

Título del trabajo:

RESUMEN INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL

Unidad IV

Nombre del alumno: Karla Zahori Bonilla Aguilar

Nombre de la asignatura: Medicina Paliativa

Semestre y grupo: 6° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: Ricardo Acuña de Saz

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 23 de Junio de 2020.

Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina.

Epidemiología

Es frecuente y afecta del 15 al 30% de las personas ancianas.

Fisiopatología

La hiperactividad del detrusor (HD) y la incontinencia urinaria de urgencia (IUU) son causas frecuentes de IU en cuidados paliativos; Las causas corregibles son el delirium, la ITU, la uretritis/vaginitis atrófica, los fármacos, la producción excesiva de orina y la impactación fecal. 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.

Manifestaciones clínicas

- Evaluación cuidadosa y detectar factores:
- Corregibles
- Enfermedades coexistentes
- Alteración funcional
- Factores ambientales

La evaluación inicial debería incluir una anamnesis completa, una exploración física dirigida y un análisis de orina. Deberían explorarse cuidadosamente el recto y la vagina para detectar cualquier patología evidente. La prueba de esfuerzo mediante la tos o la maniobra de Valsalva en la vejiga confortablemente llena puede confirmar.

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, 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

Ajustar el momento o la cantidad de la ingesta de líquidos o proporcionar un inodoro o un orinal, son con frecuencia satisfactorias. Si el paciente coopera, el entrenamiento conservador de la vejiga extiende el intervalo entre micciones.

Las medidas conservadoras combinadas con el tratamiento farmacológico (tabla 164-1).

Fármaco estándar: oxibutinina.

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.

Incontinencia por desbordamiento: Está indicado el sondaje inmediato. El tratamiento definitivo debe ser individualizado y puede incluir técnicas quirúrgicas o intervencionistas como el sondaje permanente, el sondaje intermitente aséptico (SIA) o la endoprótesis uretra.

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). La fístula uretrocutánea se trata mejor mediante drenaje con catéter suprapúbico si el paciente no es candidato a una reparación definitiva.

Incontinencia fecal

La incontinencia fecal es la pérdida involuntaria de heces que causa sufrimiento en el paciente.

Epidemiología: el 20% de los ancianos institucionalizados tienen incontinencia fecal.

TABLA 164-1 Fármacos anticolinérgicos utilizados frecuentemente		
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
Trosipio	20 mg dos veces al día	Oral

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. Las alteraciones de cualesquiera de estos factores, solos o combinados, pueden causar incontinencia.

Manifestaciones clínicas: valoración completa del estado físico y mental, el hábito intestinal previo, los hábitos dietéticos y los fármacos. La evaluación inicial debería incluir una anamnesis detallada, una exploración física dirigida y un tacto rectal.

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.

Dx. Las pruebas de laboratorio pueden incluir los electrolitos plasmáticos y el BUN. Debería analizarse la presencia de sangre oculta en heces. Las radiografías abdominales en decúbito y en bipedestación pueden descartar la impactación por encima del recto. En los casos complejos pueden requerirse estudios especializados del aparato digestivo, como el enema de bario, la manometría rectal o la colonoscopia.

Tratamiento: En el caso de la impactación fecal, el vaciamiento completo del recto se logra mediante desimpactación manual y enemas oleosos o acuosos según se requiera. A continuación se previenen las recurrencias mediante laxantes como los ablandadores fecales, los laxantes salinos, los laxantes estimulantes y los productos osmóticos con un único fármaco; Si la incontinencia fecal se asocia a diarrea, deberían tratarse si es posible los trastornos subyacentes (p. ej., la malabsorción de sales biliares). Pueden ayudar los fármacos antidiarreicos, como la loperamida y el difenoxilato, o los secuestradores de ácidos biliares.

Bibliografía

Walsh, D. (2010). Medicina paliativa. España: Elsevier.