

## Incontinencia de orina en geriatría

Dres.: GUZMAN, J. M. (\*); MOBILIA, O. (\*\*); BECHER, E. (\*\*); RAMIREZ, D. (\*\*\*\*)

*Revista Argentina de Urología, Vol. 57, Pág. 54, 1992*

### INTRODUCCION

La incontinencia de orina (IO) es la pérdida en forma involuntaria de orina por la uretra. Toda pérdida que ocurra por otros canales debe ser considerada una pérdida extrauretral (1).

La IO es un síntoma que padece el paciente, es un signo que puede ser observado y documentado y es una condición que ocurre cuando la presión intravesical supera a la resistencia uretral.

La IO tanto ocurre en el niño, en el adulto y en el anciano de ambos sexos, de tal forma que el término de incontinencia de orina en geriatría, es sólo una denominación, una etiqueta, y no una enfermedad diferente, una forma diferente de incontinencia, y menos aún un simple diagnóstico.

Si la IO en el anciano merece especial consideración es porque en este período de la vida el ser humano se encuentra comprometido en muchas de sus funciones vitales que pueden determinar o agravar la incontinencia.

El concepto de que la edad menoscaba irremediablemente la incontinencia está arraigada y en cierta manera justificada en geriatría, en el paciente que la padece y en el entorno que lo rodea.

Es frecuente que el anciano limite sus posibilidades físicas y sociales acentuando su aislamiento y depresión.

En el enfermo encamado, el problema adquiere aún mayor jerarquía por los mayores cuidados que esta condición exige.

La IO en pacientes postrados, eleva considerablemente los costos de asistencia. En los EE.UU. ha sido calculado que estos costos superan por año los diez billones de dólares (2, 3).

### FRECUENCIA

La real frecuencia de IO en personas de más de 65 años es difícil de establecer (4).

De acuerdo a Feneley y col. el 54% de los varones y el 77% de las mujeres de la población general la padecen en algún grado (5).

Muchos no consultan al médico, ni lo comentan con sus familiares en tanto puedan atemperar los síntomas limitando la ingesta de líquidos y usando apósitos absorbentes.

Cerca de la mitad de los ancianos incontinentes, sólo tienen problemas higiénicos. Los varones son más propensos a declarar su IO que las mujeres en comentarla.

En una encuesta realizada por Thomas y col. sobre 22.420 personas informa, que entre la población de menos de 65 años, la IO ocurre con una frecuencia del 0.1% en los varones y de 0.2% en las mujeres. En esta misma serie, la IO de las personas de más de 65 años, ocurrió con una frecuencia de 1.3% en los varones y del 8.5% en las mujeres (6).

La incidencia de IO es mayor en enfermos asistidos en institutos geriátricos que la que se observa en pacientes ambulatorios o domiciliarios.

La frecuencia de IO en pacientes domiciliarios es del 15% y la de los internados es del 40%. Los pacientes internados en institutos psiquiátricos tienen un 94% de posibilidad de ser incontinentes si han superado los 65 años (6, 7, 8).

Sobre una capitación asistencial realizada sobre 1.000 jubilados, se analizaron las HC de 840 de ellos (8).

De este grupo, sólo 515 tenían algún grado de IO (Tabla 1).

(\* ) Profesor Titular de Urología. Universidad de Buenos Aires.

(\*\* ) Médico Urólogo Hospital de Clínicas. Universidad de Buenos Aires.

(\*\*\*) Médico Urólogo Hospital de Clínicas. Universidad de Buenos Aires.

(\*\*\*\*) Médico Urólogo Hospital de Clínicas. Universidad de Buenos Aires.

**TABLA 1**

**Frecuencia de Incontinencia de Orina (IO) en 840 pacientes**

Tipo		Nº de Pacientes	%	Varones	Mujeres
FORMAS PURAS 252 p (49%)	Incontinencia de esfuerzo (IOE)	94	18	7	87
	Incontinencia de urgencia (IOU)	32	6	17	15
	Incontinencia por rebosamiento (IOR)	30	6	12	18
	Incontinencia refleja (IOR)	96	18	69	27
FORMAS MIXTAS 263 p (51%)	IOE + IOU	107	21	12	95
	IOU + IOR	76	15	21	55
	IOU + Enuresis	80	15	37	43
		515	61	175	340

Este 61.30% corresponde a 175 varones (34%) y 340 mujeres (66%).

**FORMAS CLINICAS DE PRESENTACION**

La IO puede hacer su aparición en forma aguda o ser gradual y persistente.

**IO Aguda**

Las causas de IO aguda son médicas o quirúrgicas. El deterioro del control psicomotor de algunas situaciones agudas como el traumatismo cerebromedular o los comas, cursan con IO por rebosamiento si no es detectada oportunamente la retención de orina.

La acción depresora de ciertas drogas, hipnóticos y sedantes, así como la asociación de antiespasmódicos y diuréticos pueden llevar también a esta situación.

La IO por rebosamiento postoperatoria puede ser secundaria a sobre distensión vesical (durante el acto quirúrgico) por la hidratación parenteral intraoperatoria (causa vesical miógena).

Ciertas operaciones sobre el hipogastrio, área pelviana y perineal, suelen evolucionar con arreflexia vesical y retención con IO por rebosamiento (causa vesical neurológica).

El bolo fecal impactado en la ampolla rectal es un fenómeno suficientemente frecuente en el anciano sometido a medicación analgésica sedante y antiespasmódica. La impactación fecal puede provocar obstrucción con IO por rebosamiento así como fenómenos irritativos con IO de apremio. La intoxicación alcohólica es causa frecuente de IO en el anciano. Los procesos inflamatorios agudos, sea de la vejiga, uretra, próstata o anexos femeninos, pueden provocar fenómenos de hipersensibilidad e IO de urgencia (Tabla 2).

**TABLA 2**

**Etiología más frecuente capaz de desarrollar IO aguda  
Forma aguda o potencialmente reversible**

**Etiología**

**A) Causas Médicas:**

- Delirio
- Contusión mental
- Inflamación aguda del tracto inferior
- Impactación de bolo fecal
- Poliuria intensa
- Anticolinérgicos
- Miorrelajantes
- Narcóticos
- Beta-agonistas
- Beta-antagonistas
- Alfa-agonistas
- Alfa-antagonistas
- Alcohol

**B) Causas Quirúrgicas:**

- Traumatismos craneoencefálicos
- Cirugía encefalomedular
- Cirugía abdominopelviana y perineal
- Accidentes vasculares cerebromedulares

**Diagnóstico y tratamiento**

Una cuidadosa historia clínica, un prolijo examen físico, y la toma del residuo postmiccional constituyen la base iniciales del diagnóstico (tabla 3, protocolo I).

**TABLA 3**

Evaluación Inicial del paciente Incontinente
Evaluación
<b>Protocolo I</b>
<b>a) Historia clínica completa</b>
— antecedentes de ingesta de medicamentos
— antecedentes quirúrgicos
— antecedentes neurológicos
— antecedentes psiquiátricos
— antecedentes fisiátricos
— estado actual neuropsiquiátrico
<b>b) Examen del paciente</b>
— evaluación semiológica completa
— ver que la pérdida de orina transcurre por la uretra
— ver orinar y retener
— flujometría miccional
— toma del residuo post micción
— ecografía renal, vesical, prostática

La pesquisa de ciertas drogas ingeridas en las últimas horas es muy importante. Algunas de ellas fueron indicadas para el tratamiento de un estado gripal, alérgico o de cólicos abdominales sin sospechar que algunos componentes de estos medicamentos pueden ocasionar obstrucción urinaria en pacientes predisuestos (Tabla 4).

La toma del residuo miccional debe hacerse con cateterismo uretral. Puede hacerse con ecografía.

Si se comprueba residuo, la orina será analizada y se completará con un urocultivo, conteo de colonias y antibiograma urinario.

Los parámetros básico de laboratorio serán pedidos también en esta ocasión.

El tratamiento consiste en asegurar el vaciamiento vesical hasta que la situación remita.

El tratamiento ideal es el cateterismo intermitente.

Si la uretra es permeable y la micción no se recupera, y el cateterismo intermitente no puede ser aplicado, la punción suprapúbica y el drenaje continuo, es una medida que debe primar antes de instalar una sonda en permanencia. Esta conducta es de privilegio en los varones por las complicaciones uretrales y prostáticas que el catéter uretral en permanencia puede ocasionar.

Si el episodio de retención aguda (IO por rebosamiento) se calcula con más de 72 horas, es muy probable que se esté desarrollando una ureterouronefrosis clínicamente silenciosa pero puesta de manifiesto por la suave y gradual elevación del nitrógeno no protéico sanguíneo y de la creatinina endógena. La ecografía abdominal seriada controlará la aparición y evolución de la uroectasia.

Vaciar rápidamente a la vejiga de un voluminoso resi-

**TABLA 4**

Drogas que potencialmente pueden provocar IO		
Droga	Mecanismo Potencial	Tipo de IO
Diuréticos	Poliuria, polaquiuria, imperiosidad	Incontinencia de urgencia. Incontinencia por rebosamiento.
Anticolinérgicos	Parálisis del detrusor	Incontinencia por rebosamiento.
Antiespasmódicos	Bolo fecal, constipación	Incontinencia de urgencia. Incontinencia de esfuerzo.
Bloqueadores alfa-adrenérgicos	Relajación uretral	Incontinencia de esfuerzo.
Alfa-adrenérgicos	Constricción uretral	Incontinencia de urgencia. Incontinencia por rebosamiento.
Bloqueadores beta-adrenérgicos	Constricción uretral	Incontinencia de urgencia. Incontinencia por rebosamiento.
Beta-adrenérgicos	Parálisis del detrusor	Incontinencia por rebosamiento.
Bloqueadores del calcio	Paresia del detrusor Relajación uretral	Incontinencia por rebosamiento. Incontinencia de esfuerzo.
Antidepresivos y psicotrópicos	Sedación, parálisis del detrusor	Enuresis IO por rebosamiento.
Antipsicóticos	Sedación, delirio, rigidez, inmovilidad	Incontinencia por rebosamiento. Incontinencia fisiológica.
Sedantes e hipnóticos	Sedación, delirio, inmovilidad, relajación muscular	Incontinencia por rebosamiento.
Miorrelajantes y analgésicos	Paresia del detrusor, relajación uretral	Incontinencia por rebosamiento. Incontinencia de esfuerzo.

duo, implica el peligro de hemorragia exvacuo, ciertamente peligrosa en el anciano.

La orina residual debe evacuarse en un régimen "a debit ralenti".

El dar o no antibióticos de amplio espectro es motivo de controversia. La tendencia actual es no darlos si no existe infección sintomática.

El riesgo de la antibioticoterapia es de crear resistencia bacteriana en forma innecesaria.

La IO aguda por ingesta de alcohol o drogas anticolinérgicas sedantes y/o antiespasmódicas remite con el simple cateterismo intermitente hecho uno o dos veces, y con la suspensión del tóxico.

La evaluación del bolo fecal comprobado logra una mejoría espectacular de la IO.

En los episodios que siguen a un ACV el cateterismo intermitente será indicado desde el comienzo del cuadro.

Las operaciones excenterativas de la pelvis, así como las perineales, obligan a asegurar un buen vaciado vesical. La conducta ideal es implantar un catéter suprapúbico en la misma operación.

## IO persistente

La IO persistente en el anciano adopta diferentes tipos, la mitad de ellos combinados entre sí.

La Sociedad Internacional de Continencia (SIC) ha establecido la definición de: IO de esfuerzo, IO por urgencia, IO por rebosamiento, e IOI refleja. Puede haber otros tipos como la enuresis y la IO funcional que aparece por alteraciones psiquiátricas o fisiátricas.

Cualquiera de estos tipos pueden presentarse en forma progresiva, gradual o como evolución de una forma aguda, ser puros o estar combinados entre sí.

## IO de esfuerzo (IOE)

Es la pérdida de orina que ocurre en forma involuntaria por la uretra, sincrónica con un esfuerzo y en ausencia de una contracción del detrusor (SIC).

Puede ocurrir tanto en los varones como en las mujeres. Para que la pérdida ocurra debe existir incompetencia del cuello vesical y de la musculatura estriada de la uretra.

## Frecuencia

En un grupo de 515 pacientes incontinentes hemos comprobado que 201 tenían IOE (39%) (8). De 201 pacientes con IOE, 19 eran varones (9%) y 182 (91%) mujeres (Tabla 4).

**TABLA 5**

### Agrupamiento clínico de la IO en Geriatría Formas clínicas crónicas

- 1) Como evolución de una forma aguda reversible o irreversible
- 2) IO de esfuerzo
  - a) por descenso cérvico-uretral
  - b) de causa intrínseca uretral
  - c) mixta
  - d) asociada a otros tipos de IO
- 3) IO de urgencia
  - a) por inestabilidad motora
  - b) por inestabilidad sensitiva
  - c) mixta
  - d) asociada a otros tipos de IO
- 4) IO por rebosamiento
  - a) de causa vesical
  - b) de causa uretral
  - c) mixta
  - d) asociada a otros tipos de IO
- 5) IO refleja
  - a) con sinergia detrusor-uretra
  - b) con disinergia detrusor-uretra
  - c) asociada a otros tipos de IO
- 6) IO funcional
  - a) psiquiátrica
  - b) fisiátrica
  - c) mixta
  - d) asociada a otros tipos de IO

**TABLA 6**

Incidencia de IOE en Geriatría Incontinencia de esfuerzo entre 515 pacientes						
Tipo	Nº pac.	%	Varones	%	Mujeres	%
IOE pura	94	47	7	7	87	93
IO mixta	107	53	12	11	95	89
	201	39	19	9	182	91

Más de la mitad de ellos (53%) tenían formas mixtas de IOE, combinadas con IO de urgencia (IOE + IOU). Las mujeres arias son más proclives a tener IOE mixta (89%) que los varones (11%).

De la misma forma la IO pura es más frecuente en las mujeres (93%) que en los varones (7%).

## Etiología

La mayor frecuencia de IOE en la mujer ariosa está justificado porque a esa edad las estructuras de soporte del cuello vesical y de la uretra pierden tonicidad por múltiples factores (hipoestrogenismo, multiparidad, obesidad).

La hipotrofia y fibrosis comprenden al cuello vesical y a la uretra con disminución del colchón vascular que la rodea y contribuye con el tejido elástico a la competencia uretral.

La elongación de las estructuras de sostén vesical, hace que la uretra y el cuello vesical protruyan fuera del abdomen en la posición de pie y no puedan ser comprimidos contra la plancha perineal cuando un aumento de la presión abdominal ocurre.

En la mujer, el cuello vesical se entreabre y la uretra bascula sostenidos solamente por los ligamentos pubovesicales anteriores y pubouretrales. La musculatura estriada de la uretra es habitualmente débil en la mujer y pierde tono en el hipoestrogenismo.

La IOE femenina puede reconocer también una causa intrínseca uretral. En esta situación el cuello vesical está bien situado detrás del pubis y no bascula en los esfuerzos. La uretra es incompetente por falla en el adosamiento de sus paredes, sea por esclerosis o denervación.

Este cuadro puede ser secundario a operaciones perineales anteriores, sea por una histerectomía vaginal, o haya sido provocado al corregir un cistocele que cursaba sin incontinencia.

Muchas uretras descentralizadas (neurogénicas paráliticas), lo son como consecuencia de operaciones anteriores para corregir una verdadera incontinencia de esfuerzo, un divertículo uretral o una fistula uretrovaginal.

La IOE por descenso puede o no estar asociada a la existencia de cistocele. De acuerdo al grado del cistocele se las agrupa en grado IIa y IIb (9).

En los varones la IOE es secundaria a operaciones sobre el cuello vesical o la próstata con iatrogenia sobre el sistema esfinteriano distal de la uretra.

Las radiaciones sobre la próstata luego que el cuello vesical ha sido ampliado por una operación anterior, frecuentemente provoca IOE. Las lesiones de la cola de caballo y otros tipos de disfunciones neurogénicas pueden estar acompañadas de alteraciones funcionales de la uretra y cursar con el solo síntoma de IOE.

### Diagnóstico

Los antecedentes de multiparidad, obesidad y anteriores operaciones sufridas en el hipogastrio o perineo, deben ser analizados prolijamente. El observar que la pérdida de orina ocurre por la uretra, en ausencia de deseo miccional y es sincrónica con un esfuerzo, con ausencia de residuo vesical y de síntomas irritativos, el diagnóstico de IOE queda establecido y ningún otro examen es necesario para definirla.

Ya que la IO pura de esfuerzo puede deberse a fallas de sostén o alteraciones estructurales de la uretra, y que éstos dos tipos requieren propuestas terapéuticas específicas, es necesario completar el diagnóstico en determinar cada caso.

La simple observación del introito hecha con la mujer en posición ginecológica y al esfuerzo, muestra habitualmente la protrusión de la uretra y el descenso del fondo vesical que arrastra al cuello de la vejiga. En los grandes prolapsos, acompañados de rectocele e introito amplio, el decidir cuál es la vejiga y cuál el recto se hace dificultoso si no se acompaña la observación con un tacto rectal y vaginal combinado.

El decidir si la incontinencia se corrige elevando digitalmente cada lado de cuello vesical (maniobra de Marshall-Marchetti) ha sido cuestionada pero es indudable que merece ser empleada para confirmar nuestro diagnóstico inicial.

La instalación de un pequeño hisopo dentro de la uretra y observar su basculación en los esfuerzos, indica el grado de descenso de cuello vesical y de la uretra.

Cuando este descenso no pueda ser determinado, y haya antecedentes de operaciones anteriores, las pacientes deben ser evaluadas más intensamente con cistouretrografía en posición oblicua de pie, en reposo y en el esfuerzo, endoscopia y estudio urodinámico (Protocolo II) (Tabla 7).

**Tabla 7**

#### Incontinencia de orina

#### Evaluación

#### Protocolo II

- a) Si hay orina residual significativa
- b) Si hay antecedentes quirúrgicos abdominales o perineales
- c) Si hay síntomas obstructivos o irritativos

#### Solicitar:

- PAP, B. de Koch, Investigación de Chlamydiae en orina
- Ecografía vesical, renal, prostática y/o ginecológica.
- Uretrografía retrógrada y cistouretrografía miccional.
- Estudio urodinámico completo
- Uretrocistoscopia

Si la IO se acompaña de síntomas irritativos, el examen completo de orina será ampliado con un urocultivo, una investigación de bacilo de Koch, y un PAP urinario.

### Tratamiento

La posibilidad de curación de la IOE en las mujeres es de cerca del 90% y en los hombres del 80%.

Este alto porcentaje se basa en un buen diagnóstico etiopatogénico.

La IOE debe ser tratada siempre inicialmente con tratamientos médicos. Estos se basan en ejercicios de continencia y el manejo controlado de drogas que estimulan la resistencia uretral.

La efedrina y sus derivados, así como la imipramina y los derivados de la phenilpropanolamina son drogas que pueden ser indicadas. Sin embargo es necesario conocer que el anciano puede tener reacciones adversas a algunas de ellas (Tabla 8)

Los ejercicios de Kegel y el tratamiento local con cremas con estriol mejora el trofismo y la turgencia de la uretra femenina logrando atenuar en forma significativa la IOE pura de la paciente añosa.

En los varones, la expectativa de IOE pura postoperatoria es del 80% con solo tratamiento médico y expectación.

Cerca del 80% de todos estos pacientes logran reducir su IOE con tratamientos paliativos. La mejoría de la IOE no es absoluta pero puede tomarse en ser más controlable con el uso de uno o dos paños absorbentes por día y la restricción diaria de la ingesta líquida.

El tratamiento quirúrgico puede ser ofrecido a todos los pacientes que no tengan riesgo operatorio acentuado, que requieran corregir aún más su incontinencia persistente al tratamiento médico y que se haya descartado prolijamente otra causa posible de tenerla.

El paciente debe estar notificado que la operación para corregirla no es sinónimo de curación absoluta y no está libre de complicaciones.

Esto es así con todas ellas desde la simple operación de Gittes (10), la operación de Bursh (11), la operación de Marshall-Marchetti-Krantz (12), la operación de Raz (12), ofrecidas para los tipos I-IIa y IIb de IOE, hasta las operaciones con sling pubouretral (13), las inyecciones de grasa (14) o Teflon (15) periuretrales y el último avance de implante del esfínter artificial AS800 (16).

Si los tratamientos conservadores no han dado resultado, si los tratamientos quirúrgicos no han podido ser empleados o si éstos hubieran fracasado, se impone un tratamiento paliativo, si el grado de IO deteriora el confort del anciano.

En las mujeres el uso del pesario intravaginal, o del balón graduable, pueden brindar resultados paliativos halagüeños (17).

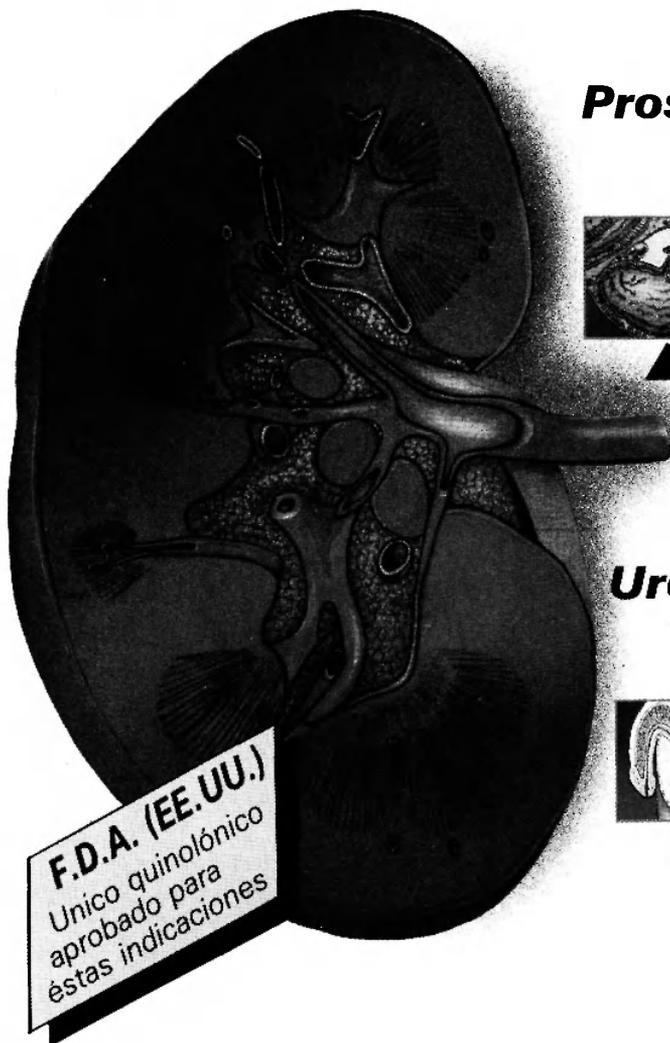
En ambientes carenciados en que no se pueda disponer de estos elementos, la continencia se puede lograr con la compresión de la uretra por vía vaginal con un tapón de gasa, con un hilo de seguridad que se usa para extraerlo. La paciente lo introduce en su vagina al levantarse y lo extrae a la noche al higienizarse.

LA MEJOR QUINOLONA

# FLOXIL<sup>®</sup>

Ofloxacina original

**Supera los límites de la terapia antimicrobiana oral**



## Prostatitis



**86%**

Eficacia clínica

Altas concentraciones en fluido y tejido prostático, las cuales superan 3-6 veces la CIM<sub>90</sub> para *Escherichia coli* y *Chlamydia trachomatis*

## Uretritis/Cervicitis



**98%**

Eficacia clínica

FLOXIL, único quinolónico con demostrada actividad en infecciones por *N. Gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, solas o asociadas.

**F.D.A. (E.E.UU.)**

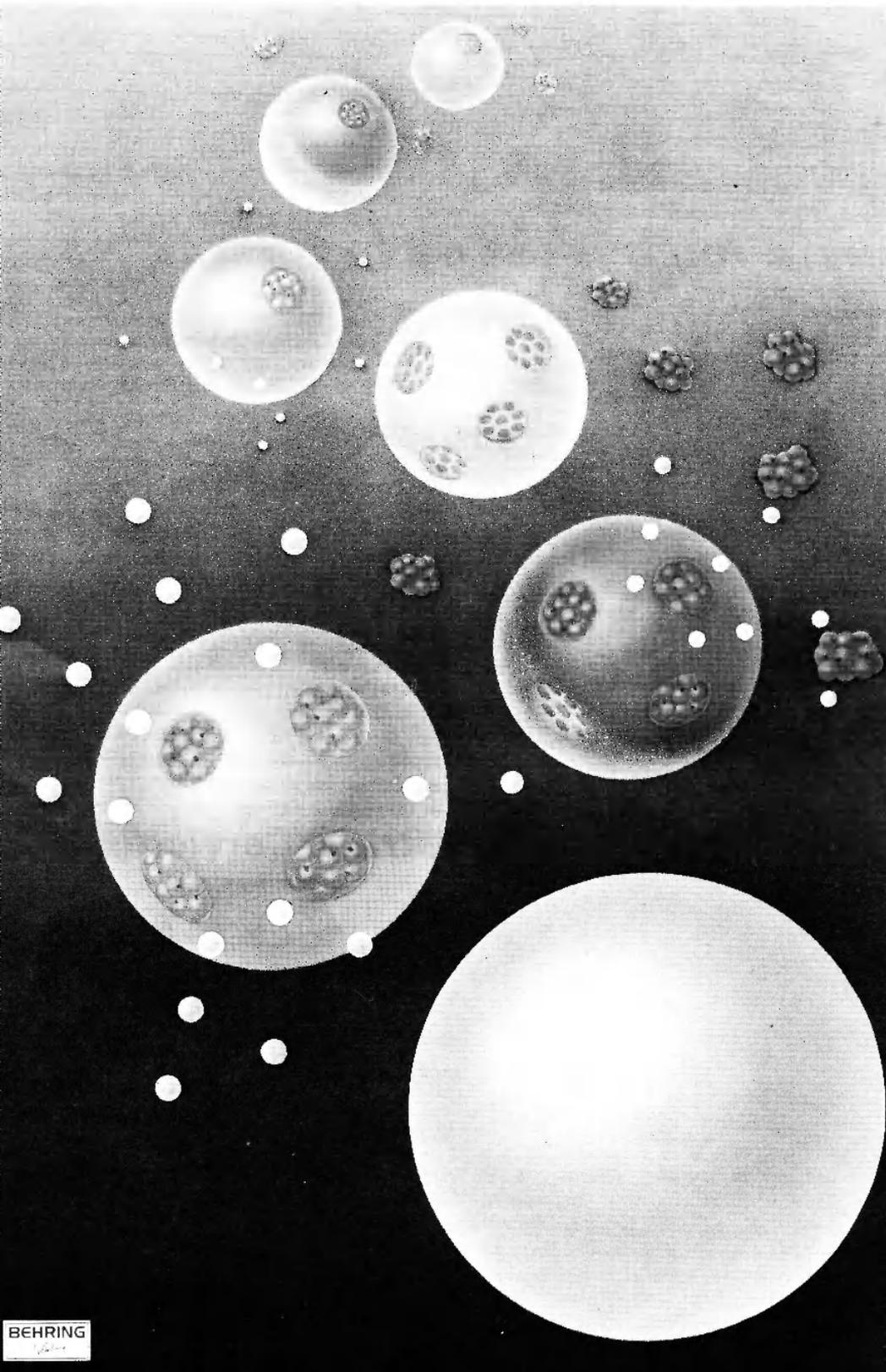
Único quinolónico aprobado para estas indicaciones

### Presentaciones:

Comprimidos con 200 mg de ofloxacina, en envases por 6, 10 y 14

CILAG FARMACEUTICA S.A.  
Mendoza 1259  
1428 - Buenos Aires





1. El hipotálamo secreta LHRH que se une a los receptores hipofisarios.

Cada hormona se une a un receptor de la célula (complejo hormona - receptor).

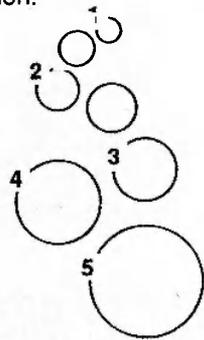
2. Se produce la **síntesis proteica** induciendo la liberación hipofisaria de FSH y LH.

3. Si un agente artificial -superagonista-LHRH como SUPREFACT<sup>®</sup> se une a la célula, se logra una mayor permanencia y potencia del proceso anterior.

4. Este proceso, es decir, una **gran estimulación** de la célula mediante dosis permanentes de SUPREFACT<sup>®</sup> hace que ...

5. ... la célula se protege a sí misma regulando la cantidad de receptores.

Suprime así la producción y secreción de testosterona en los testículos reduciéndola a niveles de castración.



**TABLA 8**

Drogas que aumentan la resistencia uretral				
Tipo	Medicamento	Dosis	Mecanismo de acción	Efectos adversos
Pseudoefedrina	Nastizol ®	60 mg 3xd	mioestimulante de la uretra	Cefalea, irritabilidad, hipertensión arterial, irritabilidad.
Phenilpropanolamina	Decidex ®	50 mg 3xd	mioestimulante de la uretra	ítem
Imipramina	Elepsin ® Tofranil ®	10-20 mg 3xd	mioestimulante de la uretra	No administrar junto con IMAO, temblor, sequedad de boca.
Estrógenos conjug. (vía bucal)	Premarin ®	0,626 mg 1xd	aumento de la resistencia de la uretra femenina Mejora el tono y el trofismo vulvo uretro perineal.	Cefalea, elevación de la tensión arterial, aumento de la coagulabilidad sanguínea, potencial efecto cancerígeno en el endometrio, endometriosis, prurito vaginal.
Estrógenos conjug. (local)	Premarin ® (crema vaginal)	1-2 gr 1xd	ítem	ítem
Estriol	Orgestriol ® (crema vaginal)	1-2 gr 1xd	ítem	prurito vaginal

Muchas de nuestras pacientes pueden lograr una micción con el tapón vaginal instalado. Si así no fuera debe retirarlo para orinar.

En los varones resistentes a todo tratamiento corrector, el uso de clamps de compresión penéana puede ser una medida paliativa aceptable. Sin embargo el uso prolongado puede lesionar las cubiertas del pene de tal forma que obligue a una ulterior postectomía y suspensión del aditamento. El uso de sonda vesical en permanencia tiene indicaciones precisas que serán tratadas más adelante (Tabla 18).

**IO de urgencia (IOU)**

Ha sido definida como la pérdida involuntaria de orina por la uretra asociada a un deseo de micción imperiosa (SIC) (1).

**Frecuencia**

La IO de apremio o urgencia, pura o asociada a otro tipo de incontinencia, la hemos encontrado en el 57% de los ancianos incontinentes (295 pacientes entre 515) (8).

**Tabla 9**

Incidencia de la IOU en Geriátría						
Incontinencia de urgencia entre 515 pacientes						
Tipo	Nº pac.	%	Varones	%	Mujeres	%
IOU pura	32	11	17	53	15	47
IO mixta	107	36	12	11	95	89
IO + IORb	76	26	21	27	55	73
IOU + Enuresis	80	27	37	46	43	54
	295	57	87	29	208	71

Del total de 295 pacientes con IOU, 32 tenían forma pura (11%), 107 formas mixtas (36%), 76 tenían asociación de IOU con IO por rebosamiento IORb (26%) y en 80 de ellos se combinaba con enuresis (27%) (Tabla 9).

La IOU es más frecuente en las mujeres (71%) que en los varones (29%). El 89% de las ancianas que tienen IOE la tienen asociada a IO de apremio (forma mixta).

**Etiología**

Por definición, la IOU se asocia a un deseo irreprimible de micción, que el paciente no puede postergar. Generalmente la pérdida es de escaso volumen, pero alcanza para alterar la higiene del que la padece.

La IOU está ligada a la inestabilidad vesical asociada frecuentemente (pero no siempre) a un descenso de la capacidad y complacencia vesical.

La inestabilidad motora ha sido definida como la contracción involuntaria del detrusor antes de que la capacidad vesical se haya alcanzado y que superan los 15 cm de presión de agua.

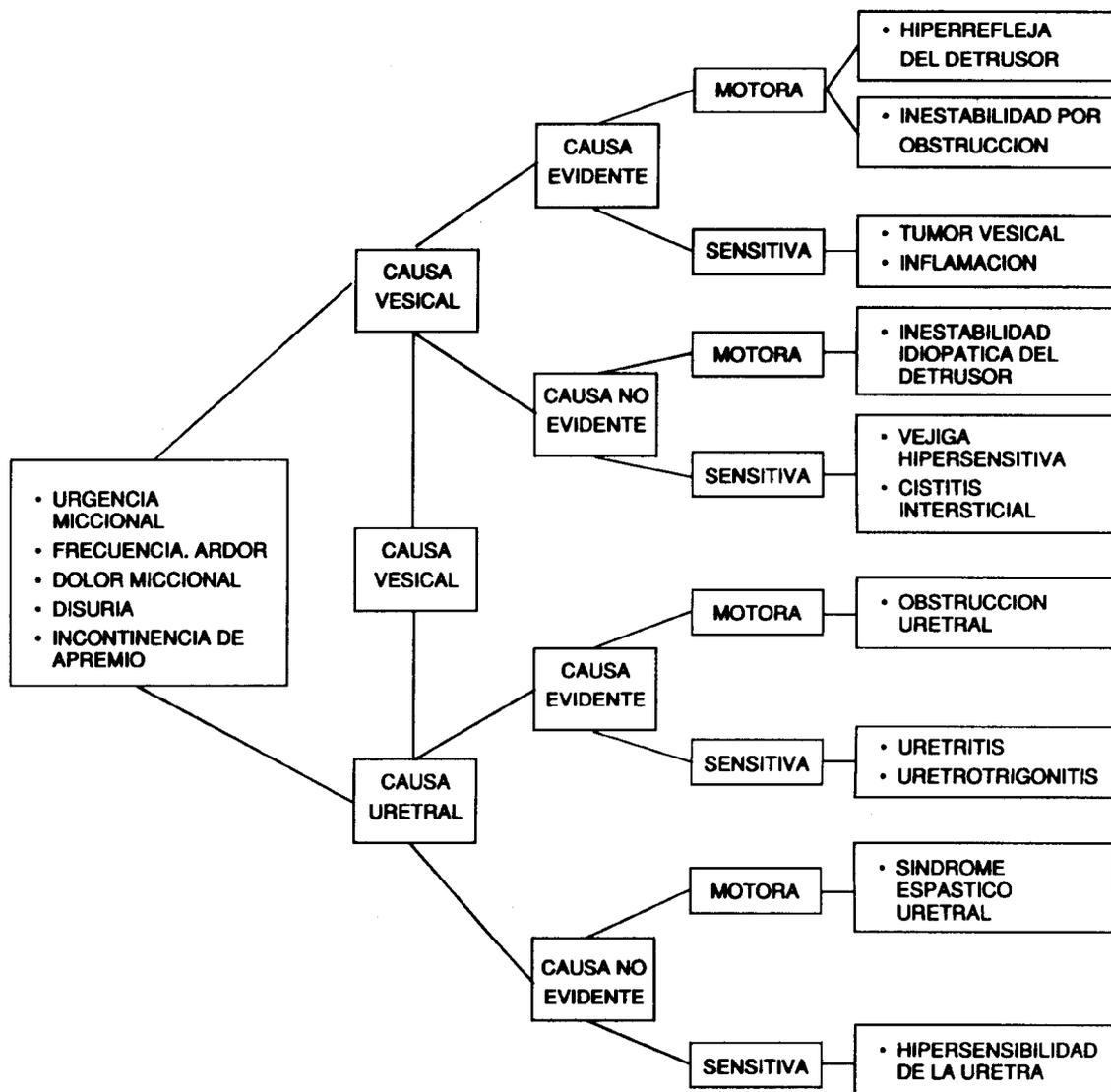
La etiología de este fenómeno puede ser determinado y asociado a obstrucción. Sin embargo no toda obstrucción motora no puede ser detectada y se la denomina idiopática.

Existe un tipo de inestabilidad del detrusor en que el deseo de micción imperiosa aparece antes de que la vejiga se haya llenado completamente. El registro urodinámico no registra ningún tipo de contracción no inhibida. La sensación es tan importante que el paciente orina para aliviar su síntoma.

En ocasiones el deseo es irreprimible y el escape ocurre a pesar de que el enfermo trata de posponerlo. Este fenómeno se denomina inestabilidad sensitiva (18). La inestabilidad puede estar provocada por las mismas causas que provocan síntomas irritativos (Tabla 10; Tabla 11).

TABLA 10

Síntomas Irritativos



Todas estas y otras causas posibles de IOU deben ser prolijamente analizadas antes de optar por un diagnóstico etiológico definitivo (la piuria abacteriana por chlamydias, tuberculosis y carcinoma in situ de la vejiga o de la uretra).

Las causas de inestabilidad sensitiva pueden ser detectadas o no. Pueden ubicarse en la vejiga o en la uretra (o en ambas a la vez). Las causas más frecuentes son: inflamaciones bacterianas o abacterianas, post radiación, inflamaciones por citostáticos o instilaciones intravesicales, cáncer, tuberculosis, herpes vesical y trastornos alérgicos y psicósomáticos.

**Diagnóstico**

El diagnóstico de IOU implica analizar las posibles

causas de la inestabilidad vésico-uretral. Este paso obliga a considerar la capacidad, estabilidad y complacencia vesical posiblemente alteradas.

El paciente con IOU será sometido a una historia clínica completa y a un examen físico y neurológico exhaustivo.

Se investigará la existencia de obstrucción infravesical, infección urinaria, cáncer y cuerpos extraños intravesicales. Para cumplir estos pasos será necesario un urocultivo, una endoscopia y un estudio urodinámico (Protocolo II).

Si se ha encontrado una causa documentable y de solución médica-quirúrgica como sucede en las obstrucciones infravesicales, la infección urinaria, cáncer prostático o vesical, la IOU podrá remitir con el tratamiento adecuado a

**TABLA 11**

**Incontinencia de orina  
Síntomas irritativos capaces de provocarla**

- Polaiuria
- Ardor miccional
- Urgencia miccional
- Hematuria

**Causas posibles (\*)**

- A) Por inestabilidad motora
- B) Por inestabilidad sensitiva
- C) De origen neurogénico (refleja)
- D) Idiopática
- E) Mixtas o combinadas.

(\*) Las causas pueden estar ubicadas en la vejiga, en la uretra o en ambas a la vez.

cada etiología. La IOU de origen idiopático, sea motora o sensitiva, requiere un análisis cuidadoso en cada circunstancia, ya que los factores psicoemocionales pueden tener una participación preminente en el síntoma.

**Tratamiento**

La IOU es un síntoma que está asociado a inestabilidad vésico-uretral. Esta inestabilidad puede ser motora o sensitiva. La etiología puede ser detectada y si es así debe ser tratada.

Consecuentemente la posibilidad de cura de la IOU es posible pero no segura.

La IOU e origen desconocido debe ser tratada en forma sintomática. Esta posición se compromete a reconsiderar periódicamente el diagnóstico etiológico ya que la posible causa puede hacerse evidente luego de un tiempo de hecho examen más prolijo.

Si se ha comprobado una inestabilidad motora obstructiva, la desobstrucción debe hacerse si la capacidad y complacencia vesical no están disminuidas.

Si ésto no sucede, el tratamiento con anticolinérgicos tiende a disminuir la irritabilidad vesical (Tabla 12).

**TABLA 12**

**Drogas que disminuyen la contractibilidad del detrusor**

	<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>	<b>Mecanismo de acción</b>	<b>Efectos adversos</b>
Dicyclomina	Bentyl ®	10-20 mg 1-2-3xd	anticolinérgico	sequedad de piel y mucosas, taquicardia ileo. c/l: glaucoma
Flavoxato	Bladuril ®	200 mg 1-3xd	antimuscarínico, antiespasmódico del detrusor	sequedad de piel y mucosas, taquicardia, constipación, visión borrosa, piloroespasmo
Emepronio	Cetiprin ®	200 mg 1-3xd	antiespasmódico del detrusor	sedación, taquicardia ileo, piloroespasmo
Oxibutinina	Ditropan ® (comp. y jarabe)	5 mg 1/2-1-2-3xd	antimuscarínico, analgésico vesical	sequedad de piel y mucosas, visión borrosa, piloroespasmo, ileo, taquicardia
Hyoscyamina	Cytospaz ®	0,15 mg 1-2xd	antimuscarínico, analgésico vesical	ítem
Hyioscina	Buscapina-C ®	10-20 mg 1-2xd	antiespasmódico, analgésico	ileo, visión borrosa, taquicardia, glaucoma
Imipramina	Tofranil ® Elepsin ®	10-20 mg 2-3xd	miorreajante del detrusor	no administrar junto con IMAO. Tembolor, sequedad de mucosas
Propanthelina	Pro-Bantine ®	15-30 mg 2-3xd	anticolinérgico sedante	ileo, febrícula, sequedad de piel y mucosas, taquicardia
Bloqueantes cálcicos	Adalat ®		miorreajante	

Las drogas anticolinérgicas y los antiespasmódicos deben ser empleados prudentemente en el anciano por los efectos adversos posibles a esas edad y la posible retención completa en los obstruidos.

La inestabilidad sensitiva puede ser tratada con anticolinérgicos y analgésicos, así como con corticoides locales y antialérgicos H1.

El advenimiento de nuevos analgésicos y antiinflamatorios no corticóideos abrió una nueva esperanza en el tratamiento de estos síntomas.

Si la capacidad y la complacencia vesical se encuentran disminuidas y no mejora aún con el tratamiento endocavitario de anticolinérgicos (con o sin corticoides), la enterocistoplastia de ampliación es actualmente una propuesta a ofrecer a casos seleccionados.

Si estos procedimientos no dan resultado y el paciente mantiene su incontinencia con síntomas irritativos importantes, la posibilidad de una anestesia neurolítica de las raíces sacras puede calmar los síntomas irritativos.

Si la lisis de las raíces SII y SIII ha sido conseguida, la sensibilidad cervicouretral se atempera y el anciano puede volver a tener horas de sueño continuo.

La incontinencia en estos casos será manejada paliativamente con pañal (19, 20).

La IOU combinada con IORb se corrige luego de la desobstrucción o del tratamiento con cateterismo intermitente. La IOU combinada con enuresis será tratada con anticolinérgicos y disminución de la ingesta líquida vespertina.

La IOU puede ocurrir por una relajación no inhibida de la uretra. Este fenómeno sólo puede ser detectado con un estudio urodinámico con registro simultáneo de presión endouretral e intravesical y EMG perineal.

Si este fenómeno ocurre, la posibilidad de origen neurogénico se hace evidente y exámenes exhaustivos neurológicos serán solicitados aún con pacientes neurológicamente asintomáticos.

### IO por reboseamiento (IORb)

Es la pérdida involuntaria por la uretra de orina residual, cuando ésta alcanza una presión que supera la resistencia uretral. Puede aparecer en forma continua, en forma de gotas y exacerbarse con los esfuerzos. La pérdida no alcanza a vaciar el contenido vesical, sino alivia transitoriamente la presión intravesical con lo que la pérdida se interrumpe transitoriamente.

En ocasiones esta pérdida aparece con un deseo de micción imperiosa que puede ser expresión de una contracción inestable del detrusor (IO paradójica).

### Frecuencia

Del total de 515 pacientes incontinentes hemos detectado 106 ancianos con IORb (20%). En 30 de ellos el cuadro era de una IO por reboseamiento que aparecía entre las micciones disúricas y polaquiúricas, pero sin urgencia o imperiosidad.

En 76 de ellos se acompañaba con urgencia miccional (28%), polaquiuria diurna y nocturna (72%). Los síntomas irritativos acompañan frecuentemente a la IORb. Sólo 30 de ellos (28%) tenían cierta disuria.

Del total de pacientes con IORb 73 eran mujeres (69%) y 33 varones (31%). Paradójicamente, en los ancianos la IORb es más frecuente en las mujeres que en los varones (Tabla 13)

Tabla 13

Incidencia de IORb en Geriatría						
Incontinencia por reboseamiento entre 515 pacientes						
Tipo	Nº pac.	%	Varones	%	Mujeres	%
IORb pura	30	28	12	40	18	60
IORb + IOU	76	72	21	27	55	73
	106	20	33	31	73	69

### Etiología

La IORb puede estar provocada por causas vesicales, causas uretrales o surgir de una combinación de ambas a la vez. Las causas vesicales tienen en común la incapacidad evacuatoria de la vejiga, sea por falla de la contractibilidad voluntaria o por falla intrínseca parietal del detrusor (neurogénicas y/o miogénicas).

Las causas uretrales deben referirse a una falla de permeabilidad que cursa con obstrucción uretral.

El desbalance entre la capacidad contráctil del detrusor y la resistencia uretral, hace la aparición del residuo vesical en aumento si no aparecen mecanismos compensadores de hiperactividad motora del detrusor.

Muchas enfermedades con capaces de deteriorar la capacidad evacuatoria de la vejiga. Entre las causas médicas está la diabetes, la polineuropatía radicular y la distensión por obstrucción.

Las fibras musculares del detrusor se elongan progresivamente, pierden sus miofibrillas y el músculo es invadido por tejido colágeno.

Las neuropatías centrales o periféricas crean un desbalance neurogénico entre la vejiga y la uretra. La descentralización del detrusor propende a establecer nuevas pautas exigidas por la falta de control neurogénico central.

A la parálisis inicial de un episodio agudo, si no es evacuada, la vejiga se distiende progresivamente y aparece la IORb sin deseo miccional. Si la vejiga se vacía y el detrusor no se sobredistiende creando situaciones irreversibles, se recupera, adoptando una cierta contractibilidad que depende de los centros intraparietales y de la innervación remanente.

Estas vejigas pueden evolucionar con obstrucción uretral por disineria, con lo que el residuo aparece nuevamente, pero ahora por la obstrucción creada por la disineria.

Este cuadro neurogénico es totalmente diferente al provocado por una obstrucción crónica de la uretra. En un

primer período los fenómenos irritativos (polaquiuria, urgencia, etc.) se agregan a los obstructivos (falta la proyección del chorro). Paulatinamente el paciente refiere mejoría de sus síntomas irritativos. Esta posibilidad puede ocurrir por alivio de la obstrucción por tratamientos médicos exitosos o puede serlo por el alivio logrado con tratamientos anticolinérgicos y antiespasmódicos exclusivamente. La posibilidad que esta mejoría sea expresión de un real agravamiento por aparición de orina residual en aumento, se hará evidente con la aparición de los primeros signos de una IO por rebosamiento. La ecografía postmiccional periódica y la flujometría son los mejores métodos de control en el tratamiento médico de la obstrucción.

### Diagnóstico

La IORb puede aparecer como evolución de una forma aguda o ser de aparición gradual y progresiva. Los antecedentes inmediatos y alejados son importantes para decidir un diagnóstico de orientación. La pérdida de orina que se hace en forma constante luego de una operación abdominopelviana, un accidente cerebromedular o un coma de cualquier origen, tiene muchas probabilidades de ser una IORb.

En las ancianas es frecuente la IORb. En ellas no se detecta ningún factor obstructivo y dicen que orinan sin dificultad. Muchas de ellas dicen tener incontinencia de

esfuerzo y efectivamente se observa la pérdida de orina por la uretra cuando la paciente tose. Algunas de ellas refieren que el cistocele le ha aumentado rápidamente. La toma de la orina residual aclara el diagnóstico al recoger un residuo que generalmente supere los 500 ml.

Si bien es cierto que un tercio de ellas son seniles y diabéticas, es probable que el origen de esta incapacidad evacuatoria de la vejiga se haya instalado muchos años antes por un mal hábito miccional. Algunas de estas enfermas habían sido operadas por incontinencia de esfuerzo o cistocele siendo más jóvenes.

### Tratamiento

Si el residuo vesical es secundario a la obstrucción, la corrección de ésta logrará la corrección de la incontinencia. Si no existe obstrucción demostrable, el paciente debe seguir un plan de cateterismo intermitente.

El uso de drogas colinérgicas han sido propuestas reiteradamente. Sin embargo los resultados prácticos positivos de su uso no han sido todo lo esperado. En el anciano su uso puede tener limitaciones importantes (Tabla 14).

Son más optimistas las drogas que tienden a facilitar la apertura uretral por relajación miogénica de las fibras lisas y/o estriadas de la uretra (Tabla 15)

TABLA 14

#### Drogas que aumentan la contractibilidad del detrusor

Tipo	Medicamento	Dosis	Mecanismo de acción	Efectos adversos
Bethanechol	Urecholine ®	10-30 mg 1-2-3xd	estimulante colinérgico	efectos vagotónicos, broncoespasmo, vasocoespasma, ileo o diarrea, bradicardia, epilepsia, sialorrea, sudoración, miosis
	Myotonine ®	5-10 mg 1-2-3xd		
	Duvoid ®	10-25-50 mg x d		
Piridostigmina	Mestinon ®	60 mg 1-2-3xd	bloqueador de anticolinesterasa	sialorrea, espasmos intestinales, diarrea, bradicardia.

TABLA 15

#### Drogas que disminuyen la resistencia uretral

Tipo	Medicamento	Dosis	Mecanismo de acción	Efectos adversos
Prazosim	Minipress ®	1-2 mg x d	relajación de la musculatura lisa de la uretra y cuello vesical	hipotensión postural
Diazepan	Valium ®	5-10 mg x d 2-4 x d	relajación de la musculatura estriada de la uretra	sedación, miorelajación general, hipotensión arterial
Tolperisona	Miodom®	50-100 mg 1-4 x d	ítem	relajación muscular
Carisoprodol	Flogiatriin ®	300 mg 2-3 x d	ítem	ítem, gastrododuenitis
Orfenadrina	Norflex ®	60-100 mg 2-4 x d	ítem	ítem, visión borrosa
Baclofen	Lioresal ®	5-75 mg x d	relajación de la musculatura estriada	relajación muscular, gastrododuenitis, sedación, psicosis
Bloqueantes del calcio	Adalat ®		relajación de la musculatura lisa	taquicardia Edema postural MMII

## IO refleja (IORf)

Es la que ocurre como consecuencia de una hiperreflexia del detrusor. Es de origen neurogénico. Puede acompañarse de disinergia detrusor-esfínter o con sinergia detrusor-esfínter.

Este concepto implica la contracción simultánea y refleja del esfínter estriado de la uretra y el detrusor en la primera situación, y la relajación oportuna, suficiente y sostenida del esfínter durante la contracción refleja del detrusor en la segunda.

## Frecuencia

Entre 515 pacientes incontinentes, 96 tenían IORf (18%) (Tabla 16)

Tabla 16

Incidencia de la IORf en Geriátría Incontinencia refleja en 515 pacientes					
Nº Pacientes	%	Varones	%	Mujeres	%
96	18	69	72	27	28

Los pacientes varones superaron a las mujeres, 69 (78%) y 21 (28%) respectivamente. Todos los varones tenían IORf con sinergismo conservado. Doce de ellos habían sido operados por hiperplasia benigna de la próstata en su juventud y cursaban sin orina residual ni bacteriuria.

Los 57 restantes tenían obstrucción urinaria por adenoma de la próstata y cursaban con polaquiuria y signos evidentes de vasculopatía cerebro-medular.

Dos de las mujeres con síntomas irritativos sin causa aparente fueron estudiadas con TAC cerebral. Este estudio mostró en ellas un tumor cerebral asintomático.

## Etiología

La hiperreflexia del detrusor se observa con más frecuencia en la enfermedad de Parkinson y en los parkinsonianos, aunque también éstas pueden tener vejigas arrefléxicas y cursar con IORb

La espondiloartrosis es causa suficiente para provocar fenómenos isquémicos en la médula dorsal con VN hiperrefléxica. Frente a la sospecha de una IORf, el examen neurológico será solicitado para evaluar posibles afecciones tratables en algunas circunstancias.

## Tratamiento

El tratamiento de las IORf se debe guiar por las tácticas empleadas en el manejo de las Vejigas Neurogénicas hiperrefléxicas.

El tratamiento se basa en disminuir la hiperreflexia del detrusor y controlar el vaciamiento vesical.

Si existe sinergismo detrusor/uretra, es probable que la vejiga se vacíe normalmente con Valsalva o percusión hipogástrica.

Si existe disinergia, la asociación de relajantes de la musculatura estriada serán empleados (Tabla 15)

La IORf en el anciano se acompaña frecuentemente con alteraciones del comportamiento que hace que el manejo de estos enfermos se tome en un verdadero desafío.

Mientras la vejiga pueda evacuarse normalmente y la frecuencia de las pérdidas puedan ser tratadas con anticolinérgicos disminución de la ingesta líquida, la IORf podrá ser manejada aceptablemente, y el paciente estará seco tres o cuatro horas. Durante la noche seguramente deberá usar pañal.

Si la evacuación vesical se alterara por el uso de los antiespasmódicos y anticolinérgicos, deberá complementarse con un plan de cateterismo intermitente.

La disminución de la ingesta líquida es una medida asociada que ayuda a un mejor control. Sin embargo, en el paciente bajo el efecto de las drogas anticolinérgicas, esta medida es un verdadero sacrificio para el paciente y el personal que debe imponerla. Es conocido el efecto adverso de estos productos que provocan sequedad de las mucosas aumentando la sed y propendiendo a la constipación.

Si la vejiga no logra atenuar su hiperreflexia, la anestesia transacra puede dar una idea aproximada de la atenuación de los síntomas, cuando ésta atempera la hiperreflexia. Si se logra transformar la hiperreflexia en arreflexia y la capacidad vesical aumenta, se está autorizado a hacer una inyección con corticoides o neurofíticos peridurales por el histo sacrocoxígeo.

Estos pacientes seguirán posteriormente un plan de cateterismo intermitente.

Si estas posibilidades no son viables y existe una disinergia detrusor esfínter que provoca uroestasia, la esfínterrotomía endoscópica buscará transformar al paciente en un incontinente completo.

En estas condiciones, el uso del pañal absorbente es una medida paliativa de necesidad.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

Las personas de más de 65 años de edad tienen mayor posibilidad, que las más jóvenes, de padecer el deterioro de muchas de sus condiciones psicofísicas que pueden alterar o modificar la continencia urinaria.

La incontinencia de orina de urgencia (IOU), sea en su forma pura o combinada, es más frecuente en el anciano (57%) que en el adulto (43%). Esta frecuencia es mayor aún en mujeres (71%) que en los varones (29%).

La incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) es más frecuente en las ancianas que en los ancianos y la incontinencia de orina refleja (IORf) lo es más en los varones que en las mujeres.

La incontinencia de orina por rebosamiento (IORb) es más frecuente e las mujeres que en los varones.

Cerca de la mitad de las mujeres añasas con IORb fueron sometidas años antes a una operación por prolapso o incontinencia de orina.

La mitad de los ancianos tienen formas combinadas o mixtas de IO. La sintomatología por sí sola no es capaz de asegurar en forma absoluta la alteración urodinámica puesta en juego. Sin embargo, la IOE en su forma pura es capaz de hacerlo.

El observar que la pérdida de orina ocurre en los esfuerzos, no hay orina residual y no existen síntomas irritativos, son parámetros clínicos suficientes para establecer el diagnóstico y ningún estudio complementario es necesario para establecerlo.

En las restantes, el diagnóstico debe estar avalado con el auxilio de otros elementos. Entre ellos, la evaluación urodinámica. Esta tratará de hacer conocer la capacidad, la complacencia y la estabilidad de la vejiga, así como determinar el grado de competencia y permeabilidad uretral. Ajustarse a una clasificación clínica standard para programar tácticas terapéuticas, es poco realista en Geriátría, no sólo por la combinación de los tipos de IO sino también por la política diferente que debe emplearse en consideración del estado psicofísico del paciente añoso.

Con este concepto parece más coherente agrupar los diferentes cuadros urodinámicos de IO en relación con las condiciones psicofísicas y fisiátricas del anciano más proclive a sufrir el deterioro concomitante de estas últimas.

**Grupo No OK.:** El primer enfoque a tener en cuenta es decidir si la IO es una condición que realmente preocupa al enfermo y si ella es causa cierta de lesiones corporales como suele atribuirse a las escaras por decúbito. (Como su nombre o dice, las escaras se hacen por decúbito y no porque las moje la orina...).

El segundo punto es establecer si el paciente es capaz de colaborar en el tratamiento del control de la orina de acuerdo no sólo a su motivación, sino también si no existen impedimentos físicos de orden fisiátrico que la dificulten o imposibiliten. En todo este grupo No O.K., la conducta varía si existe o no una IORb. Si la IO lo es por rebosamiento, la táctica terapéutica queda establecida con el cateterismo intermitente.

El resto de los pacientes que no tienen IORb, sólo pueden ser manejados con el uso de pañal absorbente o los colectores externos por razones higiénicas, a lo que deben asociarse los cuidados apropiados de enfermería geriátrica.

**Grupo O.K.:** Los ancianos incontinentes en los que se den las condiciones psicofísicas y fisiátricas apropiadas para tentar algún plan terapéutico tendiente a reestablecer la continencia urinaria (Grupo O.K.) pueden ser agrupados en cuatro tipos diferentes de posibilidades urodinámicas (18). (Tabla 17)

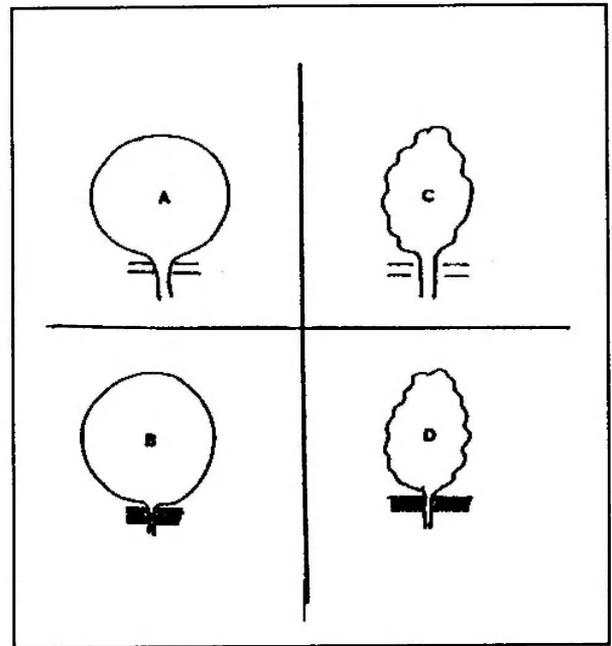
**Grupo A:** Comprende aquellos que conservan una vejiga de buena capacidad, estabilidad y complacencia. No tienen obstrucción infravesical, pero la uretra es incompetente. El síntoma es la IOE pura.

La micción es normal o apoyada por maniobra de Valsalva y el residuo es nulo o no es significativo.

Dentro de este grupo entran la IOE, la uretra inestable y ciertas disfunciones vesicouretrales de origen neurogénico.

El tratamiento se basa en aumentar la resistencia uretral con tácticas progresivamente graduadas de acuerdo a cada

TABLA 17



paciente y el resultado obtenido con los diferentes métodos. En las mujeres, las topicaciones vaginales con cremas estrogénicas y los ejercicios de Kegel... son las primeras medidas a emplear. En los varones los ejercicios de continencia y la electroestimulación perineal, así como el uso de drogas uretroestimulantes (Tabla 13).

La conducta quirúrgica debe ser empleada cuando el tratamiento médico hecho por un período de no menos de seis meses no haya alcanzado las expectativas de mejoría esperada.

Los pacientes deben ser lo suficientemente informados de las complicaciones y posibles fracasos cercanos y alejados de estas operaciones. La opción en su elección debe ser compartida entre el paciente y su médico.

Si el tratamiento médico no ha dado resultado y si el tratamiento quirúrgico ha sido rechazado, o ha fracasado, los tratamientos paliativos deben ser considerados. Entre ellos el uso del pesario, o el balón graduado intravaginal en la mujer (17) o el empleo de clamps peneanos en el varón o apósitos absorbentes en ambos sexos pueden resultar soluciones aceptables.

**Grupo B:** Son aquellos que tienen vejigas con capacidad, estabilidad y complacencia conservada. La orina residual es constantemente significativa.

El cuadro urodinámico puede ser secundario a una falla en el poder contráctil de la vejiga (causa vesical) o a una real obstrucción de la uretra (causa uretral). La IO es del tipo IORb.

El tratamiento se basa en lograr el correcto vaciamiento vesical. Si se documenta la obstrucción ello se logrará con procedimientos de desobstrucción. La reducción de la resistencia uretral puede hacerse con medicación alfa-bloqueante o con procedimientos quirúrgicos.

Si este plan no está indicado o es improcedente, el cateterismo intermitente es de elección.,

**Grupo C:** Está formado por aquellos casos que cursan con vejigas inestables, frecuentemente con capacidad y complacencia disminuida (aunque pueden estar conservadas). Forman parte de este cuadro la inestabilidad motora, la inestabilidad sensitiva, la vejiga neurogénica hiperrefléxica (no inhibida) y la relajación no inhibida de la uretra.

La uretra no es obstructiva. En el caso de las de origen neurogénico existe sinergismo detrusor-esfínter. El residuo es escaso o no existe.

Clínicamente estos pacientes acusan IOU o IORf.

Algunos de ellos fueron enuréticos en la infancia. Otros se hicieron en la ancianidad.

La IOU puede hacer manifiesta con la ingesta de diuréticos, combinados con hipnóticos y reabsorción de edemas.

La IOU puede ser expresión de una inestabilidad motora del tipo idopático sin obstrucción, más frecuente en las mujeres que en los varones.

El tratamiento se basa en el uso de anticolinérgicos, sedantes, ansiolíticos, antiinflamatorios y analgésico.

Si la capacidad y la inestabilidad vesical están alteradas o comprometidas a tal punto que hace su recuperación improbable, si se ha cumplido con un estricto manejo diagnóstico y se ha hecho un tratamiento adecuado sin resultado, la ampliación vesical con enterocistoplastia puede ser propuesta. Sin embargo, esta operación ofrece riesgos en el geronte no siempre superables.

La anestesia peridural a través del histo sacro puede ser propuesta en una tentativa de alivio a la sintomatología sensitiva y a la polaquiuria.

A pesar de una buena anestesia puede ocurrir que la capacidad vesical no pueda ser modificada por cistitis crónica intersticial con gran componente escleroso.

En estas condiciones puede anticiparse que los bloqueadores neurolíticos (alcohol-fenol) sólo podrán ser ofrecidos para alivio de la sintomatología irritativa, pero no para corregir la IO.

Los casos en que la capacidad vesical y su complacencia aumentan luego de este tipo de anestesia, pueden ser seguidos con cinco a diez sesiones (una o dos por semana) con este tratamiento (19).

El paciente puede presentar entre cada sesión de anestesia, retención de orina e IORb. La vejiga se evacuará sólo una vez por día.

En estas condiciones, la IORb debe ser manejada sólo con pañal absorbente, en una tentativa de reciclaje vesical, para transformar la vejiga en un órgano más complaciente y de mayor capacidad y complacencia.

De acuerdo a la evolución, este tipo de vejigas se transforman en vejigas paralíticas. Si ésto no ocurre puede hacerse la fenolización de las raíces SII y SIII, sea por vía transcra o transhiato cóxígeo.

En esta situación, el paciente debe continuar con un plan de cateterismo intermitente y/o pañal.

**Grupo D:** Se caracteriza por tener una vejiga de tipo

inestable. La complacencia y la capacidad vesical pueden estar disminuidas o conservadas.

como las del grupo anterior, la inestabilidad puede ser motora o sensitiva.

Este grupo se caracteriza además por tener obstrucción infravesical.

La inestabilidad de la vejiga puede ser secundaria a la obstrucción esta característica una vez comprobada debe ser tratada como tal.

Desafortunadamente no es posible decidir la evolución de la inestabilidad motora del detrusor luego de la desobstrucción.

El tratamiento con anticolinérgicos en un sistema obstruido puede conllevar el cierto riesgo de retención aguda de orina o agravar la ya existente.

Es el cuadro frecuente del paciente con enfermedad de Parkison y portador de un adenoma de la próstata con IOU, y flujo miccional obstructivo.

En esta situación el tratamiento con anticolinérgicos será iniciado y controlado con el seguimiento de la orina residual.

Si no existe uroestasia y la infección urinaria puede ser controlada, el cateterismo intermitente se hará una vez por día (a pesar de comprobar la retención vesical).

Esta política busca reciclar el detrusor tratando de atenuar la hiperreflexia neurogénica y transformarla en una paresia o parálisis vesical neuromiogénica.

Si la capacidad, complacencia y estabilidad de la vejiga pueden ser controladas, la desobstrucción infravesical, si existe, recién entonces debe ser tratada.

Como en el tipo B, la obstrucción infravesical puede ser tratada con alfa-bloqueantes y/o miorelajantes estriados o cirugía.

La enterocistoplastia de ampliación está propuesta para aquellos casos en los que la capacidad y complacencia vesical no pueda ser mejorada por ningún otro procedimiento conservador.

Este plan estará sujeto a las limitaciones clínicas de cada enfermo.

Llegados a este punto, si la capacidad y complacencia vesical no pueden ser mejoradas por ninguno de los métodos propuestos y si la inestabilidad vesical es de tal grado que perturba por los síntomas irritativos el confort del paciente, y si se ha comprobado la real existencia de obstrucción infravesical, la esfinterotomía endoscópica o la uretrotomía endoscópica en la mujer (desobstrucción completa) tiende a transformar a estos pacientes en incontinentes permanentes con el solo (parcial a veces) alivio del dolor y la polaquiuria.

Si se decide por esta táctica, el paciente debe continuar con el uso de pañal o colector externo.

El uso de sonda en permanencia sólo puede ser empleado cuando los síntomas irritativos pueden ser controlados. De otra forma es una táctica improcedente y que aporta más complicaciones aún de los que tienen este método en otras condiciones (Tabla 18)

# HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA

Un importante problema urológico  
de la población masculina adulta



## INHIBIDORES $5\alpha R^*$

Una nueva clase terapéutica está emergiendo de los Laboratorios de  
Investigación de MERCK SHARP & DOHME

**MSD**  
MERCK  
SHARP  
&  
DOHME  
ARGENTINA

# UROTEM

● **MAXIMO ESPECTRO ANTIBACTERIANO**

● **EXCELENTE EFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES URINARIAS**

● **ESCASA RESISTENCIA BACTERIANA**

● **COMODA POSOLOGIA**  
● **BUENA TOLERANCIA GENERAL**

## **FORMULA:**

Cada comprimido de UROTEM contiene:

*Norfloxacina* ..... 400 mg  
*Excipientes, c.s.p.* ..... 550 mg

## **POSOLOGIA Y FORMA DE ADMINISTRACION:**

Se sugiere una posología de 400 mg, dos veces al día durante 7 días.

## **PRESENTACION:**

Envases por 14 comprimidos.

Laboratorios **Temis** Lastaló



**TABLA 18**

**Indicaciones del uso del catéter vesical en permanencia**

**A) Condiciones para poder ser empleado:**

- 1) No tener alteraciones psiquiátricas que hagan dificultosa la sumisión necesaria para soportarlo.
- 2) Debe existir un calibre uretral permisible.
- 3) Disponibilidad electiva de catéteres de silastic.
- 4) No debe existir uretritis aguda.
- 5) No existir inestabilidad vesical severa no controlable con medicamentos.
- 6) Deben conocerse y aplicarse rigurosamente las leyes del cateterismo.

**B) Indicaciones**

- 1) Retención de orina que cursa con abundante residuo, vesical e IO por rebosamiento con uroestasia severa.
- 2) Heridas de piel de perineo y región sacra en pacientes inmovilizados o espásticos graves con flexoadducción espástica de los miembros inferiores.
- 3) Para mantener seco al paciente terminal.
- 4) Cuando por razones insolubles no se puede realizar un plan de cateterismo intermitente.
- 5) Como tratamiento sintomático en pacientes que no pueden ser aplicados otros métodos.

**C) Manejo del catéter en permanencia**

- 1) Mantener el drenaje de la orina en circuito cerrado estéril.
- 2) El reservorio de la orina debe estar ubicado debajo del nivel del pubis.
- 3) Mantener, en especial en los varones, el catéter apoyado en el hipogastrio.
- 4) No irrigar por el catéter ni dar antibióticos si no existe evidencia de infección sintomática.
- 5) Si existe infección sintomática el catéter debe ser extraído y hacer urocultivo y antibiograma de la punta del catéter retirado.
- 6) Si aparece infección sintomática u otro síntoma irritativo, debe hacerse una reevaluación genitourinaria completa.

**BIBLIOGRAFIA**

1. International Continence Society Standardization Committee: The standardization of terminology of lower urinary tract function. *Scand. J. Urol. Nephrol.* II:193, 1977. International Society Annual Meeting, Roma, Italia, Octubre 4-6, 1979.

2. Hu, T.: Impact of urinary incontinence on health-care costs. *J. Am. Geriatr. Soc.* 38:292, 1990.
3. Ouslander, J. G.; Krane, R. L.: The cost of urinary incontinence in nursing homes. *Med. Care*, 22:69, 1984.
4. Mohide, E. A.: The prevalence and scope of urinary incontinence. *Geriatric Clinic* 2 (4):639, 1986.
5. Feneley, R. C. L.; Sheperd, A. M.; Powell, P. H.; Blannin, L. J. B.: Urinary incontinence, prevalence and needs. *Br. J. Urol.* 51 (6):493, 1979.
6. Thomas, T. M.; Plymat, K. R.; Blannin, J. B.; Meade, T. W.: Prevalence of urinary incontinence. *Br. J. Urol.*; 281:1243, 1980.
7. Isaacs, B.; Walkey, F. A.: A survey of incontinence in elderly hospital patients. *Geront. Clin.*; 6:367, 1964.
8. Guzman, J. M.: Sintomatología urinaria en población de más de 65 años de edad (840 pacientes pertenecientes al sistema PAMI de la República Argentina). Informe preliminar elevado a las autoridades de PAMI, Diciembre 1979.
9. Blaivas, J. G.; Olsson, C. A.: Stress incontinence; classification and surgical approach. *U. Urol.* 139 (4):727, 1988.
10. Gittes, R. F.; Laughlin, K. R.: No-incision pubovaginal suspension for stress incontinence. *J. Urol.* 138:568, 1987.
11. Burch, J. C.: Urethrovaginal fixation to Cooper ligament for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 120:613, 1961.
12. Marshall V. F.; Marchetti, A. A.; Krantz, K. E.: The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension. *Surg. Gynecol. Obstet.* 88:509, 1949.
13. Mc Guire, E. J.; Bennett, C. J.; Sonda, L. P.; Savastano, J. A.: Experience with pubovaginal slings for urinary incontinence at the universe. *Of Michigan. J. Urol.* 138:525, 1987.
14. Rodríguez Palma, P. C.; Rodríguez Netto, N.; Ikari, O.; D'Ancoa, C.: Paraurethral autologous subcutaneous fatty tissue injection for female urinary stress incontinence. *Actas del 85º Meeting de la AAU. Mayo 1990, New Orleans, U.S.A.*
15. Politano, V. A.: Periurethral polytetrafluoroethylene injection for urinary incontinence. *J. Urol.* 27:439, 1982.
16. Fishman, I. J.; Shabsigh, R.; Scott, F. B.; Experience with artificial urinary sphincter model AS 800 in 148 patients. *J. Urol.* 141:307, 1989.
17. Guzmán, J. M.: Balón intravaginal inflable para el tratamiento paliativo de la incontinencia de orina femenina. IPº Congreso Iberoamericano de Neurología y Uroginecología. Calvia, Mallorca, España. Octubre 1991.
18. Bates, C. P.: The unstable bladder. *Clin. Obstet. Gynecol.* 5:109, 1978.
19. Guzmán, J. M.; Delmar, A.; Miguel, A. M.; González Varela, A.: Tratamiento de la espasticidad por neurolisis periférica y central en combinación con un derivado del G.A.B.A. *Prensa Médica Argentina*, 60:200, 1973.
20. Stone, A. R.; MacDermott, J. P.: Management strategies in complex neurologic urinary incontinence. En *Problems in Urology. Urinary Incontinence*. Ed. Webster G. Stone A. 1990, pág. 156.
21. Guzmán, J. M.; González, R.: Evaluación y tratamiento urológico del niño mielodisplásico. *Pediatría* 1; 1981.