



ACUÑA DE SAZ RICARDO

MEDICINA PALIATIVA

TAREA DE CUARENTENA

SEXTO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL

LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ GARCIA

INCONTINENCIA: URINARIA Y FECAL

La incontinencia urinaria y la incontinencia fecal causan un sufrimiento significativo en los enfermos crónicos la inmovilidad o la demencia el 50% o más de los ingresado en residencia están afectados con una morbilidad. La incontinencia urinaria es la perdida involuntaria de la orina predispone a la aparición de exantemas perineales, úlceras por presión, infecciones del tracto urinario, sepsis urinarias, caídas y fractura, la iu es frecuente y afecta negativamente a la calidad de vida afecta un 15 al 30% de las personas ancianas que viven en su domicilio, a un tercio de las ingresadas en centros de agudos y a la mitad de las que viven en residencias.

La continencia urinaria requiere un control adecuado de las fases alterantes de almacenamiento y vaciamiento de la orina en el ciclo de la micción por parte de una compleja interconexión entre el sistema nervioso periférico y central, la continencia depende no solo de la integridad de la función de las vías urinarias bajas, si no también de una actividad mental, una movilidad de una motivación y una destreza manual adecuada, la IU en cuidados paliativos se asocia con frecuencia a déficits que no son de las vías urinarias las causas corregibles son el delirium , ITU , la uretritis / vaginitis atrofia , los fármacos, la producción excesiva de orina y la impactación fecal. La hiperactividad del detrusor y la incontinencia urinaria de urgencia son causas frecuentes de IU en cuidados paliativos las causas de HD incluyen los tumores intrínsecos y extrínsecos por irritación mecánica , la afectación de los nervios sacros, la crisis por radioterapia , los efectos farmacológicos diuréticos y ciclofosfamida , la ITU , las causas neurológicas centrales infarto cerebral, esclerosis múltiple, la demencia y las causas metabólicas como la uremia , la diabetes mellitus , la diabetes insípida y la hipercalcemia, la incontinencia urinario de esfuerzo, esta causada por una hipermovilidad uretral y/o defectos neuromusculares déficit de esfínter intrínsecos la hipermovilidad uretral y el déficit de esfínter intrínseco pueden coexistir en los varones , la IUE generalmente es la consecuencia de una lesión del esfínter tras una prostatectomía radical para el cáncer de próstata.

La incontinencia por desbordamiento puede estar causada por un detrusor hiperactivo o por una obstrucción del flujo de salida de la orina, la obstrucción de la salida de la vejiga es la causa más frecuente de incontinencia en varones ancianos y generalmente esta causada por el aumento benigno o maligno de próstata, es infrecuente en las mujeres a menos que exista un prolapso de gran tamaño o tras una suspensión del cuello vesical o un procedimiento tipo sling, la incontinencia continua o total se asocia a la invasión tumoral directa de la uretra o la vejiga lo cual una fistula urinaria los cuatro tipos más frecuentes de la fistula urinaria son la fistula vesicoenterica, la vesicovaginal, la uretrocutanea y la recto uretral las causas más frecuentes son el cáncer de cuello de útero, de vejiga y de recto generalmente tras radioterapia caso práctico tratamiento de la incontinencia urinaria y fecal.

Tipos clínicos de incontinencia urinaria:

- Incontinencia urinaria de urgencia: fuga involuntaria de la orina acompañada o precedida inmediatamente de sensación de micción imperiosa deseo súbito irremediable de miccionar que es déficit de diferir.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo: es la fuga involuntaria con el esfuerzo o el ejercicio físico, el estornudo o la tos.
- Incontinencia urinaria mixta: combinación de IUE e IUU
- Incontinencia por desbordamiento: fuga de orina a una capacidad vesical superior a la normal
- Incontinencia continua: es la pérdida involuntaria y continua de orina.

La evaluación debería incluir una anamnesis completa, una exploración física dirigida y un análisis de orina, deberían tenerse en cuenta las enfermedades neurológicas evidentes y debería realizarse una exploración dirigida de la sensibilidad sacra y de los reflejos anales siempre que exista una retención o un desbordamiento no explicados, la prueba de esfuerzo mediante la tos o la maniobra de Valsalva en la vejiga

confortablemente llena puede confirmar la IUE el nitrógeno ureico con sangre BUN y la creatina y realizar un análisis de orina con o sin urocultivos.

El tratamiento debería dirigirse hacia la eliminación de las causas subyacentes al tratamiento de las causas reversibles como la ITU, la impactación fecal o la retención urinaria. Muchas intervenciones dependen de la movilidad, la destreza y la dieta. Es ideal realizar un abordaje multidisciplinario para reforzar el consejo, instaurar el tratamiento especialmente las modalidades conductuales como el vaciamiento programado, el vaciamiento habitual, el vaciamiento precoz y el entrenamiento vesical y proporcionar apoyo práctico. El consejero sobre continencia o la enfermera especialista se constituyen como miembros esenciales del servicio de incontinencia.

BIBLIOGRAFÍA

Walsh D. (2010). cap.164 hipo (Pág. 899- 903). Barcelona, España: Elsevier España, S.L.