



DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

ALUMNOS: CÉSAR ALEXIS GARCÍA RODRÍGUEZ

LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 6º

UNIDAD: 3

MATERIA: GERIATRIA

TITULO DEL TRABAJO: (Resumen) Incontinencia



Incontinencia

Los cálculos poblacionales señalados en otros capítulos permiten establecer que México experimenta una transición, demográfica y epidemiológica, hacia una población envejecida creciente con problemas derivados de comorbilidad y enfermedades crónicas que exigen profundizar en los conocimientos respectivos. Las incontinencias urinaria y fecal ocupan un lugar importante en la problemática holística debido a sus repercusiones y efectos negativos, sea en la autoestima o en la calidad de vida y los problemas psicoafectivos que interfieren con las actividades de autocuidado, sociales y de recreación. En definición se dice que, 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. **Cambios en el aparato genitourinario secundarios al proceso de envejecimiento.** **Riñón.** En el séptimo decenio de la vida se ha perdido ya cuando menos 10% de los glomérulos funcionales existentes en la juventud. El flujo renal se reduce de 8 a 10% por decenio y la zona más afectada es la cortical. Se establecen comunicaciones directas entre arteriolas aferentes y eferentes yuxtglomerulares, además de que aparecen microdivertículos en la porción distal de los túbulos. **Vejiga.** Las afectaciones estructurales y funcionales incluyen pérdida de elasticidad y tono muscular, la cual reduce la contractilidad y debilita el piso pélvico y el esfínter vesical, y modificaciones en la mucosa, con tendencia a la trabeculación y la formación de divertículos. La vejiga pierde su capacidad para conservar el volumen urinario y retrasar la micción; también disminuye el flujo urinario en ambos sexos. **Próstata.** La hipertrofia favorece la retención urinaria, las infecciones y la incontinencia. En ambos sexos se observan cambios en los patrones de excreción de líquido que ocasionan nicturia; los ancianos producen mayor cantidad de orina por la noche, a diferencia de los jóvenes, en quienes la producción de orina es sobre todo diurna. Un cambio de importancia durante el envejecimiento es la formación de uniones dispersas protruidas entre las células de músculo liso. **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. **Clasificación de la incontinencia urinaria.** ***Incontinencia urinaria aguda o transitoria.*** 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. ***Incontinencia urinaria persistente.*** Para catalogarse como tal debe persistir por más de tres semanas; se clasifica en cuatro tipos: ***Incontinencia de urgencia:*** es la pérdida de la orina acompañada de un deseo urgente de orinar. Lo anterior puede ocurrir tanto en el día como en la noche; en este último caso se manifiesta en la forma de nicturia. La incontinencia de urgencia se debe a la pérdida de la capacidad para retrasar la micción por inestabilidad de tipo motor del músculo detrusor, que se expresa en hiperactividad; otra variante es de tipo sensorial. ***Incontinencia de esfuerzo:*** es la pérdida involuntaria de orina en pequeñas cantidades vinculada con circunstancias que elevan la presión abdominal, como reír, toser, subir escaleras, practicar ejercicio y estornudar, entre otras. Esta pérdida de orina se debe a la debilidad de los músculos que forman el piso de la pelvis o a la incompetencia del esfínter uretral. ***Incontinencia funcional:*** el concepto puede prestarse a controversias derivadas de que la pérdida urinaria sólo depende de la incapacidad para llegar al baño y la integridad estructural y neuromotora. Por lo anterior, puede señalarse que la incontinencia funcional es la pérdida de orina acompañada de incapacidad para llegar al baño en el tiempo necesario por deterioro de las funciones físicas y cognoscitivas, por factores ambientales o externos como barreras arquitectónicas, o por pérdida de la habilidad para moverse, como en los pacientes artríticos. ***Incontinencia urinaria por rebosamiento:*** es la pérdida de orina por distensión

exagerada de la vejiga ocasionada por obstrucción uretral. Es más frecuente en el hombre, en quien constituye el segundo tipo de incontinencia. La obstrucción de la uretra puede ser consecuencia de hipertrofia prostática benigna, estenosis uretral o impacción fecal. **Fisiopatología.** 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 inervado 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. **Incontinencia de urgencia o por hiperactividad del detrusor.** Es la incontinencia más frecuente en el paciente geriátrico y consiste en la contracción prematura de la vejiga por daños en la inervación hiperactividad del detrusor aunado a debilidad del esfínter como resultado del proceso de envejecimiento y que ocasiona la salida de orina incluso más de 100 ml; en caso contrario, se conoce como inestabilidad del detrusor. **Incontinencia de urgencia o por estrés.** Es frecuente en las mujeres y se produce por cualquier actividad física, incluida la tos; en menor medida, resulta de intervenciones quirúrgicas transuretrales o radioterapia de radiación, sobre todo en varones viejos con cáncer de próstata o sometidos a prostatectomía. Se debe en particular a debilidad de las estructuras pélvicas de soporte que mantienen el esfínter cerrado y, en algunos casos, a daño o incompetencia del esfínter uretral y uretra hipermóvil. **Incontinencia por obstrucción uretral.** Es más frecuente en el anciano varón. Este tipo de incontinencia puede relacionarse con un componente nervioso, en cuyo caso corresponde a hiperactividad del detrusor. Las causas no neurológicas incluyen hiperplasia benigna de la próstata, adrenérgicos α , cáncer y estrechamientos. **Incontinencia mixta.** Los factores que la producen son combinaciones de los anteriores; la combinación más frecuente es hiperactividad del detrusor con incompetencia en la salida del flujo. Mención aparte merece la nicturia, muy frecuente, pero poco estudiada. **Diagnóstico.** Para establecer un buen diagnóstico debe empezarse por obtener información completa y lo más exacta posible, ya sea a través del paciente o el cuidador. Puesto que la incontinencia urinaria, transitoria o establecida, tiene diversas causas, deben tenerse en cuenta

todas, además del estado funcional del individuo, para lo cual pueden consultarse diversas fuentes, como los registros médicos, y al enfermo y los cuidadores, así como apoyarse en las diversas escalas de valoración geriátrica (Pfeiffer, MMSE, Katz, Barthel). Otras pruebas para establecer el diagnóstico con certeza son la prueba de estrés y la medición del volumen residual posmicción. La prueba de estrés se efectúa con la vejiga llena y el paciente relajado y en una posición lo más erguida posible. **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 por 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. **Incontinencia fecal. Definición.** Es la incapacidad para retener la materia fecal, ya sea de consistencia sólida o líquida, que da lugar a salida involuntaria por el ano. Como la incontinencia urinaria, tiene como consecuencia problemas físicos, higiénicos y sociales. **Cambios relacionados con el envejecimiento.** El recto es una estructura tubular de unos 12 a 15 cm de largo; con el envejecimiento, el esfínter anal interno se engruesa hasta alcanzar 2.8 a 3.4 mm en personas mayores de 55 años. Aunque no se sabe bien qué función tiene tal engrosamiento, se ha propuesto que se trata de una medida biológica para compensar la incontinencia. **Fisiopatología.** En condiciones normales, la continencia depende de los músculos puborrectales, el piso de la pelvis y los esfínteres internos y externos que pueden retener las heces por algún tiempo, y que constituyen barreras anatómicas que impiden el movimiento de las heces. Cualquier falla en la tonicidad de estos elementos provoca incontinencia, que se acompaña de fallas en la sensación secundaria a una lesión nerviosa. **Clasificación.** ***Incontinencia por rebosamiento.*** Es el tipo de incontinencia más frecuente en pacientes institucionalizados; la causa más común es la impacción fecal. Se denomina por rebosamiento por la salida de líquido fecal con las heces. ***Incontinencia del reservorio.*** Se debe a disminución de la elasticidad y la capacidad de distensión del colon y el recto. Entre los trastornos relacionados se

cuentan enfermedad inflamatoria idiopática del intestino, proctitis por radiación, isquemia rectal crónica y colectomía con anastomosis ileoanal. **Incontinencia por daños en el esfínter rectal.** La fuerza de contracción del esfínter anal externo y de los músculos puborrectales disminuye. Este cambio se vincula con la edad y es secundario a la acumulación de tejido conectivo en las fibras musculares, que se atrofian. **Diagnóstico.** Para el diagnóstico de la incontinencia fecal debe ponerse énfasis en la fecha de inicio y la manera en que se presentó a fin de valorar el tiempo de continencia incontinencia, así como la duración y la frecuencia, la cantidad de materia fecal, su relación con la ingesta, el patrón intestinal previo y los síntomas que acompañan a cada episodio, como dolor, urgencia, calambres abdominales, hemorragia, sensación rectal de vaciamiento; también ha de valorarse la capacidad física para llegar al sanitario. **Tratamiento.** Depende de la causa y la gravedad de la incontinencia. Para tener un adecuado control y prevenir la eliminación de las heces se recomiendan algunas medidas conservadoras, como acudir al retrete a intervalos determinados y evitar obstáculos que limiten el acceso al baño. A los pacientes ambulatorios se les proporciona una dieta con fibra y se recurre a enemas en quienes no evacúen en dos o tres días e incluso pueden emplearse laxantes. Es importante conocer la presión del esfínter anal porque los supositorios y enemas no son la opción terapéutica más recomendada, si ésta es baja. **Tratamiento quirúrgico.** La estimulación eléctrica del esfínter anal y el implante de un esfínter anal artificial, con el que se obtiene un control hasta de 92%, se recomiendan para pacientes en quienes la intervención quirúrgica no logró resultados satisfactorios o que presentan complicaciones como infección, disfunción u obstrucción para la defecación. La falla del tratamiento inicial de la incontinencia grave conduce a considerar la transposición de músculos graciloplastia, graciloplastia dinámica y transposición glútea. La graciloplastia produce mejoría previa estimulación eléctrica del esfínter mediante la colocación de electrodos y un generador para estimular la función del músculo gracilis.

Bibliografía. Rosalía Rodríguez García, Guillermo Antonio Lazcano Botello. (2011). Incontinencia. En Practica de la Geriatria 3ra Edición (259 a la 268). Mexico D.f.: Mc Graw Hill.