



MEDICINA HUMANA

6TO SEMESTRE

GERIATRIA

DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ

“INCONTINECIA URINARIA, FECAL E INCAPACIDAD”

NOMBRE DEL ALUMNO(A):

CHRISTOPHER MANUEL LIY NAZAR

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS 19 DE JUNIO DE 2020

Incontinencia urinaria

pérdida involuntaria de orina que provoca un problema higiénico y/ o social demostrable objetivamente. Tiene una elevada prevalencia y una gran repercusión sobre la calidad de vida del anciano, siendo además un motivo frecuente de institucionalización Su prevalencia varía 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% en varones), 35% de los ancianos hospitalizados y entre 30 y 95% en el ámbito residencial.

1. Incontinencia transitoria: es reversible, con una duración inferior a cuatro semanas y su alteración se considera funcional, sin alteraciones estructurales. Aparece en el 50% de los ancianos hospitalizados que presentan incontinencia (sólo el 33% de los pacientes con incontinencia que viven en la comunidad). Las principales causas serán: síndrome confusional, infecciones del tracto urinario, uretritis atrófica y vaginitis, fármacos, disfunción psicológica, trastornos endocrinos (hipercalcemia, hiperglucemia e hipopotasemia), inmovilidad e impactación fecal.

2. Incontinencia establecida: con una duración superior a las cuatro semanas y con un mecanismo patogénico de origen estructural. Los diagnósticos más frecuentes son la hiperactividad vesical, la inel interior de la vejiga, los escapes de orina son de escaso volumen, pero el residuo postmiccional es característicamente alto (mayor de 100cc). Los dos mecanismos básicos son: la obstrucción del tracto urinario de salida principalmente debido a crecimiento prostático y la arreflexia vesical. La clínica fundamental será la dificultad para iniciar la micción, la sensación de micción incompleta, los episodios de retención urinaria y, en ocasiones, la ausencia de deseo miccional.

3. Incontinencia 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, la risa, los estornudos, etc.), el residuo postmiccional es bajo. Es más frecuente en las mujeres, apareciendo raramente en los varones, salvo cuando el esfínter uretral externo ha sido dañado tras cirugía prostática. Las causas suelen estar relacionadas con una falta de soporte del cuello vesical o

uretral, favoreciéndose por situaciones como la deficiencia de estrógenos, la obesidad y la multiparidad.

4. Incontinencia funcional: aparece cuando un anciano continente, con tracto urinario intacto, no desea o es incapaz de alcanzar el lavabo para orinar. Las situaciones que contribuyen a este tipo de incontinencia son variadas: ausencia de iluminación adecuada, alteraciones musculoesqueléticas, depresión, deterioro cognitivo

Diagnostico

Historia clínica complea incluirá los antecedentes personales, el consumo de fármacos, los factores precipitantes, el tiempo de evolución y momento de aparición de la incontinencia, la frecuencia miccional (diurna y nocturna), la intensidad de los escapes, su forma de presentación (síntomas de urgencia frente a síntomas de esfuerzo, la dificultad en el inicio de la micción y la accesibilidad al W.C.) A través de esta valoración básica se podrá seleccionar a los pacientes que deberán someterse a una valoración urodinámica (cistomanometría, fluxometría, prueba de presión detrusor/flujo miccional, perfil uretral), urológica o ginecológica más compleja Se realizará una exploración abdominal (masas, globo vesical) y podremos investigar la existencia de escapes involuntarios con los esfuerzos, así como la existencia de signos de fallo cardíaco en aquellos pacientes con nicturia e incontinencia nocturna. Se recomienda una valoración del residuo postmiccional en todo anciano con incontinencia (la existencia de un residuo de más de 100 ce indica una obstrucción al tracto urinario de salida o una hiporreflexia vesical con alteración contráctil del detrusor . Las indicaciones para realización de estas exploraciones complejas serán: infecciones urinarias recurrentes; episodios de retención urinaria; dificultad en el inicio de la micción o interrupción del flujo miccional; historia de cirugía o irradiación del tracto urinario inferior (en los últimos 6 meses); crecimiento prostático significativo o sospecha de cáncer de próstata; volumen postmiccional mayor de 100 ce; hematuria de causa no aclarada y persistencia de los síntomas, a pesar del tratamiento adecuado

Incontinencia fecal

Es la pérdida involuntaria de materia fecal, ocurre cuando la pérdida e 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 el 50% ancianos asilados y en un 30 % de los hospitalizados. Es una causa frecuente de institucionalización

INCONTINECIA FECAL MENOR

Urgencia defecatoria debido a la incontinencia de líquidos. Sienten las heces líquidas en el recto, pero son incapaces de mantener la continencia hasta llegar al

baño. Causas más frecuentes: Proctocolitis inflamatoria, colon irritable y diarrea severa. Incontinencia verdadera a heces líquidas. En los ancianos tienen una relación frecuente con la impactación fecal por fecalomas; disfunción del suelo pélvico y del esfínter anal.

incontinencia fecal mayor (pérdida de la continencia para heces sólidas)

Lesión del suelo pélvico: Postcirugía, obstétrica, traumatológica y anomalías congénitas anorrectales, Prolapso rectal completo, Cáncer de recto. Fármacos: Laxantes, antibióticos, antiácidos, antihipertensivos, tiroxina, digital, propranolol, quinidina, colchicina, sales de potasio, Alteraciones neurológicas: Centrales: Ictus, demencia. Espinales: Esclerosis múltiple, mielopatías, tumores. Periféricas: Neuropatías. Enfermedades miopáticas: Distrofias y polimiositis. Enfermedades sistémicas: Esclerodermia y amiloidosis.

Diagnóstico

la historia clínica, importante preguntar características y número de evacuaciones, inicio, síntomas que lo acompañan. Se debe valorar accesibilidad al sanitario, privacidad, tipo de ropa, capacidad del anciano para moverse y para la utilización de utensilios de baño y para vestirse exploración de las características del abdomen, si hay distensión, dolor, presencia de masas, peristalsis. Explorar periné, ano, características de esfínter, presencia de fisuras, fístulas, cicatrices, prolapso, tumoraciones, hemorroides, fecalitos exámenes de laboratorio solicitar biometría hemática, química sanguínea, electrolitos, coproparasitoscópicos, coprocultivo, rectosigmoidoscopia, biopsia en caso de pólipos o tumoraciones.

Tratamiento farmacológico. Técnicas de modificación de conducta: Eficaces en pacientes con alteración del suelo pélvico o lesión esfinteriana. Medidas conservadoras: Ejercicios del suelo pélvico para reforzar el músculo elevador del ano, el puborrectal, los ligamentos pubovesicales. Tratamiento de la incontinencia anorrectal: Reconstrucciones quirúrgicas. Medidas higiénico-dietéticas: Programar las defecaciones, aumentar la ingesta hídrica y de fibra, además de alimentos astringentes, también es importante un ejercicio físico regular.

Inestabilidad y caídas

es un síndrome que afectan significativamente la calidad de vida de los adultos mayores y tiene múltiples causas con una diversidad de presentaciones característica. Es la sensación de estar fuera de balance o de pérdida del equilibrio que se manifiesta cuando el anciano está de pie o caminando. Se manifiesta con temor a caerse. Es un trastorno del equilibrio común en los ancianos que tienen repercusiones en su movilidad y calidad de vida. Las principales causas son la debilidad, dolor, la rigidez, alteraciones del equilibrio y problemas psicológicos. La debilidad puede deberse al desuso de la musculatura, la malnutrición, sarcopenia, anemia, alteraciones de electrolitos, miopatías y alteraciones neurológicas. Las causas de rigidez están en primer lugar la osteoartrosis degenerativa, luego el Parkinson y la gota

Enfermedades o condiciones que contribuyen a la inestabilidad:

- a) Musculoesqueléticas: osteoartrosis de extremidades inferiores, fracturas de extremidades inferiores, artritis inflamatorias, enfermedad muscular primaria, debilidad muscular por hipotiroidismo, trastornos dolorosos de los pies (onicolisis, hiperqueratosis, hallux valgus), polimialgia reumática.
- b) Neurológicas: evento vascular cerebral, enfermedad de Parkinson, neuropatía periférica, espondilosis cervical, estenosis espinal, demencia, hidrocefalia normotensiva.
- c) Cardiovasculares: insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad coronaria, vasculopatía periférica, miocardiopatía hipertrófica.
- d) Pulmonares: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades pulmonares restrictivas.
- e) Otras: deficiencia de vitamina B 12, ceguera, enfermedad sistémica problemas visuales, caquexia, diabetes mellitus, factores psicológicos, depresión,
- f) Causas ambientales y iatrogénicas: inmovilidad forzada, obstáculos

CONSECUENCIAS

- 1. Sensoriales: disminución sensibilidad propioceptiva y parestesias, tiempo de reacción lento, disminución de los reflejos correctores.

2. Motoras: pérdida de masa muscular, disminución de las contracciones voluntarias máximas, cardiovasculares, alteraciones de los barorreceptores, disminución de la capacidad aeróbica máxima.

DIAGNOSTICO

la historia clínica con antecedentes de mareo, vértigo, trastornos en la marcha con historia de caídas; los medicamentos que está tomando, cantidad de fármacos, dosis. A la exploración física, toma de presión arterial de pie y en decúbito para buscar hipotensión ortostática, nistagmus, arritmias y valoración de marcha. Además de aplicación de la escala de marcha y equilibrio de Tinetti.

TRATAMIENTO

buscar las causas y corregirlas, además de que un tratamiento kinesiológico es fundamental, tanto para movilizar al paciente, fisioterapia de marcha, como para instalar medidas como pasamanos, sillas de altura apropiada, empleo de bastón o andaderas se debe advertir al paciente y los familiares del reposo prolongado se debe dar rehabilitación postural o reeducativo en vértigo postural y alteraciones laberínticas, usar prótesis auditivas y corrección de problemas visuales evitar el uso de benzodiazepinas y neurolepticos.

BIBLIOGRAFIA

Manual CTO de Medicina y Cirugía (GERITRIA) (INCONTINENCIA URINARIA FECAL E INESTABILIDAD) ,EDITORIAL CTO 2017. MADRID