



Revisión

La disfunción del tracto urinario inferior en el paciente mayor

Carlos Verdejo^{a,*}, Santiago Méndez^b y Jesús Salinas^c

^a Servicio de Geriátría, Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense, Madrid, España

^b Servicio de Urología, Hospital Sanitas La Moraleja, Madrid, España

^c Servicio de Urología, Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de febrero de 2016

Aceptado el 21 de marzo de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Disfunción tracto urinario

Envejecimiento

Incontinencia

R E S U M E N

La disfunción del tracto urinario inferior en los mayores suele ser multifactorial. Los cambios en el aparato urinario derivados del envejecimiento, junto con la comorbilidad y la polifarmacia, pueden ocasionar alteraciones dinámicas. Los síntomas del tracto urinario inferior aumentan con la edad, siendo un problema por sus consecuencias médicas y psicosociales. Por ello, en la valoración de la disfunción urinaria de los mayores hay que considerar aspectos como la polifarmacia, la movilidad, las alteraciones afectivas y cognitivas, y la accesibilidad a la vivienda.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Urinary tract dysfunction in older patients

A B S T R A C T

Urinary tract dysfunction in older patients has a multifactorial aetiology and is not a uniform clinical condition. Changes due to physiological ageing as well as comorbidity and polypharmacy, can produce several dynamic conditions such as urinary incontinence and urinary retention. Lower urinary tract symptoms increase with age in both sexes and are a major problem in older patients due to their medical and psychosocial consequences. For these reasons, in assessing urinary dysfunction in older patients, we should consider external circumstances such as polypharmacy, poor mobility, affective and cognitive disorders and also accessibility to housing.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La disfunción del tracto urinario inferior (TUI) en pacientes mayores no es una entidad patológica uniforme. Los propios cambios derivados del envejecimiento fisiológico, junto con diversas enfermedades del sistema cerebroespinal, la obstrucción del TUI o una afectación esfinteriana, pueden ocasionar alteraciones tales como incontinencia urinaria (IU) y/o retención de orina¹.

El TUI sufre cambios derivados del envejecimiento fisiológico. Así, el volumen vesical, en el varón al menos, disminuye con la edad si bien el volumen miccional total no parece modificarse significativamente. Esto tiene como consecuencia el aumento de la frecuencia miccional. Algunos de los cambios que aparecen con

la edad, como la disminución del flujo máximo, el aumento del residuo posmiccional y la disminución del volumen miccional, parece que se producen en ambos sexos, sin constituir un fenómeno específico de sexo. Otros se presentan con más frecuencia en uno u otro sexo; en las mujeres, una disminución de la resistencia uretral y de la longitud funcional de la uretra, mientras que en el hombre es más frecuente la hiperactividad del detrusor que en la mujer^{1,2}.

La IU es el motivo más frecuente de la solicitud de un estudio urodinámico en la mujer posmenopáusica. A partir de los 75 años, la función vesical femenina se deteriora bruscamente, con aparición de hiperactividad y/o afectación de la contractilidad del detrusor, decayendo la función uretral más progresivamente. La edad, y no la menopausia, parece el factor más importante.

El incremento del *neuronal growth factor* en pacientes con detrusor hiperactivo refractario a anticolinérgicos indica que puedan estar implicados ciertos mecanismos inflamatorios crónicos³. En el varón además, se produce el incremento del volumen prostático,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cverdejob@segg.es (C. Verdejo).

Tabla 1
Cambios funcionales del tracto urinario inferior con la edad

	Cambios histológicos	Cambios funcionales	Consecuencias clínicas
Vejiga	Cambios músculo liso con pérdida de músculo Cambios urotelio Degeneración axonal Fibrosis Cambios vasculares Neuropatía sensorial	↓ capacidad vesical ↓ del flujo máximo ↓ del volumen miccional ↑ residuo posmiccional Hiperactividad del detrusor Alteración contráctil del detrusor ↓ sensibilidad vesical ↑ del volumen primer deseo miccional	Síntomas TUI y favorece la IU
Uretra	↓ de las fibras circulares lisas ↓ de estrógenos Cambios inflamatorios	↓ de la presión de cierre ↓ de la longitud uretral ↑ sensibilidad uretral	Favorece IU
Próstata	HBP Cáncer		Síntomas TUI y favorece la IU
Disminución de estrógenos	Denervación	↓ de la elasticidad	Favorece la IU
Suelo pélvico	↓ número y diámetro fibras estriadas Alteración contenido colágeno		Favorece la IU Favorece la aparición de prolapsos
↑ producción de orina nocturna		Poliuria nocturna	Favorece la IU nocturna

HBP: hiperplasia benigna de próstata; IU: incontinencia urinaria; TUI: tracto urinario inferior. Tomada y modificada de Verdejo-Bravo⁵ y Verdejo Bravo⁶.

que si bien no todos los autores correlacionan de manera inequívoca con los síntomas urinarios, coexisten al menos en el tiempo con ellos. De hecho, según algunos trabajos, está demostrado el incremento del tamaño prostático con la edad y la disminución del flujo miccional relacionado con este incremento. El hallazgo de infiltrados inflamatorios, con reclutamiento de linfocitos T por medio de activación de interleucinas y la puesta en marcha de citocinas en casi todas las muestras de hiperplasia benigna de próstata (HBP) estudiadas, hacen sospechar un mecanismo autoinmune para esta enfermedad⁴.

Pero, no solo hay que tener en cuenta el envejecimiento del TUI, sino que también hay que considerar la influencia de la comorbilidad y del consumo de polifarmacia, de la disminución de la movilidad y de la alteración cognitiva, así como de la falta de accesibilidad en la vivienda^{5,6}.

En la **tabla 1** se resumen los cambios del TUI derivados del envejecimiento.

Incontinencia urinaria

La edad se considera un factor predisponente para la aparición de la IU, afectando a un 30-60% de los mayores de 65 años de edad, siendo exponencial con la edad. Este porcentaje es aún más elevado en el caso del mayor frágil, llegando al 43-77%^{7,8}.

La IU en el paciente mayor, y sobre todo en los más frágiles, debería considerarse como un modelo sindrómico que va más allá del TUI y de su control neurológico. Los propios cambios fisiológicos con la edad, la comorbilidad, la polifarmacia y el deterioro funcional aumentan la vulnerabilidad de estos pacientes⁹.

En la **tabla 2** se muestran los principales fármacos que pueden precipitar o agravar la IU.

Algunos autores piensan que, en el desarrollo de la IU, y en concreto en la vejiga hiperactiva, están implicados ciertos mecanismos inflamatorios. En este sentido se han encontrado mayores niveles de proteína C reactiva en mujeres con síndrome de vejiga hiperactiva (SVH) e incontinencia tipo urgencia, sin incontinencia de esfuerzo, relacionándose dichos niveles también con un flujo máximo disminuido y mayor índice de masa corporal en mujeres con síntomas del TUI (LUTS, del inglés *lower urinary tract symptoms*), pero sin incontinencia de esfuerzo¹⁰.

Es importante destacar que la IU no solo representa un problema urológico, ya que las personas que la padecen tienen una mayor carga de alteraciones en su salud mental y una menor calidad de vida relacionada con su salud¹¹.

En la fisiopatología de la IU del mayor existen diversos factores a tener en cuenta:

- **Sistema nervioso central:** hay múltiples manifestaciones urinarias asociadas a lesión de la sustancia blanca cerebral, entre ellas la polaquiuria y la IU, habiéndose observado mediante resonancia magnética que la hiperintensidad de la sustancia blanca en la región frontal inferior derecha y en algunos tractos selectivos de sustancia blanca, predice la incontinencia, su gravedad y el grado de molestias, lo que indica que estas estructuras y sus alteraciones desempeñan un papel en la incontinencia y en la urgencia miccional en el paciente mayor^{3,12}.
- **Sistema nervioso periférico:** la desmielinización del nervio pudiendo sin daño axonal puede estar implicada en la IU de esfuerzo (IUE), encontrándose una relación entre las alteraciones de la inervación pudenda y los síntomas de la fase de llenado e hiperactividad del detrusor, en algunos casos con urgencia incontinencia^{13,14}.
- **Esfínter urinario:** se han encontrado diferencias significativas entre los potenciales de acción de la unidad motora del esfínter uretral, entre las mujeres continentales y las que padecen IUE, mostrando que las mujeres continentales tienen una mejor inervación, y encontrando una correlación negativa con la edad, lo que puede indicar la existencia de una neuropatía¹⁵.

La afectación esfinteriana intrínseca es una causa de la IUE. Se presenta después de complicaciones obstétricas o en mujeres mayores de etiología multifactorial. En el varón, se produce principalmente como complicación de la cirugía del cáncer de próstata o de vejiga.

Tras la cirugía por HBP, puede presentarse IU. Estudiando a 125 pacientes con incontinencia postratamiento quirúrgico de la HBP, en varones de 69-75 años de edad, la afectación del esfínter era la causa más frecuente, pero en el 25% de los casos la etiología era una disfunción vesical aislada. Esta disfunción aumentaba a razón de un 5,3% por cada año de edad del paciente¹⁶.

- **Uretra:** la presión de cierre disminuye unos 15 cm H₂O por década, sin que se vea afectada la función del elevador, ni el

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5680785>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5680785>

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