

## FICHA 11 RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN: DETECCIÓN PRECOZ DE INCONTINENCIA URINARIA EN MAYORES DE 65 AÑOS

### INDICACIÓN:

**Identificar de manera precoz la incontinencia urinaria en persona mayores para un abordaje efectivo.**

La incontinencia de orina, es un síntoma patológico multicausal, fluctuante en intensidad, consistente en la pérdida involuntaria de orina, en un momento y lugar inadecuados, y que constituye para la persona que la sufre un problema psíquico, social, de higiene y/o económico.

La incontinencia urinaria es prevenible, por ello desde edades tempranas es importante poner en marcha medidas para evitar su aparición (Vg.: fortalecimiento del suelo pélvico tras el parto).

Es un síndrome reversible si se diagnostica de manera temprana, hay que desterrar el mito de la irreversibilidad.

Suele ser un problema oculto por el que se suele preguntar cuando el proceso ya está muy avanzado, históricamente ha conllevado un estereotipo vergonzante, por ello las personas que lo padecen se recluyen, abandonan sus actividades sociales con la consiguiente pérdida de felicidad que conlleva.

Es más frecuente en la mujer que en el hombre y aumenta con la edad, tanto en unos como en otras, la incontinencia urinaria es prevenible y tratable, por ello es importante investigar activamente dado que cuanto antes se detecte el problema, mayores posibilidades de tratamiento puede tener.

La incontinencia urinaria se clasifica en función de:

- Según la cantidad de la pérdida.
  - Leve, moderada y severa
- Incontinencia funcional.
- Según el tiempo de evolución.
  - Transitorias.
  - Establecidas o crónicas:
    - Incontinencia de esfuerzo o de estrés
    - Incontinencia de urgencia, refleja, inestable o hiperactiva
    - Incontinencia de causa neurológica o vejiga neurógena
    - Incontinencia por rebosamiento
    - Incontinencia mixta.

En los hombres, la más frecuente es la incontinencia de urgencia y en la mujer la incontinencia de esfuerzo, es importante tener claro el tipo de incontinencia predominante porque en función de ella podemos plantear un tipo u otro de tratamiento.

Reseñar que con mucha frecuencia encontramos incontinencias mixtas, a pesar de ello es importante definir el predominio a fin de establecer el tratamiento.

Para realizar una correcta anamnesis se recomienda tener en cuenta:

Incontinencia de esfuerzo: pérdidas pequeñas ante maniobras de esfuerzo o Valsalva.

Incontinencia de urgencia: sensación imperiosa de micción con vaciamiento completo.

Incontinencia neurógena: ausencia de reflejo, micción continua.

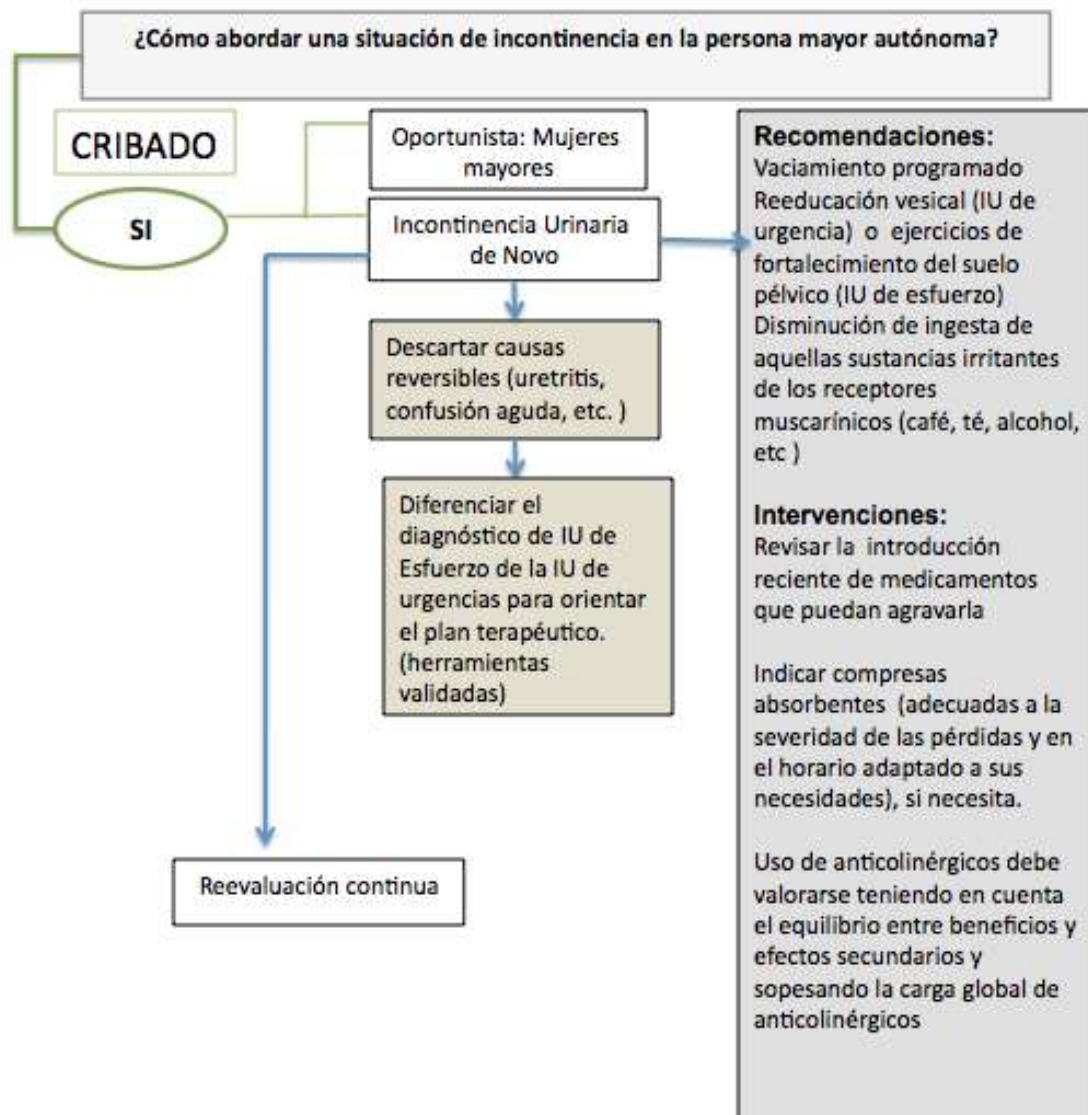
Incontinencia por rebosamiento: en cuadros obstructivos pequeñas pérdidas continuas.

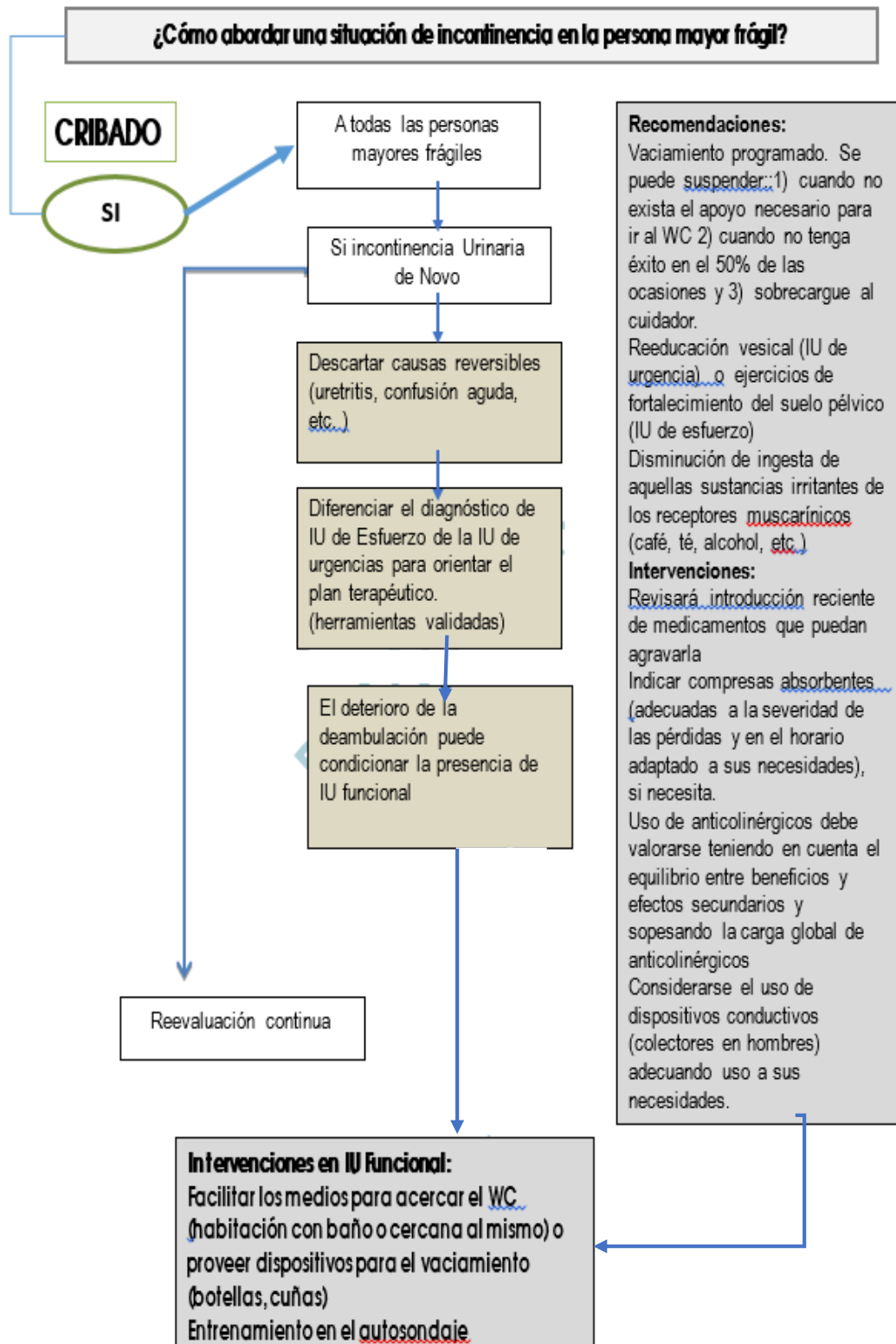
<b>IDEAS CLAVES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 3 de cada 10 mujeres mayores son incontinentes (sobre todo IU de esfuerzo). En el varón destaca la IU de urgencia y la de rebosamiento por hiperplasia benigna de próstata (HBP).</li><li>- Ante una persona mayor se debe pensar en IU funcional y mixta.</li><li>- Se tratará según afecte la calidad de vida y específicamente según el mecanismo etiopatogénico.</li><li>- Las medidas higiénicas y generales, y los tratamientos funcionales deben considerarse y ponerse en práctica siempre.</li><li>-</li><li>- Tener en cuenta la indicación de intervención quirúrgica, sobre todo en la incontinencia de esfuerzo en la mujer.</li><li>- Las medidas paliativas independizan y mejoran la calidad de vida.</li><li>- Continuamente deben reevaluarse.</li></ul>
---------------------	--

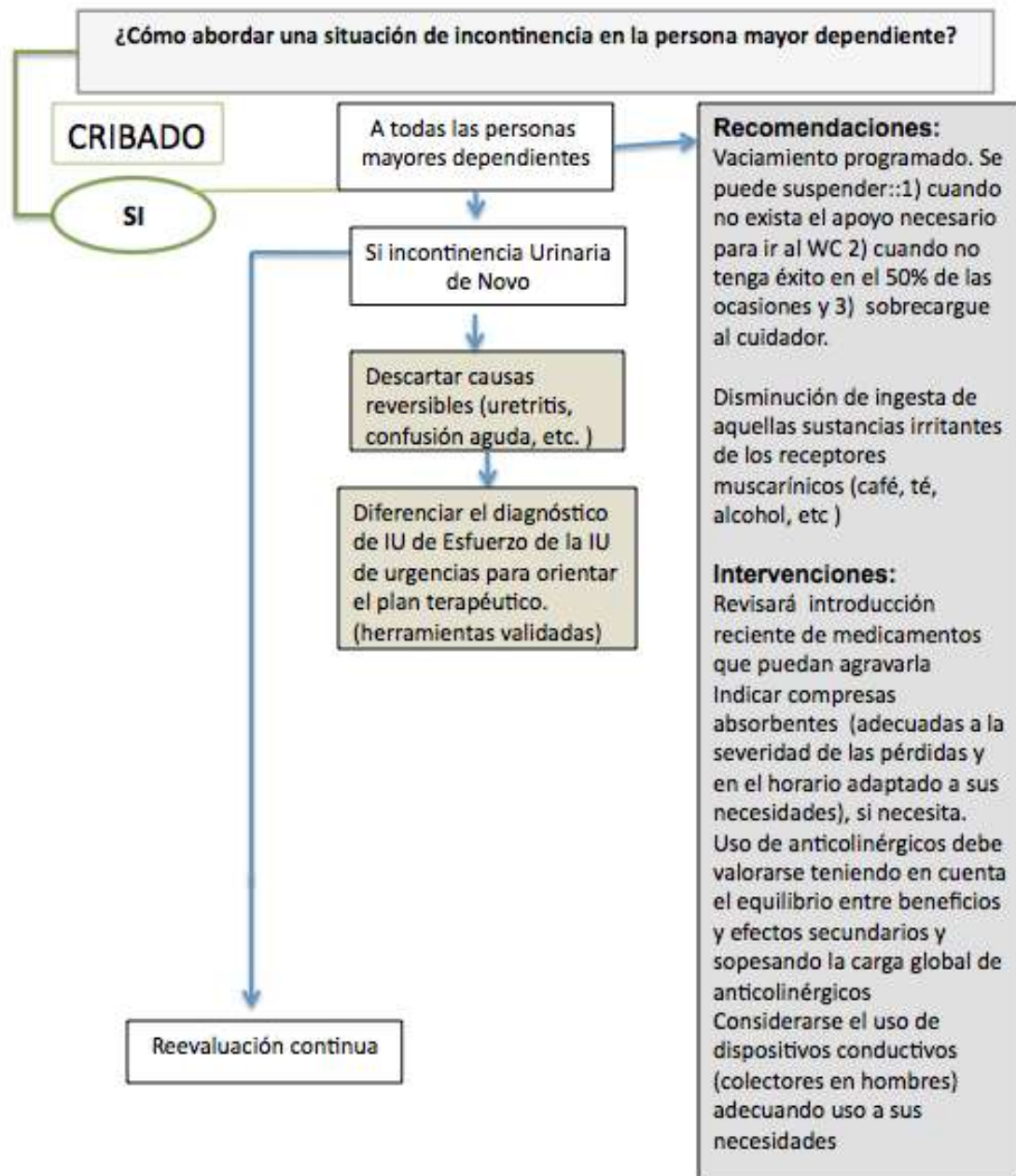
	PERSONA MAYOR AUTONOMA	PERSONA MAYOR FRAGIL	PERSONA MAYOR DEPENDIENTE
<b>RECOMENDACIONES E INTERVENCION</b>	<p>Se realizará cribado de padecer incontinencia (IU) a todas las mujeres mayores de manera oportunista<sup>1</sup>.</p> <p>Si es IU de novo, descartar causas reversibles de IU (uretritis, confusión aguda, etc.)<sup>2</sup></p> <p>El uso de herramientas para orientar el diagnóstico de IU de esfuerzo o IU de urgencia contribuirá a orientar la terapia conductual adecuada<sup>3 4 1</sup>.</p> <p>En todos los casos se recomendará la disminución de ingesta de aquellas sustancias irritantes de los receptores muscarínicos (café, té, alcohol, etc.)<sup>4 1</sup></p> <p>Se revisará la introducción reciente de medicamentos que puedan agravar la IU<sup>1</sup>.</p> <p>De forma sistemática se recomendará el vaciamiento programado<sup>1</sup>.</p> <p>Según el predominio de IU de urgencia o de IU de esfuerzo se recomendará la reeducación vesical o los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico respectivamente<sup>2, 4, 1</sup>.</p> <p>En caso necesario se podrán indicar compresas absorbentes adecuadas a la severidad de las pérdidas y en el horario que se adapte a las necesidades de la persona con incontinencia<sup>5</sup></p> <p>El uso de anticolinérgicos debe valorarse teniendo en cuenta el equilibrio entre beneficios y efectos secundarios y sopesando la carga global de anticolinérgicos<sup>4</sup>.</p>	<p>Se realizará cribado de padecer incontinencia (IU) a todas las personas mayores frágiles.</p> <p>Si es IU de novo, descartar causas reversibles de IU (uretritis, confusión aguda, etc.)<sup>2 1</sup></p> <p>El uso de herramientas para orientar el diagnóstico de IU de esfuerzo o IU de urgencia contribuirá a orientar la terapia conductual adecuada<sup>3 4 1</sup>.</p> <p>La presencia de deterioro de la deambulación por disminución de la fuerza o el equilibrio puede condicionar la presencia de IU funcional<sup>1</sup>.</p> <p>Se procurará facilitar los medios para acercar el WC a la persona con IU funcional (habitación con baño o cercana al mismo) o proveer dispositivos para el vaciamiento (botellas, cuñas)<sup>2</sup>.</p> <p>En todos los casos se recomendará la disminución de ingesta de aquellas sustancias irritantes de los receptores muscarínicos (café, té, alcohol, etc.)<sup>4, 1</sup></p> <p>Se revisará la introducción reciente de medicamentos que puedan agravar la IU<sup>1</sup>.</p> <p>De forma sistemática se recomendará el vaciamiento programado<sup>1</sup>.</p> <p>Incluso en casos de deterioro cognitivo el vaciamiento programado puede conseguir reducir la humedad del paciente<sup>1</sup>.</p> <p>El vaciamiento programado puede suspenderse cuando no exista el apoyo necesario para realizar desplazamientos seguros al WC<sup>1</sup>.</p> <p>El vaciamiento programado puede suspenderse cuando no tenga éxito en el 50% de las ocasiones y sobrecargue al cuidador<sup>1</sup>.</p> <p>Según el predominio de IU de urgencia o de IU de esfuerzo se recomendará la reeducación vesical o los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico respectivamente<sup>2, 4, 1</sup>.</p> <p>La cirugía será siempre un tratamiento de segunda línea. Existe evidencia de nivel 1-2 que permite afirmar que los resultados de la colposuspensión retropúbica por vía laparotómica y los de la banda libre de tensión por vía retropúbica o transobturadora son similares, por lo que se pueden utilizar indistintamente para corrección de la IUE por hipermovilidad uretral (grado de recomendación A). Dadas la baja morbilidad y facilidad de realización de la técnica de banda libre de tensión, se convierten en la técnica de elección.</p> <p>En caso necesario se podrán indicar compresas absorbentes adecuadas a la severidad de las pérdidas y en el horario que se adapte a las necesidades de la persona con incontinencia<sup>5</sup>.</p>	<p>Se realizará cribado de padecer incontinencia (IU) a todas las personas mayores dependientes.</p> <p>Si es IU de novo, descartar causas reversibles de IU (uretritis, confusión aguda, etc.)<sup>2 1</sup>.</p> <p>De forma sistemática se recomendará el vaciamiento programado<sup>1</sup>.</p> <p>Incluso en casos de deterioro cognitivo el vaciamiento programado puede conseguir reducir la humedad del paciente<sup>1</sup>.</p> <p>El vaciamiento programado puede suspenderse cuando no exista el apoyo necesario para realizar desplazamientos seguros al WC<sup>1</sup>.</p> <p>El vaciamiento programado puede suspenderse cuando no tenga éxito en el 50% de las ocasiones y sobrecargue al cuidador<sup>1</sup>.</p> <p>Se indicarán compresas absorbentes adecuadas a la severidad de las pérdidas y en el horario que se adapte a las necesidades de la persona con incontinencia<sup>5</sup>.</p> <p>Deben considerarse el uso de dispositivos conductivos (colectores en hombres) si resultan cómodos para la persona con incontinencia y en el horario adecuado a sus necesidades<sup>2, 1</sup>.</p>

Deben considerarse el uso de dispositivos conductivos (colectores en hombres) si resultan cómodos para la persona con incontinencia y en el horario adecuado a sus necesidades<sup>2 1</sup>.

## ALGORITMO DE INTERVENCIÓN:









**PARA SABER MÁS:**

**Incontinencia urinaria en la mujer. Fisterra 2016**

<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/incontinencia-urinaria/>

**Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. ASANEC 2007**

Juan Carlos Morilla Herrera

[http://www.asanec.es/bibliografias/GUIA%20IU%20PDF%20REVISADA%2011\\_2007ZIP.pdf](http://www.asanec.es/bibliografias/GUIA%20IU%20PDF%20REVISADA%2011_2007ZIP.pdf)

**BIBLIOGRAFIA**

1. Herrera JCM, de Enfermería Comunitaria AA. Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria; 2007.
2. National Guideline Clearinghouse (NGC). Urinary incontinence in the long term care setting. (Internet). (cited 2016 Mar 2). Available from: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=45526&search=incontinence>
3. Vila Coll M, Fernández Parcés M, Florensa Claramunt E, Orejas López V, Dalfó Baqué A, Romea Lecumberri S. Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. Aten Primaria. 1997;19(3):122–6.
4. National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain). Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. London: NICE; 2013.
5. Fader M, Cottenden AM, Getliffe K. Absorbent products for moderate-heavy urinary and/or faecal incontinence in women and men. Cochrane Database Syst Rev Online. 2008;(4):CD007408.
6. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Prog Obstet Ginecol 2015;58:252-6. Vol. 58. Núm. 5. Mayo 2015. En <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-tratamiento-incontinencia-urinaria-esfuerzo-actualizado-S0304501314002751>