

## INCONTINENCIA Y RETENCIÓN URINARIA

Carlos Verdejo Bravo

### Incontinencia urinaria

#### Consideraciones generales

La continencia urinaria está considerada como una función básica, que en el anciano sano se debe mantener, independientemente de su edad. Por ello, la pérdida de esta función debe interpretarse como un síntoma de una disfunción, bien del tracto urinario inferior o de algún otro sistema integrado en el mantenimiento de la continencia urinaria. En ese sentido es importante insistir que la incontinencia urinaria no es un fenómeno normal del envejecimiento.

En el anciano, se reconocen distintos requisitos para que se mantenga la continencia urinaria (1, 2). Algunos de ellos, aunque se dan por sentado en el adulto sano, deben valorarse específicamente en el paciente mayor (tabla 1).

#### Concepto y definición de incontinencia urinaria

La incontinencia forma parte de los grandes síndromes geriátricos, constituyendo una causa de incapacidad y de deterioro de la calidad de vida.

Las directrices a nivel internacional, de cara a homogeneizar los conceptos de síntomas y de incon-

tinencia, vienen determinadas por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS), para evitar los sesgos metodológicos en la realización de estudios epidemiológicos y de intervención. Clásicamente se aceptó como incontinencia urinaria «la pérdida involuntaria de orina que condicionaba un problema higiénico y/o social, y que se podía demostrar objetivamente», si bien hace unos dos años la ICS propuso una modificación conceptual al considerar como incontinencia «cualquier escape de orina que provoque molestias al paciente» (1-3).

#### Repercusiones de la incontinencia urinaria

Las repercusiones que genera este problema de salud pueden ser múltiples y variadas, no dependiendo directamente de la severidad de los escapes, sino que influyen factores individuales (edad, sexo, comorbilidad, situación funcional, estilo de vida), así como el tipo de incontinencia (sobre todo la de urgencia).

Es importante destacar que las repercusiones pueden afectar a distintas áreas del paciente (física, psicológica, social, económica), y que actualmente está reconocida como una patología que deteriora la calidad de vida del paciente que la sufre (2, 4, 5). Las prin-

**Tabla 1.** Requisitos para el mantenimiento de la continencia urinaria en el anciano

- Almacenamiento adecuado del tracto urinario inferior.
- Vaciamiento adecuado del tracto urinario inferior.
- Motivación suficiente para ser continente.
- Capacidad cognitiva suficiente para percibir el deseo miccional e interpretarlo como tal.
- Movilidad y destreza suficientes para alcanzar el retrete.
- No existencia de barreras ambientales que limiten el acceso al retrete.

**Tabla 2.** Principales repercusiones de la incontinencia urinaria

Médicas: infecciones urinarias, úlceras cutáneas, infecciones de las úlceras, caídas.

Psicológicas: pérdida de autoestima, ansiedad, depresión.

Sociales: aislamiento, mayor necesidad de apoyo familiar, mayor necesidad de recursos sociosanitarios, mayor riesgo de institucionalización.

Económicas: elevado coste de las medidas diagnósticas y terapéuticas, así como de las complicaciones.

cipales repercusiones de la incontinencia urinaria se resumen en la tabla 2.

Con intención de conocer las repercusiones que provoca la incontinencia sobre la calidad de vida del paciente se han diseñado diversos cuestionarios, a través de los cuales se puede observar el impacto sobre determinadas actividades o funciones del paciente, si bien hay que destacar que la gran mayoría de estos cuestionarios fueron diseñados para mujeres jóvenes, aunque su aplicación está validada en otros grupos de pacientes. En estos cuestionarios se valoran aspectos específicos acerca de la incontinencia (frecuencia, severidad) junto con otros síntomas urinarios (polaquiuria, disuria), y de qué forma repercute sobre la función física (movilidad), la esfera psicológica (conducta emocional, ansiedad, comunicación), las relaciones sociales, la calidad de vida, la actividad sexual, etc. (5, 6). Los cuestionarios más utilizados aparecen en la tabla 3.

### Epidemiología de la incontinencia urinaria

No es fácil conocer con exactitud la prevalencia de la incontinencia en la población anciana, ya que los estudios epidemiológicos disponibles poseen una serie de limitaciones (tamaño y heterogeneidad de las muestras, nivel asistencial estudiado, colección de los datos, concepto y características de la incontinencia, duración del estudio) que explican que las cifras oscilen dentro de amplios intervalos. De forma general, y utilizando datos procedentes de diferentes estudios realizados en varios países, se considera que entre un 10 y un 15% de los sujetos mayores de 65 años que viven en la comunidad sufren incontinencia, frente al 30-40% en caso de ingreso hospitalario por un proceso agudo, alcanzando su máxima prevalencia (50-60%) en los pacientes institucionalizados (1, 2, 4, 7, 8).

**Tabla 3.** Cuestionarios dirigidos a medir la repercusión de la incontinencia urinaria

The Sickness Impact Profile.  
The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms.  
The Quality of Life of Persons with Urinary Incontinence (I-QOL).  
The York Incontinence Perceptions Scale (YIPS).  
The Incontinence Impact Questionnaire.  
The Urogenital Distress Inventory.  
The International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ).

En nuestro país existen varios trabajos epidemiológicos realizados en población anciana no institucionalizada. Uno de ellos se efectuó en Madrid, coordinado por la Escuela Nacional de Sanidad, en el que se comunicó una prevalencia global del 15,5%. Otro de ellos está realizado en un ámbito rural (provincia de Córdoba), comunicándose una prevalencia global del 36%, si bien el perfil de los ancianos fuera algo diferente del estudio efectuado sobre población urbana. El más reciente se ha efectuado en Madrid, sobre una muestra de 1.151 ancianos, comunicándose una prevalencia del 30% en las mujeres y del 14% en los varones, con un incremento significativo en relación con los segmentos de edad.

Pese a estas cifras de prevalencia y el deterioro que la incontinencia genera sobre la calidad de vida, es sorprendente el bajo índice de consulta, ya que sólo un tercio de los ancianos incontinentes consultan al médico sobre este problema, influyendo en ello factores individuales, socioculturales y puramente asistenciales (1, 2, 4). Por ello, se recomienda que, de forma sistemática, se investigue acerca de la continencia urinaria al recoger la historia clínica general, y sobre todo en circunstancias de riesgo para la pérdida de la continencia (anciano frágil, deterioro funcio-

**Tabla 4.** Cambios ligados al envejecimiento que pueden influir sobre la continencia

<i>Vejiga</i>	<p><i>Alteraciones anatómicas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>↔ del n.º de nervios autonómicos.</li> <li>⇒ de la trabeculación.</li> </ul> <p>Desarrollo de divertículos.</p> <p><i>Alteraciones funcionales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>↔ capacidad.</li> <li>↔ acomodación.</li> <li>↔ capacidad de diferir la micción.</li> <li>⇒ el n.º de contracciones involuntarias.</li> <li>⇒ residuo postmiccional.</li> </ul>
<i>Uretra</i>	<p><i>Alteraciones anatómicas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>↔ en el número de células y sustitución por tejido fibroso.</li> </ul> <p><i>Alteraciones funcionales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>↔ acomodación.</li> <li>↔ presión de cierre.</li> </ul>
<i>Próstata</i>	Crecimiento, hiperplasia.
<i>Vagina</i>	↔ células y atrofia epitelial.
<i>Suelo pélvico</i>	⇒ depósito de colágeno, fibrosis, debilidad muscular.

**Tabla 5.** Fármacos relacionados con incontinencia urinaria y mecanismo implicado

Fármacos	Mecanismo implicado
Diuréticos	Poliuria, polaquiuria, urgencia miccional.
Hipnóticos	Sedación, inmovilidad, delirio.
Antipsicóticos	Sedación, parkinsonismo, inmovilidad, delirio.
Antidepresivos	Sedación, acción anticolinérgica.
Calcioantagonistas	Retención urinaria.
Anticolinérgicos	Retención urinaria, impactación fecal, delirio.
Opiáceos	Retención urinaria, impactación fecal, delirio.

nal, polifarmacia, alta hospitalaria reciente, proceso médico agudo, etc.).

### Papel del envejecimiento sobre la continencia urinaria

El envejecimiento fisiológico genera una serie de alteraciones en distintas estructuras de nuestro organismo (tracto urinario inferior, próstata, vejiga, sistema nervioso) (tabla 4), que condicionan una elevada vulnerabilidad del anciano para sufrir incontinencia (1, 2, 9), aunque no se puede ni debe aceptar que el envejecimiento fisiológico por sí mismo lleve asociada la pérdida de la continencia urinaria.

Para justificar la elevada prevalencia de la incontinencia en la población anciana se le concede una mayor responsabilidad a la pluripatología (patología neurológica, urológica, osteoarticular), el deterioro funcional (físico y/o mental) y la polifarmacia (1, 2, 4). Es importante destacar que los fármacos desempeñan un papel etiológico considerable en la pérdida de la continencia urinaria, especialmente en el anciano frágil (1, 2, 4), pudiendo obedecer a distintos mecanismos, tal como se presentan en la tabla 5.

### La incontinencia urinaria como síntoma

Desde un punto de vista clínico, podemos clasificar la incontinencia según las características que acompañan a los escapes de orina. Así, se considera incontinencia de urgencia cuando los escapes de orina van precedidos de una necesidad imperiosa o urgente de

orinar. Cuando los escapes de orina se precipitan por maniobras que aumentan la presión intraabdominal (y, por consiguiente, la intravesical), como la tos, risa, esfuerzos, estornudos, etc., se habla de incontinencia de esfuerzo. En ocasiones, pueden existir estas dos formas de presentación asociadas, recibiendo el nombre de incontinencia mixta. Por último, también es posible que la incontinencia aparezca de una forma inconsciente, denominándose incontinencia sin percepción del deseo miccional o inconsciente (1, 2, 4).

Se ha intentado establecer una correlación entre los tipos clínicos de incontinencia y el mecanismo productor de la misma, aunque no se ha encontrado un modelo fiable que pueda predecir con la suficiente sensibilidad estas asociaciones. No obstante, algunos autores comunican una mayor correlación entre la incontinencia de urgencia y la hiperactividad vesical, así como entre la incontinencia de esfuerzo y la incontinencia de estrés.

### Clasificación clínica de la incontinencia

Resulta muy práctico e interesante hacer una aproximación al origen de la pérdida de la continencia, mediante el análisis de un aspecto clínico, como es la duración en el tiempo.

#### 1. Incontinencia transitoria o aguda

Esta situación hace referencia a los casos de incontinencia de corta evolución (menos de cuatro semanas), englobando a aquellas situaciones en las que la pérdida de la continencia urinaria se considera como funcional, sin que necesariamente tenga que existir una alteración estructural responsable de la misma. En estos casos, mediante la historia médica, la exploración física y la analítica se podrá descubrir un porcentaje considerable de procesos responsables de incontinencia, y cuyo tratamiento estará basado en la corrección de esos factores (1, 2, 4, 10).

Con intención de memorizar estas causas, algunos autores anglosajones han propuesto la utilización de acrónimos como DRIP o DIAPPERS, los cuales recogen las principales causas transitorias (tabla 6).

#### 2. Incontinencia establecida o crónica

Existe otro grupo de procesos etiopatogénicos de incontinencia urinaria, en los que ya habría alteraciones estructurales, bien localizadas a nivel del tracto urinario o fuera de él, y que reciben el nombre de causas establecidas o crónicas. En estos casos, y de forma habitual, la duración de la incontinencia suele ser superior a las cuatro semanas, y en la gran mayoría de los casos se requiere la contribución de la urodinámica para descubrir el mecanismo productor de la incontinencia.

**Tabla 6.** Causas transitorias de incontinencia urinaria (acrónimos DRIP o DIAPPERS)

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

Es importante comentar que algunas causas transitorias de incontinencia urinaria pueden contribuir a una forma establecida, y que en el anciano no es infrecuente la existencia de incontinencias mixtas, en las que se combinan diferentes mecanismo etiopatogénicos.

Los mecanismos responsables de la incontinencia establecida son:

#### a) Hiperactividad vesical

Es el tipo más común de incontinencia urinaria establecida en el anciano. Se produce cuando la vejiga escapa del control inhibitorio que ejerce el sistema nervioso central, y aparecen contracciones involuntarias del detrusor, que no son inhibidas y provocan las pérdidas de orina.

Las causas más frecuentes son: *patología neurológica* (Parkinson, ACV, demencia, hidrocefalia, tumores); *patología vesical* (litiasis, neoplasia, infección) y *la obstrucción al tracto urinario inferior* (hiperplasia prostática, estenosis uretral).

Clínicamente se caracteriza por incontinencia de urgencia, polaquiuria y urgencia miccional, produciéndose escapes de moderado-grandes volúmenes de orina.

#### b) Estrés

Es más común en las mujeres ancianas e infrecuente en los varones, excepto cuando el esfínter uretral externo ha sido dañado durante la cirugía prostática. Las causas suelen estar relacionadas con una *debilidad del suelo pélvico* (como ocurre en los partos múltiples, el hipoestrogenismo, la obesidad) y con *cirugía pélvica previa* (ginecológica, resección prostática).

Clínicamente se producen escapes, de pequeño volumen de orina, cuando la presión intravesical supera la presión uretral (tos, esfuerzos, risa, maniobras de Valsalva, etc.).

#### c) Rebosamiento

Aparece en situaciones de sobredistensión vesical, diferenciándose dos mecanismos etiológicos diferentes: *la obstrucción del tracto urinario de salida* (hipertrofia prostática, compresión extrínseca, estenosis uretral) y *la alteración contráctil vesical* (lesiones medulares, neuropatía periférica y/o autonómica).

Los síntomas clínicos son la dificultad para iniciar la micción, la sensación de micción incompleta, los episodios de retención urinaria y en ocasiones la ausencia de deseo miccional. Los escapes de orina son de escaso volumen, y en ocasiones se produce la micción gracias a la prensa abdominal, permaneciendo un residuo vesical postmiccional elevado.

#### d) Funcional

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

### Valoración diagnóstica de la incontinencia urinaria

Debido a que la etiología de la incontinencia en el anciano puede ser multifactorial, será necesario efectuar una valoración multidimensional, debiendo recurrir en ocasiones a la realización de técnicas complejas para conocer el mecanismo productor de la misma. Por ello, se recomienda individualizar el modelo de valoración diagnóstica del anciano con incontinencia, en base a las características de cada paciente (clínicas, funcionales, expectativa de vida, etc.), así como de la repercusión que la incontinencia provoca en cada caso. En general, se aceptan dos niveles de valoración diagnóstica, uno considerado como básico (recomendable en todos los ancianos, y que recaer sobre el médico de Atención Primaria), y otro nivel ampliado o especializado (en pacientes seleccionados) (1, 2, 4, 12).

**Figura 1.** Hoja de registro miccional o diario miccional

Paciente:  
Fecha:

Intervalo Tiempo	Micción Voluntaria	Volumen	Escape Involuntario	Motivo
6 - 8				
8 - 10				
10 - 12				
12 - 14				
14 - 16				
16 - 18				
18 - 20				
20 - 22				
22 - 24				
NOCHE				

Número total de absorbentes utilizados:  
Ingesta de líquidos:  
Otras anotaciones:

### 1. Componentes de la valoración básica

#### Historia médica general

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

Historia médica dirigida: tiempo de evolución y momento de aparición de la incontinencia; frecuencia de los escapes; intensidad de la incontinencia; presentación de los escapes; factores precipitantes; frecuencia miccional diurna y nocturna, etc.

Para conocer todas estas características es muy útil la hoja de registro miccional (o diario miccional), en donde el propio paciente o un cuidador recoge lo que ha ocurrido en las 24 horas previas con respecto a las micciones voluntarias, los escapes involuntarios así como su motivo, etc. (figura 1).

#### Valoración funcional básica

En todo paciente con incontinencia urinaria interesa conocer cómo se encuentra la *movilidad*, para lo cual es suficiente ver cómo deambula mientras entra en la consulta y/o la habilidad que tiene para levantarse de una

silla, recorrer una distancia de tres metros y volver a sentarse. Asimismo, es importante valorar la *función mental*, apreciando durante la entrevista si existen rasgos de deterioro cognitivo o no, y profundizando posteriormente en caso de detectarlos (Mini Mental State; Pfeiffer).

#### Exploración física

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

Dentro de la exploración física hay que destacar la *medición del residuo vesical postmiccional*, ya que ha demostrado ser una técnica muy útil para orientar hacia determinados mecanismos patogénicos de la incontinencia urinaria. La demostración de un residuo elevado (> 100 cc) orienta hacia una incontinencia por rebosamiento.

**Tabla 7.** Criterios de derivación al especialista para estudio ampliado

- Evidencia o sospecha de patología subyacente:
  - Dificultad para cateterizar.
  - Residuo postmiccional elevado.
  - Infecciones urinarias de repetición.
  - Hematuria sin causa aparente.
  - Marcados cambios anatómicos (prolapso, hiperplasia prostática).
- Persistencia de incontinencia tras el tratamiento de una causa transitoria.
- Etiología desconocida, y que el paciente pueda mejorar con su intervención.

### Estudio analítico básico

Incluye la realización de una bioquímica hemática (glucosa, iones, calcio, función renal) y de un sedimento de orina.

### 2. Valoración ampliada o por el especialista

En ocasiones, y una vez completada la evaluación básica, puede ser necesaria la participación de otro especialista, fundamentalmente el urólogo, para llegar a conocer la etiología de la incontinencia. La gran mayoría de las veces será necesario un estudio urodinámico. Los criterios más comúnmente aceptados para remitir al paciente con incontinencia al especialista para completar su estudio aparecen en la tabla 7.

En la tabla 8 se presentan los aspectos más relevantes en la valoración del anciano con incontinencia.

### Tratamiento de la incontinencia urinaria

El tratamiento de la incontinencia está basado en diferentes aspectos, los cuales no son excluyentes, sino que deben ser usados de forma complementaria para obtener los mejores resultados. No obstante, hay que ser muy realistas en el planteamiento de los objetivos terapéuticos, ya que en determinadas condiciones patológicas (demencia severa, inmovilidad, enfermedades neurológicas en fases avanzadas), habrá que perseguir la disminución de la severidad de la incontinencia y no la curación. Por ello, es imprescindible la individualización del esquema terapéutico, adaptado a las características de cada paciente.

Actualmente se considera que con las diferentes opciones terapéuticas es posible recuperar la continencia urinaria en un porcentaje próximo al 30-40%, disminuyendo la severidad de la incontinencia en otro 40-50% de los casos (1, 2, 4).

**Tabla 8.** Valoración del anciano incontinente

- Comorbilidad del paciente.
- Historia farmacológica.
- Duración de la incontinencia.
- Tipo de incontinencia.
- Impacto de la incontinencia.
- Movilidad.
- Función mental.
- Datos de patología orgánica (neurológica, urológica).
- Medición del residuo postmiccional.

### 1. Medidas generales (en todos los pacientes) (13, 14)

- Medidas higiénico-dietéticas: tipo de ropa a utilizar con sistemas de apertura y cierre sencillos (elásticos, velcros); reducir el consumo de sustancias excitantes (alcohol, café, té); modificar el patrón de ingesta líquida por las tardes-noches.
- Reducción o cambio de los fármacos potencialmente implicados en la aparición de incontinencia urinaria.
- Modificación del hábitat del anciano, disminuyendo las barreras arquitectónicas, tratando de conseguir que el retrete sea lo más accesible posible o que el anciano pueda disponer de un orinal o cuña sanitaria para utilizarlo cuando precise.

### 2. Técnicas de modificación de conducta

Persiguen el restablecimiento de un patrón normal de vaciamiento vesical, considerándose altamente eficaces en el manejo de la incontinencia. Se diferencian dos grupos de técnicas, bien efectuadas por el propio paciente (ejercicios del suelo pélvico; reentrenamiento vesical; biofeedback) o por el cuidador (entrenamiento miccional; micciones programadas) (1, 2, 4, 13, 14).

- *Ejercicios del suelo pélvico (Kegel)*: realización de contracciones repetidas de los músculos del suelo pélvico (unas 25-30 cada sesión), debiendo efectuar unas tres o cuatro sesiones diarias. Su objetivo es incrementar la resistencia del suelo pélvico, siendo muy útiles en la incontinencia de esfuerzo.
- *Reentrenamiento vesical*: se pretende restablecer el hábito miccional mediante un esquema variable de vaciamiento vesical. Para ello, basándonos en la hoja de registro miccional de cada paciente, indicaremos la periodicidad de

las micciones voluntarias. De forma progresiva se va prolongando la periodicidad de las micciones voluntarias, hasta conseguir una frecuencia miccional diurna de cada dos-tres horas. Por las noches puede ser suficiente con que orinen 1 ó 2 veces. Esta técnica suele utilizarse en la incontinencia de urgencia, y en las incontinencias agudas (tras sondaje vesical, fármacos, etc.).

- *Entrenamiento del hábito miccional*: en pacientes incapacitados, es posible reducir el número de escapes mediante la instauración de un esquema variable de vaciamiento vesical, incrementándose progresivamente la periodicidad hasta conseguir una frecuencia miccional de cada 3 horas.
- *Micciones programadas*: en este caso, el esquema de vaciamiento vesical es fijo, intentando condicionar las micciones voluntarias a través de la estimulación periódica y las técnicas de refuerzo positivo. Habitualmente se establece una frecuencia miccional de cada dos horas.

### 3. Tratamiento de las causas transitorias

Cada causa transitoria tendrá su tratamiento específico (antibióticos, estrógenos, corrección de las alteraciones metabólicas, rehabilitación física, etc.), debiendo valorar tras su cumplimiento la recuperación o no de la continencia y/o la modificación de la severidad de los escapes.

### 4. Tratamiento farmacológico empírico

En algunos ancianos seleccionados se podrían utilizar fármacos con acción anticolinérgica, basados en los datos clínicos de la incontinencia (urgencia o mixta), con una exploración física normal, con un residuo vesical no patológico y un sedimento de orina normal.

### 5. Tratamiento de la hiperactividad vesical

- *Fármacos*: los fármacos que se han mostrado más eficaces han sido *la tolterodina* (antimuscarínico selectivo de los receptores vesicales) y *la oxibutinina* (acción mixta: anticolinérgica y relajante muscular; dosis recomendada 2,5 mg/8 horas). Los estudios realizados con tolterodina frente a oxibutinina han demostrado una eficacia clínica similar, pero con una mejor tolerabilidad, lo cual le añade una serie de ventajas frente al resto de los fármacos anticolinérgicos (15).  
Recientemente se ha comercializado en nuestro país la soliferacina (antimuscarínico M3 selectivo), con buenos resultados preliminares, tanto

en relación con su efectividad clínica como con el perfil de seguridad.

- *Otras opciones*: estimulación eléctrica; cirugía.

### 6. Tratamiento de la incontinencia de estrés

- *Cirugía*: considerada como la técnica de elección, lográndose una fijación de la musculatura pélvica con las diferentes técnicas quirúrgicas.
- *Fármacos*: próximamente se va a comercializar en nuestro país la duloxetina (inhibidor mixto de la recaptación de serotonina y noradrenalina a nivel de S2-S4 y ha demostrado su eficacia en el tratamiento farmacológico de la incontinencia de estrés (16).
- *Conos vaginales*: a través de un sistema de conos vaginales se pretende reforzar de forma progresiva la musculatura pélvica. Su mecanismo de acción es similar a los ejercicios del suelo pélvico, aunque puede facilitar el cumplimiento de esta técnica.

### 7. Tratamiento de la incontinencia por rebosamiento:

- *Obstrucción al tracto urinario de salida*: se debe plantear una corrección quirúrgica de la obstrucción (hiperplasia prostática, estenosis uretral, prolapso uterino).
- *Alteración contráctil*: la técnica de elección es el cateterismo vesical intermitente, recurriendo sólo al cateterismo permanente cuando la situación funcional del paciente, o bien la falta de apoyo familiar o social, impidan la realización de esta técnica.

### 8. Tratamiento de la incontinencia funcional

Se debe intentar mejorar las condiciones físicas y/o mentales del anciano, así como tratar de reforzar a los cuidadores para establecer un programa de micciones programadas (cada dos horas). De forma complementaria, se puede utilizar alguna de las medidas paliativas (17).

### 9. Medidas paliativas

En pacientes con deterioro funcional o con una incontinencia severa, se pueden utilizar de forma adicional una serie de medidas que pueden ofrecer alivio o bienestar al anciano, sin perseguir la recuperación de la continencia (17). Las medidas más comunes son los absorbentes, los colectores (en varones sin obstrucción al tracto de salida), los sistemas oclusivos uretrales (en varones con incontinencia de estrés) y los tapones uretrales para las mujeres.

## Retención urinaria

Se trata de un problema bastante frecuente en la práctica médica, sobre todo en los varones de edad avanzada. La gran mayoría de los casos se presenta de forma brusca, y muchas veces no se consulta hasta que se llega a esta situación, si bien es posible recoger en la historia clínica la existencia previa de dificultad para vaciar la vejiga. Otras veces, la clínica de dificultad miccional es muy poco manifiesta, y la retención urinaria se presenta con datos de insuficiencia renal debida a una ureterohidronefrosis bilateral.

### Etiología

Las causas de retención urinaria en el anciano pueden ser diversas, e incluso existir más de una causa en el mismo paciente. Desde un punto de vista clínico podemos diferenciar varios grupos de causas: obstructivas, neurogénicas, farmacológicas y psicógenas.

### Etiología obstructiva

La etiología obstructiva es la más frecuente en los varones, relacionándose fundamentalmente con la hiperplasia benigna prostática, si bien otros factores como la impactación fecal, la infección, la esclerosis del cuello vesical (casi siempre tras una cirugía prostática), las estenosis uretrales, la neoplasia prostática o vesical, los fármacos (con acción anticolinérgica; diuréticos) o un balance de líquidos excesivamente positivo también pueden desempeñar un papel adicional en la producción de retención urinaria.

### Etiología neurógena

La retención de orina de origen neurógeno puede tener su origen en diferentes procesos sistémicos, tales como:

- Lesiones corticales o subcorticales: enfermedad cerebrovascular, demencia, hidrocefalia, patología tumoral.
- Síndrome de compresión medular: aplastamientos vertebrales, hernia discal, metástasis óseas, mieloma múltiple, tumor medular.
- Neuropatía autonómica: diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, enolismo crónico, malnutrición.
- Neuropatía periférica: déficit de B<sub>12</sub>.

### Etiología farmacológica

Los fármacos más frecuentemente implicados son los psicofármacos (antidepresivos tricíclicos, neurolépticos, benzodiacepinas), anticolinérgicos, calcioantagonistas, relajantes musculares, antiparkinsonianos,

antihistamínicos, beta-bloqueantes y simpaticomiméticos.

### Formas de presentación clínica

#### *Retención urinaria aguda*

Esta forma de presentación es muy frecuente en los varones, debido casi siempre a una causa obstructiva (hiperplasia prostática), y en el caso de las mujeres suele ser de origen farmacológico o multifactorial (inmovilidad, nutricional, neuropatía...).

En el caso del varón con hiperplasia prostática, no sólo influye el volumen glandular en la patogenia de la retención urinaria, sino que otros factores, como el tono del cuello vesical o de la uretra, también van a intervenir sobre la dinámica miccional.

La manifestación clínica típica suele ser la imposibilidad para orinar, que habitualmente se presenta con dolor abdominal, conllevando en el paciente anciano una serie de repercusiones orgánicas como delirium, insuficiencia renal, descompensación de la patología cardíaca, respiratoria o hepática (18).

#### *Retención urinaria crónica*

En ocasiones puede ocurrir que las manifestaciones de la retención urinaria no sean las clásicas (síntomas obstructivos, molestias abdominales, etc.), sino que se presenten como manifestaciones generales, casi siempre relacionadas con insuficiencia renal o con complicaciones del residuo vesical patológico (infecciones, hematuria, litiasis, divertículos, etc.). En el anciano está descrita la presentación de la retención urinaria crónica con alteraciones mentales (agitación, desorientación, delirium) y del comportamiento (alteraciones conductuales, agresividad), secundarias a la ureterohidronefrosis bilateral con insuficiencia renal provocada por una distensión vesical, sin que las manifestaciones irritativas u obstructivas estuvieran presentes previamente.

### Procesos más comunes en el anciano

#### *Neuropatía diabética*

La retención urinaria puede aparecer en el seno de una neuropatía diabética, relacionándose casi siempre con una lesión del sistema nervioso autónomo. La arreflexia vesical se ha relacionado tradicionalmente con una larga duración de la diabetes, con un mal control metabólico y con una afectación de los axones aferentes de la vejiga urinaria.

Desde el punto de vista clínico, la arreflexia vesical diabética se caracteriza por una falta de sensación de llenado vesical, condicionando una distensión



vesical, una descompensación del detrusor y retención urinaria (19).

El manejo de esta entidad irá dirigido a mejorar el insuficiente vaciamiento vesical, proponiéndose como técnica más adecuada el cateterismo vesical intermitente, debiendo recurrir al cateterismo permanente cuando esa técnica no puede efectuarse por limitaciones personales o del núcleo familiar.

### *Postoperatorio*

La retención urinaria es bastante frecuente en la fase postoperatoria de los pacientes ancianos, especialmente tras las cirugías abdominales y ortopédicas, oscilando su prevalencia desde el 12% hasta el 50%, dependiendo de las características de cada paciente, del tipo de cirugía y de la técnica anestésica utilizada.

Los factores precipitantes más habituales son: los aspectos funcionales (inmovilidad, dolor), los fármacos (anestesia, sedación, analgesia), la edad avanzada y el género masculino. No obstante, en todos los casos hay que considerar los antecedentes urológicos del paciente (varón con hipertrofia prostática, cirugía urológica previa), y sus características generales (patología médica, situación física y funcional previa).

Las causas de la retención urinaria postoperatoria pueden ser diversas:

- Obstrucción del tracto urinario inferior precipitada por la inmovilidad, una impactación fecal o por la cirugía.
- Hipocontractilidad vesical relacionada con los fármacos utilizados (anestésicos, analgésicos, narcóticos, anticolinérgicos, calcioantagonistas, etc.), con las alteraciones electrolíticas (hipokaliemia, hiponatremia, etc.).
- Lesión del nervio parasimpático pélvico, en algunos tipos de cirugía pélvica (resección abdomino-perineal).

Cuando aparezca esta complicación habrá que intentar descubrir el factor precipitante y no considerar exclusivamente la obstrucción como el único mecanismo posible. Habrá que tratar de evitar la colocación de un catéter vesical permanente, recurriendo a micciones programadas, reeducación vesical, combinándolo si es preciso con cateterismos intermitentes, mientras se corrigen los factores precipitantes y se recupera la situación general y la movilidad.

### *Ingreso hospitalario*

Puede ser que las condiciones que acontecen durante el ingreso hospitalario (mala movilidad, procesos médicos agudos, delirium, alteraciones electrolíticas, impactación fecal, fármacos, etc.), máxime en

ancianos frágiles o con deterioro funcional previo, provoquen una retención urinaria. Esta complicación se ha comunicado hasta en un 25-50% de los ancianos ingresados por un proceso médico, y requiere la corrección de los factores precipitantes y la recuperación del estado general-funcional.

### *Hiperactividad del detrusor con contractilidad alterada*

Esta entidad clínica combina datos urodinámicos de hiperactividad vesical (existencia de contracciones involuntarias), pero con incapacidad de vaciar más del 50% del contenido de la vejiga. Según la «Agency for Health Care Policy and Research Adult Incontinence Guidelines» se trataría de «pacientes que tienen contracciones involuntarias del detrusor, a pesar de las cuales no podrían conseguir vaciar la vejiga completa o incompletamente» (2).

Desde el punto de vista clínico, los pacientes pueden presentar tanto síntomas urinarios de tipo irritativo (fundamentalmente polaquiuria y urgencia miccional), como de tipo obstructivo (sensación de micción incompleta, retención urinaria), encontrando característicamente residuos vesicales postmiccionales patológicos. Por ello, aunque generalmente se presentan con urgencia incontinencia y un elevado residuo postmiccional, también es posible que se manifieste con síntomas de obstrucción, incontinencia de estrés o por rebosamiento.

El perfil típico de los pacientes incluiría una edad avanzada, generalmente mujeres, y un deterioro funcional. Actualmente se considera que esta entidad podría ser un subtipo de la hiperreflexia vesical, proponiéndose la posibilidad de ser una fase muy evolucionada con aparición de un fracaso del detrusor (20). Esta forma de hiperactividad vesical supone la segunda causa de incontinencia en los ancianos institucionalizados (con deterioro funcional, bien físico y/o psíquico importantes). La trascendencia clínica de esta entidad es que podría ocurrir un episodio de retención urinaria cuando a la vulnerabilidad del anciano frágil se le añadiera algún otro factor (fármacos, inmovilidad, impactación fecal, etc.) que alteraran más la contractilidad vesical. Por lo tanto, esta entidad debería incluirse en el diagnóstico diferencial de la retención urinaria del anciano, tanto aguda como crónica.

### **Bibliografía**

1. Ouslander JG. Geriatric urinary incontinence. *Dis Mon* 1992; 2: 70-149.
2. Urinary Incontinence Guideline Panel. Urinary Incontinence in Adults: Clinical Practice Guideline. Agency for Health Care Policy and Research. Rockville MD (USA). Public Health Service March 1992.

3. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsteu U, et al. The Standardisation of Terminology in Lower Urinary Tract Function. *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 167-78.
4. Verdejo C. Incontinencia urinaria. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ, editores. *Geriatría en Atención Primaria*. 3.ª edición. Barcelona: Aula Médica; 2002. p. 267-77.
5. Hajjar RR. Psychosocial impact of urinary incontinence in the elderly population. *Clin Geriatr Med* 2004; 20: 553-64.
6. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2004; 23: 322-30.
7. McGrother C, Resnick M, Yalla SV, Kirschner-Hermanns R, Broseta E, Muller C, et al. Epidemiology and etiology of urinary incontinence in the elderly. *World J Urol* 1998; 16 (Suppl 1): S3-S10.
8. Adedokun AO, Wilson MMG. Urinary incontinence: historical, global and epidemiologic perspectives. *Clin Geriatr Med* 2004; 20: 399-408.
9. Verdejo C. Aging of the urogenital system. *Rev Clin Gerontol* 2000; 10: 315-24.
10. Yim PS, Peterson AS. Urinary incontinence. Basic types and their management in older patients. *Postgrad Med* 1996; 99: 137-50.
11. Ouslander JG. Management of Overactive Bladder. *N Engl J Med* 2004; 350 (8): 786-99.
12. Weiss BD. Diagnostic evaluation of urinary incontinence in geriatric patients. *Am Fam Physician* 1998; 57: 2675-84.
13. Weinberger MW. Conservative treatment of urinary incontinence. *Clin Obstet Gynecol* 1995; 38: 175-88.
14. Füsgen I, Bienstein C, Böhmer F, et al. Interdisciplinary care of urinary incontinence in the elderly. *World J Urol* 1998; 16 (Suppl 1): S62-S71.
15. Andersson KE. Antimuscarinics for treatment of overactive bladder. *Lancet Neurol* 2004; 3 (1): 46-53.
16. Zinner NR. Stress urinary incontinence in women: efficacy and safety of duloxetine. *European Urology Supplements* 2005; 4: 29-37.
17. Verdejo C. Urinary and faecal incontinence and dementia. *Rev Clin Gerontol* 2004; 14: 129-36.
18. Verdejo C, Rexach L. Retención urinaria. En: Salinas J, Verdejo C, editores. *Patología funcional del tracto urinario inferior en el anciano*. Madrid: Santher SL.; 1996. p. 65-70.
19. Chartier-Kastler E, Averous M, Barrou B, Lopez C, Moscovici J, Roman F, Delmas V. Diabetes and urination disorders. *Prog Urol* 2000; 10: 14-23.
20. Brandeis GB, Yalla SV, Resnick NM. Detrusor hyperactivity with impaired contractility (DHIC): the great mimic. *J Urol* 1990. p. 143-223A.

### Lectura recomendada

Chutka DS, Fleming KC, Evans MP, Evans JM, Andrews KL. Urinary incontinence in the elderly population. *Mayo Clin Proc* 1996, 71: 93-101.

Grupo de Trabajo de Incontinencia de la SEGG. Manejo de la incontinencia urinaria en el adulto. Madrid: Idepsa; 1997. Klausner AP, Vapnek JM. Urinary incontinence in the geriatric population. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 2003; 70 (1): 54-61.

Teunissen TA, de Jonge A, van Weel C, Lagro-Janssen AL. Treating urinary incontinence in the elderly-conservative therapies that work: a systematic review. *J Fam Pract* 2004; 53 (1): 25-32.

Geriatric incontinence. *Clin Geriatr Med* 2004; 20 (3).