



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

INCONTINECIA URINARIA

Universidad del sureste

CRISTOPHER MANUEL LIY NAZAR 28 de junio de 2020

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina² Predispone a la aparición de exantemas perineales, úlceras por presión, infecciones del tracto urinario (ITU), sepsis urinarias, caídas y fracturas 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. La continencia urinaria requiere un control adecuado de las fases alternantes 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 el central 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.

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 incontinencia por desbordamiento puede estar causada por un detrusor hiperactivo o por una obstrucción del flujo de salida de la orina. Los pacientes acuden con retención y desbordamiento de orina, manifestado con mayor frecuencia como enuresis nocturna de nuevo inicio

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. En todos los pacientes debería estimarse el residuo posmiccional (RPM) mediante palpación, utilizando un catéter desechable o una ecografía vesical si se dispone de la misma. Los estudios diagnósticos posteriores y la derivación al especialista dependen de la valoración clínica inicial y de la investigación basal. Sólo debería considerarse la valoración urodinámica si modificase el tratamiento. El tratamiento debería dirigirse hacia la eliminación de las causas subyacente. 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.

La oxibutinina es un antagonista de los receptores muscarínicos 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 preparaciones más novedosas pretenden ser más selectivas para los receptores M3, con vistas a minimizar estos efectos adversos. Los efectos adversos de los fármacos antimuscarínicos son la sequedad de boca, el estreñimiento, la visión borrosa, la somnolencia, las náuseas, los vómitos, el malestar abdominal, la dificultad para la micción, las palpitaciones, la cefalea, las reacciones cutáneas y la estimulación del sistema nervioso central. Los efectos secundarios pueden minimizarse utilizando preparaciones de una vez al día y realizando una titulación de la dosis.

Los efectos adversos de los fármacos antimuscarínicos son la sequedad de boca, el estreñimiento, la visión borrosa, la somnolencia, las náuseas, los vómitos, el malestar abdominal, la dificultad para la micción, las palpitaciones, la cefalea, las reacciones cutáneas y la estimulación del sistema nervioso central. Los efectos secundarios pueden minimizarse utilizando preparaciones de una vez al día y realizando una titulación de la dosis. Porque generalmente la agudizan. Si deben utilizarse (p. ej., 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 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.

Incontinencia por desbordamiento de la médula espinal debido al cáncer de próstata metastásico. Los antagonistas específicos de los receptores adrenérgicos α_1 como la tamsulosina (400 μ g v.o. una vez al día) o la alfuzosina (de 2,5 a 10 mg 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. los antiandrógenos orales (p. ej., 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 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. La fístula vesicoentérica puede ser tratada mediante derivación intestinal o colostomía si se considera apropiado.

Bibliografía

BIBLIOGRAFIA

WALASH DECLAN (ET AL) "MEDICINA PALIATIVA" (INCONTINENCIA URINARIA) 2010 Elsevier España,