




UNIVERSIDAD DEL SURESTE

GERIATRIA

4TA UNIDAD



**incontinencia urinaria,
incontinencia fecal,
inestabilidad
y
caídas e inmovilidad**

KAREN YURENNI MARTINEZ SANCHEZ

DR. ACUÑA DE SAZ RICARDO



INCONTINENCIA URINARIA. - perdida involuntaria de orina que provoca un problema higiénico y/o social demostrable objetivamente. Su prevalencia varia en relación con el sexo, la situación funcional, la comorbilidad y el nivel asistencial. De este modo encontramos incontinencia urinaria en el 23% de las ancianas que viven en la comunidad (14% varones), 39% de los ancianos hospitalizados y entre 30 y 99% en el ámbito residencial.

Tipos de incontinencia.

Según la duración de la incontinencia

- ❖ **Incontinencia transitoria:** es reversible, con una duración inferior a 4 semanas y su alteración se considera funcional, sin alteraciones estructurales. Aparece en el 50% de los ancianos hospitalizados que presentan incontinencia (solo el 33% de los pacientes con incontinencia que viven).
- ❖ **Incontinencia establecida:** duración superior a las 4 semanas y con un mecanismo patogénico de origen estructural. Los diagnósticos mas frecuentes son la hiperactividad vesical, la incontinencia de estrés, la obstrucción al tracto urinario de salida y la alteración contráctil.

Según el tipo clínico de incontinencia

- ❖ **Incontinencia de urgencia o inestabilidad vesical:** incontinencia más frecuente (65-75% de los casos). Aparecen cuando las contracciones no inhibidas del detrusor se producen espontáneamente y superan la resistencia de la uretra. **Tratamiento**→ técnicas de modificación de conducta, la tolterodina es un antimuscarínico selectivo de los receptores con una eficiencia clínica similar a la oxibutinina, pero con mejor tolerabilidad vesical.
- ❖ **Por rebosamiento:** aparece cuando la presión intravesical excede la presión uretral con grandes volúmenes de orina en el interior de la vejiga, los escapes de orina son de escaso volumen, pero el residuo postmiccional es característicamente alto (mayor de 100cc). los 2 mecanismos básicos son → obstrucción del tracto urinario de salida principalmente debido a crecimiento

prostático y la arreflexia vesical. **Tratamiento**→ prostectomía, dilataciones uretrales, alfabloqueantes, finasteride (leve). Cateterismo vesical intermitente (caso grave)

- ❖ **De esfuerzo o de estrés:** aparece cuando el aumento de presión intraabdominal supera la resistencia uretral, provocando la expulsión de pequeñas cantidades de orina (con la tos, risa, estornudos, etc.), el residuo postmiccional es bajo. Es más frecuente en mujeres. **Tratamiento**→ alfaadrenérgicos (fenilpropanolamina) e Imipramina y tx quirúrgico
- ❖ **Funcional:** aparece cuando un anciano contiene, con tracto urinario intacto, no desea o es incapaz, de alcanzar lavabo para orinar. **Tratamiento** → programa de micción programadas cada 2 horas, para conseguir un mayor número de micciones

Dx: historia clínica completa, con antecedentes personales, valoración funcional que incluya movilidad y función mental, hemograma, bioquímica de sangre (glucosa, iones, calcio, función renal) y un sedimento y cultivo de orina.

INCONTINENCIA FECAL. -Es la pérdida involuntaria de materia fecal, ocurre cuando la pérdida en el control del gas o de las evacuaciones líquidas o sólidas, es suficiente para producir malestar y sufrimiento. Afecta 3.7 a 27% de personas mayores 65 años, siendo más frecuente en hombres 1.3-1, afectando hasta 50% ancianos asilados y en un 30% de los hospitalizados. Es una causa frecuente de institucionalización.

Incontinencia fecal menor. ensuciar la ropa interior debido a la mala higiene, hemorroides trombosadas, diarrea, inmovilidad, demencia y depresión. Incontinencia de gas es la más común. Urgencia defecatoria debido a la incontinencia de líquidos, incontinencia verdadera a heces líquidas.

Incontinencia fecal mayor (pérdida de la conciencia para heces sólidas). Lesión del suelo pélvico, fármacos (laxantes, antibióticos, etc), prolapso rectal completo, cáncer de recto, alteraciones neurológicas, enfermedades miopáticas, sistémicas.

Dx: historia clínica, biometría hemática, química sanguínea, electrolitos, coproparasitoscópicos, coprocultivo, rectosigmoidoscopia, biopsia en caso de pólipos o tumoraciones. **Tratamiento:** corregir la enfermedad adyacente, tx farmacológico, técnicas de modificación de conducta: eficaces en px con alteración del suelo pélvico o lesión esfinteriana, reconstrucciones quirúrgicas, medidas conservadoras (higiénico-dietéticas, tx de malestar perianal, impactación fecal y estreñimiento crónico).

INESTABILIDAD. – es la sensación de estar fuera de balance o de pérdida del equilibrio que se manifiesta cuando el anciano esta de pie o caminando. Su **diagnóstico** se afectúa mediante la historia clínica con antecedentes de mareo, vértigo, trastornos en la marcha con historia de caídas y su **tratamiento** se debe buscar las causas y corregirlo, además de un tx kinesiológico, fisioterapia de marcha.

CAIDAS. -presencia de 2 o mas caídas en el lapso de menos de 1 año. 0,5 caídas/persona/año, de las cuales el 5% causan lesiones que en el 50% de los casos requieren hospitalización. **Dx:** las pruebas de Tinetti y el test Up and Go, son las pruebas mas usadas para detectar el síndrome de inestabilidad y caudas.

INMOVILIDAD. – disminución de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. DX: anamnesis, escala de frazer, escala física de la cruz roja, índice de katz, índice de berthel, subescala de la movilidad del Sickness impact profile. Tratamiento: fisioterapia.

BIBLIOGRAFIA

CTO GERIATRIA 3ER EDICION MEXICO