

**NOMBRE DE ESTUDIANTE:
KARLA LIZETH VALENCIA PÉREZ**

DOCENTE:

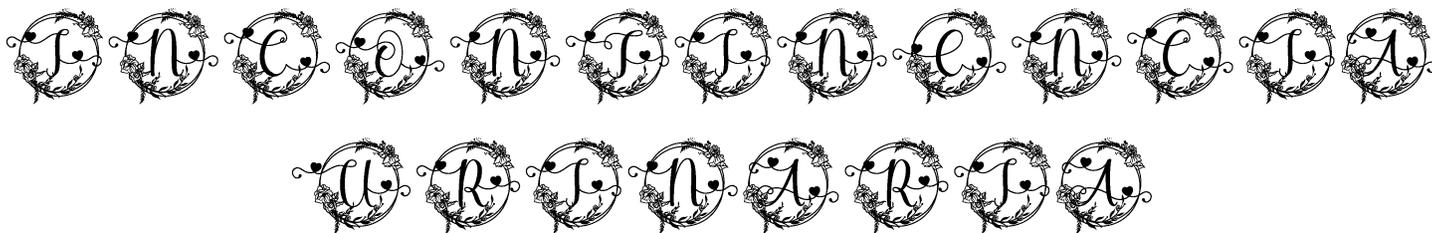
DR. RICARDO ACUÑA DEL SANZ

**MATERIA:
MEDICINA PALIATIVA
TEMA:
INCONTINENCIA URINARIA
CARRERA:**

MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: SEXTO

FECHA: 04/07/ 2021



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.

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. 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 hiperactividad uretral y/o defectos neuromusculares (déficit de esfínter intrínseco). La hiperactividad 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 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.

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, 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 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.

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. Los inhibidores de la 5 «-reductasa como la finasterida (5mg v.o. una vez al día) y la dutasterida (0,5 mg v.o. una vez al día) tienen un inicio de acción más largo (hasta 3 meses) y son inadecuados en cuidados paliativos. La formulación depot de los análogos de la hormona liberadora de hormona luteinizante (p. ej., triptorelina, inyección i.m. trimestral; goserelina, inyección s.c. trimestral) y/o los antiandrógenos orales (p. ej., bicalutamida, 50 mg una vez al día; ciproterona, 100 mg dos veces al día) se utilizan con frecuencia en el cáncer de próstata sensible a andrógenos. La resección/incisión transuretral de la próstata con frecuencia es una opción razonable incluso en el carcinoma avanzado de próstata.

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. Existen diferentes opciones para el tratamiento de la fístula vesicovaginal, como el drenaje mediante catéter uretral o suprapúbico, la reparación quirúrgica y la nefrostomía percutánea bilateral. En la mayoría de los pacientes se requiere una derivación urinaria a través de un conducto ileal. La fístula uretrocutánea se trata mejor mediante drenaje con catéter suprapúbico si el paciente no es candidato a una reparación definitiva. La fístula rectouretral generalmente es una complicación de la prostatectomía radical y se trata mejor mediante colostomía temporal de descarga y sondaje vesical.

INCONTINENCIA FECAL

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.

Epidemiología

El 20% de los ancianos institucionalizados tienen incontinencia fecal. Aunque la incidencia en la población con cáncer es desconocida, es un problema clínico importante pero descuidado en los enfermos crónicos. La incontinencia fecal afecta negativamente a la autoestima y a la CdV.

Fisiopatología

La continencia fecal normal depende de varios factores: la función mental, el volumen y consistencia de las heces, el tránsito colónico, la distensibilidad rectal, la función del esfínter anal, la sensibilidad y los reflejos anorrectales. Las alteraciones de cualesquiera de estos factores, solos o combinados, pueden causar incontinencia. Los principales factores de riesgo de la incontinencia fecal son la inmovilidad, la demencia, el estreñimiento, la diarrea, el cáncer y las alteraciones neurológicas de la defecación y los estados confusionales. La causa más frecuente, tras la inaccesibilidad a un baño, es la impactación fecal conseudodiarrea. La asociación de incontinencia fecal e IU, conocida como «incontinencia

mixta», puede explicarse generalmente debido a las mismas causas subyacentes de escasa movilidad y deterioro cognitivo. La incontinencia mixta también puede ser la consecuencia de lesiones neurológicas periféricas (p. ej., lesión obstétrica) o estreñimiento crónico grave. La incontinencia fecal de inicio reciente en el cáncer, asociada a otros hallazgos como dolor perineal o de espalda y/o síntomas motores y sensitivos, requiere evaluación médica para descartar una compresión medular o lesiones del sistema nervioso central.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El fundamento del tratamiento satisfactorio de la incontinencia es la valoración completa del estado físico y mental, el hábito intestinal previo, los hábitos dietéticos y los fármacos. La evaluación inicial debería incluir una anamnesis detallada, una exploración física dirigida y un tacto rectal. Debería evaluarse la presencia de alteraciones neurológicas focales y determinar el estado mental. Debería establecerse el grado en el que está afectando la incontinencia a la enfermedad actual y a la CdV La incontinencia fecal de larga duración (> 8 días) o permanente se asocia a un aumento de la mortalidad y es un marcador de mal pronóstico.

TRATAMIENTO

Siempre que sea posible debería tratarse la causa subyacente. El programa de defecación debe individualizarse para cumplir las necesidades individuales y las funciones corporales. Puede ser útil consultar con una enfermera que tenga experiencia en el tratamiento de la incontinencia fecal antes de llevar a cabo el programa. En el caso de la impactación fecal, el vaciamiento completo del recto se logra mediante desimpactación manual y enemas oleosos o acuosos según se requiera. A continuación, se previenen las recurrencias mediante laxantes como los ablandadores fecales, los laxantes salinos, los laxantes estimulantes y los productos osmóticos con un único fármaco. Si la incontinencia fecal se asocia a diarrea, deberían tratarse si es posible los trastornos subyacentes (p. ej., la malabsorción de sales biliares). Pueden ayudar los fármacos antidiarreicos, como la loperamida y el difenoxilato, o los secuestradores de ácidos biliares. Las indicaciones de derivación a un gastroenterólogo son 1) incontinencia/estreñimiento con pérdida de peso, hemorragia rectal o anorexia; 2) diarrea de gran volumen sin una causa identificada, y 3) un cuadro clínico complejo o uno que no responde al tratamiento estándar¹⁵ (v. «Perspectivas futuras»)