

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: GERIATRIA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

TERCER PARCIAL.

TEMA: INCONTINENCIA.



TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS.

INCONTINENCIA

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 micro divertículos en la porción distal de los túbulos. Todo ello determina una disminución progresiva de la cantidad de filtrado glomerular, que se reduce de 0.8 a 1 ml por año a partir del tercer decenio de vida y a los 80 años es de 50%.

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. Se incrementa la frecuencia de contracciones involuntarias no inhibidas y de bacteriuria, además del volumen residual posterior al vaciamiento. En la mujer disminuyen tanto la presión de cierre uretral como la longitud uretral a consecuencia de la reducción estrogénica. La multiparidad es otra causa de incontinencia.

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. 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. Iatrogenias: 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. 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.

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. Como este músculo experimenta hiperactividad, las contracciones no pueden inhibirse y se produce la pérdida de

orina. La inestabilidad del detrusor: se relaciona con enfermedades del sistema nervioso central, como demencia y enfermedad de Parkinson, y con otras causas, entre ellas cistitis, neoplasias, litiasis, divertículos, además de causas idiopáticas.

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. Es más frecuente en mujeres que en hombres; los varones que la presentan suelen tener antecedentes de prostatectomía. 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 radioterapia causa incontinencia en ambos géneros.

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 cognitivas, por factores ambientales o externos como barreras arquitectónicas, o por pérdida de la habilidad para moverse, como en los pacientes artríticos. 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.

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. En la mujer es efecto de cistocele, que produce una contracción débil de la vejiga. Es importante reconocer que aun cuando el paciente orine, se habla de incontinencia porque la salida de la orina ocurre sólo por rebosamiento, y no por un estímulo eficaz para la micción, lo cual la convierte en incontinencia.

Fisiopatología: 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 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. 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. La inervación parasimpática del detrusor de origen adrenérgico determina la función dilatadora de los bloqueadores β y el efecto de contracción de la estimulación adrenérgica α . Es importante mencionar que la incontinencia en ancianos puede afectar la esfera psicosocial no sólo del paciente, sino de su familia y cuidadores, porque provoca ansiedad, depresión, dependencia, aislamiento y estrés. Las causas no neurológicas incluyen hiperplasia benigna de la próstata, adrenérgicos α , cáncer y estrechamientos. Cabe mencionar una causa importante, aunque rara, que es la alteración de la sinergia del esfínter; este último se contrae de manera inapropiada o permanece cerrado en lugar de dar lugar a la relajación normal cuando la vejiga se contrae. 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. Se han formulado varias teorías, una de las cuales menciona el incremento del péptido natriurético auricular durante la noche, pero no se ha demostrado tal relación debido a la limitada tecnología para realizar estudios de esta especificidad. En cambio, se ha demostrado que dicho péptido contribuye a la nicturia y la incontinencia nocturna cuando se relaciona con otros factores, como trastornos del sueño, disminución de la hormona antidiurética (ADH) y reducción de la capacidad funcional de la vejiga. La nicturia también se vincula con menor producción o secreción de ADH o

vasopresina, la cual se puede explicar por una posible pérdida del ritmo circadiano del plasma. Esta pérdida de ADH durante la noche produce un cuadro similar a la diabetes insípida central. El descenso de ADH también ocurre en la mañana y al atardecer, lo cual se comprueba en los pacientes estudiados con mediciones frecuentes. En un estudio se demostró que 70% de los pacientes presenta concentraciones indetectables de ADH. 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. En los pacientes cuyo trastorno se relaciona con hiperactividad del músculo detrusor, el síntoma más frecuente es la “precipitación”, que puede definirse como una sensación abrupta de que la micción es inminente y, por tanto, la salida de orina ocurre sin esfuerzo previo. La nicturia debe definirse y estudiarse antes de considerarla incontinencia porque la gran diversidad de causas puede confundir el diagnóstico. El factor preciso del componente nocturno de la incontinencia por lo general es remediable, cualquiera que sea su causa.

Bibliografía:

Gustavo Rodrigo Medina Beltrán y María del Carmen Ceballos Urbina. (2011). INCONTINENCIA. En PRACTICA DE LA GERIATRIA (259-268). México: Mc Graw Hill.