



Unidad III. Principales Enfermedades Geriátricas.

Tema IV. Otras enfermedades. Incontinencia urinaria, constipación y úlceras por presión.

*MSc. Dr. Urbano Solis Cartas. Mg.
Especialista de 1er Grado en Reumatología*

Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo.

• Incontinencia Urinaria

Concepto: la pérdida involuntaria de orina que condicionaba un problema higiénico y/o social, y que se podía demostrar objetivamente.

Tabla 1. Requisitos para el mantenimiento de la continencia urinaria en el anciano

- Almacenamiento adecuado del tracto urinario inferior.
- Vaciamiento adecuado del tracto urinario inferior.
- Motivación suficiente para ser continente.
- Capacidad cognitiva suficiente para percibir el deseo miccional e interpretarlo como tal.
- Movilidad y destreza suficientes para alcanzar el retrete.
- No existencia de barreras ambientales que limiten el acceso al retrete.

Tabla 2. Principales repercusiones de la incontinencia urinaria

Médicas: infecciones urinarias, úlceras cutáneas, infecciones de las úlceras, caídas.

Psicológicas: pérdida de autoestima, ansiedad, depresión.

Sociales: aislamiento, mayor necesidad de apoyo familiar, mayor necesidad de recursos sociosanitarios, mayor riesgo de institucionalización.

Económicas: elevado coste de las medidas diagnósticas y terapéuticas, así como de las complicaciones.

Causas de incontinencias relacionadas con el envejecimiento

Vejiga

Alteraciones anatómicas:

- ↔ del n.º de nervios autonómicos.
- ⇒ de la trabeculación.

Desarrollo de divertículos.

Alteraciones funcionales:

- ↔ capacidad.
- ↔ acomodación.
- ↔ capacidad de diferir la micción.
- ⇒ el n.º de contracciones involuntarias.
- ⇒ residuo postmiccional.

Uretra

Alteraciones anatómicas:

- ↔ en el número de células y sustitución por tejido fibroso.

Alteraciones funcionales:

- ↔ acomodación.
- ↔ presión de cierre.

Próstata

Crecimiento, hiperplasia.

Vagina

- ↔ células y atrofia epitelial.

Suelo pélvico

- ⇒ depósito de colágeno, fibrosis, debilidad muscular.

Tabla 5. Fármacos relacionados con incontinencia urinaria y mecanismo implicado

Fármacos	Mecanismo implicado
Diuréticos	Poliuria, polaquiuria, urgencia miccional.
Hipnóticos	Sedación, inmovilidad, delirio.
Antipsicóticos	Sedación, parkinsonismo, inmovilidad, delirio.
Antidepresivos	Sedación, acción anticolinérgica.
Calcioantagonistas	Retención urinaria.
Anticolinérgicos	Retención urinaria, impactación fecal, delirio.
Opiáceos	Retención urinaria, impactación fecal, delirio.

Clasificación de la incontinencia urinaria : Transitoria (menor de 4 semanas) o establecidas o crónicas.

Tabla 6. Causas transitorias de incontinencia urinaria (acrónimos DRIP o DIAPPERS)

<i>D</i> Delirium	<i>D</i> Delirium
Drogas y fármacos	<i>I</i> Infección
<i>R</i> Retención urinaria	<i>A</i> Atrófica (vaginitis)
Restricción ambiental	<i>P</i> Polifarmacia
<i>I</i> Infección	<i>P</i> Psicológicas
Inflamación	<i>E</i> Endocrinopatías
Impactación	<i>R</i> Restricción movilidad
Inmovilidad	<i>S</i> Stool (fecal)
<i>P</i> Poliuria	
Polifarmacia	

Mecanismos de producción:

1.- **Hiperactividad Vesical:** Parkinson, ACV, demencia, hidrocefalia, tumores; patología vesical (litiasis, neoplasia, infección) y la hiperplasia prostática, estenosis uretral.

2.- **Estrés:** partos múltiples, el hipoestrogenismo, la obesidad) y con cirugía Pélvica previa (ginecológica, resección prostática)

3.- **Rebosamiento:** hipertrofia prostática, compresión extrínseca, estenosis uretral, lesiones medulares, neuropatía periférica.

4.- **Funcional:** demencia o la incapacidad física severas, así como las barreras arquitectónicas o la falta de cuidadores.

Estreñimiento o constipación.

Se define como la evacuación de heces excesivamente secas, escasas (menos de 50g/día) o infrecuentes (menos de dos deposiciones a la semana)

Complicaciones: Impacto fecal (fecaloma), Úlceras colónicas, Fisura anal, prolapso de la mucosa anal, Hernias, Vólvulos del Colon, Incontinencia fecal, Retención urinaria.

Tabla 1. Causas de estreñimiento

Mecánicas	Obstruktiva.	Neoplásicas. Alteraciones postquirúrgicas. Vólvulos. Herniaciones.
	Funcionales.	Enfermedad diverticular. Dieta inadecuada en fibras. Proctitis. Fisura anal. Prolapso anal. Hemorroides. Colitis isquémica. Colon irritable.
Farmacológicas	Laxantes. Benzodiazepinas. Antidepresivos tricíclicos. Levodopa. Antagonistas del calcio. Betabloqueantes. Diuréticos. Antihistamínicos. Antiácidos. Ácido fólico. AINEs. Cualquier opiáceo.	
Metabólicas y endocrinas	Diabetes. Uremia. Hipopotasemia. Hipercalcemia. Hipomagnesemia. Hipotiroidismo.	
Neurológicas	Periféricas.	Neuropatía autonómica. Ganglioneuromatosis.
	Centrales.	Traumatismos. Enfermedades del SNC: Parkinson, demencia, ictus y depresión.

Tratamiento: Dieta, Educación, Ejercicios y el uso de Medicamentos

- Laxantes emolientes (ablandan las heces)
- Laxantes Lubrificantes (facilitan el paso de las heces y disminuyen la absorción colónica del agua.

Tabla 2. Alimentos ricos en fibra

Insoluble	Soluble
Celulosa	Pectina
— Harina de trigo integral.	— Manzanas.
— Salvado.	— Cítricos.
— Familia del repollo.	— Fresas.
— Guisantes/judías secas.	Gomas
— Manzanas.	— Harina de avena.
— Vegetales de raíz.	— Judías secas.
Hemicelulosa	— Otras legumbres.
— Salvado.	
— Cereales.	
— Cereales integrales.	
Lignina	
— Verduras maduras.	
— Trigo.	

Úlceras por Presión

Es una lesión de origen **isquémico**, localizada en la piel y tejidos subyacentes con **pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros**

Factores de riesgo

a) Fisiopatológicos

- Lesiones cutáneas: envejecimiento y patológicas.
- Trastornos del transporte de oxígeno: Insuficiencia vascular periférica, estasis venoso, trastornos cardiopulmonares.
- Déficit nutricionales: delgadez, obesidad, anemias, hipoproteïnemia.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección.
- Alteraciones del estado de conciencia: fármacos, confusión, coma.
- Déficit motor: ACV (accidente cerebrovascular), fracturas.
- Alteraciones de la eliminación: urinaria y fecal.

b) Derivados del tratamiento

- Inmovilidad impuesta por tratamiento.
- Tratamiento inmunosupresor: radioterapia, quimioterapia.
- Sondajes con fines diagnósticos o tratamiento.

c) Situacionales

- Falta de higiene.
- Arrugas en la ropa.
- Objetos de roce.
- Inmovilidad por dolor, fatiga.

d) Del entorno

- Falta o mala utilización del material de prevención.
- Desmotivación profesional y Sobrecarga de trabajo.
- Falta de criterios unificados en la planificación de las curas.
- Falta de educación sanitaria de cuidadores y pacientes.

Figura 3. Posición de Fowler

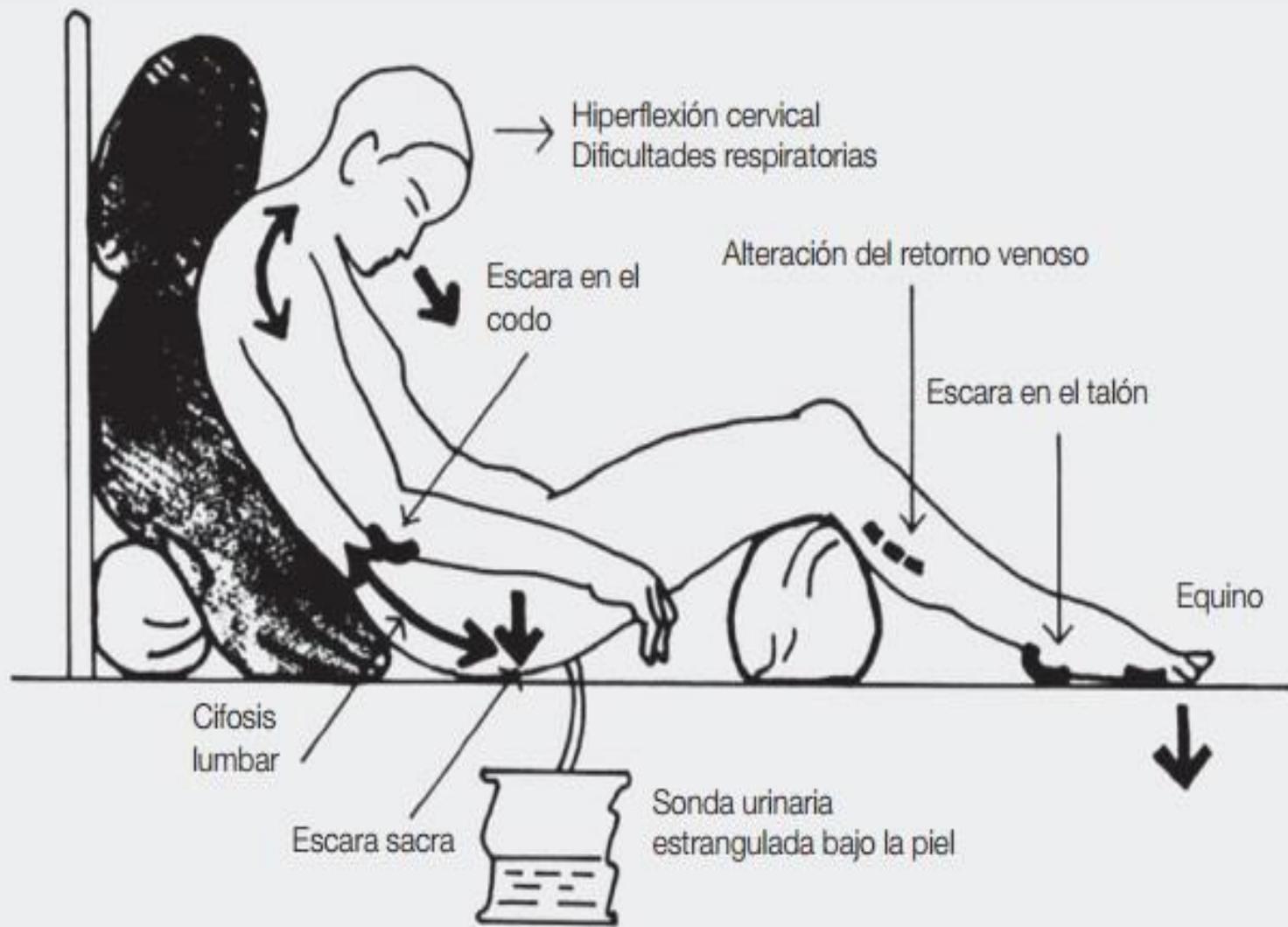
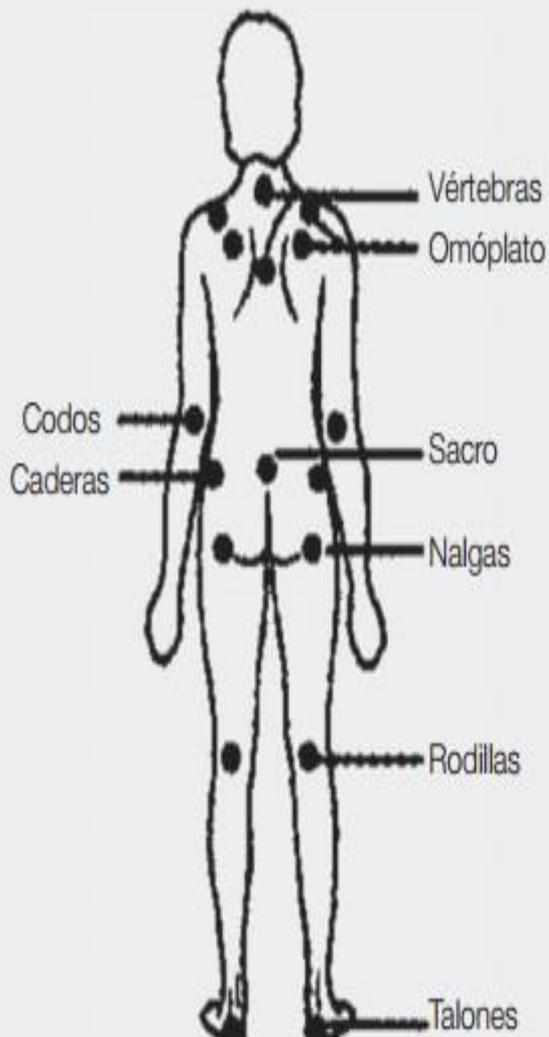


Figura 4. Localización de las úlceras por presión



En la evaluación diagnóstica de las UP se deben tener en cuenta los siguientes elementos:

- a) Localización y número de lesiones
- b) Estadio: tiene en cuenta su aspecto externo.
- c) Área
- d) Profundidad
- e) Secreción de la úlcera
- f) Tejido existente en el lecho ulceral
- g) Estado de la piel perilesional.

Tratamiento:

1. Medidas preventivas

- Inspección sistemática de la piel
- Limpiar la piel con agua tibia y jabones
- Minimizar los factores ambientales que producen sequedad de la piel.
- Tratar la piel seca con agentes hidratantes.
- Evitar el masaje sobre las prominencias óseas y la exposición de la piel a la orina y materia fecal.
- Reducir al mínimo la fricción y rozamiento.
- Tratar la desnutrición y mejorar la movilidad.
- Ejercicios pasivos y activos que incluyen desplazamiento para disminuir la presión sobre prominencias óseas.

Tabla 3. Protocolo de curas de úlceras por presión

	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Estadio de la UPP	Eritema que no palidece. Piel intacta (calor, edema e induración).	Pérdida parcial de la epidermis, dermis o ambas. Abrasión, ampolla o úlcera superficial.	Pérdida completa de la piel que implica daño o necrosis del tejido subcutáneo con presencia de exudado.	Pérdida total de la piel con destrucción extensa. Afectación muscular, ósea y estructuras de sostén. Abundante exudado.
Procedimiento general	<ul style="list-style-type: none">– Identificación de la UPP y registro.– Cura:<ul style="list-style-type: none">• Limpieza úlcera con suero fisiológico [C].• Aplicar apósito sin recortar y excediendo en al menos 3 cm del borde de la lesión.• Mantener la piel del tejido perilesional seca, manteniendo el lecho de la úlcera siempre húmedo.• Si se ha de desbridar aplicar povidona yodada en la piel circundante, dejando secar tres minutos Valoración diaria [C].• Continuar protocolo de prevención.– Registro de la actuación realizada.			