

Medicina humana

Medicina paliativa

*"Incontinencia: urinaria y fecal
6to semestre (cuarto parcial)*

Doctor Ricardo Acuña Del Saz

Alumna Citlali Guadalupe Pérez Morales

Incontinencia urinaria

Definición y tipos

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina. Predispone a la aparición de exantemas perineales, úlceras por presión, infecciones del tracto urinario (ITU), sepsis urinarias, caídas y fracturas.

Tipos clínicos de incontinencia urinaria

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

Epidemiología

La IU es frecuente y afecta negativamente a la calidad de vida (CdV).

Afecta del 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.

Fisiopatología

Las causas corregibles son el delirium, la ITU, la uretritis/vaginitis atrófica, los fármacos, la producción excesiva de orina y la impactación fecal.

La hiperactividad del detrusor (HD) y la incontinencia urinaria de urgencia (IUU) son causas frecuentes. Las causas de HD incluyen los tumores intrínsecos y extrínsecos (por irritación mecánica), la afectación de los nervios sacros, la cistitis por radioterapia, los efectos farmacológicos (diuréticos y ciclofosfamida), la ITU, las causas neurológicas centrales (infarto cerebral), la esclerosis múltiple, la demencia

y las causas metabólicas como la uremia, la diabetes mellitus, la diabetes insípida y la hipercalcemia.

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) está causada por una hipermovilidad uretral y/o defectos neuromusculares (déficit de esfínter intrínseco).

En los varones, la IUE generalmente es la consecuencia de una lesión del esfínter tras una prostatectomía radical para el cáncer de próstata.

Los pacientes acuden con retención y desbordamiento de orina, manifestado con mayor frecuencia como enuresis nocturna de nuevo inicio.

La obstrucción de la salida de la vejiga es la causa más frecuente de incontinencia en varones ancianos y generalmente está causada por 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 causa una fístula urinaria. Los cuatro tipos más frecuentes de fístula urinaria son la fístula vesicoentérica, la vesicovaginal, la uretrocutánea y la rectouretral.

Manifestaciones clínicas

Es fundamental una evaluación cuidadosa para detectar causas corregibles, enfermedades coexistentes, alteración funcional (grado de movilidad) y factores ambientales como el acceso al baño y/o disponibilidad de inodoro.

La evaluación inicial debería incluir:

- Anamnesis completa.
- Exploración física dirigida.
- Análisis de orina.
- Deberían explorarse cuidadosamente el recto y la vagina para detectar cualquier patología evidente.
- Exploración dirigida de la sensibilidad sacra y de los reflejos anales siempre que exista una retención/ 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.
- Deberían determinarse el nitrógeno ureico en sangre (BUN) y la creatinina y realizar un análisis de orina con o sin urocultivo.

Tratamiento

Son importantes la detección y el tratamiento de las causas reversibles, como la ITU, la impactación fecal o la retención urinaria.

Hiperactividad del detrusor e incontinencia urinaria

Ajustar el momento o la cantidad de ingesta de líquidos o proporcionar un inodoro o un orinal son con frecuencia satisfactorias.

Las medidas conservadoras combinadas con el tratamiento farmacológico. Estos fármacos tienen una eficacia similar (del 70 al 75%) para disminuir los episodios de incontinencia.

FÁRMACOS ANTICOLINÉRGICOS	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN
Oxibutinina (liberación inmediata)	2,5-5 mg de dos a cuatro veces al día	Oral
Oxibutinina (liberación retardada)	5-30 mg una vez al día	Oral
Oxibutinina (liberación retardada)	36 mg dos veces a la semana	Parches transdérmicos
Solifenacina	5-10 mg una vez al día	Oral
Tolterodina (liberación inmediata)	2 mg dos veces al día	Oral
Tolterodina (liberación prolongada)	2-4 mg una vez al día	Oral
Trospio	20 mg dos veces al día	Oral

Las medidas adyuvantes, como los absorbentes y la ropa interior especial, son muy valiosas si la incontinencia es resistente al tratamiento.

Incontinencia urinaria por esfuerzo

Control de síntomas: ajuste de la ingesta de líquidos, el tratamiento de la tos, el tratamiento de la vaginitis atrófica, el uso de un tampón o pesario y los ejercicios de suelo pélvico

La **duloxetina** (de 20 a 40 mg v.o. dos veces al día) puede ser útil. En el 30% de los pacientes que toman duloxetina se producen náuseas transitorias al inicio del tratamiento.

En la IU mixta, los antimuscarínicos son con frecuencia útiles.

En casos graves puede ser necesario el sondaje paliativo.

Incontinencia por desbordamiento

Está indicado el sondaje inmediato (sondaje permanente, el sondaje intermitente aséptico (SIA) o la endoprótesis uretral).

Los antagonistas específicos de los receptores adrenérgicos aj como la tamsulosina (400 (ig v.o. una vez al día) o la alfuzosina (de 2,5 a 10mg v.o. una vez al día), seguidos de un intento de vaciamiento, pueden ser útiles en la retención urinaria.

La formulación depot de los análogos de la hormona liberadora de hormona luteinizante (triptorelina, inyección i.m. trimestral; goserelina, inyección s.c. trimestral) y/o los antiandrógenos orales (bicalutamida, 50 mg una vez al día; ciproterona, 100 mg dos veces al día) se utilizan con frecuencia en el cáncer de próstata sensible a andrógenos.

Incontinencia continúa

El tratamiento habitual implica el uso de una sonda permanente o de una sonda tipo preservativo en varones (si el paciente no presenta retención).

Existen diferentes opciones para el tratamiento de la fístula vesicovaginal, como el drenaje mediante catéter uretral o suprapúbico.

Incontinencia fecal

Definición

La incontinencia fecal es la pérdida involuntaria de heces que causa sufrimiento en el paciente. La incontinencia fecal, a diferencia de la urinaria, es causa de ingreso

hospitalario de forma precoz, incluso cuando a menudo su causa es clara y su tratamiento es sencillo.

Epidemiología

El 20% de los ancianos institucionalizados tienen incontinencia fecal¹¹. Aunque la incidencia en la población con cáncer es desconocida, es un problema clínico importante pero descuidado en los enfermos crónicos.

Fisiopatología

La continencia fecal normal depende de varios factores: la función mental, el volumen y consistencia de las heces, el tránsito colónico, la distensibilidad rectal, la función del esfínter anal, la sensibilidad y los reflejos anorrectales.

Los principales factores de riesgo de la incontinencia fecal son la inmovilidad, la demencia, el estreñimiento, la diarrea, el cáncer y las alteraciones neurológicas de la defecación y los estados confusionales. La causa más frecuente, tras la inaccesibilidad a un baño, es la impactación fecal con pseudodiarrea.

Manifestaciones clínicas

La evaluación inicial debería incluir una anamnesis detallada, una exploración física dirigida y un tacto rectal.

Debería evaluarse la presencia de alteraciones neurológicas focales y determinar el estado mental.

La incontinencia fecal de larga duración (>8 días) o permanente se asocia a un aumento de la mortalidad y es un marcador de mal pronóstico.

- Las pruebas de laboratorio pueden incluir los electrolitos plasmáticos y el BUN.
- Analizarse presencia de sangre en las heces.
- Las radiografías abdominales en decúbito y en bipedestación pueden descartar la impactación por encima del recto.

Tratamiento

Medidas generales para un programa de defecación

- Mantener un buen control general del síntoma.
- Estimular la actividad física y la movilidad.
- Mantener una ingesta adecuada de líquidos por vía oral.
- Maximizar el contenido de fibra de la dieta.
- Anticiparse a los fármacos que producen estreñimiento: modificar un tratamiento o iniciar un laxante preventivo.
- Crear un ambiente favorable (acceso al baño o a la cuña).
- Proporcionar educación sanitaria y entregar folletos al paciente y la familia.
- Revisar el progreso de forma regular.

Si la incontinencia fecal se asocia a diarrea, deberían tratarse si es posible los trastornos subyacentes (la malabsorción de sales biliares). Pueden ayudar los fármacos antidiarreicos, como la loperamida y el difenoxilato, o los secuestradores de ácidos biliares.

Las indicaciones de derivación a un gastroenterólogo son

- 1) incontinencia/estreñimiento con pérdida de peso, hemorragia rectal o anorexia.
- 2) diarrea de gran volumen sin una causa identificada.
- 3) un cuadro clínico complejo o uno que no responde al tratamiento estándar.

Bibliografía

Declan Walsh. (2010). Medicina paliativa. España: Elsevier.