

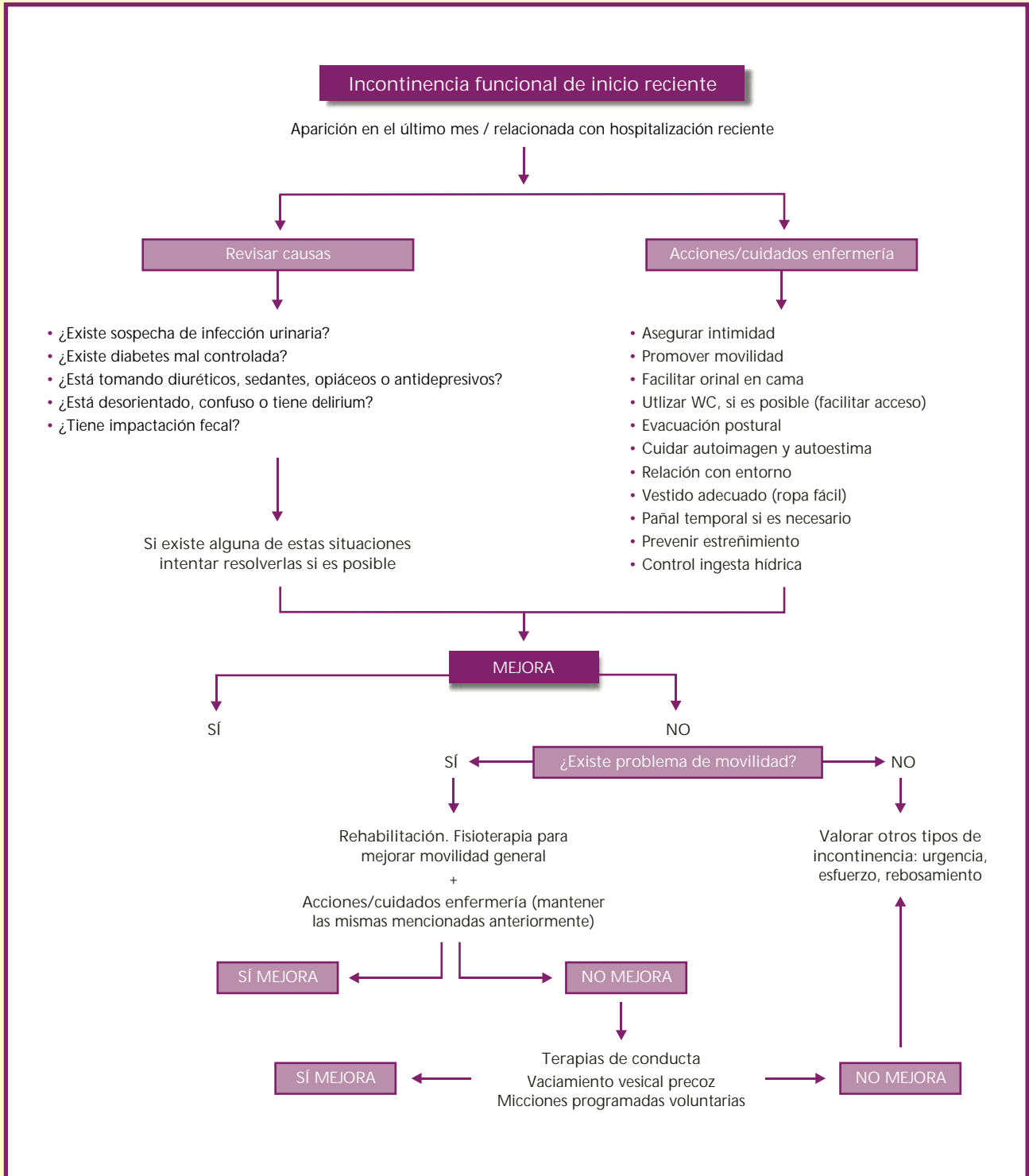


# Incontinencia urinaria funcional de inicio reciente

Cristina Roqueta, Montse Mendo, Ascensión Esperanza,  
Ramón Miralles, Antoni M<sup>a</sup> Cervera

Unidad de Convalecencia. Servicio de Geriátria del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS),  
Hospital de la Esperanza, Hospital del Mar, Centro Geriátrico Municipal.  
Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS),  
Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

Correspondencia  
Cristina Roqueta Guillén  
Servicio de Geriátria del IMAS. Hospital de la Esperanza (IAGS)  
Sant Josep de la Muntanya, 12 - 08024 Barcelona  
E mail : 94434@imas.imim.es



# comentario del algoritmo

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina en un momento y lugar inadecuados. La prevalencia de incontinencia aumenta con la edad, así el 11% de los hombres y el 17% de las mujeres por encima de los 65 años, son incontinentes<sup>1</sup>. Para mantener la continencia, además de la integridad del arco reflejo de la micción y del aparato genitourinario, son necesarios otros factores como el mantenimiento de la movilidad, la conservación del estado mental, la destreza manual, la motivación y la agudeza visual. Todos estos aspectos influyen directamente en el tiempo que tarda el paciente desde que es consciente de la micción hasta alcanzar el lugar adecuado<sup>2</sup>. La incontinencia funcional es el tipo de incontinencia más frecuente en geriatría y también la de mejor pronóstico. Es aquella incontinencia en la que no existe ninguna alteración demostrable en los mecanismos de control de la micción. A pesar de ello, un anciano continente se vuelve incontinente a causa de algún proceso intercurrente que altera su movilidad y/o su entorno. Suele ser una incontinencia de aparición reciente, desencadenada por una hospitalización y en general todo aquello que condicione un síndrome de inmovilidad (ej.: incontinencia que aparece en un anciano que estaba previamente bien y que sufre encamamiento por una neumonía o una fractura).

1. El primer paso del algoritmo muestra que se deben revisar las posibles causas de incontinencia reciente, como por ejemplo que exista una infección urinaria, en este caso la irritación sobre la pared vesical puede provocar urgencia miccional y episodios de incontinencia. Otra causa de incontinencia reciente puede ser una diabetes mal controlada que provoque poliuria y favorezca la aparición de incontinencia. Algunos fármacos como los diuréticos también son causa de poliuria, los sedantes opiáceos y antidepresivos pueden causar sedación y dificultar así el control voluntario de la micción. Por otra parte, si el paciente tiene un síndrome confusional (delirium) y episodios de

desorientación, también pueden desencadenarse fácilmente episodios de incontinencia. Por último, debe revisarse el ritmo deposicional, ya que la impactación fecal favorece la incontinencia. Llegados a este punto del algoritmo, se habrán revisado las causas de incontinencia reciente, llamadas también de incontinencia transitoria, debido a que en muchas ocasiones suelen ser potencialmente reversibles<sup>3</sup>. Simultáneamente a la revisión de todas estas posibles causas y desde el primer momento en que se detecta que el enfermo tiene incontinencia deben llevarse a cabo una serie de acciones y cuidados de enfermería<sup>4</sup> (asegurar intimidad, promover movilidad, facilitar acceso WC, etc.) tal y como se muestra en el algoritmo.

2. En segundo lugar, si la incontinencia persiste a pesar de todo lo anterior, debe valorarse si existe un problema de movilidad. En casos en los que no exista problema de movilidad, deberá plantearse la posibilidad de que se trate de otro tipo de incontinencia. Si por el contrario existe un problema de movilidad, deberían mantenerse las mismas acciones y cuidados de enfermería expuestos anteriormente y además debe plantearse la posibilidad de iniciar un programa de rehabilitación general con fisioterapia para mejorar la capacidad funcional. Si con todas estas medidas desaparece la incontinencia se considerará el problema resuelto.
3. En tercer lugar, en aquellos casos en que el problema de movilidad solo haya mejorado parcialmente y persista la incontinencia, será necesario realizar terapias de conducta, tal como se muestra en el algoritmo (micciones programadas voluntarias y vaciamiento vesical precoz)<sup>3</sup>. Finalmente, si después de todas los pasos anteriormente mencionados no se soluciona la incontinencia, deberá valorarse si se trata de otro tipo de incontinencia (de urgencias, de esfuerzo y de rebosamiento).

## bibliografía

1. Ferri FF, Fretwell MD. En: Practical guide to the care of the geriatric patient. St Louis: Ed. Mosby Year Book, 1992.
2. Resnick NM. Urinary incontinence. Lancet 1995;346:94-9.
3. Resnick NM. Incontinencia geriátrica. En : Diokno A. Urología Geriátrica. Clínicas Urológicas de Norteamérica (Ed. Esp). Mexico: Eds. McGraw-Hill Interamericana, 1996;1:61-82.
4. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería. Ed. Interamericana, 1992.

Paciente mujer de 76 años de edad, alérgica a la penicilina, sin hábitos tóxicos

## Antecedentes patológicos personales

- Diabetes Mellitus tipo II en tratamiento con insulina NPH.
- Hipertensión arterial de larga evolución. Diagnosticada de cardiopatía hipertensiva hace 5 años por ecocardiograma. Diversos ingresos por insuficiencia cardíaca. Clase funcional I-II. Sigue tratamiento médico con enalapril 5 mg/12 horas y furosemida 1 comprimido/día.
- Trastorno adaptativo con sintomatología depresiva en tratamiento con paroxetina desde hace 4 meses.
- Pendiente de intervención quirúrgica de cataratas de ambos ojos.

## Situación previa

- Funcional: independiente para actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel 100/100) y parcialmente dependiente para actividades instrumentales (Índice de Lawton 4/8).
- Cognitivo: no historia de deterioro cognitivo grave, aunque la familia refiere olvidos frecuentes.
- Vive en primer piso con ascensor con su hija.

## Enfermedad actual

La paciente acudió a urgencias por presentar tras caída casual imposibilidad para la marcha. En el Servicio de Urgencias fue diagnosticada de fractura peritrocantérea de fémur derecho requiriendo osteosíntesis.

Como complicaciones agudas, presentó cuadro de insuficiencia cardíaca izquierda, iniciándose tratamiento depleitivo endovenoso y sondaje urinario para control estricto de diuresis. En los primeros días del postoperatorio requirió tratamiento analgésico con opiáceos menores (tramadol), así como lorazepam por insomnio.

El tratamiento farmacológico al alta fue:

- furosemida 1 comprimido / 8 horas vo
- boik aspártico 1 comprimido / 12 horas
- enalapril 5 mg / 24 horas
- paroxetina 1 comprimido / 24 horas
- lorazepam 1 mg por la noche
- paracetamol 1g / 8 horas
- ibuprofeno 400 mg / 8 horas
- tramadol 50 mg / 6 horas
- omeprazol 1 comprimido / 24 horas
- enoxaparina 40 mg / 24 horas, y se le retiró la sonda vesical.

Tras la estabilización clínica de la paciente al cabo de 2 semanas, se trasladó a la unidad de convalecencia para reeducar marcha y recuperar capacidad funcional.

## Exploración física

- Consciente, orientada parcialmente en tiempo y desorientada en espacio.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos. No edemas en extremidades inferiores. Ingurgitación yugular negativa. Reflujo hepatoyugular negativo.
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular conservado.
- Exploración abdominal y neurológica dentro de la normalidad.
- Locomotor: herida quirúrgica correcta. Balance articular: flexión 80°, abducción 35°. Balance muscular: cuádriceps 3/5, psoas 3/5.

## Valoración Geriátrica Integral

- Funcional: alta dependencia para las actividades de la vida diaria (Índice de Barthel: 15/100). Riesgo alto de úlceras por presión (Norton 12).
- Estado mental: deterioro cognitivo (Minimental de Folstein 16/30); ausencia de síntomas depresivos (GDS-Yesavage 3/15).
- Estado nutricional bien conservado.
- Índice de Comorbilidad de Charlson: 2.

## Diagnóstico de enfermería.

### Trastorno de la movilidad física relacionado con alteración músculo-esquelética

En los primeros días de estancia se objetivó diversos episodios de incontinencia urinaria, que no existían previamente al ingreso. Así mismo se objetivó en los primeros días desorientación temporoespacial y agitación nocturna.

# comentario del caso

Figura 1. Ejemplo de hoja de registro del patrón miccional: terapias de conducta (micciones programadas voluntarias)\*

Fecha: 1er día			Fecha: 3er día			Fecha: 6º día		
Hora	Examen pañal	Micción adecuada	Hora	Examen pañal	Micción adecuada	Hora	Examen pañal	Micción adecuada
08:00	Mojado	Sí	08:00	Seco	Sí	08:00	Seco	Sí
11:00	Mojado	Sí	11:00	Seco	Sí	12:00	Seco	Sí
14:00	Mojado	No	14:00	Mojado	Sí	16:00	Seco	Sí
17:00	Mojado	No	17:00	Mojado	No	20:00	Seco	Sí
20:00	Seco	Sí	20:00	Seco	Sí	24:00	Seco	Sí
23:00	Mojado	No	23:00	Seco	Sí	04:00	Seco	Sí
03:00	Seco	Sí	03:00	Seco	Sí	-	-	-

Episodios incontinencia	5	2	0
Episodios micción correcta	4	6	6

\*Se presenta el registro miccional de tres días no consecutivos. Obsérvese que los dos primeros días el intervalo horario es de 3 h, habiéndose hallado en el primer registro el pañal mojado en 5 ocasiones y en el segundo en solo 2. En el tercer día registrado, el intervalo horario se amplió a cada 4 h y hubo solo un episodio de pañal mojado. En la franja horizontal de abajo se observa como el número de episodios de incontinencia (nº de veces que el pañal estaba mojado), va disminuyendo progresivamente, mientras que el número de episodios de micción correcta (nº de veces que se le pide que orine y orina adecuadamente), ha ido aumentando.

Se trata de una paciente frágil (edad avanzada, pluripatología, polifarmacia), que antes del ingreso era continente y que tras la hospitalización presenta incontinencia urinaria. De acuerdo con el algoritmo presentado, se iniciaron todas las intervenciones de manera simultánea, quedando reflejado que éstas deben ser interdisciplinarias. Debido al episodio de incontinencia la paciente estaba preocupada, se la tranquilizó y se le explicó que se utilizaría un pañal de protección durante unos días, preservando al máximo su intimidad. Se descartó la presencia de infección urinaria mediante urinocultivo, que en el presente caso resultó negativo. También se revisaron las cifras de glicemia para reajustar las dosis de insulina y evitar la poliuria, teniéndose también en cuenta la dieta y la hidratación adecuadas; sin embargo, en este caso las glicemias estaban bien controladas. Así mismo se creyó conveniente disminuir la dosis de diuréticos debido a que en ese momento no presentaba signos de insuficiencia cardíaca. Por otra parte, una vez mejorado el dolor, de forma progresiva se disminuyeron las dosis de tramadol hasta su retirada completa. Se revisó el ritmo deposicional de la paciente, observándose que habían disminuido el número de deposiciones por lo que se procedió a descartar la presencia de impactación fecal. En cuanto a la agitación y desorientación (se interpretó como un episodio de delirium), se llevaron a cabo medidas generales de entorno y cuidados de enfermería, pudiéndose retirar el lorazepam, mejorando la sintomatología. En los días siguientes, la paciente salió de la habitación relacionándose con el entorno, cuidando su autoimagen (vestido adecuado y fácil de poner y quitar) y facilitando el acceso en todo momento al WC. A pesar de todas las medidas anteriores, la incontinencia persistió. Por ello y siguiendo con el algoritmo que se presenta, se planteó que dado que existía un problema de movilidad, debía iniciarse un programa de rehabilitación (fisioterapia para mejorar movilidad general), e insistir en los cuidados de enfermería que se muestran en el algoritmo. La paciente con el programa de fisioterapia mejoró su capacidad funcional, aunque persistió cierta dependencia (ayuda en transferencias, marcha precaria y trayectos cortos) y continuó presentando algún episodio de incontinencia. Siguiendo el algoritmo, se iniciaron terapias de conducta, realizándose micciones programadas voluntarias (Figura 1). Esta técnica consiste en pautar micciones voluntarias periódicas a intervalos fijos de tiempo (generalmente 3-4 horas). Se explica al paciente que intente orinar voluntariamente (aunque tenga que pedir ayuda) cada vez que transcurra dicho intervalo, de esta manera se pretende mantener la vejiga vacía el máximo tiempo posible evitando que aparezcan episodios de incontinencia. Si se consigue dos días sin episodios de incontinencia, puede prolongarse el intervalo. Después de realizar esta terapia se consiguió que no tuviera ningún episodio de incontinencia.