



EDITORIAL

Incontinencia urinaria: múltiples causas, tratamientos diferentes y profesionales distintos

Urinary incontinence: multiple causes, different treatments and different professionals

Ramón Miralles

Servicio de Geriatria del Parc de Salut Mar, Hospital de la Esperanza, Centro Fòrum y Hospital del Mar, Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

La prevalencia de incontinencia urinaria en personas mayores de 65 años, en nuestro país, se estima entre un 15 y un 50%, y es más frecuente en mujeres. Al analizar la población anciana que vive en residencias o en instituciones, esta prevalencia puede llegar hasta el 70%¹. La incontinencia urinaria tiene repercusiones negativas sobre la calidad de vida y es un problema limitante y, en ocasiones, vergonzante, que además tiene importantes repercusiones económicas, ya que todos los esfuerzos, para mantener a una persona seca tienen un elevado coste, tanto en recursos materiales, como en horas de personal cuidador¹⁻³.

La incontinencia urinaria puede ser un síntoma que manifieste un problema urológico o ginecológico concreto, o bien puede constituir una manifestación que refleje el deterioro conjunto de varios mecanismos a la vez; este último aspecto lleva a considerarla como uno de los principales síndromes geriátricos. La aparente sencilla acción de orinar en el lugar adecuado y en el momento adecuado es el resultado de una compleja integración de mecanismos fisiológicos, en los que intervienen diferentes aparatos y sistemas (sistema muscular y esquelético, sistema nervioso y aparato genitourinario). Asimismo, para ser continente se requiere la integridad de diferentes funciones de la persona, tales como la movilidad general, el estado mental, la motivación y la destreza manual^{4,5}. Así pues, la aparición de incontinencia urinaria puede ser la manifestación de diversas enfermedades o alteraciones que afectan a distintos aparatos y sistemas. Por este motivo, los síntomas y las circunstancias que acompañan a la incontinencia pueden ser diferentes y pueden implicar varias especialidades médicas y a distintos profesionales de la salud. Esto hace que el mismo problema pueda ser vivido y explicado de manera diferente, en función del tipo de incontinencia de que se trate (de rebosamiento, de esfuerzo, de urgencias o funcional).

Si en un hospital imaginario, de un país imaginario, se encontrasen un urólogo, una ginecóloga, una médico de familia, un geriatra y una enfermera, y juntos comentasen los pacientes con incontinencia urinaria, puede que la conversación trascurriese de la siguiente manera.

– Urólogo: He visitado a un anciano que perdía orina en forma de goteo permanente, y que el chorro de orina no tenía fuerza. Tenía un gran residuo posmiccional y la próstata aumentada de tamaño; le he programado una intervención quirúrgica.

A continuación la ginecóloga, tal vez diría:

– He visto a una señora también mayor que se quejaba de escapes de orina al reír y cuando hacía algún esfuerzo, como agacharse para tomar en brazos a su nieta. El fisioterapeuta le hará un programa de ejercicios de la musculatura del suelo pélvico.

Seguidamente, intervendría la médico de familia y tal vez explicaría:

– Una paciente se atrevió a confesarme que no iba al cine porque tenía que levantarse varias veces durante la película, pues le venían ganas urgentes de ir al lavabo. Le expliqué una pauta de conducta, (micciones programadas voluntarias) y le dije que te viniese a ver (dirigiéndose al urólogo), por si acaso pudiera beneficiarse de tratamiento con anticolinérgicos.

A todo esto, seguiría el geriatra:

– Yo veo a pacientes ancianos que son incontinentes porque se han vuelto dependientes y tienen problemas de movilidad o de su estado mental. Un programa de fisioterapia general podría mejorar la movilidad en general (capacidad de marcha y transferencias) y mejorar la incontinencia.

– ¿Cómo sabrías si tienen una vejiga hiperactiva, un problema urológico o una debilidad del suelo pélvico? —replicaría el urólogo, incorporándose hacia delante y esperando con interés la respuesta del geriatra.

– Geriatra: La historia clínica me ayudaría, pero al principio, nunca lo sabría con certeza, debería hacerles unas pruebas básicas para ello (sedimento de orina, maniobras de Ouslander...)⁶, pero, en general, no me plantearía hacerlas hasta que el paciente hubiese mejorado de su problema de movilidad. No tiene sentido hacer maniobras diagnósticas si el paciente va a recuperar la continencia por sí mismo, cuando recupere su movilidad general.

Correo electrónico: rmiralles@parcdesalutmar.es

La enfermera, entraría en la conversación dirigiéndose al geriatra:

- Los cuidados de enfermería que se hacen alrededor del paciente y las terapias de conducta, pueden ser muy útiles para favorecer la micción en el lugar y momento adecuados (técnica del vaciamiento precoz o *prompted voiding*)⁷.

La médico de familia, preguntaría entonces:

- ¿Y en el caso de que no mejore la movilidad y el paciente quede con dependencia crónica?
- Geriatra: ¡Muy buena esta pregunta!; no sé si estaría indicado hacer pruebas diagnósticas en estos casos, ya que aunque existiese un problema urológico o ginecológico, el tratamiento tampoco garantizaría la continencia, al seguir siendo el paciente dependiente.

La médico de familia, podría haberse quedado un poco sorprendida, pues el geriatra había insinuado que en pacientes con dependencia crónica por problemas de movilidad o por problemas mentales irreversibles, no valía la pena ir hasta el fondo en el estudio de la incontinencia, pero seguramente el urólogo y la ginecóloga, no estarían de acuerdo, ellos pensarían que conocer la etiología exacta, podría aportar beneficios, ¿o no? Y así, con algunas opiniones controvertidas, podría prolongarse esta conversación.

Aunque este relato sólo sea imaginario y algunas de las opiniones expresadas puedan ser discutibles y matizables, lo que pretende demostrar esta conversación es la diversidad de formas en que se puede presentar una incontinencia urinaria y los tratamientos bien diferentes que se plantean para cada una de ellas. Habría que añadir también a esta discusión el hecho de que, con frecuencia, las personas ancianas pueden tener varios mecanismos a la vez que puedan causar la incontinencia, abriéndose paso aquí el concepto de incontinencia urinaria mixta.

Aunque la intervención de los diferentes especialistas puede variar en función del entorno asistencial y los distintos circuitos y recursos que se dispongan, no queda ninguna duda de que la aproximación al problema de la incontinencia urinaria requiere un enfoque interdisciplinar, siendo absolutamente necesaria la coordinación entre los diferentes especialistas, tanto en el proceso del diagnóstico, como en la organización y planificación del tratamiento. La cirugía, la fisioterapia —tanto general como específica del suelo de la pelvis—, las terapias de conducta y los fármacos anticolinérgicos forman parte de un rompecabezas complejo en el que se debe encajar cada pieza en el lugar adecuado, o lo que es lo mismo, cada tipo de tratamiento con el tipo de incontinencia que se corresponda. Asimismo, este encaje de piezas debe llevarse a cabo utilizando de forma adecuada los recursos y las exploraciones complementarias disponibles en cada entorno asistencial, evitando hacer maniobras diagnósticas complejas y molestas a pacientes ancianos, con deterioro en su estado de salud y en los que difícilmente podrían llevarse a cabo según que tratamientos o intervenciones.

Prado Villanueva et al⁸, en el presente número de la revista, aportan un excelente estudio epidemiológico sobre la prevalencia de incontinencia urinaria, en una muestra representativa de 754 ancianos institucionalizados, escogidos en 49 residencias de la ciudad de Madrid y alrededores. Uno de los hechos más destacables de este estudio es que la población que se analiza es realmente una población geriátrica, en la que casi el 90% tenía una edad superior o igual a 75 años, más de la mitad de los pacientes presentaban dependencia moderada/grave y casi la mitad tenían deterioro cognitivo. La selección de esta muestra condiciona los resultados hallados. Así, estos autores encuentran una prevalencia de incontinencia urinaria elevada (53,6%), cuya duración de los síntomas es prologada en el tiempo (incontinencia crónica), siendo los tipos más frecuentes las formas mixtas, entre las que destacan la incontinencia de urgencias y la relacionada con problemas cognitivos y de movilidad (incontinencia funcional)^{4,5}. Es de destacar que entre los factores de riesgo relacionados con la incontinencia urinaria analizados en dicho estudio figure como uno de los más relevantes la incapacidad funcional moderada y severa (esta última con una *odds ratio* muy elevada). Este hecho puede ser explicable por tratarse de una muestra de ancianos institucionalizados con una alta frecuencia de discapacidad. El hecho de que el estudio de Prado Villanueva et al sea multicéntrico, permitiendo analizar una muestra elevada de pacientes, unido a que se trata de un estudio colaborativo entre distintos profesionales y especialistas, tanto de la atención primaria como del entorno hospitalario y residencial, le confiere al estudio un carácter de excepcionalidad que, sin duda, lo convierte en el que será un trabajo de referencia en nuestro país.

Bibliografía

1. Observatorio Nacional de la Incontinencia. Informe ONI. Prevalencia de incontinencia urinaria en España 2009 [consultado 6 Oct 2010]. Disponible en: www.observatoriodelaincontinencia.es/informe.oni.pdf.
2. Hernández-Faba E, Fuentesal-Gallego C, Aran-Catalán R, Suñer-Soler R, Egea-Zerolo B, Nieto-Blanco E, et al. La incontinencia urinaria en las personas mayores de 65 años: visión desde la enfermería geriátrica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;42:43-51.
3. Aslan E, Beji NK, Erkan HA, Yalcin O, Gungor F. Urinary incontinent and quality of life of the elderly residing in residential homes in Turkey. Arch Gerontol Geriatr. 2009;49:304-10.
4. Resnick NM. Incontinencia geriátrica. En: Diokno, A., editor. Urología geriátrica. Clínicas Urológicas de Norteamérica (ed esp), vol 1. México: Eds. McGraw-Hill Interamericana; 1996. p. 61-82.
5. Roqueta C, Mendo M, Esperanza E, Miralles R, Cervera AM. Incontinencia urinaria funcional de inicio reciente [consultado 8 Oct 2010]. Rev Mult Gerontol. 2004; 14:289-293. Disponible en: www.nexusediciones.com/np_gero_2004_14_5.htm.
6. Ouslander JG, Schnelle JF. Incontinence in the nursing home. Ann Intern Med. 1995;122:438-49.
7. Miralles R, Esperanza A. Técnicas conductuales en la vejiga hiperactiva. En: Monografías de geriatría. La vejiga hiperactiva y personas mayores. Cátedra de Geriatría Universidad Complutense de Madrid. Barcelona: Ed. Glosa; 2004. p. 45-55.
8. Prado B, Bichoffberger C, Valderrama E, Verdejo C, Damian J. Prevalencia y principales características de la incontinencia urinaria en la población anciana institucionalizada de Madrid. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46: 7-14.