



**DOCENTE:** DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

**ALUMNOS:** CÉSAR ALEXIS GARCÍA RODRÍGUEZ

**LICENCIATURA:** MEDICINA HUMANA

**SEMESTRE:** 5º

**UNIDAD:** 4

**MATERIA:** MEDICINA PALIATIVA

**TITULO DEL TRABAJO:** INCONTINENCIA URINARIA



## **INCONTINENCIA URINARIA**

**Definición y tipos.** 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. Tipos clínicos de incontinencia urinaria: •Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)-fuga involuntaria de orina acompañada o precedida inmediatamente de sensación de micción imperiosa (deseo súbito irremediable de miccionar que es difícil de diferir). •Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): fuga involuntaria con el esfuerzo o el ejercicio físico, el estornudo o la tos. •Incontinencia urinaria mixta (IUM): combinación de IUE e IUU. •Incontinencia por desbordamiento: fuga de orina a una capacidad vesical superior a la normal. •Incontinencia continua: pérdida involuntaria y continua de orina.

**Epidemiología.** La IU es frecuente y afecta negativamente a la calidad de vida (CdV). 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.

**Fisiopatología.** 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. 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.

**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.

**Hiperactividad del detrusor e incontinencia urinaria de urgencia.** Las medidas sencillas, como ajustar el momento o la cantidad de la ingesta de líquidos o proporcionar un inodoro o un orinal, son con frecuencia satisfactorias. Si el paciente coopera, el entrenamiento conservador de la vejiga extiende el intervalo entre micciones. Las medidas conservadoras combinadas con el tratamiento farmacológico (Fármacos anticolinérgicos), si no están contraindicadas, son más eficaces que cualquier abordaje aislado. Estos

fármacos tienen una eficacia similar (del 70 al 75%) para disminuir los episodios de incontinencia. La oxibutinina es un antagonista de los receptores muscarínicos y M3 y un relajante muscular directo. Es el fármaco estándar frente al cual se prueban otros fármacos y terapias. **Incontinencia urinaria de esfuerzo.** Las medidas conservadoras, como el ajuste de la ingesta de líquidos, el tratamiento de la tos, el tratamiento de la vaginitis atrófica, el uso de un tampón o pesario y los ejercicios de suelo pélvico, pueden controlar los síntomas. La duloxetina (de 20 a 40 mg v.o. dos veces al día) puede ser útil. En el 30% de los pacientes que toman duloxetina se producen náuseas transitorias al inicio del tratamiento. En la IU mixta, los antimuscarínicos son con frecuencia útiles. Es improbable que la cirugía sea una opción apropiada en cuidados paliativos. En los casos graves puede ser necesario el sondaje paliativo. **Incontinencia por desbordamiento.** Está indicado el sondaje inmediato. El tratamiento definitivo debe ser individualizado y puede incluir técnicas quirúrgicas o intervencionistas como el sondaje permanente, el sondaje intermitente aséptico (SIA) o la endoprótesis uretral. La incontinencia por desbordamiento/ retención puede ser un signo de compresión de la médula espinal debido al cáncer de próstata metastásico. Los antagonistas específicos de los receptores adrenérgicos aj como la tamsulosina (400 (ig v.o. una vez al día) o la alfuzosina (de 2,5 a 10mg v.o. una vez al día), seguidos de un intento de vaciamiento, pueden ser útiles en la retención urinaria debido a un aumento benigno de la próstata. **Incontinencia continúa.** El tratamiento habitual implica el uso de una sonda permanente o de una sonda tipo preservativo en varones (si el paciente no presenta retención). Los tratamientos más invasivos deberían llevarse a cabo sólo tras la consideración de la expectativa de vida y los beneficios probables en la CdV. La fístula vesicoentérica puede ser tratada mediante derivación intestinal o colostomía si se considera apropiado.

**Bibliografía.** Declan Walsh. (2010). Tos, Hemoptisis y Broncorrea. . En Medicina Paliativa (de 894 a la 899). Cleveland, Ohio: Elsevier Saunders.