

Incontinencia urinaria en el anciano

S. Pol Roux, M. Mane

La incontinencia urinaria (IU) del anciano, que constituye un auténtico problema de salud pública por su frecuencia y su repercusión desde el punto de vista médico, social y económico, debe someterse a una valoración pertinente para instaurar el tratamiento más apropiado. Esta evaluación debe ser ante todo clínica, global y multidisciplinaria. La edad no es por sí sola una contraindicación para solicitar pruebas complementarias a fin de plantear un programa terapéutico coherente con objetivos realistas. El desarrollo de nuevos tratamientos farmacológicos y quirúrgicos debe llevar al médico a valorar de manera sistemática la continencia en los pacientes de edad avanzada.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Anciano; incontinencia urinaria (IU)

Plan

■ Datos generales	1
■ Reseña sobre las bases neurofisiológicas del ciclo continencia-micción	2
Aspectos funcionales de la motricidad vesical	2
Control reflejo de la motricidad vesical	2
Control encefálico	2
Afectación del sistema nervioso central	2
Afectación del sistema nervioso periférico	3
■ Envejecimiento del aparato vesicoesfinteriano	3
En la mujer	3
En el varón	3
En ambos sexos	3
■ Aspectos prácticos: diagnóstico y valoración de la incontinencia urinaria	3
Anamnesis	3
Exploración física	3
Papel de las pruebas complementarias	4
■ Conducta terapéutica	4
Adaptación del entorno y tratamiento conductual	4
Tratamiento farmacológico	4
Rehabilitación	5
Cirugía	5
Tratamiento paliativo	5
■ Conclusión	5

■ Datos generales

La incontinencia urinaria (IU) del anciano no debe considerarse banal [1]. Constituye un auténtico problema de salud pública debido a sus costes directos (actos médicos, paramédicos y quirúrgicos) e indirectos (aislamiento social, reducción de las actividades, etc.); no obstante, su valoración y tratamiento siguen siendo a veces delicados. Por otra parte, la IU puede causar dificultades en lo que concierne a la higiene corporal, trastornos en el plano social e incluso una discapacidad que conlleva la pérdida de socialización.

Los datos epidemiológicos varían de un estudio a otro en función de la población estudiada (ancianos que viven en su domicilio o en instituciones) y de los criterios clínicos aplicados. En consecuencia, es muy probable que las cifras publicadas sean muy inferiores a las reales.

La prevalencia de IU aumenta con la edad. En las mujeres de edad avanzada, alcanza el 17-55%, con un 3-17% en el caso de IU diaria. En los varones de edad avanzada, la prevalencia es del 11-34%, con un 2-11% en el caso de la IU diaria. Por consiguiente, hay un predominio claro de mujeres con insuficiencia urinaria: la incidencia es 1,3-3 veces mayor en las ancianas que en los ancianos [2]. La IU varía en función del tipo de población estudiada: es del 15% en los ancianos que viven en su domicilio y del 50% en los que están internados en alguna institución [3].

El tipo de IU varía también en función de la edad. Se observa un predominio de IU de esfuerzo en las mujeres más jóvenes. Por el contrario, se constata con mayor frecuencia una sintomatología mixta (urgencia miccional e IU de esfuerzo) en la mujer de edad más avanzada.

La conducta diagnóstica y terapéutica en la IU del anciano exige el enfoque multidisciplinario típico de la geriatría, donde lo que prima es lograr diagnósticos productivos [1]. El gran número de estructuras implicadas en el ciclo de continencia y micción explica en parte las dificultades diagnósticas que a veces se encuentran. La IU se atribuye con frecuencia al envejecimiento, se valora menos de lo debido y, por tanto, se controla poco. El mero envejecimiento no provoca incontinencia.

La definición de la IU del anciano no tiene nada de específico. Se trata de una pérdida involuntaria de orina cuando no se está miccionando. Conviene descartar previamente la presencia de una fistula secundaria a una intervención quirúrgica o, por ejemplo, a la radioterapia. También hay que descartar una falsa incontinencia por rebosamiento en caso de retención urinaria aguda o crónica de orina.

La IU se debe a una alteración de los mecanismos fisiológicos de mantenimiento de la continencia. El envejecimiento afecta de diferente forma a estos mecanismos, a los que puede añadirse una alteración orgánica que conlleve o no una IU. Conviene tener en cuenta el contexto y el entorno, que pueden

causar una IU denominada funcional, que aparece entonces en el curso de un suceso intercurrente que no está relacionado con las estructuras implicadas en el ciclo continencia-micción que caracteriza la polipatología en cascada, tan frecuente en geriatría [1]. Cabe citar, por ejemplo, al paciente anciano, hasta entonces perfectamente autónomo y continente, hospitalizado por una fractura del cuello femoral y que, debido a su discapacidad motora puntual, ya no puede llegar tan rápido al servicio.

Esquemáticamente, se definen tres tipos de incontinencia:

- de esfuerzo:
 - sin prolapso, en relación con una insuficiencia esfinteriana;
 - con trastorno de la estática pélvica y de la transmisión de presiones con el esfuerzo;
- por urgencia miccional: afecciones neurológicas o uroginecológicas;
- mixta, que asocia ambos mecanismos; es la que se observa con mayor frecuencia en geriatría, debido a su carácter multifactorial.

El ciclo normal de continencia-micción implica la integridad y el buen funcionamiento de los centros de la micción, las vías de conducción del sistema nervioso central y periférico y de las vías urinarias bajas, en particular las estructuras de sostén de la vejiga y de la uretra en la mujer y de la próstata en el varón. El conocimiento de las bases neurofisiológicas del ciclo continencia-micción y del envejecimiento del aparato vesicoesfinteriano es un requisito previo indispensable para valorar la IU en el anciano.

Reseña sobre las bases neurofisiológicas del ciclo continencia-micción

La inervación vesicouretral corre a cargo del nervio hipogástrico (fibras sensitivas y motoras de origen simpático), el nervio erector (sensitivo y motor de origen parasimpático) y el nervio pudendo (sensitivo y motor somático) (Fig. 1).

Aspectos funcionales de la motricidad vesical

En el funcionamiento del aparato vesicoesfinteriano tienen lugar dos fases opuestas: la fase de llenado, en la que la vejiga

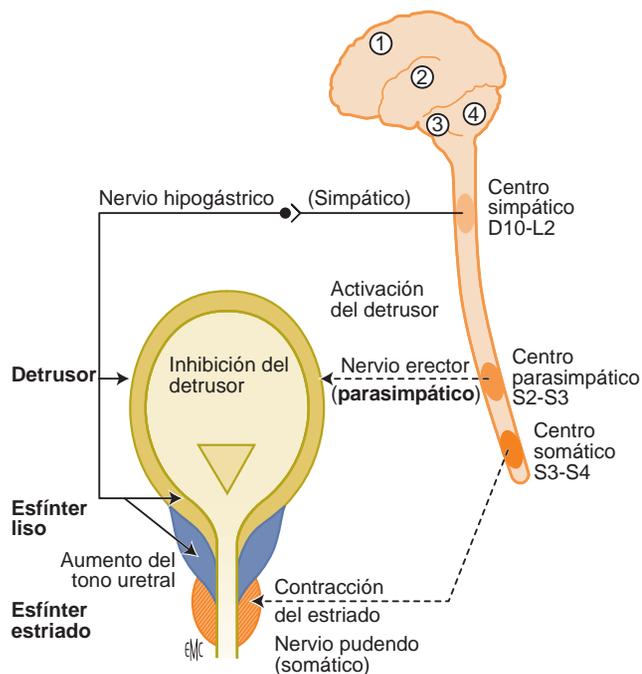


Figura 1. Inervación vesicoesfinteriana. 1, 2, 3 y 4: centros encefálicos frontales, de la protuberancia, cerebeloso (según J.-B. Piera, Roman F. *Rééducation de l'incontinence urinaire des personnes âgées*. Encycl Méd Chir (París, Francia), Kinésithérapie, 26590 A20, 12-1989, 12p).

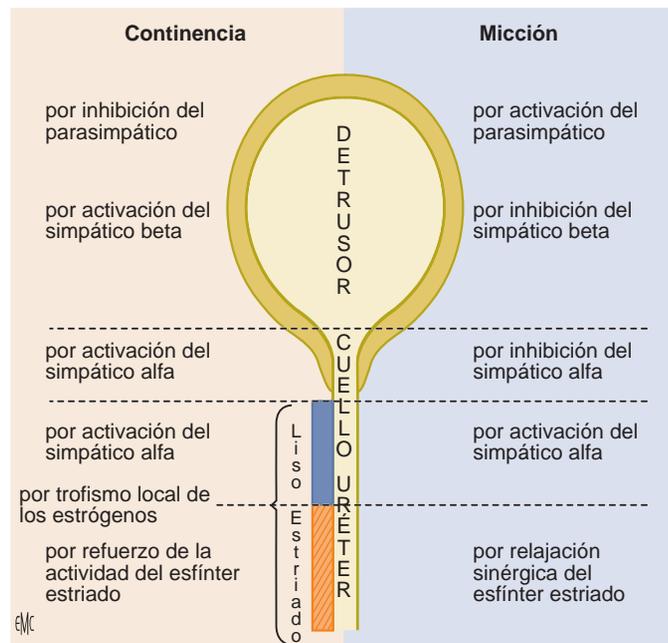


Figura 2. Neurofisiología vesicoesfinteriana: equilibrio de la actividad de los sistemas simpático y parasimpático en las fases de continencia y de micción (según J.-B. Piera, Roman F. *Rééducation de l'incontinence urinaire des personnes âgées*. Encycl Méd Chir (París, Francia), Kinésithérapie, 26590 A20, 12-1989, 12p).

desempeña el papel de depósito, y la micción, que debe permitir la evacuación completa y rápida de la orina. Para que la micción sea normal es necesaria la sincronización de varios procesos que se encuentran bajo el control complejo del sistema nervioso central y periférico.

Control reflejo de la motricidad vesical

Continencia

La continencia depende de diferentes mecanismos (Fig. 2). Durante la fase de llenado vesical, se observa un refuerzo progresivo de la actividad del esfínter estriado uretral y un aumento de la presión intrauretral.

Micción

La micción normal depende de un circuito reflejo espinopontomedular. El aumento del volumen vesical provoca la contracción del músculo detrusor, estimulando los mecanorreceptores vesicales. Se trata del reflejo miccional, cuyas vías aferentes y eferentes se sitúan en el nervio erector y cuyo circuito conlleva la existencia de un bucle que pasa por la médula sacra y el centro facilitador de la protuberancia. Durante la micción, la contracción del detrusor se asocia a una relajación de la uretra. Esta sinergia vesicoesfinteriana, indispensable para la evacuación completa de la orina, depende también del centro situado en la protuberancia.

Control encefálico

Cada reflejo está sometido a un control cortical y subcortical. El lóbulo frontal está implicado directamente en la percepción de la necesidad de orinar y la capacidad de desencadenar o de inhibir la micción de forma voluntaria. El tálamo, los núcleos grises centrales y el cerebelo desempeñan también una función en el control de la motricidad vesicoesfinteriana.

Afectación del sistema nervioso central

Existe una amplia gama de síntomas urinarios, que están determinados por el nivel de la lesión. La diversidad de las zonas afectadas hace que el análisis de estos trastornos sea difícil.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465698>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465698>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)