



INCONTINENCIA URINARIA, INCONTINENCIA  
FECAL, INESTABILIDAD Y CAIDAS E  
INMOVILIDAD

GERIATRÍA

DR, RICARDO ACUÑA DE

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ITZEL JAQUELINE RAMOS MATAMBU 19 DE JUNIO DE 2020 BERRIOZABAL CHIAPAS

## **Incontinencia urinaria**

Es la 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 (sin embargo, el índice de consulta médica por este problema es muy bajo, próximo sólo a 1/3 de los ancianos que la padecen). 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.

Se han identificado una serie de factores ligados a la aparición de incontinencia urinaria:

1. Envejecimiento fisiológico: se han observado algunos cambios a distintos niveles que predisponen al anciano a desarrollar incontinencia aunque no se debe aceptar que el envejecimiento El tracto urinario inferior se halla inervado por el sistema nervioso autó- gico conlleva la pérdida de la continencia urinaria.

2. Patología asociada:

Los antecedentes personales: la cirugía pélvica previa (cirugía prostática, intervenciones ginecológicas) o la historia ginecológica (partos traumáticos, elevado número de gestaciones).

Los problemas médicos activos: patología del tracto urinario inferior (prostatismo, bacteriuria asintomática, infecciones, retención urinaria), patología intestinal (impactación fecal, incontinencia fecal), patología neurológica (deterioro cognitivo, enfermedad cerebrovascular, hidrocefalia normotensiva, enfermedad de Parkinson, tumores, neuropatías periféricas y/o autonómicas, enfermedad medular), patología osteoarticular (artritis, artrosis, fractura de cadera, aplastamiento de vertebras, insuficiencia cardíacos, diabetes mellitus, disminución de la visión).

Consumo de fármacos: en realidad, parece que pudieran condicionar más un empeoramiento que no la propia aparición de incontinencia se indican los principales grupos farmacológicos implicados en la aparición de incontinencia y su mecanismo de acción.

4. Situación funcional: el deterioro cognitivo, el trastorno afectivo y la alteración de la movilidad, son factores claves en la aparición de incontinencia.

5. Situación social: cualquier barrera arquitectónica, el diseño de los baños, así como la falta de cuidadores, pueden ser responsables de algunos casos de incontinencia.

### **Tipos de incontinencia**

Clasificación según la duración de la incontinencia:

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, etc.

El principal tipo clínico de incontinencia urinaria en el hombre anciano es por rebosamiento debido al crecimiento prostático, y en la mujer anciana es la de mixta (de urgencia y de esfuerzo). Incontinencia de estrés, la obstrucción al tracto urinario de salida y la

#### 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.), etc. 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. Para conocer estas características, así como para valorar la respuesta al tratamiento, es útil "la hoja de registro" o "diariomiccional" donde se recogen la frecuencia y el volumen de las micciones, así como el número de escapes involuntarios, detallando las circunstancias en las que se producen. Exploración física prestará atención a la sensibilidad anal y perianal, . 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 cc indica una obstrucción al tracto urinario de salida o una hiporreflexia vesical con alteración contráctil del detrusor.

Realizaremos una valoración funcional que incluya movilidad y función mental. El estudio analítico incluirá hemograma, bioquímica de sangre (glucosa, iones, calcio, función renal) y un sedimento y cultivo de orina.. 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. con observación del introito vulvar, evaluación prostática y reflejos bulbocavernoso y cremastérico.

### Trtamiento

<b>Tratamiento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticolinérgicos.</li> <li>• Propantelina, oxibutinina, cloruro de tropio.</li> <li>• Relajantes del músculo liso.</li> <li>• Flavoxato.</li> <li>• Antidepresivos tricíclicos.</li> <li>• Imipramina.</li> <li>• Calciontagonista.</li> <li>• Diciclomina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir peso, ejercicios pélvicos de Kegel, estrógenos.</li> <li>• Alfaadrenérgicos (fenilpropanolamina)</li> <li>• Cirugía (colposuspensión).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corrección quirúrgica</li> <li>• Fármacos alfabloqueantes y finasteride</li> <li>• Cateterismo vesical intermitente o permanente</li> </ul>
--	--	--

### 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. Es un síndrome que tiene gran repercusión tanto en el anciano como en su familia, ya que afecta desde el punto de vista físico, psicológico, funcional y socioeconómico, pues genera grandes gastos, aislamiento, depresión, maltrato, pérdida de la autoestima, institucionalización, con mala calidad de vida, infecciones en la piel y la presencia de otros síndromes geriátricos como las úlceras por presión. 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

## **Tipos de incontinencia fecal menor**

"Ensuciar la ropa interior" debido a la mala higiene, hemorroides trombosadas, otras enfermedades perianales, diarrea, inmovilidad, demencia y depresión. Incontinencia de gas es la más común con poca trascendencia médica.

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**

Se basa en la historia clínica, siendo 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. A la 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. Debe efectuarse exploración neurológica detallada. Dentro de los exámenes de laboratorio solicitar

biometría hemática, química sanguínea, electrolitos, coproparasitoscópicos, coprocultivo, rectosigmoidoscopia, biopsia en caso de pólipos o tumoraciones.

## **Tratamiento**

Medidas conservadoras: Ejercicios del suelo pélvico para reforzar el músculo elevador del ano, el puborrectal, los ligamentos pubovesicales,

-Corregir la enfermedad subyacente, del suelo pélvico o lesión esfinteriana si es posible.

-Tratamiento farmacológico. Técnicas de modificación de conducta: Eficaces en pacientes con alteración del suelo pélvico o lesión esfinteriana. -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.

-Tratamiento del malestar perianal.

-Tratamiento de la impactación fecal y del estreñimiento crónico.

-Modificación del hábitat o de las barreras arquitectónicas: Retrete accesible.

-Utilización de absorbentes: Realizar cambio cuando ocurra deposición.

-Extremar las medidas de higiene y cuidado de la piel.

## **Inestabilidad y caídas**

La inestabilidad 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. Se sabe que el equilibrio es la facultad del individuo para no caerse y reconocer su ubicación en el espacio, por ello depende del sistema visual que le indica la posición corporal, los movimientos que realiza y la distancia a la que se encuentran los objetos que le rodean; además,

el sistema vestibular y el sistema cinestésico posibilitan en la percepción del movimiento constante, apreciando la posición de cualquier parte del sujeto en el espacio, siendo el sistema nervioso central el que controla la información y origina las respuestas adaptativas. El tipo de inestabilidad importante en el anciano es el crónico, resultado de efectos combinados de trastornos y alteraciones de diferentes sistemas (visual, auditivo, vestibular y propioceptivo) que contribuyen a la estabilidad y equilibrio.

### **Causas de inestabilidad**

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 Párkinson y la gota. El dolor también provoca inestabilidad de origen muscular, articular, periostio-hueso, bursas, tendones, nervios como la ciática, los procesos inflamatorios locales y sistémicos, entre otros. 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 de la inestabilidad**

físicos (escaleras, luz insuficiente, piso resbaladizo, etcétera).

falta de apoyo social, efectos adversos de los medicamentos.

Alteraciones fisiológicas asociadas a disminución de la movilidad e inestabilidad en el adulto mayor:

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.

## **Diagnóstico de la inestabilidad**

Se efectúa mediante 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.

El estudio está integrado por 16 preguntas que exploran el riesgo de caídas.

Las preguntas de la escala están divididas en 16 tareas como se describen a continuación:

1. Equilibrio sentado.
2. Levantarse.
3. Intentos para levantarse.
4. Equilibrio en bipedestación inmediata.
5. Equilibrio en bipedestación.
6. Empujar.
7. Ojos cerrados en bipedestación.
8. Vuelta de 360° grados.
9. Sentarse.
10. Inclinación de la marcha.
11. Longitud y altura del paso.

12. Simetría del paso.
13. Fluidez del paso.
14. Trayectoria.
15. Tronco.
16. Postura al caminar.

Para su calificación se realiza la suma total de los apartados si el resultado es igual o menor de 24 significa que existe riesgo de caídas. La línea de corte es 25.

### **Tratamiento de la inestabilidad**

Se debe de 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. Además de usar prótesis auditivas y corrección de problemas visuales. Se debe de intentar evitar benzodiazepinas y neurolepticos en forma excesiva; principalmente se debe adaptar el ambiente al adulto mayor.

### **BIBLIOGRAFIA**

MANUAL CTO DE MEDICINA Y CIRUGÍA (GERITRIA) "INCONTINENCIA URINARIA FECAL E INESTABILIDAD" ,EDITORIAL CTO 2017. MADRID