

# BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad:  
**GERIATRÍA**

Tema:  
**INCONTINENCIA URINARIA**

Dr. Jaime Hidalgo Anfossi



## INTRODUCCIÓN

---

Para el adulto mayor una de las condiciones que más menoscabo social e impacto tiene en su salud es la presencia de la incontinencia urinaria. A pesar de esto es una entidad la cual no es consultada frecuentemente y por lo general subdiagnosticada. El alumno de medicina debe conocer esta realidad y considerar las repercusiones que para la salud del adulto mayor puede conllevar esta patología. Es así como mayor frecuencia de infecciones urinarias, mayor riesgo de caídas, depresión, ansiedad y disminución en la funcionalidad, incluso un aumento en la mortalidad, son asociadas a esta entidad,. Por lo tanto es de vital importancia aprender a reconocer la presencia de este síndrome y saber las distintas alternativas terapéuticas que existen para su manejo.

## DEFINICIÓN

---

Se considera incontinencia urinaria a toda pérdida involuntaria de orina por la uretra en forma persistente.

## EPIDEMIOLOGÍA

---

La prevalencia de la incontinencia en la población en general es mayor en mujeres que en hombres pero en los mayores de 65 años esta diferencia tiende a igualarse. Es así como el 30% de las mujeres y un 15 a 28% de los hombres sobre esta edad sufren de incontinencia, y se eleva sobre el 50% en ambos géneros en pacientes institucionalizados en Estados Unidos. Estadísticas latinoamericanas como en México muestran una prevalencia de incontinencia entre los 65 y 84 años de 11.1% en mujeres y de 10.5% en hombres, y ascienden luego de los 85 años a 22% y 18% respectivamente. Esto sugiere un incremento progresivo de la prevalencia al ir aumentando la edad.

Como se mencionó antes, es una entidad poco consultada, pues se estima que solo un 25 a 50% de los pacientes realmente acuden al médico por esta causa, pero más alarmante aun es que solo el 20% reciben tratamiento para la incontinencia. Es entonces entendible que se le exija al alumno que en su consulta médica se indague sobre esta patología.

## CLASIFICACIÓN

---

Existen varias formas de clasificar la incontinencia.

Según la temporalidad de los síntomas podemos clasificarlo como temporal o permanente, haciendo hincapié en que el manejo que se haga de la incontinencia puede ser curativo o no. Es así como la temporal o reciente puede ser causadas por infecciones urinarias, uretritis o vaginitis atrófica,

delirium, medicamentos, fecalomas, sobrecarga de volumen, etc, entidades que al ser tratadas logran la recuperación de los síntomas.

Según el mecanismo fisiopatológico las podemos clasificar como:

**Incontinencia de Esfuerzo:** es aquella que debido al aumento de la presión intraabdominal provoca el escape de orina. Esta se presenta en eventos como el toser, reírse, mover o cargar un objeto pesado, etc.

**Incontinencia de Urgencia:** o también llamada por hiperactividad del detrusor que lleva al paciente a una sensación imperiosa de orinar y que no puede controlar.

**Incontinencia por Rebosamiento:** es aquella que se caracteriza por una pérdida constante de orina y en pequeñas cantidades producto de un vaciamiento incompleto y un residuo vesical cada vez mayor lo que lleva al rebalse.

**Incontinencia Funcional:** es la incapacidad de contener la orina cuando la necesidad de micción se produce, produciéndose el escape de orina antes de evacuar.

**Incontinencia Mixta:** combina la hiperactividad del detrusor junto con la incontinencia de esfuerzo.

**Incontinencia Total:** ocurre por una falla intrínseca en la función del esfínter o por la presencia de una fístulización anormal en el tracto urinario.

## FISIOPATOLOGÍA

---

Para entender mejor las causas por las que se produce la incontinencia es fundamental que el alumno conozca los cambios que se consideran normales en el proceso de envejecimiento con relación al tracto urinario.

- El adulto mayor presenta una reducción en su capacidad vesical.
- Hay un leve aumento en el residuo postmiccional.
- Aumentan contracciones desinhibidas del detrusor.
- Aumento discreto del volumen prostático.
- Atrofia y sequedad de mucosa uretral y vaginal.
- Menor capacidad de retención de la orina junto a una reducida capacidad de resistencia de la uretra (femenina).
- Debilidad tanto de los músculos y ligamentos, dando una pérdida del soporte de las estructuras pélvicas.
- Atrofia del músculo liso vesical y reemplazo por tejido fibrótico.
- Reducción de la longitud uretral y de la presión de cierre máximo de la misma.

Muchos de estos cambios son a consecuencia del proceso de senescencia normal, pero también se han visto influidos por otros sucesos fisiológicos durante la vida como es el embarazo, o la menopausia. Sin embargo, estos cambios en sí no generan necesariamente la presencia de incontinencia urinaria en el adulto mayor, pero sí pueden facilitar su aparición.

Fisiopatológicamente la incontinencia de esfuerzo se debe a una combinación de la debilidad del piso pélvico y esfínter vesical frente a un incremento de la presión intraabdominal que sucede en diversas situaciones como el reír o el toser o realizar algún esfuerzo, y que vence la resistencia esfínteriana provocando el escape de orina.

En la incontinencia de urgencia, como se mencionó antes se observa un aumento en las contracciones del músculo detrusor de carácter involuntario, llevando a una alteración en la contractilidad vesical y por ende en el vaciamiento incompleto de ésta. Se observa así un alto residuo postmiccional y la consecuente sintomatología clínica de polaquiuria y nicturia. Este tipo de incontinencia se subclasifica como de tipo *motora*, frente a la de tipo *sensitiva*, que se origina en la alteración en las terminales nerviosas y que provoca el escape de orina sin mediar otros factores.

En cuanto a la incontinencia por rebalse, existe una distensión vesical importante secundaria a una obstrucción en el tracto de salida, como en los casos de hipertrofia prostática o de un fecaloma, o por alteraciones neurogénicas, como sucede en lesiones de la motoneurona inferior, esclerosis múltiple o la diabetes mellitus.

La incontinencia funcional se presenta por problemas musculoesqueléticos o neurosensoriales, deterioro cognitivo avanzado o por factores extrínsecos como son la presencia de barreras arquitectónicas.

## ETIOLOGÍA

---

Es fundamental que el alumno maneje las diferentes causas que llevan a la incontinencia. Para esto se puede facilitar su comprensión podemos utilizar la clasificación mencionada anteriormente entre Reciente o Temporal y Permanente.

### *Causas temporales:*

- ❖ Infección del Tracto Génito – Urinario
- ❖ Uretritis/Vaginitis atrófica
- ❖ Accidente Cerebrovascular
- ❖ Delirium
- ❖ Dificultades Motrices – Barreras Arquitectónicas
- ❖ Trastornos Metabólicos y Electrolíticos (Hipercalcemia)
- ❖ Medicamentos
- ❖ Patologías Psiquiátricas
- ❖ Fecaloma



❖ Sobrecarga de volumen

Es de resaltar que habitualmente el manejo o control de estas causas mejoran los síntomas de incontinencia.

Entre los medicamentos que habitualmente se asocian a incontinencia tenemos:

- Anticolinérgicos: como antiespasmódicos, antiparkinsonianos, antidiarréicos, antihistamínicos. Favorecen la alteración del vaciamiento, retención urinaria, delirium, impactación fecal.
- Diuréticos de Asa: favorece la poliuria, urgencia y frecuencia miccional.
- Psicotrópicos: Antidepresivos, antipsicóticos, sedantes e hipnóticos. Inducen sedación, delirium, efecto anticolinérgico, inmovilismo.
- Analgésicos narcóticos: pueden provocar retención urinaria, impactación fecal, sedación y delirium.
- Agonistas alfa adrenérgicos: en los hombres puede inducir obstrucción al vaciamiento vesical.
- Antihipertensivos: Ejercen diversos efectos según el grupo. Los bloqueadores alfa adrenérgicos, por ejemplo, provoca incontinencia por esfuerzo en las mujeres. Los calcioantagonistas por otra parte alteran la contractilidad del detrusor, favorecen la retención y la nicturia. Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina se han relacionado a incontinencia de esfuerzo a consecuencia la tos que provoca.
- AINE's: se asocian a edema en extremidades inferiores con enuresis nocturna.
- Tiazolidinedionas: edema en extremidades que se asocian a enuresis nocturna.

*Causas Permanentes:*

Dependiendo del tipo de incontinencia van a variar las causas como también la edad de presentación del cuadro. En personas menores de 75 años predomina la incontinencia de esfuerzo y esta relación se invierte luego de esta edad para ser más frecuente las pérdidas por hiperactividad del detrusor. El género también es importante, ya que en el hombre es raro ver una incontinencia de esfuerzo pero es más frecuente ver una por rebalse. En la mujer son más prevalentes la incontinencia de esfuerzo y de urgencia que por rebosamiento.

Debemos tener en cuenta:

- ❖ Antecedentes de cirugías tracto urinario o ginecológicas, radioterapia. Pueden dañar la función del esfínter y favorecer una incontinencia de esfuerzo.
- ❖ Patologías neurológicas como Accidentes Cerebrovasculares, Enfermedad de Parkinson, Demencias. Se asocian frecuentemente a Incontinencia de Urgencia.
- ❖ Cistitis crónica, favorece la hiperactividad del detrusor.
- ❖ Hipertrofia y Cáncer de Próstata.
- ❖ Diabetes Mellitus



- ❖ Lesión Motoneurona Inferior
- ❖ Arreflexia del detrusor
- ❖ Vejiga Neurogénica
- ❖ Esclerosis Múltiple
- ❖ Obesidad

## EVALUACIÓN

---

Como todo paciente geriátrico la historia clínica, basada en una Valoración Geriátrica Integral, es fundamental para el análisis y la posterior conducta a tomar en cada caso.

### **Anamnesis**

Debe orientarse a buscar antecedentes de cirugías o traumas pélvicos, patologías como Diabetes Mellitus, Enfermedad de Párkinson, Esclerosis Múltiple, Demencias, etc. Recaltar especialmente en la historia gineco-obstétrica y fármacos que habitualmente toma. Tan importante como el recopilar estos datos es el de conocer su impacto en la funcionalidad en las actividades de la vida diaria y a nivel del estado de ánimo en búsqueda de Depresión son útiles. No olvidar tampoco que la incontinencia es un factor de riesgo para caídas, por lo cual es imperativo incluir este dato dentro la revisión por sistemas.

También debemos indagar la frecuencia de evacuaciones (8 o mas vaciamientos al día se considera patológico), capacidad de continencia o no, en que situaciones se han presentado (actividades sociales por ejemplo), si ha recibido tratamiento previamente y como respondió a él, presencia de urgencia miccional, nicturia (mas de 2 evacuaciones en la noche), tenesmo vesical, disminución del **calibre del chorro, pujo miccional, incontinencia fecal.**

### **Examen Físico**

Como en todo paciente el examen físico completo nos da información adicional a lo indagado durante la anamnesis, pero hay que poner mas énfasis a nivel neurológico, pélvico y rectal. Es así como podemos encontrar problemas como un prolapso vesical o un enterocele o un rectocele, podemos ver escapes de orina con maniobras de valsalva.

Una vez realizadas estas dos fases, tenemos herramientas para clasificar el tipo de incontinencia, que se pueden reflejar en el siguiente algoritmo (Ilustración 1).

### **Laboratorio**

Pueden ser de utilidad: Sedimento urinario y Urocultivo ayudan a descartar una infección Urinaria. Creatinina y Nitrógeno Uréico para evaluar la función renal y electrolitos, principalmente calcio pueden aportar información. La orina completa también puede aportar información como hematuria,

glucosuria o proteinuria. No olvidar glicemia y hemoglobina Glicosilada en pacientes diabéticos. Pueden ser de utilidad también la medición de niveles de vitamina B12.

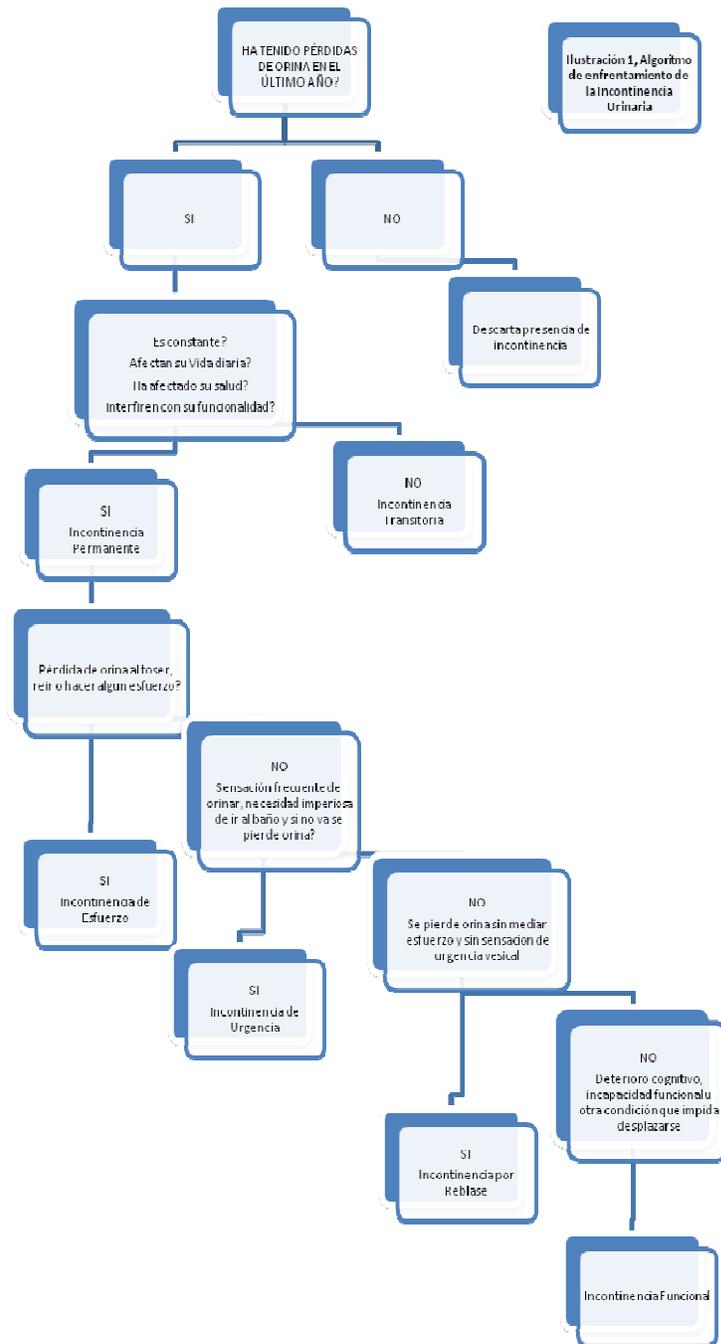


Ilustración 1, Algoritmo de enfrentamiento de la Incontinencia Urinaria



### *Otras Ayudas Diagnósticas*

Se disponen de diferentes herramientas para colaborar en el estudio y diagnóstico etiológico de la incontinencia:

1. **Cistometría:** El paciente acostado en posición ginecológica le es instilada agua a la vejiga para evaluar su capacidad. Si a los 150 a 200 ml de agua, el paciente refiere deseos de orinar, se considera que el paciente tiene incontinencia de urgencia. Si se llega a 400 ml de agua instilados, se solicita que realice maniobras de Valsalva para comprobar la presencia de una incontinencia de esfuerzo. Si por el contrario no aparece escape de orina y no presenta deseos de micción, se sospecha una incontinencia por rebalse. Posteriormente se solicita que elimine la orina y si se encuentra un residuo mayor a 100 mL se considera anormal. Es de recalcar que la vejiga debe estar vacía al iniciar este estudio.
2. **Urodinamia:** Incluye una cistometría al lado de la cama y una cistometría multicanal. Se indica en pacientes que van a ser sometidos a cirugía de incontinencia, en el control postquirúrgico, en pacientes diabéticos con la enfermedad y en aquellos en que ha habido fracaso de una terapia.
3. **Imágenes del tracto urinario:** como ecografía, scanner, resonancia de órganos pélvicos.
4. **Resonancia Magnética Cerebral:** descarta o busca patologías neurológicas asociadas.
5. **Cistoscopia:** En caso de presentar hematuria, molestias pélvicas o sospechar lesiones estructurales.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

---

Entre otros diagnósticos que se deben considerar, hay que descartar neoplasias abdominales y/o pélvicas, Urolitiasis, lesiones de la médula espinal, fístulas, cistitis intersticial.

## COMPLICACIONES

---

Se ha asociado a otros varios cuadros como son la mayor frecuencia de Caídas, fracturas postraumáticas, infecciones cutáneas, úlceras por presión, deterioro de la calidad de vida, incluyendo deterioro de la autoestima, aislamiento social, deterioro funcional, depresión.

## TRATAMIENTO

---

Como ya se ha mencionado en el presente texto, aquellas causas que producen una incontinencia transitoria deben ser manejadas dirigidamente para alivio de los síntomas.

En cuanto a los cuadros más permanentes cada uno tiene algunas terapias que son benéficas, pero en general todas comparten una serie de medidas básicas que se recomiendan a continuación:

- ❖ Educar al paciente y a la familia en cuanto a la enfermedad y su impacto. Esto debe enfatizarse especialmente en adultos mayores, obesos, mujeres multíparas y postmenopáusicas, discapacitados, polimedicados, demencia, etc. Es decir, todo paciente que posea un factor de riesgo.
- ❖ En personas con limitaciones físicas, tratar de promover el uso de sustitutos del sanitario.
- ❖ Evitar consumo de bebidas alcohólicas o con contenido de cafeína.
- ❖ Reducir consumo de líquidos antes de salir y en horas de la tarde.
- ❖ Aseo periódico y lubricación de la piel del área genital.
- ❖ Uso de protectores o pañales según la pérdida de orina.
- ❖ Controlar el uso de fármacos.
- ❖ Modificar el medio ambiente. Corregir barreras ambientales.

A parte de estas medidas no farmacológicas se cuentan con terapias más específicas para el manejo de la incontinencia. Son estrategias que igualmente no requieren adición de medicamentos y que han demostrado utilidad. Entre estas tenemos:

1. **Terapia Comportamental:** comprende una serie de medidas que pasapor educación al paciente y su familia, reentrenamiento vesical y del hábito urinario, reforzamiento positivo de las mejoras, reconocimiento de su estado de continencia y cuando solicitar el baño (en pacientes con deterioro cognitivo). En general se puede indicar para todo tipo de incontinencia y como terapia de primera línea, pero tiene inconvenientes como el que es costosa y requiere una colaboración total del paciente. Es efectiva según algunos estudios, demostrando respuestas al tercer día de tratamiento y es máximo su efecto después de semanas de terapia.
2. **Entrenamiento Vesical:** ayuda a controlar la micción pidiéndole al paciente que una vez que tenga el deseo la valla prolongando progresivamente. Tiene beneficio en la incontinencia de urgencia, pero también en la de esfuerzo pues puede aumentar la capacidad vesical.
3. **Horario miccional:** es una medida útil en pacientes que tienen algún grado de deterioro cognitivo y aquellos que están institucionalizados. Adicionalmente facilita el trabajo del cuidador.
4. **Bioretroalimentación:** mide la fuerza de contracción del piso pélvico a través de señales electrónicas.
5. **Ejercicios de Kegel:** son maniobras kinésicas que buscan aumentar la fuerza del piso pélvico, pero también aumenta la resistencia y la presión de cierre uretral. Han demostrado utilidad en ambos grupos, pero ha tenido mayor impacto en la incontinencia de esfuerzo.

#### *Tratamiento Farmacológico:*

Actualmente el arsenal farmacológico está dirigido al manejo de la incontinencia de urgencia, buscando controlar síntomas como la frecuencia urinaria, nicturia y urgencia vesical. A pesar de esto, la evidencia existente de su uso en adultos mayores es escasa. Paralelamente, el metabolismo de



estos medicamentos en su mayoría se realiza por vía hepática a través de la citocromo P450, por lo que el riesgo de generar interacciones con otros fármacos es alto. Adicionalmente se han publicado algunos artículos que asocian su uso a deterioro cognitivo, esto a causa de sus efectos anticolinérgicos, por lo cual requiere un análisis cuidadoso del tipo de fármaco a utilizar según el caso.

Habiendo ya considerado los factores que hacen más especial al adulto mayor, se detallan los diferentes fármacos disponibles:

**1. Oxibutinina:** este antimuscarínico es uno de los más usados comúnmente. Si bien en Estados Unidos se dispone de diversas presentaciones (liberación rápida, liberación lenta, transdérmica), nuestro medio solo dispone las presentaciones de liberación rápida y de liberación sostenida. Su evidencia como monoterapia en adultos mayores no es buena pero sumada con terapia conductual y/o entrenamiento vesical ha demostrado buenos resultados tanto en el ambulatorio como en aquellos pacientes que están institucionalizados. Como otros anticolinérgicos, las dosis a iniciar deben ser bajas y vigilar aparición de efectos secundarios, como sequedad bucal, constipación, alteraciones acomodación visual, delirium, etc.

**2. Tolterodina:** Se disponen presentaciones de liberación inmediata (1 a 2 mg) y de liberación prolongada (2 – 4 mg). Estudios diversos se han realizado en adultos mayores y de calidad cuestionable. En general se observa una mejoría global de la sintomatología urinaria mas no se refleja en items específicos como en la frecuencia de episodios. Sin embargo, se ha observado una mejor tolerancia frente a la oxibutinina, en cuanto a efectos adversos.

**3. Desmopresina:** se ha estudiado para el manejo de la nicturia, pero con precaución en adultos mayores por el riesgo de retención de líquidos, insuficiencia cardiaca e hiponatremia.

**4. Antidepresivos Tricíclicos:** el más usado es la imipramina. Ejerce una reducción en la contractilidad vesical, junto con un efecto alfa adrenérgico sobre cuello vesical y uretra proximal. En general no se recomienda en adultos mayores por sus grandes efectos anticolinérgicos a nivel sistémico, además de un efecto de relajante muscular.

**5. Bloqueadores alfa – adrenérgicos:** Prazosine, Finasteride, Terazosine. Reducen la resistencia al vaciamiento por relajación del músculo liso del cuello vesical y la uretra proximal. También hay datos de reducción del tamaño prostático. Hay que vigilar de cerca su uso por el efecto que puede tener sobre la presión arterial.

**6. Alfa-adrenérgicos:** usados en incontinencia de esfuerzo leve a moderada. Provocan un aumento de la resistencia en la región de la salida vesical y un aumento en la presión intrauretral.

**7. Estrógenos:** Al estimular las fibras alfa adrenérgicas o a la revitalización de la mucosa uretral, serían útiles en el manejo de la incontinencia de esfuerzo y en menor grado la de Urgencia, pero debido a sus múltiples efectos secundarios es poco recomendado en ancianos.

**8. Calcioantagonistas:** In vitro se ha visto que el calcio participa como segundo mensajero en la contracción del detrusor, por lo que en teoría serían útiles, pero existen pocos estudios en adultos mayores sobre su efectividad.

Hay otra cantidad de fármacos que se han estudiado su posible efecto beneficioso en la incontinencia pero sus resultados no han demostrado utilidad o se han hecho pocos estudios en adultos mayores. Entre ellos tenemos: agonistas beta-adrenérgicos, Duloxetina, inhibidores de prostaglandinas – AINEs, estimulantes colinérgicos, etc

Adicionalmente se han estudiado otras medidas para mejorar la sintomatología. Entre ellas tenemos:

- Sustancias periuretrales: aumentan la resistencia al flujo intrauretral aplicando a través de una inyección en la pared. Entre estas tenemos la grasa autóloga, teflón, colágeno, toxina botulínica. A pesar que han demostrado eficacia, requiere de aplicación constante y no están exentas de riesgo para el paciente.
- Medidas absorbentes. Dependen del tipo de funcionalidad de cada paciente y su gravedad. Idealmente en etapas más avanzadas.
- Colectores externos: solo en casos de obstrucciones no manejables, en enfermos terminales y en los postquirúrgicos como la fractura de cadera.
- Marcapaso uretral: estimula las células para mejorar la contractilidad y la resistencia uretral.
- Pesarios: se han utilizado en casos de incontinencia tanto de esfuerzo como de urgencia que se asocian a prolapso de órganos pélvicos. Algunos son de recambio diario hasta otros que se cambian mensualmente.

### *Cirugía*

En aquellos pacientes que fallan en el manejo médico o que tienen una alteración anatómica considerable, puede ser útil la cirugía, aunque no está exenta de riesgos para adultos mayores. Otra alternativa puede ser la instalación de un esfínter artificial, pero su eficacia solo alcanza un 50% con una alta tasa de efectos adversos.

## PRONÓSTICO

---

En general mejoran con el tratamiento aunque hay pocos estudios de seguimiento que muestren su evolución más allá de 5 años. En general el adulto mayor sano que sin tener síntomas presenta contracciones involuntarias del detrusor por sí sola puede progresar en el tiempo a una hiperactividad del mismo, pero se pueden ver más intensificados si hay falla en los mecanismos compensatorios, si aumentan las comorbilidades o el consumo de medicamentos.

Finalmente, y como en toda conducta geriátrica, la valoración y el manejo debe ser individualizado, es decir, cada caso se analiza por aparte y debe incluir no solo al paciente sino a su entorno. El manejo de patologías concomitantes como la depresión, el delirium y otros síndromes geriátricos deben evaluarse y manejarse paralelamente. La funcionalidad del paciente debe protegerse y si hay menoscabo de esta, propender tomar las medidas adecuadas para recuperarla.

## CASOS CLINICOS

---

### CASO 1

Paciente de sexo masculino, 78 años, contador, trabaja con un hijo. Tiene antecedentes de Hipertensión Arterial y Dislipidemia. Usuario de Enalapril 5mg c/12h, aspirina 100mg, atorvastatina 10 mg cada noche. Refiere cuadro de aproximadamente 2 años en que ha notado disminución en el calibre del chorro, goteo postmiccional y nicturia. Paciente refiere que desde hace 3 meses ha tenido que empezar a usar pañales de día porque no es capaz de contener la orina y esto ha provocado que evite realizar actividades sociales. Consulta al médico por que adicionalmente está muy angustiado e irritable según su esposa. Preguntas:

**1. Cual es su diagnóstico presuntivo en este caso?**

- a. Incontinencia Funcional
- b. Incontinencia de Esfuerzo
- c. Incontinencia por Rebalse**
- d. Incontinencia de Urgencia
- e. Incontinencia Mixta.

Entre las causa de incontinencia, la incontinencia por rebalse es la que más afecta al género masculino. Si sumamos a esta premisa la sintomatología que presenta este paciente hace sospechar la posibilidad de un crecimiento prostático que ha ido progresando en el tiempo y cuyas repercusiones pueden llegar hasta el aislamiento social y la depresión como en el presente caso.

**2. Que estudio sugiere para corroborar su diagnóstico?**

- a. Urodinamia
- b. Cistometría
- c. Ecotomografía Vesico Prostática**
- d. Sedimento de orina + Urocultivo
- e. Scanner de Organos Pélvicos.

Si bien existen una serie amplia de exámenes que se pueden realizar, el que mas utilidad y costoefectividad tiene en el estudio es la ecografía vesico prostática. Se podría pensar que el antígeno prostático puede ser un buen examen pero su valor predictor negativo disminuye con la edad.



## CASO 2

Paciente de Sexo Femenino, de 81 años. 7 hijos, viuda, vive con una hija. Autovalente, participa de las labores de aseo del hogar, cocina. Hija la lleva a la consulta de geriatría muy preocupada pues desde hace 3 meses observa que ha tenido caídas periódicamente (4 caídas graves). Hace 2 meses se fracturó el radio derecho. Entre los antecedentes solo refiere Hipertensión Arterial que se trata en su consultorio con Hidroclorotiazida 25 mg al día y aspirina 100mg. Al indagar más la señora refiere polaquiuria, nicturia y urgencia vesical desde hace 6 meses y que eso ha favorecido las caídas. En ocasiones igualmente refiere que al hacer un esfuerzo sufre de escape de orina, o cuando tiene tos, incluso le suspendieron el enalapril hace 3 meses debido a la tos. Al examen se observa un cistocele leve. Preguntas:

### 1. Cual sería su planteamiento diagnóstico?

- a. **Incontinencia Mixta**
- b. Incontinencia de Urgencia
- c. Incontinencia Funcional
- d. Incontinencia por rebalse
- e. Incontinencia de esfuerzo.

La paciente presenta una mixtura de síntomas en donde destaca manifestaciones de tipo urgencia como de esfuerzo, en parte esta relación se debe a varios factores que influyen en la génesis de su incontinencia, como por ejemplo los medicamentos.

### 2. Que manejo sugeriría usted en primera instancia?

- a. Entrenamiento Vesical
- b. Ejercicios de Kegel
- c. Oxibutinina 5 mg c/8hs.
- d. **Suspender Hidroclorotiazida**
- e. Terapia Conductual.

Como se explicaba en el punto anterior, en este caso un rol preponderante en la sintomatología de la paciente es la presencia de incontinencia. El primer paso para evaluar si es algo transitorio o permanente es la suspensión de la hidroclorotiazida, posteriormente se podrán evaluar otras medidas de tipo no farmacológica como lo es la kinesioterapia tanto motora como de piso pélvico.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. López JH, Cano CA, Gómez JF. Fundamentos de Medicina – Geriatría. Incontinencia Urinaria. Corporación para Investigaciones Biológicas CIB. Medellín – Colombia. 2006, pgs 203 – 209.



2. García-González JJ et al. Guía para el diagnóstico y manejo de la Incontinencia Urinaria en Adultos Mayores. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (4): 415-422.
3. Holroyd-Lerue J, et al. What type of Urinary Incontinence does this woman have?. JAMA, March 26, 2008—Vol 299, No. 12. 1446 – 1456.
4. Fung et al. Quality Indicators for the Screening and Care of Urinary Incontinence in Vulnerable Elders. JAGS. October 2007—vol. 55, No. S2. s443 – s449.
5. Gibbs C, Johnson T, Ouslander J. Office Management of Geriatric Urinary Incontinence. The American Journal of Medicine, Vol 120, No 3, March 2007. 211 – 220.
6. Dubeau CE. Therapeutic/Pharmacologic Approaches to Urinary Incontinence in Older Adults. Clinical pharmacology & Therapeutics | Volumen 85 Number 1 | January 2009.
7. Landefeld CS, Palmer R et al. Urinary Incontinence. Current Geriatric: Diagnostic and Treatment . United States of America. 2004. P 239 – 246.