



Alumno: Raul Gibran Gallegos Merlín

Grado: 6º

Grupo: A

Asignatura: Geriatria

Dr. Ricardo acuña Del Saz

Las incontinencias urinarias y fecal es muy importante en la problemática holístico debido a sus repercusiones y efectos negativos, cuando los problemas psicoafectivos que interfieren con las actividades de autocuidado, sociales y de recreación. La pérdida involuntaria e incontrolada de orina o la capacidad para retener la vejiga y con problemas físicos, higiénicos, psicológicos y sociales. La epidemiología se puede considerar algunos puntos importantes, qué es la población anciana que sufre incontinencia urinaria: 8 a 34%, y los hombres de 6.6%, mujeres 14.5%, hasta 30% de la población de adultos mayores experimenta incontinencia urinaria en algún momento de su vida, el porcentaje alcanza 33.3% entre ancianos que residen en la comunidad y la más frecuente en el sexo femenino en una relación de 2:1.

La prevalencia es mayor cuando coexiste con el síndrome demencial en 36% en adultos mayores con cognición íntegra respecto de 77% en ancianos con demencia, en los ancianos con demencia que es más frecuente demencia senil tipo Alzheimer, y la comparación con los afectados por demencia vascular, la incontinencia urinaria se relaciona con estreñimiento, incontinencia fecal e infección urinaria. Bown informa que las mujeres en un 55% sufrió algún tipo de caída, que en 8.5% de los casos se complicó con fracturas, se concluye que la incontinencia de urgencias es un factor de riesgo para el síndrome de caídas, y estas últimas se incrementan en 26 y las fracturas en 34%.

La vejiga en las afectaciones estructurales y funcionales incluyen pérdida de elasticidad y el tono muscular, la vejiga pierde su capacidad para conservar el volumen urinario y retrasar la micción, y esto disminuye el flujo urinario en ambos sexos. Las mujeres disminuyen tanto la presión de cierre uretral como la longitud uretral a consecuencia de la reducción estrogénica. La próstata esto favorece la retención urinaria, las infecciones y la incontinencia, los ancianos ellos producen la cantidad de orina por la noche, un cambio importante durante el envejecimiento es la formación de uniones dispersas protruidas entre las células de músculo liso.

Los factores de riesgo, solíamos creer que la edad constituye un factor de riesgo, pero las poblaciones jóvenes con incontinencia son muy altas y la diferencia con las personas ancianas es muy poca, los ancianos si pueden tener factores predisponentes como diabetes mellitus, tos crónica, trastornos de sueño, demencia, tabaquismo, obesidad y estreñimiento, lo mismo que algunos fármacos, como hipnóticos y ansiolíticos, en paciente institucionalizados. La etiología es multifactorial y puede dividirse en las siguientes causas, las metabólicas como la diabetes mellitus se consideran uno de los factores previos o predisponentes, ginecológicas como atrofia de toda la mucosa vaginal, cistocele, prolapso uterino, multiparidad.

La clasificación de la incontinencia urinaria, las enfermedades agudas más frecuentes incluyen infecciones de vías urinaria o retención urinaria, como el impacto fecal, la incontinencia urinaria repentina suele ser reversible y constituye una manifestación inespecífica de enfermedad en el envejecimiento. Se clasifica en cuatro tipos, que son la incontinencia de urgencia es la pérdida de la orina acompañada de un deseo urgente de orinar, 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.

La 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. Las causas que predisponen y desencadenan este tipo de incontinencia en la mujer comprenden multiparidad, atrofia de la mucosa vaginal, inflamación local de la uretra e intervención quirúrgica abdominal previa. La incontinencia función es el concepto derivadas de que la pérdida urinaria solo depende de la incapacidad para llegar al baño y la integridad estructural y neuromotora. Este tipo de incontinencia es muy frecuente en individuos con demencia o inmovilidad secundaria a dolor muscular, fractura de cadera o pérdida o disminución de la visión.

La incontinencia urinaria por rebosamiento es la pérdida de orina por distensión exagerada de la vejiga ocasionada por obstrucción uretral, y es el más frecuente en el hombre, quien constituye el segundo tipo de incontinencia, la obstrucción de la uretra puede ser consecuencia de la hipertrofia prostática benigna, estenosis uretral o impacción fecal. 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, los controles neurológicos 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.

La intervención parasimpática del detrusor de origen adrenérgico determina la función dilatadora de los bloqueadores B y el efecto de contracción de la estimulación adrenérgica, la esfera psicosocial puede afectar sino de su familia y cuidadores, porque provoca ansiedad, depresión, dependencia, aislamiento y estrés. La incontinencia por obstrucción uretral las causas no neurológicas incluyen hiperplasia benigna de la próstata, adrenérgicos, cáncer y estrechamientos, es rara la alteración de la sinergia del esfínter y este se contrae de manera inapropiada o permanece cerrado en lugar de dar lugar a la relajación normal cuando la vejiga se contrae.

El diagnóstico en el factor preciso del componente nocturno de la incontinencia por lo general es remediable, cualquiera que sea su causa, la prueba de estrés se afecta con la vejiga llena y el paciente relajado y en una posición lo más erguida posible, la tos o el pujido único y vigoroso permiten determinar si el escape coincide con la elevación de la presión abdominal, el volumen residual posmicción debe medirse 5 min después de la micción voluntaria, en los exámenes de laboratorio incluyen una revisión general del paciente para conocer su estado metabólico, y se recomienda determinar nitrógeno ureico sanguíneo y creatinina, así como examen general de orina, urocultivo, química sanguínea y electrolitos séricos.

En el tratamiento de la incontinencia urinaria depende de un diagnóstico preciso y debe individualizarse de acuerdo con los factores causales, puede ser conservador o quirúrgico, en pacientes con deterioro cognoscitivo o demencia y en ancianos

institucionalizados, la incontinencia puede controlarse en un 20 a 40% cuando se inicia un regime regular y progresivo de evacuación vesical, la tolterodina es un nuevo agente antimuscarinico antagonista no selectivo con mayor efecto en los receptores muscarinicos vesicales respecto de las glándulas salivales, por tanto la sequedad de boca es menor, es eficaz para el tratamiento del detrusor inestable en dosis que varían de 25 a 100 mg/dia uno de sus efectos adversos es la hipotensión ortostatica, el trospium y su dosis recomendada es de 5 a 15 mg/dia y tiene menos efectos adversos que la oxibutinina.

La incontinencia transitoria consiste en tratar la enfermedad de base, regular el estado metabolico y hormonal del paciente, eliminar los fármacos productores de incontinencia o sustituirlos por otros que no la produzcan, permitir la movilidad del paciente siempre que sea posible y usar calzones para incontinencia, la incontinencia de urgencia o por inestabilidad del detrusor, que también están indicados antidepressivos como la imipramina, y se recomienda la estimulación eléctrica perineal, el tratamiento se aplica durante 20 min, dos veces al dia, hasta completar ocho semanas, con lo que se obtienen resultados muy favorables.

La incontinencia fecal es la incapacidad para retener la materia fecal, ya sea de consistencia solida o liquida, que da lugar a salida involuntaria por el ano, en su epidemiologia es un problema que se presenta con mayor frecuencia en el anciano, la incidencia es proporcional a la edad, la prevalencia es de 2 a 3% en la población general de adultos mayores. En la etiología las causas de la incontinencia fecal son múltiples, la neurológicas es hidrocefalia, demencia, esclerosis múltiple, tumores en la región motora del sistema nervioso central o la medula espinal.

La edad por disminución del tono del esfínter anal interno y la elasticidad del recto, ginecoobstetricas puesto que el parto es un factor de riesgo por la posible lesión del esfínter anal, multiparidad, en la etiología podemos encontrar las digestivas la impacción fecal, enfermedad inflamatoria idiopática del intestino, prolapso rectal, isquemia crónica rectal. La clasificación encontramos por incontinencia por rebosamiento es el tipo de incontinencia mas frecuente en pacientes institucionalizados, y la causa mas común es la impacción fecal, que esto se

denomina por rebosamiento por la salida de líquido fecal con las heces, la incontinencia del reservorio se debe a disminución de la elasticidad y la capacidad de distensión del colon y el recto, y podemos encontrar los trastornos relacionados se cuenta enfermedad inflamatoria idiopática del intestino, proctitis por radiación, isquemia rectal crónica y colectomía con anastomosis ileoanal. Es importante conocer la presión del esfínter anal porque los supositorios y enemas no son la opción terapéutica más recomendable si esta es baja.

La medida preferida para la incontinencia por rebosamiento es un programa de reentrenamiento con intervalos frecuentes para acudir al retrete, los ejercicios de kegel o de entrenamiento del esfínter no resuelven por si mismos la incontinencia fecal, Better y Miner de acuerdo a los ejercicios de reentrenamiento del esfínter anal permiten reducir la incontinencia de los cinco episodios a un episodio por semana, este tipo de abordaje resulta muy eficaz en pacientes con deterioro cognoscitivo

Bibliografía

Garcia, R. M. (2006). *Practica de la Geriatria*. Mexico: Mc Graw Hill.