



Alumno: Raul Gibran Gallegos Merlín

Grado: 6º

Grupo: A

Asignatura: Medicina Paliativa

Dr. Ricardo Acuña del Saz

La incontinencia urinaria y la incontinencia fecal causan un sufrimiento significativo en los enfermos crónicos. Con frecuencia comparten una etiología común, como la inmovilidad o la demencia. La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina. Predispone a la aparición de exantemas perineales, úlceras por presión, infecciones del tracto urinario, sepsis urinarias, caídas y fracturas.

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.

Incontinencia de esfuerzo. La orina se escapa cuando ejerces presión sobre la vejiga al toser, estornudar, reír, hacer ejercicio o levantar algo pesado. Incontinencia imperiosa. Tienes una necesidad repentina e intensa de orinar, seguida de una pérdida involuntaria de orina. Es posible que tengas que orinar con frecuencia, incluso durante toda la noche. La incontinencia imperiosa puede deberse a una afección menor, como una infección, o a una enfermedad más grave, como un trastorno neurológico o diabetes. Incontinencia por rebosamiento. Tienes goteo de orina frecuente o constante debido a que la vejiga no se vacía por completo. Incontinencia funcional. Un deterioro físico o mental te impide llegar al baño a tiempo. Por ejemplo, si tienes artritis grave, es posible que no puedas desabotonarte el pantalón lo suficientemente rápido. Incontinencia mixta. Tienes más de un tipo de incontinencia urinaria.

La incontinencia urinaria de esfuerzo es infrecuente en estos pacientes. Está causada por una hipermovilidad uretral 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. Deberían determinarse el nitrógeno ureico en sangre y la creatinina y realizar un análisis de orina con o sin urocultivo. En todos los pacientes debería estimarse el residuo posmiccional 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.

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. La oxibutinina es un antagonista de los receptores muscarínicos M1 y M3 y un relajante muscular directo. Es el fármaco estándar frente al cual se prueban otros fármacos y terapias. Las preparaciones de liberación controlada son igualmente eficaces, pero producen menor sequedad de boca (68% frente a 87%) en comparación con la oxibutinina de liberación inmediata. Las preparaciones más novedosas pretenden ser más selectivas para los receptores M3, con vistas a minimizar estos efectos adversos. Los efectos adversos de los fármacos antimuscarínicos son la sequedad de boca, el estreñimiento,

la visión borrosa, la somnolencia, las náuseas, los vómitos, el malestar abdominal, la dificultad para la micción, las palpitaciones, la cefalea, las reacciones cutáneas y la estimulación del sistema nervioso central. Los efectos secundarios pueden minimizarse utilizando preparaciones de una vez al día y realizando una titulación de la dosis. 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.

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. Existen diferentes opciones para el tratamiento de la fístula vesicovaginal, como el drenaje mediante catéter uretral. La incontinencia fecal es la pérdida involuntaria de heces que causa sufrimiento en el paciente. La incontinencia fecal, a diferencia de la urinaria, es causa de ingreso hospitalario de forma precoz, incluso cuando a menudo su causa es clara y su tratamiento es sencillo.

Bibliografía

Caraceni, F. F. (2010). Medicina Paliativa. España: ELSEVIER .