



NOMBRE DE ESTUDIANTE:
Adly Candy Vázquez Hernández

DOCENTE:
Dr. Ricardo Acuña Del Saz

MATERIA:
Medicina Paliativa

TEMA:
"Incontinencia Urinaria"

CARRERA:
Medicina Humana

SEMESTRE:
6°

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
11/06/2021



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.

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.

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 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.

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) experimentado. 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.

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.

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. Las sondas tipo preservativo son útiles para los varones, pero pueden no ser viables para aquellos con un pene pequeño o retraído. Los catéteres uretrales permanentes deberían evitarse para la HD/IUU porque generalmente la agudizan. Si deben utilizarse (p. ej., para permitir la curación de una úlcera por presión), se prefieren los catéteres de silicona de calibre 14 o 16, para evitar las fugas alrededor de la sonda.

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 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 α_1 como la tamsulosina (400 μ g v.o. una vez al día) o la alfuzosina (de 2,5 a 10 mg 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 α -reductasa como la finasterida (5 mg 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.

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.

BIBLIOGRAFÍAS: Declan Walsh, MD. (2010). Medicina Paliativa. Barcelona, España: Elsevier saunders.