

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“INCONTINENCIA”

**ALUMNO: ALEJANDRA VELÁSQUEZ
CELAYA.**

ASIGANTURA: GERIATRÍA

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

UNIDAD: 3

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, OCTUBRE
2020**

Es la pérdida involuntaria e incontrolada de orina o la incapacidad para retenerla en la vejiga y tiene como consecuencia problemas físicos, higiénicos, psicológicos y sociales.

Su gravedad se valora en función de la frecuencia con que se presenta y la cantidad de orina perdida.

Es difícil determinar con exactitud la prevalencia y la incidencia de la incontinencia urinaria con base en los datos aportados por diversas investigaciones en cuanto a grupo de edad, raza, género, tipo de población (es decir, pacientes institucionalizados, hospitalizados o residentes de la comunidad) y, por tanto, los porcentajes.

Brown et al. informan que 55% de las mujeres sufrió antes algún tipo de caída, que en 8.5% de los casos se complicó con fracturas.

En estos casos, la incontinencia fue de 25%. Con base en estos datos se concluyó que la incontinencia de urgencia es un factor de riesgo para el síndrome de caídas; estas últimas se incrementan en 26% y las fracturas en 34%.

Factores de riesgo.

La edad como tal no constituye un factor de riesgo.

Los porcentajes de población joven con incontinencia son muy altos y la diferencia con las personas ancianas es muy poca.

Las enfermedades que presentan los ancianos sí pueden ser factores, como diabetes mellitus, tos crónica, trastornos del sueño, demencia, tabaquismo, obesidad y estreñimiento, lo mismo que algunos fármacos, como hipnóticos y ansiolíticos, en pacientes institucionalizados.

En las mujeres destacan paridad, histerectomía y los tratamientos hormonales (aunque esto aún no está comprobado) y en hombres la hipertrofia de la próstata.

Etiología.

La etiología de la incontinencia urinaria es multifactorial y puede dividirse en las siguientes causas:

1. Metabólicas: la diabetes mellitus se considera uno de los factores previos o predisponentes.
2. Ginecológicas: atrofia de toda la mucosa vaginal, cistocele, prolapso uterino, multiparidad.
3. Yatrógenas:
 - a) Sondas uretrales.
 - b) Fármacos:
 - Sustancias que deprimen la actividad del detrusor: anticolinérgicos, antidepresivos, antiparkinsonianos, neurolépticos, agonistas adrenérgicos β , bloqueadores de los canales del calcio, analgésicos opioides, inhibidores de prostaglandinas y ansiolíticos.
 - Fármacos que incrementan la actividad del detrusor: bloqueadores β y diuréticos.
 - Sustancias que disminuyen la resistencia uretral: bloqueadores adrenérgicos α .
 - Fármacos que incrementan la resistencia uretral: agonistas adrenérgicos α .
4. Urológicas: hipertrofia prostática benigna, prostatectomía.
5. Neurológicas: enfermedad de Parkinson, hidrocefalia, demencia senil de tipo Alzheimer, delirium.
6. Funcionales: deterioro físico o cognoscitivo, como en la inmovilidad, las artritis y la demencia, así como barreras arquitectónicas.
7. Psiquiátricas: depresión.
8. Infecciosas: infección de vías urinarias.

Una causa más que debe agregarse a todas las anteriores es la impacción fecal, que es el origen de la incontinencia urinaria del anciano en 10% de los casos.

El aumento del índice de masa corporal es un factor que suele predisponer a la incontinencia urinaria.

De inicio abrupto, se relaciona de forma notoria con una enfermedad aguda o es secundaria a algún trastorno yatrógeno.

Las enfermedades agudas más frecuentes incluyen infecciones de vías urinarias o retención urinaria, así como impacción fecal; también se observa en personas que reciben tratamiento inadecuado con diuréticos y en el delirium.

La incontinencia urinaria repentina suele ser reversible y constituye una manifestación inespecífica de enfermedad en el envejecimiento.

Aunque todos los cambios anteriores predisponen al anciano a padecer incontinencia urinaria, no lo hacen de manera aislada sino en conjunto, por lo que este padecimiento se considera multifactorial.

El reflejo miccional inicia cuando el volumen de orina en la vejiga es de 150 a 200 ml y la capacidad para mantenerlo depende del cierre uretral.

El sistema de control es doble: el esfínter interno innervado por el sistema nervioso central autónomo, fuera del control voluntario, y el esfínter externo de músculo estriado al que llegan fibras colinérgicas y que puede controlarse en forma voluntaria.

El vaciamiento vesical depende de la respuesta del sistema nervioso al incremento de volumen de orina en la vejiga.

En el control neurológico de la micción participan el puente y la corteza parietal y frontal, lo cual explica la presencia de este signo clínico en pacientes con síndrome demencial.

Tratamiento.

La eficacia del tratamiento de la incontinencia urinaria depende de un diagnóstico preciso y debe individualizarse de acuerdo con los factores causales.

En general, puede ser conservador (fisioterapia, fármacos, dispositivos mecánicos) o quirúrgico si las medidas conservadoras fallan.

Entre otras medidas útiles para casi todos los tipos de incontinencia urinaria figuran usar pañales ultraabsorbentes, establecer un calendario de incontinencia y ejercitar los músculos pélvicos.

Bibliografía.

- Rodríguez, R. (2011). Práctica de la geriatría. México, D. F.: Mc GrawHill