

Consideraciones especiales del manejo de la vejiga hiperactiva en la paciente anciana

I. Díez Itza

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián (Guipúzcoa)

RESUMEN

El envejecimiento implica una serie de cambios, tanto en el tracto urinario inferior como en otras partes del organismo, que pueden favorecer la aparición de diferentes síntomas urinarios, entre ellos la vejiga hiperactiva (VH) y la incontinencia urinaria de urgencia (IUU). Además, conforme se envejece se van acumulando diversas comorbilidades que también pueden favorecer estos síntomas. Ambas circunstancias hacen que la prevalencia de la VH y la IUU se incrementen con la edad.

En las pacientes mayores hay consideraciones especiales para establecer el diagnóstico y el tratamiento de la VH. Algunas herramientas que utilizamos para su evaluación en la población general tienen limitaciones en mujeres mayores. La terapia conservadora constituye la primera línea de tratamiento en la población geriátrica, mientras que el tratamiento con fármacos anticolinérgicos está limitado por la peor tolerancia y mayor susceptibilidad a los efectos adversos.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: vejiga hiperactiva, incontinencia urinaria de urgencia, población anciana.

ABSTRACT

Special considerations for the management of overactive bladder in the elderly patient

Aging involves a number of changes not only in the lower urinary tract but also in other parts of the body that can promote the development of different urinary symptoms, including overactive bladder (OAB) and urgency urinary incontinence (UUI). Also, increasing age entails the accumulation of different comorbidities that may also favor these symptoms. Both circumstances raise the prevalence of OAB and UUI with age.

In older patients there are special considerations for the diagnosis and treatment of OAB. Some tools used for assessment in general population have limitations in older women. Conservative therapy is the first line treatment in geriatric population, whereas treatment with anticholinergic drugs is limited by worse tolerance and increased susceptibility to adverse drug effects.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: overactive bladder, urgency urinary incontinence, elderly population.

Prevalencia de la vejiga hiperactiva en la población anciana

La prevalencia de la vejiga hiperactiva (VH) se incrementa con la edad, hasta alcanzar cifras que pueden resultar preocupantes en la población anciana. Un estudio poblacional realizado en España reveló que en las mujeres con más de 70 años la prevalencia de la urgencia miccional alcanza el 33,2% y la de incontinencia urinaria de urgencia (IUU) el 31,9%¹. Son unas cifras similares a las del estudio NOBLE (The National Overactive BLadder Evaluation), que señalaba una prevalencia de VH cercana al 30% en mujeres nortea-

americanas con edades comprendidas entre los 65 y 74 años². En un estudio europeo, la prevalencia de VH en mujeres por encima de los 75 años fue del 31,3%³. Si nos centramos en las pacientes mayores de 65 años que están institucionalizadas, la prevalencia de la VH supera el 50%⁴. Y si nos vamos a edades más extremas (85 años), la urgencia miccional afecta hasta al 56% de las mujeres⁵. Otro hecho que cabe destacar es que con la edad aumenta también la severidad de los síntomas⁶, lo que favorece aún más el deterioro en la calidad de vida. Estas cifras revelan la magnitud del problema que representa la VH en las mujeres ancianas.

Dirección para correspondencia:

I. Díez Itza. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Secretaría de Ginecología. 1.ª planta, Edificio Materno-Infantil. Hospital Universitario Donostia. Paseo del Doctor Beguiristain, 107-115. 20014 San Sebastián (Guipúzcoa). Correo electrónico: idiezi@sego.es

Efecto del envejecimiento en el mecanismo de continencia

El envejecimiento implica una serie de cambios, tanto en el tracto urinario inferior como en otras partes del organismo, que pueden alterar el mecanismo de la continencia. Estas modificaciones conllevan trastornos en la contractilidad del músculo detrusor, en la sensibilidad vesical y en la función uretral. Las alteraciones fuera del tracto urinario inferior que afectan a la continencia son múltiples y variadas, destacando las vasculopatías y las alteraciones neurológicas.

Alteraciones en el músculo detrusor

Las alteraciones en el detrusor consisten básicamente en la hiperactividad en la fase de llenado y la hipoactividad en la fase de vaciado, siendo frecuente la asociación de ambos trastornos. Algunos estudios sugieren que estas alteraciones tienen un origen miogénico, mientras que otros autores creen que pueden ser la consecuencia de un desajuste en el aporte sanguíneo⁷. La hiperactividad puede ponerse de manifiesto durante la realización de un estudio urodinámico, en el que, además de detectarse las contracciones no inhibidas del detrusor durante el llenado, se constataría que la capacidad vesical está disminuida⁸. Estos cambios pueden favorecer síntomas como la urgencia miccional, el aumento de la frecuencia miccional diurna y la nocturia, que son característicos de la VH.

La hipoactividad del músculo detrusor durante la fase de vaciado justificaría cambios urodinámicos como la disminución del volumen miccional y el incremento del volumen residual⁸. En estos casos, la contracción del músculo no permitiría vaciar la vejiga, por lo que quedarían grandes volúmenes de orina residual no explicados por un problema obstructivo. En la clínica estas alteraciones favorecerían las infecciones de orina de repetición e incluso la incontinencia urinaria (IU) por rebosamiento. El vaciado incompleto de la vejiga también disminuye su capacidad funcional, y de esa manera contribuye al aumento de la frecuencia urinaria diurna y la nocturia, que son muy comunes en los ancianos. Por lo tanto, hay que tener presente esta posibilidad antes de hacer un diagnóstico de VH.

Alteraciones en la sensibilidad vesical

El proceso del envejecimiento puede favorecer cambios en la sensibilidad del tracto urinario inferior⁷. Es frecuente que se produzca un aumento de la sensibilidad vesical que clínicamente se manifiesta con síntomas de VH. Este proceso también puede ocasionar una pérdida de sensibilidad y anular la sensación de llenado vesical. En estos casos, las mujeres retrasan la micción incluso hasta la aparición de contracciones no inhibidas del músculo detrusor, ocasionando incontinencia. Estas pacientes no presentan la típica clínica de urgencia miccional previa al escape, y la causa de

la incontinencia sólo puede evidenciarse durante un estudio urodinámico.

Alteraciones en la uretra

A medida que aumenta la edad, el mecanismo de continencia urinaria se ve comprometido por una serie de cambios que afectan a la uretra. Algunos autores han descrito una disminución de la presión de cierre uretral a un ritmo de 15 cm de agua por cada década⁹. Parece que el adelgazamiento de la mucosa y la ausencia de proteoglicanos pueden participar en este descenso, al modificar la aposición de la pared vesical. Este adelgazamiento puede favorecer el movimiento retrógrado de las bacterias hacia la vejiga, propiciando las infecciones del tracto urinario inferior. Los cambios en la mucosa pueden extenderse al trigono vesical, causando irritación de los nervios sensitivos aferentes y posiblemente desencadenando hiperactividad del detrusor. También se han descrito cambios en la sensibilidad de la uretra que pueden favorecer la clínica de VH¹⁰.

Alteraciones fuera del aparato urinario inferior

A medida que se envejece, es frecuente la aparición de comorbilidades que pueden afectar directamente a la continencia a través de diferentes modificaciones fuera del aparato urinario inferior. Hay enfermedades muy prevalentes en la población anciana, como la diabetes mellitus, que alteran la continencia mediante múltiples mecanismos. Entre éstos cabe destacar la hiperactividad del detrusor, la cistopatía, la poliuria, el estreñimiento y las alteraciones funcionales.

Otras patologías prevalentes en la población anciana son las enfermedades neurológicas y psiquiátricas, como el ictus, la demencia o el Parkinson. En estas enfermedades puede estar alterado el centro pontino de la micción, con lo que se pierde la capacidad para inhibir las contracciones involuntarias del detrusor. No es infrecuente que estas pacientes sufran además alteraciones funcionales que les imposibilitan acudir al lavabo con la suficiente rapidez como para impedir un escape de urgencia. El mecanismo de la continencia también puede verse afectado cuando estas patologías cursan con alteraciones cognitivas⁷.

Evaluación de la vejiga hiperactiva en la mujer anciana

En la mujer anciana, al igual que en el resto de la población, es crucial determinar cuáles son los síntomas urinarios específicos para poder indicar el tratamiento correcto. Los trastornos propios del envejecimiento y las comorbilidades que hemos apuntado en el apartado anterior amplían el abanico de posibilidades. En la vejez se eleva la prevalencia de la VH, la IUU, la incontinencia urinaria mixta (IUM), las

infecciones de orina de repetición, la nocturia, la frecuencia miccional diurna y la dificultad de vaciado.

Además, en las mujeres ancianas hay que tener en cuenta otros síntomas urinarios que son poco comunes en las mujeres más jóvenes, como la IU por rebosamiento y la IU funcional. La IU por rebosamiento se produce por una incapacidad para vaciar la vejiga, habitualmente secundaria a una deficiente contracción del detrusor. La IU funcional es causada por diferentes limitaciones, como la disminución de la movilidad o los trastornos cognitivos. Existen numerosos estudios que señalan la asociación independiente entre la alteración funcional y la IU en la población anciana^{7,11}.

Como hemos apuntado, una característica fundamental de la VH en la mujer anciana es su origen multifactorial. Por ello es crucial hacer una evaluación completa que permita la identificación de los posibles factores implicados. A lo largo de este apartado describiremos las peculiaridades de la evaluación de los síntomas urinarios en la mujer anciana.

Historia clínica

La valoración de la VH en la mujer anciana debe comenzar con una historia clínica detallada que recoja las distintas comorbilidades, los antecedentes quirúrgicos (sobre todo los que afectan al tracto urinario inferior), la medicación habitual y los tratamientos previos para la sintomatología urinaria. También deberemos anotar todos aquellos factores de riesgo que favorecen la VH, destacando la importancia de identificar las condiciones potencialmente reversibles.

A continuación es fundamental hacer una anamnesis dirigida a los síntomas urinarios, preguntando por su intensidad y duración, así como por la utilización de absorbentes para la incontinencia. La anamnesis puede ser difícil o incluso imposible de realizar en las mujeres ancianas que tienen trastornos cognitivos, lo que dificulta en gran medida su evaluación.

Cuestionarios de síntomas y calidad de vida

La evaluación de los síntomas urinarios y de su repercusión sobre la calidad de vida también puede llevarse a cabo a través de cuestionarios específicos. Disponemos de cuestionarios de síntomas y de calidad de vida validados en nuestra lengua para la población general con un grado de recomendación A. Sin embargo, no hay consenso sobre qué cuestionarios son los mejores o los que deberían generalizarse en la población geriátrica en concreto. Los cuestionarios breves pueden ser inapropiados porque su correlación con los estudios urodinámicos no suele ser buena¹¹. Por otra parte, los cuestionarios tradicionales que evalúan

la repercusión de los síntomas urinarios en la calidad de vida tampoco parecen adecuados, ya que incluyen dominios que pueden no ser muy relevantes para la población anciana, como el impacto para viajar o en las relaciones sexuales⁷.

Evaluación de la función cognitiva

Las personas ancianas que sufren deterioro cognitivo tienen una menor capacidad para colaborar en algunas pruebas diagnósticas, como el diario miccional e incluso los estudios urodinámicos. También presentan una mayor dificultad para entender y aceptar las intervenciones sobre el estilo de vida y el tratamiento rehabilitador indicado en pacientes con VH. Además, la utilización de fármacos anticolinérgicos puede acentuar el deterioro cognitivo, particularmente si empleamos dosis altas¹². Todo ello hace que la evaluación de la función cognitiva sea un factor fundamental en el manejo de la VH en la mujer anciana.

Exploración física

La exploración física debe incluir una exploración general que permita valorar el estado de salud (demencias, neuropatías, etc.). También es aconsejable realizar una exploración neurológica simple, con valoración del tono del esfínter anal, la sensación perineal, el reflejo anal y el reflejo bulbocavernoso. No obstante, es poco frecuente que esta exploración evidencie una neuropatía no sospechada. La palpación abdominal puede ayudar a descubrir una distensión vesical por una retención urinaria.

En la exploración ginecológica hay que evaluar el grado de atrofia genital y el prolapso de los órganos pélvicos, condiciones que son más habituales en la población anciana. En la exploración dirigida a la identificación de patología urinaria, haremos un test de esfuerzo (en algunas ocasiones puede entrañar una cierta dificultad), evaluaremos la movilidad de la uretra y valoraremos la posible presencia de carúnculas uretrales. Al igual que en pacientes más jóvenes, también en la mujer anciana es útil explorar la funcionalidad de la musculatura del suelo pélvico de cara a plantear el tratamiento.

Pruebas complementarias

Entre las pruebas complementarias hay que destacar la importancia que tiene la evaluación del residuo posmiccional. Se trata de una maniobra sencilla y que puede hacerse en cualquier consulta de ginecología.

Al igual que en la población general, hay que realizar un análisis de orina para descartar infección urinaria y hematuria. El diario miccional puede ser difícil de obtener en personas muy ancianas o con un deterioro cognitivo con-

siderable. En estos casos la colaboración del cuidador puede ser muy útil.

Entre los estudios complementarios más complejos hay que resaltar el papel de la urodinamia. Esta prueba ayuda a identificar trastornos en la contractilidad del detrusor y alteraciones en la sensibilidad vesical que pueden justificar la clínica de VH e IUU, como ya que hemos apuntado en el apartado anterior.

Tratamiento de la vejiga hiperactiva en la mujer anciana

El tratamiento de la VH en la mujer anciana también tiene peculiaridades. Es imprescindible la identificación de las comorbilidades que pueden compartir factores de riesgo con la VH, favorecer su aparición o incluso dificultar la utilización de determinados tratamientos.

Es habitual que las mujeres ancianas tomen múltiples fármacos, y algunos puedan afectar directamente al mecanismo de la continencia. Por ello, un aspecto esencial en esta población es revisar la medicación habitual y valorar conjuntamente con el médico de cabecera la posibilidad de modificar los fármacos que puedan afectar a la continencia urinaria. Además, antes de indicar un tratamiento farmacológico para la VH, hemos de tener en cuenta las posibles interacciones con la medicación habitual de la paciente, así como la mayor susceptibilidad de los ancianos a sufrir efectos adversos.

El tratamiento de primera línea incluye el tratamiento conservador y el farmacológico. En pacientes ancianos con movilidad limitada es fundamental eliminar las barreras arquitectónicas que dificultan el acceso al servicio; también son esenciales las intervenciones conductuales especialmente diseñadas para ancianos frágiles con deterioro cognitivo y físico.

Como tratamiento de segunda línea, la inyección de toxina botulínica en el músculo detrusor es eficaz en la población anciana, y presenta una baja tasa de efectos adversos¹³. No es infrecuente que se indique este tratamiento de forma precoz, por la mayor intolerancia a los fármacos anticolinérgicos.

La utilidad de la neuromodulación está poco documentada, ya que los trabajos publicados sobre el tema no proporcionan los resultados específicos obtenidos en esta población. Posiblemente la razón sea que la edad avanzada entraña ciertas dificultades y un mayor riesgo para emplear la técnica, y el número de casos en los que se utiliza es limitado.

Tratamiento conservador

Las modificaciones conductuales y el entrenamiento vesical dependen en gran medida del estado funcional y cognitivo

de la paciente. Las mujeres ancianas sanas pueden seguir las mismas pautas que la población general. En cambio, las ancianas frágiles requieren en muchos casos la participación activa de sus cuidadores, que deben motivarlas para que realicen la micción en el servicio, intentando establecer en lo posible un horario personalizado para evitar que se produzca el episodio de incontinencia. Dado que estos cambios conductuales no tienen efectos secundarios, han sido el pilar del tratamiento de la IU en los ancianos frágiles¹⁴. En la población anciana también hay que tener cuidado con la restricción hídrica, sobre todo en las pacientes más frágiles, porque a menudo están deshidratadas. Es más, parece que en esta población el incremento de la ingestión de líquidos puede incluso mejorar la IU¹².

La rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico (RMSP) puede estar indicada en pacientes ancianas incluso con comorbilidades, siempre y cuando tengan una función cognitiva suficiente para la realización de los ejercicios; de todos modos, pocos estudios han demostrado la efectividad de la RMSP en esta población^{7,12}.

Tratamiento farmacológico

Los fármacos anticolinérgicos pueden utilizarse en la población geriátrica para el tratamiento de la urgencia miccional, pero siempre teniendo en cuenta una serie de consideraciones específicas de esta población. En concreto, las personas mayores tienen un riesgo más elevado de presentar efectos adversos, porque tanto la edad como las comorbilidades pueden modificar el número y la distribución de los receptores colinérgicos, su transporte a través de la barrera hematoencefálica y su metabolismo¹⁵. Mientras que en las personas jóvenes los efectos secundarios de los anticolinérgicos son a lo sumo molestos, en las personas ancianas pueden incrementar su morbilidad favoreciendo el aumento del ritmo cardíaco, la sedación, la intolerancia al calor, el delirio y las caídas con fracturas⁷.

Uno de los principales efectos secundarios de los anticolinérgicos en la población anciana es la alteración cognitiva. Sin embargo, hay escasos datos que indiquen su incidencia y prevalencia. Además, a veces esta alteración puede pasar desapercibida. Las personas con un problema cognitivo previo tienen un mayor riesgo de presentar este efecto adverso. En general son más seguros los fármacos anticolinérgicos que no atraviesan la barrera hematoencefálica, como el tropipio¹⁶. Deberían evitarse las dosis altas de oxibutinina, y también las dosis bajas en las pacientes con riesgo de deterioro cognitivo¹². Algunos estudios han demostrado que ni la solifenacina ni la fesoterodina ocasionan alteraciones cognitivas en los sujetos sanos^{17,18}. También se ha publicado que la solifenacina no causa alteraciones en ancianos con trastornos cognitivos leves¹⁹, y que la fesoterodina no afecta al nivel cognitivo en pacientes vulnerables²⁰.

Otro efecto secundario de los anticolinérgicos es la sequedad de boca. Se acentúa en los ancianos, puesto que alrededor de un 30% de las personas mayores de 65 años ya tienen sequedad de boca antes de iniciar el tratamiento. La boca seca favorece la aparición de caries, la disfagia y la dificultad para dormir⁷. La población anciana también es más vulnerable a la disminución en la acomodación visual como efecto adverso de los anticolinérgicos.

Los fármacos anticolinérgicos pueden favorecer asimismo la retención de orina. Si la paciente presenta un aumento de la frecuencia miccional o un empeoramiento de la IU tras iniciar el tratamiento con anticolinérgicos, deberemos estudiar el volumen residual. Recordemos que un excesivo volumen residual reduce la capacidad funcional de la vejiga y favorece la IU.

Finalmente, debemos tener en cuenta las posibles interacciones con otros fármacos, dado que la población anciana a menudo está polimedicada. Los anticolinérgicos disminuyen la motilidad gastrointestinal y pueden alterar potencialmente la absorción de otros fármacos. Además, la toma de otros fármacos con efecto anticolinérgico supone un incremento considerable de los efectos secundarios.

El incremento de la morbilidad con la utilización de los fármacos anticolinérgicos en la población anciana conlleva particularidades en su uso. Así, antes de prescribir la medicación hay que hacer una valoración individualizada de sus ventajas e inconvenientes. Además, el inicio del tratamiento ha de hacerse con la dosis más baja posible, y siempre con un estrecho control para poder detectar precozmente la aparición de cualquier efecto adverso. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Castro D, Espuña M, Prieto M, Badia X. Prevalencia de vejiga hiperactiva en España: Estudio poblacional. *Arch Esp Urol*. 2005; 58(2): 131-138.
2. Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog AR, Corey R, et al. Prevalence and burden of overactive bladder in United States. *World J Urol*. 2003; 20: 327-336.
3. Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thüroff J, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int*. 2001; 87(9): 760-766.
4. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, et al. Prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española: resultados del estudio EPICC. *Actas Urol Esp*. 2009; 33(2): 159-166.
5. Wehrberger C, Madersbacher S, Jungwirth, Fischer P, Tragl KH. Lower urinary tract symptoms and urinary incontinence in a geriatric cohort –a population-based analysis. *BJU Int*. 2012; 110(10): 1.516-1.521.
6. Wagg AS, Cardozo L, Chapple C, De Ridder D, Kelleher C, Kirby M, et al. Overactive bladder syndrome in older people. *BJU Int* 2007; 99(3): 502-509.
7. DuBeau CD, Kuchel GA, Johnson T, Palmer MH, Wagg A. Incontinence in the frail elderly. En: 4th International Consultation on Incontinence (ICI). Paris, 2009; 961-1.024.
8. Madersbacher S, Pycha A, Schatzl G, Mian C, Klingler CH, Marberger M. The aging lower urinary tract: a comparative urodynamic study of men and women. *Urology*. 1998; 51(2): 206-212.
9. Trowbridge E, Wei J, Fenner D, Ashton-Miller J, Delancey J. Effects of aging on lower urinary tract and pelvic floor function in nulliparous women. *Obstet Gynecol*. 2007; 109(3): 715-720.
10. Kenton K, Simmons J, FitzGerald M, Lowenstein L, Brubaker L. Urethral and bladder current perception thresholds: normative data in women. *J Urol*. 2007; 178(1): 189-192.
11. Griebing TL. Geriatric urology. En: Solomon DH, LoCicero J 3rd, Rosenthal RA, eds. *New Frontiers in Geriatrics Research: An Agenda for Surgical and Related Medical Specialties*. Nueva York, 2004; 269-302.
12. Wagg A, Gibson W, Ostaszkiwicz J, Johnson T 3rd, Markland A, Palmer MH, et al. Urinary incontinence in the frail elderly persons: report from the 5th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2014 Apr 2. Doi: 10.1002/nau.22602.
13. White WM, Pickens RB, Doggweiler R, Klein FA. Short-term efficacy of botulinum toxin A for refractory overactive bladder in the elderly population. *J Urol*. 2008; 180(6): 2.522-2.526.
14. Wagg A. Urinary incontinence in the elderly. *AUA Update Series* vol. 32, lesson 15, 2013.
15. Feinberg M. The problems of anticholinergic adverse effects in older patients. *Drugs Aging*. 1993; 3(4): 335-348.
16. Staskin D, Kay G, Tannenbaum C, Goldman HB, Bhasshi K, Ling J, et al. Trosipium chloride has no effect on memory testing and is assay undetectable in the central nervous system of older patients with overactive bladder. *Int J Clin Pract*. 2010; 64(9): 1.294-1.300.
17. Wesnes KA, Edgar C, Tretter RN, Bolodeoku J. Exploratory pilot study assessing the risk of cognitive impairment or sedation in the elderly following single doses of solifenacina 10 mg. *Expert Opin Drug Saf*. 2009; 8(6): 615-626.
18. Kay GG, Maruff P, Scholfield D, Malhotra B, Whelan L, Darekar A, et al. Evaluation of cognitive function in healthy older subjects treated with fesoterodine. *Postgrad Med*. 2012; 124(3): 7-15.
19. Wagg A, Dale M, Tretter R, Stow B, Compion G. Randomised, multicentre, placebo-controlled, double-blind crossover study investigating the effect of solifenacin and oxybutynin in elderly people with mild cognitive impairment: the SENIOR study. *Eur Urol*. 2013; 64(1): 74-81.
20. DuBeau C, Kraus SR, Griebing TL, Newman DK, Wyman JF, Johnson TM 2nd, et al. Effect of fesoterodine in vulnerable elderly subjects with urgency incontinence: a double-blind, placebo-controlled trial. *J Urol*. 2014; 191(2): 395-404.