

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

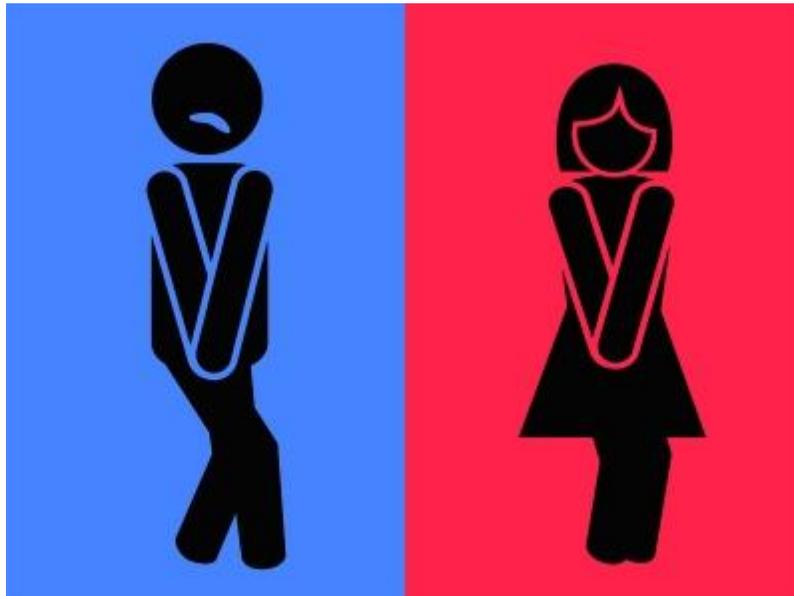
SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

CUARTO PARCIAL.

TEMA: INCONTINENCIA URINARIA.



TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina. 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. 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. La hiperactividad del detrusor (HD) y la incontinencia urinaria de urgencia (IUU) son causas frecuentes de IU en cuidados paliativos. 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. Los cuatro tipos más frecuentes de fístula urinaria son la fístula vesicoentérica, la vesicovaginal, la uretrocutánea y la rectouretral. En cuidados paliativos, las causas más frecuentes son el cáncer de cuello de útero, de vejiga y de recto, generalmente tras radioterapia.

Manifestaciones clínicas: Es fundamental una evaluación cuidadosa para detectar causas corregibles, enfermedades coexistentes, alteración funcional (p. ej., grado de movilidad) y factores ambientales como el acceso al baño y/o disponibilidad de inodoro.

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.

Tratamiento: La prioridad debe ser mantener y promover la autoestima y mejorar la CdV tanto como sea posible. El tratamiento debería dirigirse hacia la eliminación de las causas subyacentes. 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.

Bibliografía: Subhasis K. Giri y Hugh D. Flood. (2010). incontinencia: urinaria y fecal. En Medicina Paliativa de Walsh (899-903). ESPAÑA: Elsevier.