

INCONTINENCIA URINARIA

MEDICINA PALIATIVA



ALUMNA: NIDIA GABRIELA VALDEZ CALDERON

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.

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 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.

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 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 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 (v. «Caso práctico: Tratamiento de la incontinencia urinaria y fecal»).

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.

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.

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.

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. 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 sondas tipo preservativo son útiles para los varones, pero pueden no ser viables para aquellos con un pene pequeño o retraído.

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.

Incontinencia continua

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.