

## Presentación de Caso

### Incontinencia urinaria en adulta mayor de 69 años

**Autores:** [Dra. Alina María González Moro\\*](#), Dra. Liliams Rodríguez Rivera\*\*, Ludmila Brenes Hernández\*\*\*, Virginia Ranero Aparicio\*\*\*\*, Edith Nieves Álvarez \*\*\*\*\*

- \* Especialista de I Grado de Medicina General Integral y de Gerontología y Geriátría, Master en Salud pública y Envejecimiento. Profesora Auxiliar e Investigadora Agregada. [sierraly@infomed.sld.cu](mailto:sierraly@infomed.sld.cu)
- \*\* Especialista de I Grado de Medicina General Integral y de Gerontología y Geriátría, Master en Salud pública y Envejecimiento. Asistente e Investigadora Auxiliar.
- \*\*\* Especialista de I Grado de Medicina General Integral y de Gerontología y Geriátría. Investigadora Agregada.
- \*\*\*\* Especialista de I Grado en Bioestadística e Investigadora Agregada.
- \*\*\*\*\* Licenciada en Enfermería. Msc en Gerontología Social. Profesora Auxiliar e Investigadora Agregada.

**Editorial:** Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.  
CP 10400.

[geroinfo@infomed.sld.cu](mailto:geroinfo@infomed.sld.cu)

**Centro de Investigaciones sobre: “Envejecimiento, Longevidad y Salud”.**

---

#### Summary

A case is presented of patient feminine of 69 years of age, coming from the community and evaluated in the external consultation of our center, with losses of functions for the activity of the daily life, it has suffered a fall in the last month and according to the opposing problem it is remitted to the "Clinic of urinary incontinence" and in the same one you proceeds to its evaluation being consisted an urinary Incontinence mixed type: stress and urgency. You proceeds to their treatment and in 3 months the patient is asymptomatic.

**Key words:** urinary incontinence, falls, elderly.

---

#### Resumen

Se presenta un caso de paciente femenina de 69 años de edad, procedente de la comunidad y evaluada en la consulta externa de nuestro centro, con pérdidas de funciones para las actividades instrumentadas de la vida diaria, ha sufrido una caída en el último mes y de acuerdo a la problemática encontrada es remitida a la “Clínica de Incontinencia Urinaria” en la misma se procede a su evaluación constándose una

Incontinencia urinaria mixta: de esfuerzo y urgencia. Se procede a su tratamiento y en 3 meses la paciente se encuentra asintomática.

**Palabras clave:** incontinencia urinaria, caídas, anciano.

Paciente femenina de 69 años, que convive con su hijo, de escolaridad primaria, buen sustento económico, de procedencia urbana, que aqueja salida involuntaria de orina de años de evolución, cuestión que se ha ido agravando en los últimos meses y sufrió una caída sin secuelas aparentes, por resbalar con la orina cuándo iba al baño a pasos acelerados hace 15 días.

Además presenta alteraciones en las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD), específicamente en el manejo de la casa, transportarse e ir de compras.

Se le realiza la Historia Clínica (HC) de la "Clínica de Incontinencia urinaria". (Anexo 1).

Nuestro servicio cuenta con una enfermera adiestrada a tal problemática, una cirujana y el especialista en Geriátría, todos funcionan como un equipo para dar el mejor servicio a este tipo de pacientes.

### **Reportándose:**

APP: Hipertensión arterial: Medicamentos: Diuréticos. Hidroclorotiazida 1 tab/día hace 10 años.

Caídas: En el último año ha sufrido varias caídas relacionadas con resbalones por la orina sin secuelas aparentes, la última hace 15 días.

**Evaluación Funcional:** 2. ABVD: 3, AIVD: 2. (de un parámetro máximo de 3 puntos). La funcionalidad se define por estos tres componentes.

| 1. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) | 2. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) |
|---|--|
| Bañarse   | Uso de transporte  |
| Vestirse  | Ir de compras  |
| Usar el inodoro                                     | Uso del teléfono   |
| Movilizarse (entrar y salir de la cama)             | Control de fármacos  |
| Continencia   | Capacidad para realizar las tareas domésticas              |
| Alimentarse   |  |
|   | 3. Marcha y equilibrio                                     |

-Escala de Katz: (para evaluación de las ABVD):1/A: Independiente en todas las actividades

-Escala de Lawton. (Para la evaluación de las AIVD): 2. Limitada en tres de las actividades Instrumentadas de la Vida Diaria: Uso del transporte, Ir de compras, Capacidad para realizar las tareas domésticas.

Marcha y equilibrio: Sin alteraciones.

## **Preguntas incluidas en la historia Clínica:**

### **Autopercepción de salud: Mala**

- ¿Gotea orina cuando no quiere?  No, nunca  Sí
- ¿Tiene problemas para llegar al baño a tiempo o moja la ropa o la cama?  No, nunca  Sí
3. ¿Ha utilizado algún tipo de toalla absorbente para protegerse del goteo?  No, nunca  Sí
4. ¿Por cuánto tiempo ha tenido problemas con goteo de orina?  - de 1 sem.  1 a 4 sem.  1 a 3 meses  4 a 12 meses  1 a 5 años  más de 5 años
5. ¿Con qué frecuencia tiene goteo de orina?  - de 1 vez a la semana  más de 1 vez a la semana, pero menos de 1 vez al día  alrededor de 1 vez al día  más de 1 vez al día  goteo continuo  variable
6. ¿Cuándo ocurre el goteo?  sobre todo durante el día  sobre todo durante la noche  en el día y por la noche
7. Cuando tiene goteo de orina ¿cuál es el volumen de goteo?  Sólo unas cuantas gotas  + de unas cuantas gotas, pero - de una taza  más de una taza (suficiente para mojar vestimenta o ropa de cama, o ambas)  variable  lo ignora
8. De lo siguiente ¿cuál le ocasiona goteo de orina?  tos  risa  ejercicio u otras formas de esfuerzo  incapacidad para llegar al baño a tiempo
9. Con qué frecuencia orina normalmente?  cada 6 a 8 h. o con menor frecuencia  alrededor de cada 3 a 5 h.  alrededor de cada 1 a 2 h.  cuando menos cada hora o con mayor frecuencia  con frecuencia variable  lo ignora
10. ¿Se despierta por la noche a orinar?  nunca o rara vez  sí, por lo general una vez  sí, 2 o 3 veces por noche  sí, 4 o más veces por la noche  sí, pero la frecuencia es variable
11. Cuando siente la vejiga llena, ¿cuánto tiempo puede contener la orina?  todo el tiempo que lo desee (varios min. cdo -)  sólo unos cuantos minutos  menos de uno o dos minutos  no puede  no sabe cuándo tiene la vejiga llena
12. ¿Tiene Ud. alguno de los siguientes factores cuando orina?  dificultad para empezar a orinar  micción muy lenta o goteo,  esfuerzo para terminar  malestar o dolor  sensación de ardor  sangre en la orina
13. ¿Ha recibido evaluación o tratamiento previo para incontinencia?  No  Sí
14. ¿Padece Ud. estreñimiento?  No  Sí
15. ¿Alguna vez ha tenido evacuaciones incontroladas de heces?  No, nunca  Sí

16. ¿Utiliza en la actualidad alguno de los siguientes auxiliares para ayudarle con el goteo de orina?  toallas sanitarias,  colchonetas para la cama  ropa interior especial  
 medicamentos  sustitutos de los servicios junto a la cama

Historia ginecológica y sexual: partos 4: distócicos, abortos: 0, no presenta relaciones sexuales hace varios años, no precisa.

### **Examen físico:**

Estado mental: Normal. No deterioro cognitivo.

Movilidad: Se moviliza de manera independiente, con velocidad adecuada

Examen abdominal: Vejiga no palpable

Examen rectal: Normal

Contracción voluntaria del esfínter rectal: Buena

Genitales externos; Normales según la edad.

**Examen vaginal:** Rectocistocele Grado-III (G-III)

Incontinencia por esfuerzo (supina)

**Prueba de tos con vejiga llena en caso de incontinencia por esfuerzo (de pie):**

Mucho goteo

**Valoración nutricional:** Peso 69kgs Talla: 1.70cms

IMC (peso Kg/ talla m<sup>2</sup>) X 20-25

**Examen neurológico de las extremidades inferiores:** Normal

### **Complementarios indicados y resultados:**

Parcial de orina: Negativo

Glicemia: 6,0 mmol/l

Creatinina: 78mmol/l

Ultrasonido abdominal: no se observan alteraciones en los órganos explorados. Vejiga normal.

Volumen de residuo postmiccional: RPM: 140ml/

### **Resumen Diagnóstico:**

Incontinencia urinaria Mixta: Esfuerzo-Urgencia

Rectocistocele G-III

Aplicación Cuestionario de Calidad de Vida (Anexo 2): resultado: 19/22. Positivo, gran afectación de la calidad de vida.

---

## **Discusión:**

Paciente con antecedentes de hipertensión arterial hace más de 20 años, que lleva tratamiento hace 10 años con hidroclorotiazida: 1 tableta al día, comienza con pérdida de sus funciones a las actividades instrumentadas relacionada con cuadro de salida involuntaria de orina hace más de 5 años que ha ido en empeoramiento progresivo, por lo que decide consultar al geriatra en nuestro centro, pues le han dicho que allí pudiera resolver esta situación, en la evaluación inicial se constata este problema y es remitida al servicio de la "Clínica de Incontinencia urinaria".

Después de realizada la evaluación en nuestro servicio constatamos que se trata de una Incontinencia urinaria mixta con componentes de esfuerzo y urgencia.

## **Planteamientos problemáticos:**

### **1. Incontinencia Urinaria mixta/esfuerzo-urgencia**

#### **1.1 Pérdida de funciones. (AIVD).**

#### **1.2 Caídas**

Debemos tener en cuenta que la Incontinencia Urinaria no es parte del proceso de envejecimiento normal es una pérdida del control de la orina dada por una combinación de patología genitourinaria, condiciones mórbidas, dificultades para acceder adecuadamente al baño y los cambios relacionados al envejecimiento.

La Incontinencia Urinaria afecta hasta a una tercera parte de la población mayor de 60 años de edad y que vive en la comunidad y de éstos hasta más de la cuarta parte tiene episodios frecuentes de Incontinencia. Dado que la misma afecta la funcionalidad del individuo, sirve como predictor de declinación en la vejez. Además de los problemas físicos para el paciente produce cambios psicosociales relevantes tanto para el mismo sujeto como para todos los que están a su alrededor.

Se suele subestimar mucho este problema y no darle la importancia que se le debiera de dar. En el marco de la atención primaria sino es evaluado correctamente la persona

mayor, pasa desapercibido por lo que casi nunca es reportada por el paciente a su médico de primer contacto y tampoco es intencionadamente buscada por el mismo y más si el paciente es de edad avanzada.

Las razones incluyen desde la pena hasta el creer que la Incontinencia Urinaria es un fenómeno más del proceso de envejecimiento o el desconocimiento de que hay medidas para evaluar y tratarla.

La Incontinencia Urinaria (IU) constituye uno de los grandes síndromes geriátricos, siendo definida según la International Continence Society como: condición mediante la cual se origina la pérdida involuntaria de orina, a través de la uretra, objetivamente demostrable ocasionando problemas sociales e higiénicos para el individuo.

Su frecuencia aumenta con la edad y se calcula que la presentan uno de cada cinco adultos mayores de 65 años y uno de cada cuatro mayores de 85. En la comunidad, la vejiga hiperactiva afecta a 50 % de los varones y es la causa más frecuente de incontinencia; en los geriátricos tiene una prevalencia de 62 % en las mujeres y de 59 % en los varones.

Es más frecuente en el sexo femenino, e igualmente su más alta prevalencia son las de tipo de esfuerzo y urgencia como se reporta en este caso.

La incontinencia de orina se asocia con numerosas consecuencias clínicas, como infecciones urinarias, fracturas y úlceras por presión entre otras, además de trastornos psicológicos y socioeconómicos. La nicturia, en particular, es un factor de riesgo para las caídas.

Desde el punto de vista fisiológico, debe considerarse que con el envejecimiento ocurren los siguientes cambios en las vías urinarias:

- Debilitamiento del piso pélvico.
- Disminución del volumen vesical.
- Disminución de la inhibición de las contracciones vesicales esporádicas.
- Aumento del volumen urinario residual.
- Disminución del volumen necesario para desencadenar contracciones vesicales.
- Aumento de la excreción nocturna.

Se distinguen fundamentalmente dos tipos de incontinencia urinaria:

- aguda (reversible o transitoria)
- crónica (persistente o establecida)

***En nuestra paciente se trata de una Incontinencia crónica por el tiempo de evolución, ya establecida.***

•Incontinencia urinaria transitoria: se caracteriza por su aparición súbita, a menudo de forma secundaria a agresiones iatrogénicas, enfermedades agudas o consumo de fármacos, desapareciendo por lo general con el tratamiento adecuado del trastorno subyacente.

•Incontinencia urinaria crónica: es aquella que persiste durante un largo período de tiempo, independientemente de la enfermedad aguda o de la agresión iatrogénica y normalmente se clasifica en los cinco tipos siguientes:

•Incontinencia urinaria de urgencia: representa el tipo más común de IU en la población anciana y se define como la pérdida involuntaria de orina relacionada siempre con el deseo urgente de orinar y generalmente los pacientes presentan síntomas dados por urgencia miccional, polaquiuria, tenesmo y nicturia (levantarse en la noche más de dos veces a orinar) desencadenados en ocasiones por circunstancias tales como lavarse las manos, fregar, escuchar agua correr o simplemente por experimentar frío. Se caracteriza por contracciones involuntarias de la vejiga, asociándose tanto a un incremento de la actividad espontánea de la musculatura lisa del detrusor como con cambios específicos celulares. Si existe lesión neurológica se utiliza el término hiperreflexia del músculo detrusor y cuando no hay tal lesión, inestabilidad del detrusor. Este tipo de IU se asocia en el hombre usualmente a obstrucción del tracto de salida (la causa más frecuente es por agrandamiento prostático). El volumen de las pérdidas suele ser moderado o intenso y se conserva la sensibilidad sacra, los reflejos y el control del esfínter anal y en ausencia de alteraciones de la contractilidad el volumen residual postmiccional generalmente es bajo. En los ancianos se produce en ocasiones Hiperactividad del Detrusor con Alteración de la Contractilidad (HDAC). La HDAC se asocia con tenesmo, polaquiuria, chorro de

orina débil, cantidad significativa de orina residual y trabeculación vesical, que recuerda al prostatismo en varones y a la incontinencia de esfuerzo en mujeres. Como en la HDAC las contracciones vesicales son débiles, se produce con frecuencia retención urinaria que puede interferir con los tratamientos de relajación vesical.

***Nuestra paciente presenta elementos que se describen en este tipo de incontinencia como: Nicturia recogido en la HC, y polaquiuria, siendo la primera un factor de riesgo para las caídas, como ha sido este caso, la última se recoge hace 15 días.***

•Incontinencia urinaria de rebosamiento: representa el segundo tipo más frecuente de IU en el sexo masculino, teniendo lugar la pérdida involuntaria de orina al sobrepasarse la cantidad de orina que puede ser contenida dentro de la vejiga. Se caracteriza clínicamente por micciones frecuentes con pérdidas de volúmenes pequeños de orina que ocurren tanto durante el día como la noche.

•Incontinencia urinaria de esfuerzo: se denomina así a la pérdida involuntaria de orina al efectuar un esfuerzo físico determinado (toser, estornudar, reírse, levantar pesos entre otros desencadenantes) sin producirse contracciones vesicales. Predomina en el sexo femenino y está relacionada fundamentalmente con debilidades del piso pélvico muscular ocasionando hipermovilidad del cuello vesical y de la uretra proximal (en el 85% de los casos), en los varones se relaciona fundamentalmente con lesiones del esfínter tras resecciones prostáticas amplias. Las evidencias sustentan en la actualidad la teoría de que todas las mujeres con IU de esfuerzo presentan hipermovilidad uretrovesical (cuello y uretra proximal) con deficiencia uretral-esfinteriana. El síntoma clínico característico es la fuga instantánea con maniobras de estrés, empeorando generalmente la fuga durante el día.

***También nuestro caso presenta elementos de este tipo de incontinencia: Salida de orina al toser, reírse y a los esfuerzos.***

- Incontinencia urinaria funcional: constituye la incontinencia observada en pacientes con una función vesicouretral normal y parece deberse a la incapacidad por parte del enfermo para reconocer la necesidad de orina o de comunicar su inminencia.

- Incontinencia urinaria compleja o mixta: es la combinación de más de un tipo de incontinencia crónica.

***Al presentar nuestra paciente dos tipos de incontinencia urinaria: Esfuerzo y urgencia planteamos se trata de una mixta.***

## **Evaluación**

De manera habitual, el paciente con incontinencia urinaria no consulta por este problema ni lo expresa en forma voluntaria; una mujer puede demorar hasta 10 años en consultar con su médico por este trastorno si no se interroga en forma directa.

Esto se debe fundamentalmente a la vergüenza, y a que se considera como una consecuencia inevitable del envejecimiento. Por ello, es fundamental interrogar sobre este tema a todos los adultos mayores como parte de la evaluación de rutina y determinar la frecuencia semanal de estos episodios.

***En este caso se procedió al llenado detallado de la Historia Clínica de nuestro servicio, que nos ubicó perfectamente en el tipo y riesgos en este caso, así como para establecer la estrategia en el tratamiento a imponer.***

Factores de riesgo geriátricos:

- Caída
- Inmovilidad
- Déficit sensorial visual
- Deterioro funcional
- Trastorno cognitivo
- Trastornos nutricionales
- Edad mayor de 75
- Riesgo de úlceras por presión

***Este caso presenta caídas y trastornos de la función para la realización de las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria. (AIVD), ya descritas. Y que son las primeras en deteriorarse en pacientes con alto riesgo de fragilidad, por lo que la intervención en tiempo es vital siempre en estos casos, para evitar posteriormente la cascada de eventos adversos que pueden condicionar la morbilidad, discapacidad e incluso la mortalidad. Paciente que ha sufrido varias caídas todas relacionadas con el problema principal: La incontinencia urinaria.***

## **Causas**

Los cambios funcionales relacionados con la edad no son suficientes para justificar por sí mismos la incontinencia urinaria. Las causas se clasifican en agudas y crónicas.

Causas agudas

Antes de decidir cualquier tipo de intervención es importante descartar las causas agudas:

- Endocrinológicas: hiperglucemia, hipercalcemia, vaginitis atrófica.
- Psicológicas: depresión.
- Fármacos (tabla 1).
- Infecciones.
- Neurológicas: trastornos del sensorio, enfermedad vascular cerebral, enfermedad de Parkinson, hidrocefalia normotensiva.
- Estrogénicas: vaginitis atrófica y constipación.
- Restricción de la movilidad.

Tabla No.1 Medicamentos según efectos implicados en la IU

| <b>Medicamento</b>     | <b>Efectos implicados</b>                                |
|------------------------|--|
| Diuréticos             | Poliuria, polaquiuria, urgencia miccional                |
| Anticolinérgicos       | Retención urinaria, delirio                              |
| Antidepresivos         | Sedación, acción anticolinérgica                         |
| Analgésicos narcóticos | Retención urinaria, impactación fecal, delirio, sedación |
| Antipsicóticos         | Rigidez, inmovilidad, sedación, acción anticolinérgica   |

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Hipnóticos                  | Delirio, inmovilidad, sedación  |
| Alfa adrenérgicos agonistas | Retención urinaria  |
| Alcohol                     | Poliuria, polaquiuria, urgencia miccional, delirio, sedación, inmovilidad |
| Calcioantagonistas          | Retención urinaria  |

***Nuestra paciente consume diuréticos y presenta: polaquiuria, y urgencia, debemos realizar un seguimiento de su hipertensión arterial y proceder al cambio de medicamento de ser necesario, lo que sí está claro según la bibliografía consultada que debemos retirar el diurético y sustituir por otro grupo de medicamento antihipertensivos.***

Para realizar el diagnóstico de incontinencia y sus causas, es importante conocer brevemente la fisiología de la continencia urinaria.

La evacuación vesical está mediada por el sistema parasimpático, cuyo estímulo produce la contracción del músculo detrusor y la relajación del esfínter uretral, lo que permite que la presión vesical supere la presión de la uretra favoreciendo el vaciamiento.

Cuando la presión intrabdominal aumenta, la musculatura del piso pélvico comprime la uretra favoreciendo la continencia.

La micción se coordina en el sistema nervioso central. El lóbulo frontal y los ganglios de la base inhiben el vaciamiento vesical, mientras que el centro pontino de la micción integra la información y coordina la relajación uretral con la contracción del músculo detrusor, lo que resulta en una evacuación vesical socialmente apropiada.

En todo paciente con incontinencia urinaria se debe realizar:

- Anamnesis: permite identificar las causas agudas o persistentes y el tipo de incontinencia.
- Listado completo de medicamentos.

- Diario miccional: durante tres días se anotará el volumen y el tipo de líquido consumido, la frecuencia y el volumen de cada evacuación, los episodios de incontinencia y los gatillos asociados. Debe considerarse que el volumen urinario normal es de 200 a 400 ml por evacuación; la frecuencia normal es de 8 a 12 veces por día con una evacuación nocturna.
- Examen neurológico y cardiovascular completo.
- Examen ginecológico para detectar vaginitis atrófica.
- Tacto rectal para evaluar patología prostática y descartar impactación fecal.
- Descartar retención aguda de orina y tratarla rápidamente.
- Pérdidas de orina durante la actividad física.
- Examen general de orina.
- Glucemia en ayunas y calcio sérico.
- Medición del Residuo Posmiccional (RPM) por cateterización o preferentemente por ecografía vesical: se considera patológico cuando es mayor de 100 ml.

## Estudios especiales

- Flujometría: asociada con la medición del RPM, son dos métodos no invasivos que permitirían descartar obstrucción en los varones.
- Otras pruebas urodinámicas: se indican cuando se planifica una cirugía o si fracasa el tratamiento inicial. Debe solicitarlos el especialista.
- Cistoscopia: se indica para el estudio de hematuria estéril, infección urinaria recurrente o en los pacientes con factores de riesgo para cáncer.

Tabla No. 2 Tratamiento de la IU según tipo

| Tipo     | Tratamiento primario   |
|----------|--|
| Esfuerzo | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ejercicios de Kegel para fortalecer el piso pélvico (con la vejiga vacía, contraer el piso pélvico durante tres segundos y luego relajarlo por tres segundos. Repetir diez veces. Prolongar gradualmente el tiempo hasta llegar a diez segundos de contracción y relajación. Realizar de tres a cinco repeticiones de diez contracciones por día.</li><li>• Entrenamiento con <i>biofeedback</i> en centros especializados para quienes no puedan realizar los ejercicios en forma correcta.</li><li>• Duloxetina: no aprobada para este uso por la FDA. Mejoraría la actividad motora del esfínter estriado (efecto dosis dependiente). Dosis: 40 mg, 2 veces al día (efecto adverso más frecuente: náuseas).</li><li>• Identificar factores de riesgo modificables. El descenso de 5 a 10% del peso inicial en mujeres</li></ul> |

|                     |  |
|---------------------|--|
|                     | <p>obesas o con sobrepeso disminuye aproximadamente 50% la frecuencia de incontinencia y mejora la calidad de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía</li> </ul>  |
| <i>Urgencia</i>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenciones conductuales: evitar consumo de cafeína y alcohol. Mantener una hidratación adecuada en volumen y horarios. Manejo no farmacológico de la constipación.</li> <li>• Entrenamiento vesical: se comienza con un tiempo inicial de evacuaciones programadas cada dos o tres horas, que se va incrementando gradualmente en 30 a 60 minutos, hasta lograr evacuar cada tres o cuatro horas, sin que ocurran episodios de incontinencia. Si apareciera la urgencia, intentar suprimirla utilizando técnicas de relajación y contracción del piso pélvico.</li> <li>• Modificaciones que faciliten la llegada al baño.</li> <li>• Fármacos:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Oxibutinina: en adultos mayores usar la formulación de liberación prolongada, en dosis única de 5 mg por día, que puede titularse gradualmente. Dosis máxima: 20 a 30 mg/d.</li> <li>○ Tolterodina: provoca menos xerostomía que la anterior. Dosis: 1 a 2 mg, 2 veces por día. Liberación prolongada: 2 a 4 mg, una vez al día. Máximo beneficio de 5 a 8 semanas.</li> <li>○ Solifenacina y darifenacina: son más selectivos para el receptor M3 que se encuentra en la vejiga y tracto gastrointestinal, pero no queda claro si esto permite mayor eficacia y tolerancia. — Dosis de solifenacina: 5 a 10 mg/d. Dosis de darifenacina: 7.5 a 15 mg/d. Esta última tendría la ventaja de no producir deterioro cognitivo.</li> <li>○ Bloqueantes alfa adrenérgicos (tamsulosina 0.2 mg/d): efectivos en varones con vejiga hiperactiva asociada a hipertrofia prostática benigna.</li> </ul> </li> </ul> |
| <i>Rebosamiento</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de la causa.</li> <li>• En hombres con hipertrofia prostática benigna: tratamiento farmacológico o cirugía.</li> <li>• En mujeres con obstrucción al flujo (adherencias, cistocele, prolapso): cirugía o pesarios.</li> <li>• Si existe hipoactividad del detrusor de causa neurogénica o idiopática, la estimulación de nervios sacros puede ser beneficiosa.</li> <li>• -Cateterización limpia intermitente.</li> </ul>   |
| <i>Mixta</i>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenciones conductuales.</li> <li>• Manejo no farmacológico de la constipación.</li> <li>• Fármacos antimuscarínicos junto con ejercicios para piso pélvico.</li> </ul>   |
| <i>Funcional</i>    | Corrección de la causa   |

### **Tratamiento indicado en nuestra paciente:**

Tratándose de una Incontinencia Urinaria mixta; esfuerzo-urgencia, se aplicaron medidas aconsejadas en ambos casos particularizados a esta paciente.

Terapia Conductual: Evitar consumo de cafeína, alcohol, bebidas gaseadas Mantener una hidratación adecuada en volumen y horarios.

Se orientaron los ejercicios de Kegel para fortalecer el piso pélvico (con la vejiga vacía, contraer el piso pélvico durante tres segundos y luego relajarlo por tres segundos. Repetir diez veces. Prolongar gradualmente el tiempo hasta llegar a diez segundos de contracción y relajación. Realizar de tres a cinco repeticiones de diez contracciones por día.

Se valoró cirugía del suelo pélvico para corregir Rectocistocele G-III.

No se indicó tratamiento farmacológico.

Se dieron orientaciones específicas para evitar caídas y sus consecuencias, enfocadas al detonante de las mismas (incontinencia urinaria)

Se procedió a la intervención quirúrgica, en nuestro propio centro, al mes de estar realizando satisfactoriamente el resto del tratamiento impuesto.

Se va de alta las 48 horas del proceder y se reevalúa en la clínica de incontinencia al mes de operada, dónde la paciente afirma estar asintomática.

Según la bibliografía consultada muchos autores reportan que la efectividad en revertir completamente la incontinencia en estos casos es aplicar la Terapia Conductual y la Cirugía.

## **Conclusión:**

La estrategia establecida nos permitió el restablecimiento de las funciones en las AIVD por encontrarse la paciente asintomática y no presentar salida involuntaria de orina, retomando la misma sus actividades habituales, sobre todo, las relacionadas con la participación social. El tratamiento incorrecto de esta afección ocasiona en las personas mayores un impacto negativo, tanto a nivel personal, familiar, como económico y origina además, la afectación consecuente de las Actividades de la Vida Diaria y de la calidad de vida.

Se debe volver a aplicar el cuestionario de calidad de vida a estos pacientes, para demostrar la efectividad de la intervención realizada, tal como aconteció en nuestro caso, donde todos los ítems fueron respondidos, después del tratamiento, de forma satisfactoria.

En un número considerable de personas mayores la IU es reversible con un diagnóstico certero y una buena intervención, donde dicho diagnóstico depende, casi exclusivamente, del buen uso del método clínico.

## **Referencias bibliográficas:**

1. Basu M, Duckett J Update on duloxetine for the management of stress urinary incontinence. *Clinical Interventions in Aging*.2009; 4:25-30.
2. Cardozo L., Lange R, Voss S, et al. Short and long term efficacy and safety of duloxetine in women with predominant stress urinary incontinence. *Curr Med Res Opin*. 2009, Nov 24.
3. Gibbs C., Johnson T., Ouslander J. Office management of geriatric urinary incontinence. *Am Journal Med* 2007; 120:211-20.
4. St John W, Griffiths S, Wallis M, McKenzie S. Women's management of urinary incontinence in daily living. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013 Sep-Oct;40(5):524-32. doi: 10.1097/WON.0b013e3182a2198a.
5. Subashini Thirugnanasothy. Managing urinary incontinence in older people. *BMJ* 2010;341:c3835 doi: 10.1136/bmj.c3835.
6. Hay-Smith EJC, Dumoulin C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;1:CD005654.
7. Wagg A, Potter J, Peel P, Irwin P, Lowe D, Pearson M. National audit of continence care for older people: management of urinary incontinence. *Age Ageing* 2008;37:39-44.
8. Sensoy N, Dogan N, Ozek B, Karaaslan L. Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. *Pak J Med Sci*. 2013 May;29(3):818-22.
9. Pastijn A, Caillet M, Deniz G, Deneft F. The treatment of female urinary incontinence. *Rev Med Brux*. 2013 Sep;34(4):229-31.
10. Wu XH, Liu XX, Xie KH, Wang RM, Wu YX, Liu YG. Prevalence and related factors of urinary incontinence among Hebei women of China. *Gynecol Obstet Invest*. 2011;71(4):262-7. doi: 10.1159/000320333. Epub 2011 Jan 13.

**Anexos:**

1. Historia clínica
2. Cuestionario de calidad de vida en la incontinencia urinaria.



## HISTORIA CLINICA CLINICA PARA EVALUACION Y MANEJO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

| DATOS GENERALES                   |                                      |  |   |  |  |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--|---|--|--|
| No. Identidad: _____              | Nombre: _____                        | Edad: _____                            | Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |  |  |
| Dirección: _____                  |                                      | Área de salud: _____                   |   |  |  |
| Municipio: _____                  | Provincia: _____                     | Teléfono: _____                        | Fecha: _____  |  |  |
| Raza:                             | Ocupación:                           | Nivel de escolaridad:                  | Convivencia:  | Procedencia:   |  |
| <input type="checkbox"/> Blanca   | <input type="checkbox"/> Trabajador  | <input type="checkbox"/> Analfabeto:   | <input type="checkbox"/> Con otros familiares               | <input type="checkbox"/> C. Pesquisaje                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Negra    | <input type="checkbox"/> Jubilado    | <input type="checkbox"/> Primario      | <input type="checkbox"/> Con otras personas                 | <input type="checkbox"/> C. Selección                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Mestiza  | <input type="checkbox"/> Pensionado  | <input type="checkbox"/> Medio         | <input type="checkbox"/> Anciano solo                       | <input type="checkbox"/> Otras Clínicas                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Amarilla | <input type="checkbox"/> Ama de casa | <input type="checkbox"/> Universitario | <input type="checkbox"/> Con ancianos solamente             | <input type="checkbox"/> Unidad de Evaluación<br>E Intervención Geriátrica |  |

| HISTORIA FARMACOLOGICA                                  |
|---|
| <input type="checkbox"/> Diuréticos                     |
| <input type="checkbox"/> Anticolinérgicos               |
| <input type="checkbox"/> Antidepresivos                 |
| <input type="checkbox"/> Hipnóticos y Sedantes          |
| <input type="checkbox"/> Antipsicóticos                 |
| <input type="checkbox"/> Analgésicos narcóticos         |
| <input type="checkbox"/> IECA                           |
| <input type="checkbox"/> Anticálcicos                   |
| <input type="checkbox"/> Agonistas beta adrenérgicos    |
| <input type="checkbox"/> Agonistas alfa adrenérgicos    |
| <input type="checkbox"/> Bloqueadores alfa adrenérgicos |
| Especificar fármaco y dosis: _____                      |
| Evaluación Funcional: _____                             |
| Katz: _____   |
| Lawtón: _____   |

| HISTORIA PERSONAL  |
|--|
| <input type="checkbox"/> D.M                                 |
| <input type="checkbox"/> I.C.C                               |
| <input type="checkbox"/> E.P.O.C                             |
| <input type="checkbox"/> E.C.V                               |
| <input type="checkbox"/> Demencia                            |
| <input type="checkbox"/> Depresión                           |
| <input type="checkbox"/> Lesión medular                      |
| <input type="checkbox"/> Enf. Parkinson                      |
| <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias recurrentes   |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia pélvica                |
| <input type="checkbox"/> Estrechamiento/dilatación uretrales |
| <input type="checkbox"/> Neoplasia: _____                    |
| <input type="checkbox"/> Patología prostática                |
| <input type="checkbox"/> Cistocele                           |
| <input type="checkbox"/> Prolapso pélvico                    |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia venosa                |
| <input type="checkbox"/> Caídas                              |
| <input type="checkbox"/> Partos vaginales múltiples          |
| <input type="checkbox"/> Cirugía pélvica                     |
| <input type="checkbox"/> Cirugía prostática                  |
| <input type="checkbox"/> Cirugía rectal                      |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____                        |
| *Autopercepción de salud<br>E ___ MB ___ B ___ R ___ M ___   |
| Hábitos tóxicos:   |
| <input type="checkbox"/> Alcohol cantidad diaria: _____      |
| <input type="checkbox"/> Café cantidad diaria: _____         |

| ANTECEDENTES:   |
|---|
| 1. ¿Gotea orina cuando no quiere? <input type="checkbox"/> No, nunca <input type="checkbox"/> Sí  |
| 2. ¿Tiene problemas para llegar al baño a tiempo o moja la ropa o la cama? <input type="checkbox"/> No, nunca <input type="checkbox"/> Sí   |
| 3. ¿Ha utilizado algún tipo de toalla absorbente para protegerse del goteo? <input type="checkbox"/> No, nunca <input type="checkbox"/> Sí  |
| 4. ¿Por cuánto tiempo ha tenido problemas con goteo de orina? <input type="checkbox"/> - de 1 sem. <input type="checkbox"/> 1 a 4 sem. <input type="checkbox"/> 1 a 3 meses<br><input type="checkbox"/> 4 a 12 meses <input type="checkbox"/> 1 a 5 años <input type="checkbox"/> más de 5 años   |
| 5. ¿Con qué frecuencia tiene goteo de orina? <input type="checkbox"/> - de 1 vez a la semana <input type="checkbox"/> más de 1 vez a la semana, pero menos de 1 vez al día <input type="checkbox"/> alrededor de 1 vez al día <input type="checkbox"/> más de 1 vez al día <input type="checkbox"/> goteo continuo <input type="checkbox"/> variable                                    |
| 6. ¿Cuándo ocurre el goteo? <input type="checkbox"/> sobre todo durante el día <input type="checkbox"/> sobre todo durante la noche <input type="checkbox"/> en el día y por la noche   |
| 7. Cuando tiene goteo de orina ¿cuál es el volumen de goteo? <input type="checkbox"/> sólo unas cuantas gotas <input type="checkbox"/> + de unas cuantas gotas, pero<br><input type="checkbox"/> - de una taza <input type="checkbox"/> más de una taza (suficiente para mojar vestimenta o ropa de cama, o ambas) <input type="checkbox"/> variable <input type="checkbox"/> lo ignora |
| 8. De lo siguiente ¿cuál le ocasiona goteo de orina? <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> risa <input type="checkbox"/> ejercicio u otras formas de esfuerzo <input type="checkbox"/> incapacidad para llegar al baño a tiempo   |
| 9. Con qué frecuencia orina normalmente? <input type="checkbox"/> cada 6 a 8 h. o con menor frecuencia <input type="checkbox"/> alrededor de cada 3 a 5 h.<br><input type="checkbox"/> Alrededor de cada 1 a 2 h. <input type="checkbox"/> cuando menos cada hora o con mayor frecuencia <input type="checkbox"/> con frecuencia variable <input type="checkbox"/> lo ignora            |
| 10. ¿Se despierta por la noche a orinar? <input type="checkbox"/> nunca o rara vez <input type="checkbox"/> sí, por lo general una vez <input type="checkbox"/> sí, 2 o 3 veces por noche<br><input type="checkbox"/> sí, 4 o más veces por la noche <input type="checkbox"/> sí, pero la frecuencia es variable  |
| 11. Cuando siente la vejiga llena, ¿cuánto tiempo puede contener la orina? <input type="checkbox"/> todo el tiempo que lo desee (varios min. cdo-)<br><input type="checkbox"/> sólo unos cuantos minutos <input type="checkbox"/> menos de uno o dos minutos <input type="checkbox"/> no puede <input type="checkbox"/> no sabe cuando tiene la vejiga llena                            |
| 12. ¿Tiene Ud. alguno de los siguientes factores cuando orina? <input type="checkbox"/> dificultad para empezar a orinar <input type="checkbox"/> micción muy lenta o goteo<br><input type="checkbox"/> esfuerzo para terminar <input type="checkbox"/> malestar o dolor <input type="checkbox"/> sensación de ardor <input type="checkbox"/> sangre en la orina                        |
| 13. ¿Ha recibido evaluación o tratamiento previo para incontinencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Describir: _____)   |
| 14. ¿Padece Ud. estreñimiento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  |
| 15. ¿Alguna vez ha tenido evacuaciones incontroladas de heces? <input type="checkbox"/> No, nunca <input type="checkbox"/> Sí   |
| 16. ¿Utiliza en la actualidad alguno de los siguientes auxiliares para ayudarle con el goteo de orina? <input type="checkbox"/> toallas sanitarias<br><input type="checkbox"/> colchonetas para la cama <input type="checkbox"/> ropa interior especial <input type="checkbox"/> medicamentos <input type="checkbox"/> sustitutos de los servicios junto a la cama                      |

|  |
|--|
| <p><b>EXAMEN FISICO</b></p> <p><b>Estado mental:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deterioro cognoscitivo leve a moderado <input type="checkbox"/> Deterioro cognoscitivo grave</p> <p><b>Movilidad:</b> <input type="checkbox"/> Se moviliza de manera independiente, con velocidad adecuada<br/> <input type="checkbox"/> Se moviliza de manera independiente, pero lentamente (de modo que se deteriora la capacidad de ir al baño)<br/> <input type="checkbox"/> No se moviliza de manera independiente, pero puede utilizar sustitutos de los servicios junto a la cama<br/> <input type="checkbox"/> Confinado a la silla o cama, pero capaz de utilizar los sustitutos de los servicios de manera independiente<br/> <input type="checkbox"/> Depende de otras personas para ir al baño</p> <p><b>Examen abdominal:</b> <input type="checkbox"/> Vejiga agrandada y palpable <input type="checkbox"/> Vejiga no palpable <input type="checkbox"/> Hipersensibilidad suprapúbica</p> <p><b>Examen rectal:</b> <input type="checkbox"/> Disminución en el tono del esfínter rectal en reposo<br/> <input type="checkbox"/> Disminución de la sensación perianal<br/> <input type="checkbox"/> Ausencia del reflejo bulbocavernoso<br/> <input type="checkbox"/> Próstata aumentada de tamaño<br/> <input type="checkbox"/> Sospecha de cáncer de próstata</p> <p><b>Contracción voluntaria del esfínter rectal:</b> <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Incapaz</p> <p><b>Genitales externos:</b> <input type="checkbox"/> Irritación cutánea <input type="checkbox"/> Disminución en la sensación <input type="checkbox"/> Anormales Describir: _____</p> <hr/> <p><b>Examen vaginal:</b> <input type="checkbox"/> Vaginitis atrófica <input type="checkbox"/> Prolapso ligero <input type="checkbox"/> Prolapso moderado/grave <input type="checkbox"/> Rectocele<br/> <input type="checkbox"/> Masa adenexal o uterina <input type="checkbox"/> Incontinencia por esfuerzo (supina)</p> <p><b>Prueba de tos con vejiga llena en caso de incontinencia por esfuerzo (de pie):</b> <input type="checkbox"/> Sin goteo <input type="checkbox"/> Poco goteo<br/> <input type="checkbox"/> Mucho goteo <input type="checkbox"/> Goteo demorado</p> <p><b>Valoración nutricional:</b> Peso _____ kgs Talla _____ cms<br/> IMC (peso Kg/talla m<sup>2</sup>) <input type="checkbox"/> 20-25 Normal <input type="checkbox"/> 25-35 Sobrepeso <input type="checkbox"/> &gt; 30</p> <p><b>Examen neurológico de las extremidades inferiores:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Evidencia de lesión de neurona motora superior<br/> <input type="checkbox"/> Evidencia de lesión de neurona motora inferior <input type="checkbox"/> Neuropatía periférica</p> |
| <p><b>ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS</b></p> <p>Parcial de orina: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo: <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Piuria <input type="checkbox"/> Bacteriuria</p> <p>Urocultivo: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo Germen causal: _____ Sensibilidad: _____</p> <p>Glicemia: _____ Creatinina: _____ Calcio: _____</p> <p>Ultrasonido abdominal: _____</p> <hr/> <p>Ultrasonido vesico-prostático: _____</p> <hr/> <p>Ultrasonido pélvico: _____</p> <hr/> <p>Volumen de residuo postmiccional: _____ ml</p> <p>Uretrocitoscopia: _____</p> <hr/> <p>Exámenes contrastados: _____</p> <hr/> <p>Pruebas urodinámicas: _____</p> <hr/> <p>Resumen Diagnóstico</p> <hr/> <p>Aplicación test de Calidad de Vida: resultado: _____</p> <hr/> <p>Tratamiento: _____</p> <hr/> <p>Reconsulta: _____</p>   |

## CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN LA INCONTINENCIA URINARIA

(modificado por Potenziani)  
(Hunt-McKenna, Health Policy 1992)

1. ¿Estoy realmente preocupado(a) de orinarme encima?  
No                      A veces                      Sí
2. ¿Estoy preocupado si me río o toso o estornudo debido a mi incontinencia urinaria?  
No                      A veces                      Sí
3. ¿Debo tener cuidado si al estar sentado (a) me levanto súbitamente, ya que me preocuparía orinarme encima?  
No                      A veces                      Sí
4. ¿Estoy siempre pendiente de los baños cuando voy a lugares nuevos que no conozco?  
No                      A veces                      Sí
5. ¿Me siento deprimido (a) por mi incontinencia urinaria?  
No                      A veces                      Sí
6. ¿Debido a mi incontinencia urinaria no me siento seguro de dejar mi hogar por largos períodos de tiempo?  
No                      A veces                      Sí
7. ¿Me siento frustrado debido a que tener incontinencia urinaria me impide hacer lo que yo quisiera?  
No                      A veces                      Sí
8. ¿Me preocupa que otras personas puedan oler orina en mí?  
No                      A veces                      Sí
9. ¿La incontinencia urinaria esta siempre presente en mi mente?  
No                      A veces                      Sí
10. ¿Es importante para mí tener que hacer visitas frecuentes al baño?  
No                      A veces                      Sí
11. ¿Dada la existencia de la incontinencia urinaria es imponente planificar cada detalle en el quehacer inmediato?  
No                      A veces                      Sí
12. ¿Estoy preocupado(a) ya que mi incontinencia urinaria podría empeorar a medida que envejezco?  
No                      A veces                      Sí
13. ¿Tengo dificultad en alcanzar una noche de sueño reparadora debido a mi incontinencia urinaria diaria?  
No                      A veces                      Sí

14. ¿Me preocupa que por mi incontinencia urinaria me pueda sentir en aprietos o inclusive humillado(a)?
- |    |         |    |
|----|---------|----|
| No | A veces | Sí |
|----|---------|----|
15. ¿Mi incontinencia urinaria me hace sentir como si no fuera una persona sana y normal?
- |    |         |    |
|----|---------|----|
| No | A veces | Sí |
|----|---------|----|
16. ¿Mi incontinencia urinaria me hace sentir francamente infeliz?
- |    |         |    |
|----|---------|----|
| No | A veces | Sí |
|----|---------|----|
17. ¿Yo siento que logro un menor goce de vivir debido a mi incontinencia urinaria?
- |    |         |    |
|----|---------|----|
| No | A veces | Sí |
|----|---------|----|
18. ¿Me preocupa no ser capaz de llegar a mi baño a tiempo (y por lo tanto orinarme)?
- |    |         |    |
|----|---------|----|
| No | A veces | Sí |
|----|---------|----|
19. ¿Siento que no tengo control sobre mi vejiga urinaria?
- |    |         |    |
|----|---------|----|
| No | A veces | Sí |
|----|---------|----|
20. ¿Tengo siempre que estar pendiente de lo que tomo debido a mi incontinencia urinaria?
- |    |         |    |
|----|---------|----|
| No | A veces | Sí |
|----|---------|----|
21. ¿El tener incontinencia urinaria me limita mi escogida de ropa para mi vida diaria?
- |    |         |    |
|----|---------|----|
| No | A veces | Sí |
|----|---------|----|
22. ¿Me preocupa tener sexo debido a mi incontinencia urinaria?
- |    |         |    |
|----|---------|----|
| No | A veces | Sí |
|----|---------|----|

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_