

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA PALIATIVA

CUARTA UNIDAD

Incontinencia urinaria

KAREN YURENNI MARTINEZ SANCHEZ

DR. ACUÑA DE SAZ RICARDO

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.

EPIDEMIOLOGÍA

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.

A cualquier edad, la continencia depende no sólo de la integridad de la función de las vías urinarias bajas, sino también de una actividad mental, una movilidad, una motivación y una destreza manual adecuadas. La IU en cuidados paliativos se asocia con frecuencia a déficits que no son de las vías urinarias. 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 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 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) es infrecuente en estos pacientes. Está causada por una hipermovilidad uretral y/o defectos neuromusculares (déficit de esfínter intrínseco). 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 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

La evaluación inicial debería incluir una anamnesis completa, una exploración física dirigida y un análisis de orina. Es importante preguntar sobre el impacto de la IU sobre la CdV. Deberían explorarse cuidadosamente el recto y la vagina para detectar cualquier patología evidente. 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/un desbordamiento no explicados. Los calendarios de frecuencia/volumen de tres a siete días proporcionan información vital sobre los problemas funcionales (de capacidad vesical) experimentados. La prueba de esfuerzo mediante la tos o la maniobra de Valsalva en la vejiga confortablemente llena puede confirmar la IUE.

TRATAMIENTO

La prioridad debe ser mantener y promover la autoestima y mejorar la CdV tanto como sea posible. El tratamiento debería dirigirse hacia la eliminación de las causas subyacentes. Son importantes la detección y el tratamiento de las causas reversibles, como la ITU, la impactación fecal o la retención urinaria. Debido a que muchas intervenciones dependen de la movilidad, la destreza y la dieta, es ideal realizar un abordaje multidisciplinario, 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. El especialista en continencia y el fisioterapeuta son vitales para lograr éxito en el entrenamiento del suelo pelviano.

Hiperactividad del detrusor e incontinencia urinaria de urgencia. Las medidas sencillas, como ajustar el momento o la cantidad de la ingesta de líquidos o proporcionar un inodoro o un orinal, son con frecuencia satisfactorias. La oxibutinina es un antagonista de los receptores muscarínicos M1 y M3 y un relajante muscular

directo. Es el fármaco estándar frente al cual se prueban otros fármacos y terapias. Las preparaciones de liberación controlada son igualmente eficaces, pero producen menor sequedad de boca (68% frente a 87%) en comparación con la oxibutinina de liberación inmediata. Las sondas tipo preservativo son útiles para los varones, pero pueden no ser viables para aquellos con un pene pequeño o retraído. Los catéteres uretrales permanentes deberían evitarse para la HD/IUU porque generalmente la agudizan. Si deben utilizarse (para permitir la curación de una úlcera por presión), se prefieren los catéteres de silicona de calibre 14 o 16, para evitar las fugas alrededor de la sonda.

Incontinencia urinaria de esfuerzo. Las medidas conservadoras, como el 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, pueden controlar los síntomas. 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.

Incontinencia por desbordamiento. puede ser un signo de compresión de la médula espinal debido al cáncer de próstata metastásico. 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 debido a un aumento benigno de la próstata. Los inhibidores de la 5 «-reductasa como la finasterida (5mg v.o. una vez al día) y la dutasterida (0,5 mg v.o. una vez al día) tienen un inicio de acción más largo (hasta 3 meses) y son inadecuados en cuidados paliativos.

Incontinencia continua. El tratamiento habitual implica el uso de una sonda permanente o de una sonda tipo preservativo en varones (si el paciente no presenta retención). Los tratamientos más invasivos deberían llevarse a cabo sólo tras la consideración de la expectativa de vida y los beneficios probables en la CdV

Bibliografía: Caraceni,Fainsinger,Foley,Glare,Gho,Lloyd-Williams,Núñez Olarte,Radbruch. (2010). declan walsh, medicina paliativa. barcelona, españa: ELSEVIER.