio es de moderado a importante. En estos pacientes, el residuo posmictacional luego del vaciado vesical es pequeño.

3) **Incontinencia de orina de esfuerzo (IOE):** lleva este nombre porque se desencadena ante situaciones que aumentan la presión intrabdominal. Se produce por múltiples factores que interactúan. Entre estos factores se encuentran la atrofia del epitelio de la uretra y del trígono vesical debido a la disminución de la concentración de estrógenos que produce la menopausia, y la pérdida del tono muscular pélvano característico de la vejez (producido por la caída de estrógenos y la atrofia muscular por sarcopenia). Los cambios anátomicos secundarios a la multiparidad y, en algunos casos, la presencia de prolapsos también predisponen a deteriorar el tono muscular en el piso de la pelvis. Estos factores conducen al desarrollo de una mayor laxitud de los músculos que forman el diafragma urogenital, lo que puede facilitar la herniación de la uretra y la pérdida de la capacidad para lograr una adecuada continencia ante el aumento de presión intrabdominal. Es decir, normalmente la uretra tiene una localización intrabdominal. Esto hace que ante ciertas maniobras como toser o estornudar, se produzca un aumento de la presión intrabdominal que se transmite simultáneamente a la vejiga y a la uretra. Como ambas soportan igual aumento de presión, la orina no se escapa. Ahora bien, cuando se produce la herniación de la uretra, el aumento de presión se transmite solamente a la vejiga (y no a la uretra, que ahora está en una posición extrabdominal). Esta diferencia de presiones (mayor en la vejiga y menor en la uretra) hace que la orina se escape fácilmente. Los pacientes que tienen prolapsos vesicales (cistocele) tienen de por sí la uretra ubicada por debajo del piso pélvano y, como consecuencia, IOE, aunque las dos situaciones pueden darse aisladamente; o, a veces el prolapsos oculta una IO subyacente debido a la distorsión que produce en la anatomía de la uretra. La presencia de vaginitis atrófica con irritación y colonización bacteriana de la zona meatal genera disuria y empeora los síntomas de la IOE.

La IOE es producto de una combinación de factores que conduce a una mayor laxitud de los músculos que forman el diafragma urogenital y a la herniación de la uretra. Esta última adquiere una posición extrabdominal y, durante las maniobras de Valsalva, su presión de cierre es sobre pasada por la presión vesical, lo que desencadena la IO.

La IOE es más frecuente en las mujeres y constituye la primera causa de IO en ellas hasta los 75 años. Luego de esta edad, la causa es mixta (IOE más IOU).

Característicamente, las pacientes con IOE tienen incontinencia al toser, estornudar, reírse o realizar maniobras de Valsalva, y no tienen pérdidas durante la noche, cuando están acostadas. Según el grado de laxitud, inicialmente las pérdidas se producen ante pequeños esfuerzos y en pequeños volúmenes pero, a medida que el deterioro progresiva, las pérdidas son más notorias. Dado que este tipo de incontinencia no tiene alterada la evacuación de la orina, el residuo posmicticional medido por ecografía es pequeño.

4) Incontinencia de orina por rebosamiento (IOREBO): se produce cuando la presión intravesical supera los mecanismos de contención esfintereanos. La IOREBO puede presentarse **con o sin atonía vesical**. En el primer caso, la contracción de la vejiga está conservada pero existe una obstrucción a nivel del tracto de la salida de la orina; en el segundo caso, la vejiga no se contrae y la orina se acumula en su interior. Como consecuencia de cualquiera de estos mecanismos, el gran volumen de orina acumulado en el interior de la vejiga genera presión contra el esfínter y termina saliendo por rebosamiento.

La causa más común de IOREBO es la hiperplasia prostática benigna (HPB). En esos casos, la próstata hipertrofiada reduce el calibre uretral y obstruye el tracto de salida vesical. En estos pacientes, la contracción de la vejiga está inicialmente conservada. Es importante destacar que si bien la HPB es una entidad prevalente, es raro que produzca IOREBO. Otras causas menos frecuentes de IOREBO son la neuropatía diabética o alcohólica, y los accidentes cerebrovasculares y las lesiones medulares que conducen a IOREBO por atonía vesical.

La IOREBO se produce cuando la presión intravesical supera los mecanismos de contención esfintereanos. Este tipo de IO puede presentarse sin atonía vesical (HPB) o con ella (en enfermedades que afectan la inervación del detrusor).

La IOREBO es la causa menos prevalente de IO. Es más común en los varones mayores de 65 años, en quienes llega a ser la segunda causa de IO (luego de la IOU).

Los pacientes con este tipo de IO tienen pérdidas constantes de pequeñas cantidades de orina. Al inicio, pueden referir dolor o molestias hipogástricas. Muchas veces la IOREBO puede confundirse con IOE, dado que la pérdida de orina se incrementa cuando aumenta la presión intrabdominal. En estos pacientes, el residuo posmicticional está aumentado. Cuando la alteración es severa y no se resuelve, puede conducir al desarrollo de hidronefrosis y posterior insuficiencia renal obstructiva.

5) Incontinencia de orina funcional: este tipo de IO se produce como consecuencia de la incapacidad del paciente de llegar a tiempo a un baño para orinar. Se denomina así a la IO que está determinada por trastornos en la movilidad y los trastornos secundarios a diferentes patologías, como accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, trastornos de la marcha o por situaciones sociales o familiares que hacen que el paciente no cuente con ayuda para trasladarse o utilizar dispositivos apropiados cuando desea orinar. Este tipo de IO depende de terceros para solucionarse.

6) Incontinencia de orina mixta: es aquella en la que se combinan dos tipos de IO. Es muy frecuente encontrar pacientes mujeres con IOU asociada a IOE o varones con IOU asociada a IOREBO.

La prevalencia de los distintos tipos de IO permanente varía según la edad y el sexo de los pacientes, aunque por lo general las causas son mixtas. En las mujeres, es más frecuente hallar IOE, mientras que en los hombres es más común la IOU y, luego, la IOREBO.

Síndrome urogenital

Se refiere a **un conjunto de cambios que se producen en el aparato genital y urinario de la mujer durante el climaterio**. Comprende las variaciones que sufren la vagina, la vulva y la vejiga, por el descenso hormonal propio de esta etapa. No todas las mujeres van a experimentar este síndrome y las que lo presentan pueden hacerlo con diferente intensidad o con mayor preponderancia de algunos síntomas sobre otros. La urgencia miccional es uno de los síntomas más frecuente además de la dispareunia.

Además, pueden presentar:

- Sensación de ardor, irritación y picazón en la zona genital interna.
- Sequedad y falta de lubricación durante el acto sexual.
- Dolor durante las relaciones sexuales o dispareunia.
- Infecciones urinarias frecuentes
- Urgencia miccional (o necesidad imperiosa de orinar)
- Aumento de la frecuencia miccional
- Dolor con la emisión de la orina.

Actualmente, el tratamiento con estrógenos locales son parte del tratamiento inicial para la incontinencia en las mujeres mayores independientemente de que la mujer presente o no otros síntomas del síndrome genitourinario.

2

ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE INCONTINENTE

En la actualidad, no existe una recomendación formal de rastrear la IO en los adultos mayores. No obstante, dados la alta prevalencia y los beneficios de su tratamiento, varios paneles de expertos recomiendan interrogar a los mayores de 65 años sobre este problema, por lo menos alguna vez.

Más allá de esto, el médico general debe sospechar e indagar acerca de este problema en los pacientes que tienen alguna patología relacionada con la incontinencia de esfínteres o antecedentes quirúrgicos u obstétricos relacionados con la IO, en los pacientes que usan medicaciones que favorecen la pérdida urinaria o en todos aquellos que presentan algún síntoma marcador en su examen, por ejemplo olor desagradable, ropa húmeda, etcétera.

La mayoría de las causas de IO se diagnostican mediante el interrogatorio y el examen físico.

El **interrogatorio** de la IO es técnicamente sencillo pero requiere de cautela y cuidado. Puede ocurrir que a los pacientes les cueste hablar sobre este problema porque les provoca sentimientos desagradables como miedo, desconcierto, vergüenza, culpa, enojo, frustración, desesperanza, impotencia y/o negación. Estos sentimientos pueden interferir o dificultar el diagnóstico y el manejo terapéutico del problema. Además de la vergüenza y la resignación del paciente, una de las principales dificultades en el momento de abordar este problema son los temores propios de los médicos: no preguntamos sobre IO porque tenemos pudor de hablar de ello con alguien que podría ser nuestra abuela o nuestro padre, lo subvaloramos como problema de salud, y sobre todo, con frecuencia no sabemos cómo encarar el diagnóstico y el tratamiento y, por lo tanto, adoptamos una actitud como si fuera mejor no enterarnos acerca de su existencia. La situación es más dificultosa aun cuando un tercero denuncia el problema. Si bien esto puede ser favorable y facilitar el diagnóstico (si el paciente no tiene sus facultades mentales intactas porque es demente, por ejemplo), a veces los hijos o cuidadores lo hacen porque están sobrepasados por la situación de tener que higienizar continuamente al paciente, están enojados y no reparan en que avergüenzan al anciano, que se ve sorprendido frente a una denuncia sobre su intimidad ante un extraño como el médico.

Este tipo de situaciones suele producir angustia y vergüenza y llevan al paciente a negar enfáticamente lo dicho. Aun así, dado que la IO puede generar severos trastornos a nivel familiar, es importante considerar la inclusión de algún familiar o cuidador del paciente en alguna consulta posterior, o en la primera si el paciente es demente.

Un consejo a la hora de encarar este problema es tener una adecuada relación médico-paciente, generar una consulta que garantice la intimidad del anciano y adoptar una actitud seria en la manera de preguntar. A pesar de los temores o preocupaciones del médico sobre el modo como reaccionará el paciente al ser interrogado, lo más habitual es encontrarse con respuestas de alivio y de agradecimiento y no con reacciones de enojo. Es frecuente que el paciente quiera solucionar la IO y por ello supera sus barreras emocionales y accede a abordar el problema. Por otro lado, nuestra propia evolución y preparación sobre el tema harán que los pacientes afirmen su confianza y puedan contemplar el problema para poder acceder a su solución.

A la hora de interrogar a un anciano incontinente, conviene recordar que a muchos pacientes les cuesta contar lo que les ocurre, por lo tanto, es importante interrogarlos en forma empática y clara, asegurando su intimidad.

Al realizar la evaluación, la primera meta es identificar si el problema es transitorio o permanente. Para ello habrá que interrogar detalladamente al anciano acerca del tiempo de evolución de la IO y repasar (y detectar o descartar) causas de IO transitoria. La formulación de preguntas como: ¿Tiene molestias como dolor o ardor al orinar? ¿Orina con frecuencia y en pequeñas cantidades? ¿La cantidad de orina que elimina es mayor que la que eliminaba habitualmente? ¿Ha comenzado a utilizar algún nuevo medicamento últimamente? ¿Tiene dificultades para acceder al baño en su domicilio? ¿Es constipado habitualmente?, permiten detectar causas de IO transitoria como infecciones urinarias, poliuria, fármacos, bolo fecal, etcétera.

También es aconsejable realizar un interrogatorio exhaustivo de los síntomas, características de los episodios y circunstancias que producen o favorecen la IO, así como recabar una historia completa acerca de los fármacos que el paciente está tomando en ese momento. En el caso de las mujeres, debe anotarse el número de embarazos, cuándo fue su menopausia y si tuvo o no cirugías pelvianas, y/o tratamientos locales con radiación. En los varones, es fundamental recabar los antecedentes prostáticos y quirúrgicos. En ambos casos deberá registrarse si hay antecedentes de deterioro cognitivo o síndromes confusionales previos.

Mediante el interrogatorio, el médico debe intentar definir si el paciente tiene IO transitoria o permanente y, en el caso de la primera, cuáles son sus posibles causas.

En los pacientes con IO permanente habrá que definir si esta es de urgencia, de esfuerzo o de rebosamiento. Existen ciertos tipos de preguntas cuya respuesta orienta al médico hacia la causa de la IO: ¿Pierde orina cuando tose, ríe, levanta algo, estornuda o defeca? ¿Moja su ropa o toallas íntimas, sin darse cuenta, porque pierde la orina?; Cuando desea orinar, ¿puede aguantar cinco a diez minutos hasta llegar a un baño? ¿Pierde orina cuando va al baño con extrema urgencia? ¿Con qué frecuencia vacía su vejiga? ¿Cuántas veces se levanta de noche para orinar? ¿Siente que vacía completamente su vejiga cada vez que orina?

Si el paciente tiene necesidad súbita y urgente de orinar, no llega a tiempo al baño y tiene pérdidas de día y de noche, el diagnóstico más probable es el de IO de urgencia. Si el paciente tiene pérdidas de orina al toser, estornudar, reírse o levantar peso, y no tiene pérdidas durante la noche o al estar acostado, lo más probable es que se trate de IO de esfuerzo. Si el paciente tiene pérdidas constantes de pequeñas cantidades de orina y siente que no vacía totalmente su vejiga, lo más probable es que tenga IOREBO.

Un recurso que complementa el interrogatorio y que también puede utilizarse en el seguimiento de los pacientes con IO permanente es la **cartilla de registro**. Esta sirve para cuantificar la IO, observar su patrón horario y objetivar el volumen y la situación en la que ocurrió la pérdida. Además, esta cartilla puede ayudar al paciente a adelantarse y orinar voluntariamente si los horarios de los episodios son regulares, y a objetivar la mejoría una vez instaurado el tratamiento. El médico puede entregársela al paciente, pedirle que la vaya completando a lo largo de los días y la lleve en la siguiente consulta. La presentamos a continuación.

Cartilla de registro

Hora del día	Síntomas de urgencia	Síntomas de esfuerzo	Volumen del	Actividad que desarrollaba	Comentarios

Luego del interrogatorio, el paso siguiente es examinar al paciente. En la evaluación general debe verificarse la habilidad del anciano para trasladarse, usar el baño y ocuparse de su higiene personal. Siempre debe pedírselle que evague su vejiga previamente y, si es posible, anotar el volumen que orinó. Esto es importante porque, en algunas circunstancias, la clínica de la IOREBO puede simular la de una IOE o de una IOU. En el primer caso, el aumento de la presión intrabdominal puede exacerbar la IO al transmitirse directamente sobre una vejiga que ya está llena de orina (el paciente puede estar continente y solo perder orina cuando tose o se ríe, que es cuando la presión vesical vence la del esfínter uretral). En el segundo caso, lo que ocurre es que el detrusor, al encontrarse con una resistencia a la salida de la orina (porque hay hipertrofia prostática, por ejemplo), se distiende y responde contrayéndose espasmódicamente (arco 2 y 3), simulando una IOU. Además, no debemos olvidar que existen cuadros de IO mixta: por ejemplo, un anciano demente con hipertrofia prostática benigna puede tener IOREBO con IOU debido a que con la demencia se libera la corteza frontal y disminuye el control sobre los núcleos del tronco cerebral. Para evitar confusiones en el diagnóstico del tipo de IO, es imprescindible asegurarse de que el paciente evacuó totalmente su vejiga antes de examinarlo.

En el **examen físico** debe evaluarse el abdomen para constatar la presencia de diastasis de los músculos rectos anteriores que implica debilidad muscular generalizada, masas intrabdominales, ascitis y/o cualquier organomegalia, lo que aumenta la presión intrabdominal. También, la compresión del abdomen nos sirve para objetivar la función del tracto urinario inferior ante el aumento de la presión (se genera un aumento de la presión intrabdominal con una maniobra compresiva del hipogastrio y se observa si hay pérdidas). Debe incluirse un examen rectal intentando identificar la presencia de un bolo fecal o de alteraciones en el tono del esfínter anal y en la sensibilidad perineal.

En los varones, debe examinarse la morfología, el tamaño y la sensibilidad de la próstata y, en las mujeres debe incluirse un examen ginecológico en busca de masas pélvicas, signos de atrofia de la mucosa vaginal, prolusión urogenital y/o pérdida de la fuerza de los músculos del diafragma urogenital.

Las pacientes con vaginitis atrófica suelen presentar una mucosa vaginal delgada y, en ocasiones, con petequias. Puede haber atrofia vulvar y el flujo (de estar presente) ser acuoso o serosanguinolento, con un PH superior a 4.5. Debe evaluarse la posición del meato urinario en el reposo y durante la maniobra de Valsalva para objetivar si tiene prolusión o IO al elevar la presión intrabdominal.

Una prueba útil para medir la fuerza de los músculos del diafragma urogenital es pedirle a la paciente que contraiga los músculos perineales (se le dice que intente contraer el esfínter anal como cuando quiere evitar la salida de gases) y se le pide que mantenga la contracción durante el mayor tiempo que pueda. Cuando la fuerza muscular está conservada, la mujer puede mantener la contracción por 5 a 10 segundos. También debe evaluarse la integridad neurológica, particularmente el tono anal (dependiente de las raíces nerviosas S4 y S5), el reflejo bulbocavernoso (raíces nerviosas S2 y S4) y la sensibilidad perineal que depende del mismo territorio (S2 y S4). En los varones, el reflejo bulbocavernoso se toma estimulando con un hisopo la piel cercana al rafe medio del periné, por debajo de la bolsa escrotal. En las mujeres, este reflejo se toma en posición ginecológica aplicando el estímulo sobre el pliegue entre el labio mayor de la vagina y el muslo. En ambos casos la respuesta normal es la contracción del esfínter anal ante el estímulo.

Existe una maniobra muy útil, que puede realizarse en el consultorio en las mujeres, que consiste en pedirle a la paciente que concurra a la consulta con la vejiga llena (puede recomendársele una ingesta previa de 500 cc de agua) y examinarla en posición ginecológica. Primero, se le pide que realice una maniobra de Valsalva y se observa si existe pérdida de orina por el meato uretral, y luego se le pide lo mismo pero levantando la uretra manualmente mediante un tacto y se observa si continúa la pérdida o no. Si se objetiva la pérdida, se hace diagnóstico de IOE; si mejora cuando se eleva la uretra, debe descartarse un cistocele. Una estrategia para sensibilizar la prueba es pedirle a la paciente que realice la maniobra de Valsalva pero de pie.

El examen respiratorio y cardiovascular en pacientes con insuficiencia cardíaca aporta información acerca de la existencia de sobrecarga hidrosalina que puede estar provocando poliuria y, como consecuencia, IO.

El examen físico del paciente es importante dado que sirve para descartar la presencia de globo vesical, bolo fecal o prolapsio urogenital, determinar el tamaño y características de la próstata y revisar la integridad ginecológica y neurológica (cuyo compromiso podría provocar IO).

Entre los **estudios complementarios** útiles para evaluar a los pacientes con IO se encuentran el análisis de orina con sedimento urinario y la ecografía. El análisis de orina permite detectar la presencia de glucosuria, hematuria, hipercalciuria o signos de infección (piuria). En los casos en los que el análisis de orina sugiere una infección, deberá solicitarse un urocultivo.

La ecografía se utiliza para medir el residuo posmictorial: característicamente, los pacientes con IOE e IOU tienen un residuo posmictorial pequeño (RPM), mientras que en los pacientes con IOREBO el RPM es alto. Los parámetros para valorar el RPM no están estandarizados ni bien evaluados. En general, un RPM menor al tercio del volumen total retenido se considera un vaciado adecuado. Adicionalmente, se consideran normal un RPM menor de 50 ml y mayor de 200 ml como anormal. Considerando todo esto, no es necesario medir el residuo posmictorial en todos los pacientes, sobre todo si la clínica es clara. En los casos en los que existen dudas diagnósticas, la ecografía no es fácilmente accesible y se sospecha IOREBO (la palpación abdominal evidencia un globo vesical cuya compresión despierta dolor), puede medirse el residuo posmictorial mediante la colocación de una sonda rígida estéril que permitirá la evacuación del contenido vesical y la objetivación de su volumen.

Las herramientas más útiles para evaluar a los pacientes con IO son el interrogatorio y el examen físico complementados con un análisis de orina y, eventualmente, una ecografía cuando la clínica genera dudas.

No se requiere de *tests* sofisticados como cistoscopías, estudios por imágenes ni pruebas urodinámicas para evaluar a la mayoría de los pacientes con IO ya que, habitualmente, estos estudios no aportan mayor información complementaria y no conducen a cambios en las conductas médicas iniciales.

3

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA DE ORINA

Como medidas generales se recomienda el descenso de peso en pacientes con exceso, y la reducción en la ingesta de líquidos (no más de dos litros diarios), bebidas alcohólicas, café, té o frutos cítricos. Estas recomendaciones cuentan con escasa evidencia que las avalen y deberán sugerirse cuando existe la sospecha a través del interrogatorio de que alguno de esos factores podría estar favoreciendo la pérdida de orina

Incontinencia de orina transitoria

Lo primero a sospechar es la infección urinaria baja en mujeres y secundaria a hipertrofia prostática benigna en los hombres. En caso de ser detectar una infección urinaria, habrá que indicar antibióticos. En los adultos mayores, los esquemas terapéuticos más frecuentemente utilizados en las infecciones urinarias no difieren de los utilizados en los adultos más jóvenes. Las drogas usadas son la trimetropina sulfametoxasol (TMP-SMX), nitrofurantoína o norfloxacina.

Un punto que se debe tener en cuenta es la bacteriuria asintomática.

Se define como bacteriuria asintomática (BA) a la presencia de más de 100.000 colonias por mililitro de orina en personas sin síntomas de infección urinaria.

Los adultos mayores son un grupo de riesgo para presentar bacteriuria asintomática. Hasta el 40% de los adultos mayores (varones y mujeres) puede presentar bacteriuria sin síntomas. A pesar de que existen estudios que mostraron asociación entre bacteriuria y exceso en la mortalidad, nuevas investigaciones no han podido confirmar dicha asociación. De hecho, el rastreo de esta condición y su tratamiento en los adultos mayores no ha demostrado disminuir la morbilidad.

El rastreo y el tratamiento de la BA en adultos mayores asintomáticos no están recomendados.

Sin embargo, en aquellos pacientes con IO en los que aparece la duda acerca de si las pérdidas tienen o no relación con una infección urinaria puede indicarse un tratamiento empírico corto y ver si la IO resuelve con él. Si la IO no mejora, habrá que buscar otra causa a este problema y no persistir con los antibióticos.

Otra causa de relativa frecuencia es la presencia de **boleo fecal**, en ese caso lo indicado es evacuarlo. Esto puede realizarse manualmente o mediante enemas por perfusión que se adquieren en las farmacias o se preparan en forma casera con 250 cc de agua, 250 cc de leche y cuatro o cinco cucharadas soperas de miel, o con agua saturada con bicarbonato de sodio. La única contraindicación formal de realizar este tipo de enemas en los adultos mayores es la presencia de una insuficiencia cardíaca congestiva no compensada. La frecuencia de su uso depende de los resultados y pueden repetirse cada cuatro horas sin inconvenientes. En los casos en los que el problema no se resuelva, deberá solicitarse una consulta con el especialista para evacuar el bolo mediante un fibroscopio (sobre todo si su localización es alta). Existe un mayor riesgo de perforación intestinal con esta maniobra. Una vez evacuado el bolo fecal, deberá indicarse una dieta rica en fibras y una adecuada hidratación para prevenir la reaparición del problema.

Si la IO se debe al uso de **fármacos**, lo recomendable es reevaluar la indicación de la droga o reducir la dosis. En los casos de poliuria deberá tratarse la enfermedad de base.

Aquellos pacientes que tienen IO en el contexto de cuadros **depresivos** o **conductuales** requieren de un abordaje específico destinado a resolver estos problemas, debido a que la incontinencia es un síntoma más que forma parte del cuadro pero no el problema principal. El tratamiento de la enfermedad de base resolverá la IO (no se requiere de un tratamiento específico para el tracto urinario).

Incontinencia de orina permanente

Incontinencia de orina de urgencia

El tratamiento de la IOU es singular ya que el volumen de llenado vesical que desencadena la incontinencia es característico de cada paciente. El objetivo es definir ese umbral e indicarle al anciano que evace la vejiga antes de superarlo. Para ello, es necesario que el paciente anote los horarios en los que se produce la IO mediante el uso de una cartilla diaria de registro. Por ejemplo, si el paciente tiene episodios de IO cada tres o cuatro horas, deberá indicársele que vaya al baño cada dos horas y media para evitar que la vejiga se distienda en exceso y el detrusor comience a contraerse súbitamente. También debe indicarse un tratamiento farmacológico con el objeto de reducir las contracciones del detrusor.

Las drogas de primera elección son los antimuscarínicos, que actúan bloqueando la liberación de acetilcolina y reducen la hiperactividad del músculo detrusor, incrementando así la capacidad vesical. Los fármacos más utilizados de este grupo son la oxibutinina y la tolterodina. La oxibutinina se indica en forma crónica en dosis de 2.5 a 20 mg diarios por vía oral, en una a dos tomas. También existe una formulación en gel, para colocación local. Los principales efectos adversos son los sedativos a nivel central y en dosis máxima puede producir retención urinaria aguda. Su uso debe ser cuidadoso, comenzando con dosis bajas, en pacientes con obstrucción de la vía urinaria baja o que tienen alteración de la corteza frontal (por demencia, traumatismo craneoencefálico, uso de drogas sedantes, etcétera).

La tolterodina se usa en dosis de 1 a 2 mg diarios. Es una droga muy bien tolerada, aunque se ha visto que a dosis máximas (4 mg por día) también produce retención urinaria. Su uso está contraindicado en los pacientes con obstrucción de la vía urinaria. Al iniciar el tratamiento, se indica una dosis de 1 mg por la noche, antes de acostarse y, si es necesario, se agrega una segunda toma con el desayuno. Otras drogas disponibles pertenecientes a este grupo son la solifenacina (en dosis de 5 a 10 mg diarios), la darifenacina (en dosis de 7.5 a 15 mg diarios) y la fesoterodina (en dosis de 4 a 8 mg diarios).

El miragebron es otra opción para el tratamiento de la IOU en pacientes que no toleran los antimuscarínicos. Este fármaco es un agonista beta adrenérgico y se administra en dosis de 25 a 50 mg por día. Está contraindicado en pacientes con hipertensión grave no controlada, definida como presión arterial sistólica ≥ 180 mm Hg y/o presión arterial diastólica ≥ 110 mm Hg.

Los antimuscarínicos son drogas útiles para el tratamiento de la IOU ya que actúan directamente sobre el músculo detrusor, inhibiendo sus contracciones.

Todas estas drogas presentan eficacia similar y, comparadas con placebo, ofrecen un beneficio pequeño. Los fármacos de liberación prolongada son mejor tolerados y presentan un mejor perfil de efectos adversos que los de acción rápida pero tardan más en alcanzar los efectos terapéuticos (cuatro a seis semanas). Se recomienda comenzar con dosis bajas y reevaluar cada cuatro a seis semanas. En caso que el fármaco no sea bien tolerado y no haya mejoría, se puede aumentar la dosis hasta alcanzar el rango óptimo.

La toxina botulínica A es una opción para aquellos pacientes que no desean recibir medicación y no mejoran con las medidas no farmacológicas o son refractarios al tratamiento con antimuscarínicos. El tratamiento es resorte del especialista, que realiza aplicaciones en el músculo detrusor. El riesgo de retención urinaria y de infección debe ser puesto en la balanza de beneficios y riesgos de este tipo de tratamientos.

En general, el tratamiento de la IOU es de por vida y el objetivo es que el paciente no tenga ninguna pérdida de orina accidental; a pesar de esto, en los pacientes adultos mayores muy envejecidos o comprometidos en su salud general por otras enfermedades, una meta razonable es que tenga menos pérdidas en el día y que no esté mojado varias horas mientras duerme.

DROGA	DOSIS RECOMENDADA	CARACTERÍSTICAS	COSTO relativo
Oxibutinina Oxibutinina LP Gel	5 mg c/ 8-12 hs. 5-10 mg día. 1 sobre día.	Agente anticolinérgico no selectivo. Mayor cantidad de EA que el resto del grupo.	++ +++ / +++++ ++
Tolterodina Tolterodina LP	2 mg c/12 hs. 4 mg día.	Mayor selectividad por vejiga, menor tasa de EA	++ ++
Darifenacina LP	7,5 mg día. 15 mg día.	Mayor riesgo de constipación	++ ++++
Solifenacina LP	5 mg día. 10 mg día.	Mayor selectividad por vejiga. Sería el de menor perfil de EA.	+++ ++++
Mirabegron LP	25 mg día. 50 mg día.	Contraindicado en HTA grave. Puede aumentar la TA.	++++++ ++++++

LP: liberación prolongada, EA: efectos adversos.

Incontinencia de orina de esfuerzo

En los casos de IOE leve, el tratamiento se basa en fortificar la musculatura pélviana mediante los ejercicios perineales de Kegel. Estos sencillos ejercicios consisten en realizar contracciones regulares de la musculatura del piso perineal. Para hacerlos adecuadamente, debe indicársele a la paciente que contraiga el esfínter anal, colocándose una mano en el abdomen y la otra en las nalgas para verificar que no contrae estos grupos musculares al realizar el cierre anal. Debe sostener la contracción durante 10 segundos y luego relajarla. El objetivo es que cada día realice como mínimo diez series de diez contracciones cada una. Las pacientes que realizan los ejercicios de Kegel regularmente durante 15 a 21 días logran hasta 70% de mejoría en los síntomas, que se mantiene si se continúa con la ejercitación diariamente. Los ejercicios de Kegel también resultan eficaces para las pacientes con prolapsos urogenitales leves, incontinencia de orina mixta, de urgencia o la que se asocia al embarazo.

Los ejercicios de Kegel constituyen una excelente opción terapéutica para las pacientes con IOE leve sin prolusión urogenital o con prolapsos leves. Se recomienda mantenerlos por al menos tres meses antes de considerar un tratamiento farmacológico.

Una opción para las pacientes que no pueden realizar los ejercicios es ofrecerles realizar una terapia de rehabilitación mediante estimulación eléctrica de los músculos perineales a través de un dispositivo intravaginal o intraanal. Este método tiene una eficacia similar a los ejercicios de Kegel, pero requiere de personal entrenado y de la disposición de la paciente.

Otra opción terapéutica para la IOE, además de los ejercicios, son los estrógenos locales, en forma de cremas, óvulos o anillos vaginales. Estos han demostrado mejorar el trofismo uretral y reducir la IOE.

La duloxetina, inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina, estimula los receptores de las neuronas pudendas y constituye otra opción en el tratamiento de la IOE. El efecto es muy modesto, por lo que no se considera un fármaco de primera elección. Se comienza con dosis de 20 mg diarios, hasta llegar a la dosis plena de 40 mg dos veces al día. El principal efecto adverso son las náuseas, que en general ceden con el transcurso del tratamiento.

Cuando fallan los tratamientos farmacológicos y kinésicos, o en los casos con prolapsos severos, es preciso interconsultar al urólogo o al ginecólogo para evaluar otras alternativas (quirúrgicas o instrumentales). Las propuestas son: **1)** La uretropexia, que consiste en la elevación de la uretra hasta llevarla nuevamente a su posición intrabdominal. Esto puede hacerse por vía abdominal, vaginal o laparoscópica. Se recomienda optar por esta última vía en las pacientes ancianas ya que se asocia con menos riesgos perioperatorios; **2)** La colocación de implantes periuretrales a nivel de la uretra media, denominados “cintas vaginales sin tensión”, que consisten en dispositivos que se regulan quirúrgicamente hasta lograr la tensión necesaria para lograr la contención sin provocar obstrucción. Actualmente son la técnica de elección en el tratamiento de la IOE; **3)** El uso de pesarios, que son aros de goma que se colocan detrás de la sínfisis pubiana y elevan la uretra. Estos dispositivos se colocan durante el día y se retiran por la noche, y constituyen una opción para las pacientes que no pueden someterse a procedimientos quirúrgicos. Sin embargo, requieren de cierta habilidad de las pacientes y es común que las ancianas no se acostumbren a usarlos o no logren la destreza suficiente como para ponérselos y sacárselos; **4)** La inyección de colágeno periuretral, que consiste en reproducir los tejidos mediante la inyección de colágeno alrededor de la uretra, para que esta se eleve a su posición original. Ha habido casos de necrosis tisular en el sitio de inyección, por lo que hay que esperar trabajos que avalen su indicación generalizada. Tienen una tasa de recambio al año del 60 al 70% y prácticamente están en desuso; y **5)** La cirugía del prolapo. Si la paciente tiene un prolapo, generalmente la recomendación del especialista es que se opere si le molesta o si hay IO asociada (sin embargo, en algunos casos la situación no mejora porque lo que suele verse es que al resolver el prolapo queda en evidencia una IOE que no se había manifestado debido a la distorsión uretral que el prolapo generaba).

Cuando los prolapsos son grandes (grado III y IV), las pacientes suelen consultar por las molestias que estos les ocasionan. Habitualmente, la resolución de estos prolapsos es quirúrgica y se requiere de la intervención del especialista para operarlos o indicar tratamientos alternativos como los pesarios. Aun así, no es raro encontrar pacientes que no consultaron por este problema que tienen grandes lesiones de la mucosa evertida de la vagina o del cuello uterino asociadas a infecciones urinarias y/o IOREBO porque la distorsión de la uretra compromete la evacuación vesical.

El tratamiento de elección para la IOE en las pacientes sin prolapo urogenital o con prolapsos pequeños son los ejercicios de Kegel, eventualmente asociados a estrógenos locales. En las pacientes con prolapsos grados III y IV, debe consultarse al especialista para definir la resolución del problema.

Incontinencia de orina por rebosamiento

El tratamiento de la IOREBO depende de la causa que la origina. Si la IOREBO es obstrutiva, secundaria a HPB, el tratamiento inicial puede ser con drogas o con cirugía desobstructiva; se le deben ofrecer al paciente las dos alternativas y él debe elegir. Se dispone de dos tipos de drogas para el tratamiento de la IOREBO: los bloqueantes alfa adrenérgicos y los inhibidores de la 5 alfa reductasa.

Los **bloqueantes alfa adrenérgicos** relajan el músculo liso del cuello vesical y de la próstata, mejorando la micción y disminuyendo la retención y, como consecuencia, el rebosamiento. Dentro de este grupo encontramos a la terazosina (5 a 10 mg diarios antes de dormir), la doxazosina (2 a 4 mg diarios antes de dormir), la tamsulosina (0.4 a 0.8 mg diarios), la alfuzosina (10 mg diarios) y la silodosina (4 a 8 mg diarios). Los efectos adversos de este grupo de fármacos son: mareos, cansancio, hipotensión ortostática, somnolencia, rinitis, disfunción eréctil y trastornos eyaculatorios. Los mareos y la hipotensión ortostática son más frecuentes con doxazosina y terazosina.

Los **inhibidores de la 5 alfa reductasa** bloquean la conversión de testosterona a su forma activa (la dihidrotestosterona), mediante la inhibición de la enzima. Las opciones disponibles son el finasteride (en dosis de 5 mg diarios) o el dutasteride (en dosis de 0.5 mg diarios). Reducen los síntomas obstrutivos, aumentan el flujo urinario y disminuyen el tamaño prostático en el 25% luego de tres a seis meses de tratamiento. Son útiles solo en pacientes con próstatas grandes (tamaño mayor de 40 cc) y, si se utilizan por varios años, disminuyen el riesgo de retención urinaria aguda y de llegar a la cirugía. Los efectos adversos de este grupo de drogas son: disfunción sexual eréctil, disminución de la libido y del volumen del eyaculado. Precaución: los hombres que toman finasteride no pueden donar sangre hasta seis meses después de la última dosis. La droga no puede ser manipulada por mujeres embarazadas o niños.

La IOREBO obstructiva puede tratarse farmacológicamente (con bloqueantes alfa adrenérgicos o inhibidores de la 5 alfa reductasa) o mediante cirugía. La elección del tratamiento dependerá del deseo del paciente y de su estado funcional y comorbilidades.

Cuando la IOREBO es no obstructiva, es decir que se produce por atonía vesical, puede intentarse un tratamiento farmacológico, o bien optar por la evacuación instrumental de la vejiga. En los adultos mayores se prefiere esta última opción ya que los tratamientos farmacológicos tienen muchos efectos cardioestimulantes y pueden producir taquicardia, hipertensión y arritmias, y actualmente están en desuso. Si el anciano tiene suficiente destreza manual y compromiso con el tratamiento, se le puede indicar el cateterismo intermitente tres a cuatro veces por día. Sin embargo, lo más común en los pacientes mayores es indicar una talla vesical permanente como método resolutivo. Esta técnica consiste en colocar un catéter por punción abdominal dentro de la vejiga y dejarlo a permanencia. Esta técnica presenta menor tasa de infecciones urinarias recurrentes y facilita el manejo de los pacientes. No es aconsejable que los pacientes estén sondados permanentemente (con sondas vesicales por uretra tipo Foley) porque esto aumenta la tasa de infecciones urinarias.

La IOREBO no obstructiva puede resolverse mediante cateterismo intermitente (realizado por el paciente adecuadamente entrenado) o talla vesical permanente (realizada por el urólogo).

Síndrome urogenital

El tratamiento de este síndrome son los estrógenos administrados localmente, por ejemplo, estriol. Puede prescribirse una aplicación diaria por dos o tres semanas y, luego, que la paciente continúe con la administración a demanda (habitualmente, una o dos aplicaciones semanales).

Los efectos adversos del tratamiento hormonal local son excepcionales, pero puede producirse irritación local (se recomienda disminuir cantidad o frecuencia de aplicación) sangrado o tensión mamaria. Las mujeres con antecedentes de cáncer de mama o endometrio en remisión podrían usar estrógenos locales con el consentimiento del médico tratante.

Incontinencia de orina funcional

En la IO funcional, la solución al problema está fuera del tracto urinario. Se resuelve tomando medidas que faciliten el acceso del paciente al baño, acercándole un orinal, entrenando a sus cuidadores, implementando reformas edilicias que mejoren su desplazamiento, etcétera.

Incontinencia de orina mixta

En los pacientes con IO mixta, el tratamiento deberá adaptarse artesanalmente a los síntomas predominantes. Si el paciente tiene urgencia miccional, se indicarán inhibidores del detrusor; si predomina el esfuerzo, se optará por los ejercicios de Kegel asociados a estrógenos locales y/o cirugía correctiva del ángulo vesicouretral. Lo más frecuente es utilizar dosis bajas de tolterodina (1 a 2 mg) u oxibutinina (2.5 a 5 mg) para inhibir al detrusor, estrógenos locales asociados a medidas antiesfuerzo (ejercicios de Kegel) en las mujeres. Si el paciente es varón y tiene IOREBO obstructiva con síntomas de IOU (lo más frecuente), debe evaluarse la utilización de drogas bloqueantes alfa adrenérgicas o una cirugía de desobstrucción prostática, asociadas a dosis bajas de tolterodina u oxibutinina para sedar el detrusor.

Derivación al especialista

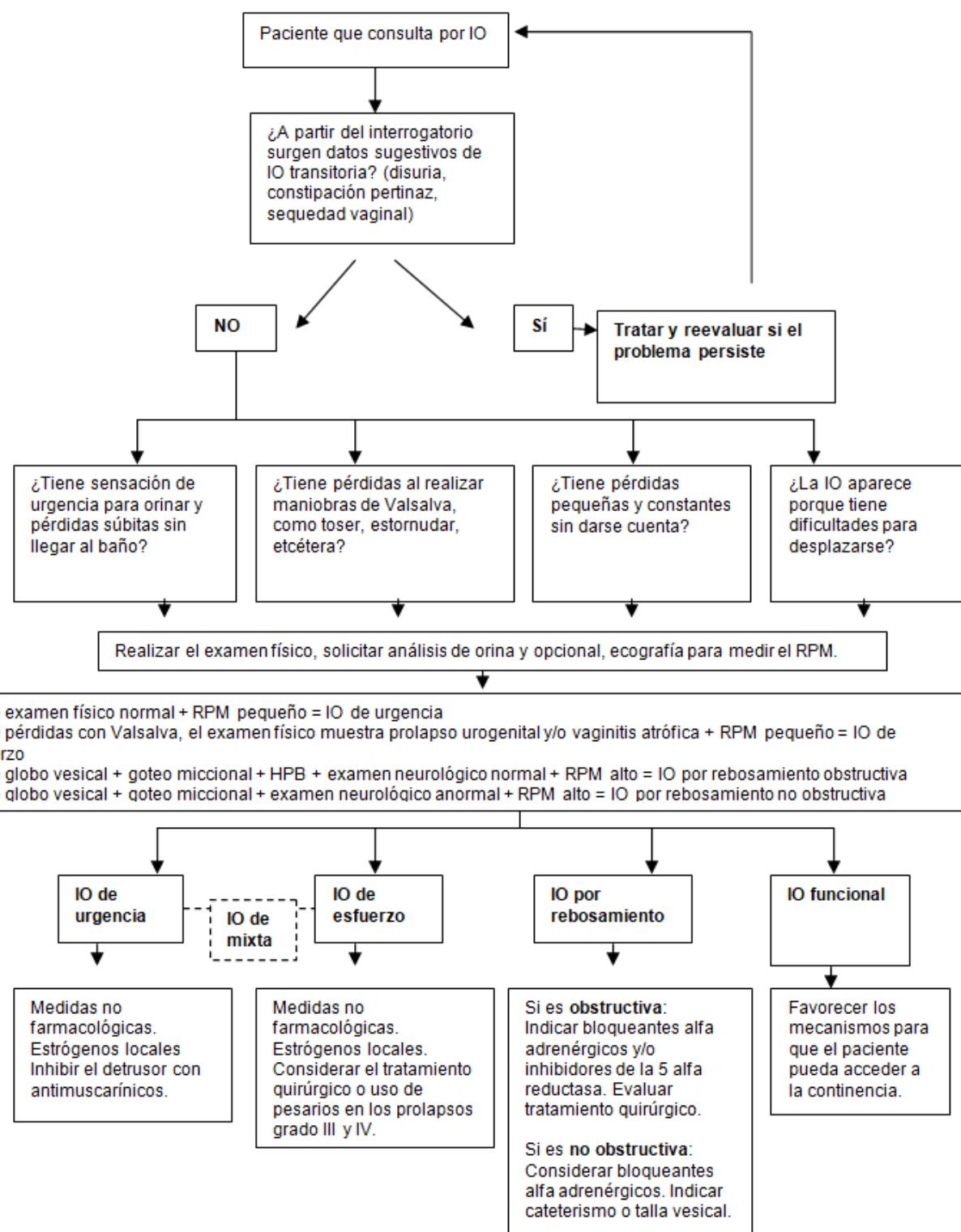
Ante un paciente con IO permanente de cualquier tipo debe consultarse al especialista si: **1)** Hay antecedentes de cirugía antiincontinencia, cirugía pelviana radical y/o infecciones urinarias recurrentes; **2)** Se detecta un nódulo prostático o asimetría prostática en el tacto rectal, prolalpo grado III o IV, o anomalías neurológicas que sugieran un desorden sistémico o lesión de la médula espinal; **3)** Se detecta hematuria o proteinuria significativa persistente, en ausencia de infección; **4)** No se logra arribar a un diagnóstico presuntivo; **5)** No hay respuesta adecuada al tratamiento instaurado; y **6)** Se considera el tratamiento quirúrgico.

Algunas recomendaciones finales

- a) En los pacientes que no tienen obstrucción en la salida del tracto urinario, no deben usarse catéteres a permanencia (sondas). Si hay obstrucción, esta deberá solucionarse quirúrgicamente o utilizando métodos alternativos como la talla vesical.
- b) El uso de pañales debe restringirse. Las toallas protectoras de uso diario son recomendables en las pacientes activas, que no tienen pérdidas de grandes volúmenes. Los pañales constituyen la última opción en los pacientes postrados o dementes que no respondieron a tratamiento convencional.
- c) En los pacientes postrados que mantienen una adecuada higiene de su piel, la IO no constituye un factor de riesgo aislado para el desarrollo de úlceras por decúbito; por lo tanto, debe hacerse hincapié en la importancia de mantener una higiene correcta y cambios posicionales frecuentes.
- d) Los pacientes con IO pueden desarrollar dermatitis irritativas o infecciones micóticas locales. Estas entidades pueden controlarse mediante la higiene frecuente y el uso de polímeros protectores de la piel y de ropa holgada. Debe intentarse no usar pañales o, si esto no es factible, usarlos abiertos mientras el paciente está en la cama.

D)

ALGORITMO FINAL



IO: incontinencia de orina; **HPB:** hipertrofia prostática benigna; **RPM:** residuo post miccional (se considera normal un RPM menor al tercio del volumen total retenido. Adicionalmente, se consideran normal un RPM menor de 50 ml y mayor de 200 ml como anormal).

E)

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Alhasso A, et al. **Adrenergic drugs for urinary incontinence in adults.** *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (3): CD001842.

ACOG committee opinion. **Hormone replacement therapy in women treated for endometrial cancer.** Number 234, May 2000 (replaces number 126, August 1993).

ACOG Committee Opinion: **The Use of Vaginal Estrogen in Women with a History of Estrogen-Dependent Breast Cancer,** Nº 659, March, 2016.

Bø, K; et al. **Do pregnant women exercise the pelvic floor muscles?** *Int Urogynecol J* 2006; 17(Suppl 2): S175.

Bogner HR, et al. **Urinary incontinence and psychological distress in community-dwelling older adults.** *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(3): 489-95.

Culligan PJ, et al. **Urinary incontinence in women: evaluation and management.** *Am Fam Physician* 2000; 62(11): 2433-44, 2447, 2452.

Colton Biehl BS et al. **A systematic review of the efficacy and safety of vaginal estrogen products for the treatment of genitourinary syndrome of menopause.** The Journal of the North American Menopause Society, Vol 26, Nº 4, April, 2019

Dmochowski RR, et al. **Duloxetine versus placebo for the treatment of North American women with stress urinary incontinence.** *J Urol* 2003; 170(4 Pt 1): 1259-63. *Errata en: JUrol* 2004; 171(1): 360.

Gibbs CF, et al. **Office management of geriatric urinary incontinence.** *Am J Med* 2007; 120(3): 211-20.

Goode PS, et al. **Effect of behavioral training with or without pelvic floor electrical stimulation on stress incontinence in women: a randomized controlled trial.** *JAMA* 2003; 290(3): 345-52.

Hay-Smith EJ, et al. **Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women.** *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (1): CD005654.

Hay-Smith J, et al. **Which anticholinergic drug for overactive bladder symptoms in adults.** *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (3): CD005429.

Imamura M et al. **Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults (review)** Cochrane Library, 2015

Jáuregui JR, et al. **Incontinencia urinaria en el anciano.** Buenos Aires: delhospital ediciones 2009.

Nygaard I. Clinical practice. **Idiopathic urgency urinary incontinence.** *N Engl J Med* 2010; 363:1156.

Le TH, et al. **Newer pharmacologic options in management of overactive bladder syndrome.** *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005; 17(5): 495-506.

Marschall-Kehrel D, et al. **Patient-reported outcomes in overactive bladder: the influence of perception of condition and expectation for treatment benefit.** *Urology* 2006; 68 (2 Suppl): 29-37.

Nabi G, et al. **Anticholinergic drugs versus placebo for overactive bladder syndrome in adults.** *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4): CD003781.

NICE, Guía para el manejo de la incontinencia urinaria y el prolapsos pélvico en mujeres, Abril, 2019.

O'Neil B, et al. **Approach to urinary incontinence in women. Diagnosis and management by family physicians.** *Can Fam Physician* 2003; 49: 611-8.

Ouslander JG, et al. **Incontinence in the nursing home.** *Ann Intern Med* 1995; 122(6): 438-49.

Shirran E, et al. **Absorbent products for the containment of urinary and/or faecal incontinence in adults.** *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2): CD001406.

Suckling J, et al. **Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women.** *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4): CD001500.

Taylor JA 3rd, et al. **Detrusor underactivity: Clinical features and pathogenesis of an underdiagnosed geriatric condition.** *J Am Geriatr Soc* 2006; 54(12): 1920-32.

Thacker HL. **Review: estrogen improves symptoms of overactive bladder in postmenopausal women.** *ACP J Club* 2005; 142(2): 48.

Wang PS, et al. **Urinary antispasmodic use and the risks of ventricular arrhythmia and sudden death in older patients.** *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(1):

Goode PS, Burgio KL, Richter HE, Markland AD. **Incontinence in older women.** *JAMA* 2010; 303:2172.