



# **INCONTINENCIA URINARIA**

MEDICINA PALIATIVA

**DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ**

MEDICINA HUMANA

6TO SEMESTRE

ITZEL AQUILINE RAMOS MATAMBU

BERRIOZABAL, CHIAPAS 28 DE UNIO DEL 2020

## INCONTINENCIA URINARIA

### Definición y tipos

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina<sup>2</sup>. 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. 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. 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 (p. ej., 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 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 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

### 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. 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. 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. Estos profesionales pueden dar consejos sencillos no sólo sobre los requerimientos diarios de líquidos y cafeína y sobre la ingesta de alcohol, sino también sobre técnicas para el sondaje urinario intermitente y los diferentes sistemas de recolección externa. El especialista en continencia y el fisioterapeuta son vitales para lograr éxito en el entrenamiento del suelo pelviano.

*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. Si el paciente coopera, el entrenamiento conservador de la vejiga extiende el intervalo entre micciones. Las medidas conservadoras combinadas con el tratamiento farmacológico episódicos de incontinencia. 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.

Episodios de incontinencia La oxibutinina es un antagonista de los receptores muscarínicos y M3 y un relajante muscular directo. Es el fármaco estándar 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 palpaciones, 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*

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

#### *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 uretral. La incontinencia por desbordamiento/ retención 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. La formulación depot de los análogos de la hormona liberadora de hormona luteinizante (p. ej., triptorelina, inyección i.m. trimestral; goserelina, inyección s.c. trimestral) y/o 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. La resección/incisión transuretral de la próstata con frecuencia es una opción razonable incluso en el carcinoma avanzado de próstata.

### *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. Existen diferentes opciones para el tratamiento de la suprapúbica, la reparación quirúrgica y la nefrostomía percutánea bilateral. En la mayoría de los pacientes se requiere una derivación urinaria a través de un conducto ileal. La fístula uretrocutánea se trata mejor mediante drenaje con catéter suprapúbico si el paciente no es candidato a una reparación definitiva. La fístula rectouretral generalmente es una complicación de la prostatectomía radical y se trata mejor mediante colostomía temporal de descarga y sondaje vesical.

### Bibliografía

#### Bibliografía

Cancerini T.A .Fainsiguer. R. (et al), (2010) “medicina paliativa” España, Elsevier,