

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León.

UNAN-León.



Tesis para optar al título de Médico y Cirujano.

Manejo de Incontinencia Urinaria en las pacientes que asisten a la consulta externa del servicio de Uroginecología del HEODRA en el periodo comprendido de Enero a Diciembre 2007.

Autor:

Francisco Javier Gutiérrez Toruño.

Tutores:

Dr. Efraín Toruño Solís.

Uroginecólogo.

Dr. Juan Almendarez.

Profesor Titular del Departamento

Medicina Preventiva y Salud Pública

León, 27 de Agosto del 2008.

DEDICATORIA

Este pequeño pero significativo esfuerzo de superación, lo dedico con todo cariño a los que lo merecen, a los que con la más fiel comprensión y ternura forjaron mi vida y mi ser:

Mis padres.

También es dedicado a los que comparten conmigo la bondad paterna y hacen nuestros hogares felices:

Mis hermanos.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
Introducción	1
Problema.....	4
Objetivos	5
Marco teórico	6
Diseño metodológico	17
Resultados	21
Discusión	31
Conclusión	32
Recomendaciones	34
Bibliografía	35
Anexos	37

Introducción.

Los problemas de estática pélvica constituyen un padecimiento muy común en la consulta uroginecológica; pero sin duda, el síntoma que mas preocupa a estas pacientes es la ***incontinencia urinaria (IU)***, condición que afecta de forma importante el desarrollo de su vida familiar, social, ocupacional e incluso sexual.^{1,2,3.}

La incontinencia urinaria es a menudo de origen multifactorial. En algunos casos ocurre a pesar de las funciones vesicales y uretrales normales. Este es el caso de las mujeres con incontinencia secundarias a infecciones de vías urinarias inferiores, de las que experimentan incontinencia funcional y a las que los obstáculos ambientales y físicos les impiden llegar al cuarto de baños antes que ocurra la fuga.^{1,2}

El debate actual respecto a lo que constituyen los aspectos mínimos o básicos de la valoración de las pacientes incontinentes es muy amplio. Aunque se cuenta con unas cuentas guías de referencias publicadas, aún no se efectúan estudios para identificar las eficacias de estas recomendaciones o su relación con los resultados terapéuticos; en nuestro país se carece de estudios para identificar la eficacia de estas recomendaciones terapéutica. Esto puede hacer difícil, sino es que imposible, que el médico identifique lo que debe emplear el ejercicio clínico cuando se encuentra con pacientes de este tipo. ^{1,2.}

La prevalencia de incontinencia urinaria es mayormente en mujeres adultas, en la forma de incontinencia de estrés.^{1,2,3.} Con mucha frecuencia, las pacientes pueden resolver de manera satisfactoria con tratamiento medico (ejercicio de Kegel, estimulación eléctrica de la musculatura, Anticolinérgicos, estrógeno terapia, otros), modificaciones conductuales y acondicionamiento del piso pélvico por corrección quirúrgica (colposuspension suprapúbica, uretrocistopexia de Burch, técnica de pereyra, cabestrillo, cintas vaginales, otros) cuando el defecto de este es bastante amplio.^{1,2,3,4}

Antecedentes.

En 1989, el Dr. Blandón García ⁽³⁾, reveló en estudio realizado en el HEODRA, que el 71.8% de la población de estudio con IU eran multíparas con mas de 4 partos, los factores desencadenantes de mayor prevalencia encontrados en ese momento fueron la tos y el estornudo; siendo el grupo mas afectado entre los 30 y 39 años. La investigación llevada a cabo en 1993, por el Dr. Ruiz Lorente ⁽⁴⁾ en el HEODRA, concordó con el estudio anterior que el 75% de la población tenían como antecedente más de 4 partos; pero que la población afectada era mayor de 40 años. Siendo el tipo de incontinencia de predominio en ese momento la de estrés pura, seguida de las mixta con predominio de urgencia. Además revelo que el tratamiento para las pacientes con IU de esfuerzo fue quirúrgico; mientras las pacientes con IU de urgencia fue médico y a las mixtas tratamiento combinado medico y quirúrgico.

Otro estudio realizado en 1993, por el Dr. Esquivel Muñoz ⁽⁵⁾ en el HEODRA, concordó con los estudios anteriores que la mayoría de la población tenía como antecedente más de 4 partos. Encontrando también que la población afectada era mayor de 40 años y que las pacientes con IU de esfuerzo se manejaron con procedimiento quirúrgico, las IU de urgencia el manejo fue medico y a las IU mixta se manejaron con tratamientos combinados, datos que concuerdan con la investigación realizada por el Dr. Ruiz Lorente; pero el tipo de IU que predomino en este estudio fue la mixta con predominio de esfuerzo, seguida por la incontinencia de esfuerzo.

Justificación.

A pesar de que el desarrollo de la uroginecología permite en la actualidad contar con múltiples opciones de tratamiento en pacientes con incontinencia. En nuestro país se carece de todas las pruebas que deben practicarse antes de iniciar el tratamiento en estas pacientes; también se han realizado pocos estudios para identificar la eficacia de estos resultados terapéuticos. Por esta razón, el presente trabajo se realizó con el propósito de describir los resultados de los diferentes abordajes terapéuticos de las pacientes tratadas por incontinencia en nuestro Hospital, el cual es diverso y complejo; esperando que los resultados obtenidos contribuyan a mejorar las conductas terapéuticas implementadas en estas pacientes y así mejorar la calidad de vida en ellas.

Problema.

¿Cuál es el resultado de los diferentes abordajes terapéuticos de las pacientes con incontinencia urinaria en la consulta uroginecológica?

Objetivos

General:

Describir los resultados del abordaje terapéutico de las pacientes con incontinencia urinaria que asisten al servicio de Urología-Ginecológica del HEODRA, en el periodo comprendido del año 2007.

Específico:

1. Identificar el perfil epidemiológico (demográfico y reproductivo) de las pacientes atendidas por incontinencia urinaria
2. Establecer los tipos de incontinencia urinaria mas frecuentes encontrado en la consulta externa uroginecológica.
3. Identificar el abordaje terapéutico instaurado en las pacientes con incontinencia urinaria en el HEODRA.
4. Describir los resultados de los diferentes abordajes en las incontinencia urinaria en la consulta uroginecológica.

Marco teórico

Consideraciones generales. 6,7,8

El aparato urinario y genital, a pesar de realizar funciones enteramente diferentes, guardan entre sí, íntimas relaciones filogenéticas, embrionarias, anatómicas y patológicas. Por este motivo las alteraciones de las estructuras de soporte del aparato genital, dan manifestaciones patológicas muy importantes en el aparato urinario. De tal manera que para comprender mejor estas manifestaciones será conveniente que recordemos el mantenimiento de los órganos pélvicos en la posición anatómica normal.

Anatomía funcional del suelo pélvico. 5,6,7

La **Región Perineal**, suele limitarse a la región situada entre los orificios anal y vaginal. Es mucho más profunda por atrás y a los lados que por delante.

Se acostumbra dividirla en una parte anterior o “urogenital” y una parte posterior o “anal”, mediante una línea transversal que pasa por el punto central del perineo, inmediatamente por delante de las tuberosidades isquiáticas.

Los **músculos** del suelo pélvico, en combinación con sus inserciones faciales, funcionan en conjuntos para prevenir el desplazamiento de los órganos pélvicos. En vez de funcionar como estructura rígida brindan apoyo dinámico mediante actividad constante y adaptan continuamente su tensión como reacción a las circunstancias cambiantes.

Entre los **músculos** importantes se encuentra el músculo puborrectal que cuando se contrae tira del recto, vagina y uretra hacia delante al hueso púbico y produce contricción de las luces de estos órganos pélvicos. Su propiedad contráctil es la que tiene importancia para conservar la continencia urinaria. Contiene grandes cantidades de fibras musculares de tipo I (*fasciculación lenta*) que se encuentra en contracción tónica. Este nivel basal de actividad muscular brinda apoyo firme constante a la

uretra. Al mismo tiempo, las fibras del tipo II (*fasciculación rápida*) permite al músculo reaccionar con prontitud a los cambios rápidos de presión intraabdominal, lo mismo que conserva el cierre uretral bajo estas condiciones.

Los **ligamentos** están muy mal dotados para conservar el apoyo con el paso del tiempo, porque los tejidos fibrosos se alargan cuando se someten a tensión constante. Los ligamentos pélvicos sirven principalmente para conservar a los diversos elementos anatómicos en las posiciones en las que los puede apoyar la actividad muscular, en vez de ser por si mismas estructuras de soporte de peso. La pérdida de apoyo muscular los debilita y amplía el hiato urogenital, predisponiendo al prolapso de los órganos pélvicos.

El **tejido conjuntivo** esta compuesto primordialmente por elastina y fibras de colágena. Si este tejido falla, el apoyo muscular será débil. no es estático, más bien es en tejido dinámico que experimenta recambio y remodelación constante como reacción al estrés. Los cambios hormonales tienen efectos importantes sobre el colágeno. En la fascia de mujeres con incontinencia de esfuerzo parece disminuir tanto el contenido de colágeno como la resistencia de la misma.

La **innervación** de las vías urinarias inferiores procede de tres sitios: simpático, parasimpático y somático. El sistema simpático controla el almacenamiento vesical, originado de T11 y L2 a L3, emplea acetilcolina como neurotransmisor preganglionar y noradrenalina como posganglionar que actúa sobre dos tipos de receptores β localizados sobre todo el cuerpo vesical (disminuye el tono vesical) y α localizado en uretra y cuello de la vejiga (incrementa el tono uretral)

El sistema parasimpático controla el vaciamiento vesical , originado de S2 a S4, emplea acetilcolina como neurotransmisor pre y posganglionar, que actúa sobre receptores muscarínicos produciendo contracción y vaciamiento de la vejiga. El sistema somático desempeña solo una función periférica en el control neurológico de las vías urinarias inferiores a través de su innervación del suelo pélvico y de esfínter uretral externo.

La **vejiga** es una bolsa de músculo liso que almacena orina y se contrae para expulsarla bajo control voluntario. Cuando la vejiga se ha llenado hasta cierto volumen, los receptores de tensión y estiramiento registran la plenitud y envían una señal al cerebro para que inicie el reflejo de micción.

La **incontinencia urinaria** se define como la **perdida involuntaria de orina que es un problema social o higiénico, y que se puede demostrar de manera objetiva**.^{7, 8, 9, 10} La incontinencia urinaria es un síntoma que la paciente refiere como una pérdida involuntaria de orina, cuando este evento es observado por el médico en el momento del examen físico, este se convierte en un signo.

La incontinencia urinaria es padecida casi exclusivamente por las mujeres, esto por los frecuentes traumas y las alteraciones de las topografías vesicouretral por los partos. La sobre distensión de los tejidos y los desgarros a repetición van produciendo una alteración en los mecanismos de continencia, los cuales son básicamente:

- ✓ **Longitud funcional de la uretra.** La uretra femenina mide aproximadamente 4cms de manera física; pero la uretra funcional es aquel segmento en donde la presión de cierre uretral supera la presión intravesical; idealmente debe medir 28mm.

- ✓ **Presión de cierre de la uretra** se logra por la coaptación de la superficie mucosa generada por la turgencia de los músculos.

- ✓ **Posición anatómica de la vejiga y la uretra** normalmente la vejiga y la uretra deben guardar una posición por arriba del borde inferior de la sínfisis del pubis.

- ✓ **Transmisión de la presión intraabdominal a la uretra** se distribuye adecuadamente por la correcta angulación vesicouretral, al perderse esta angulación la presión se ejerce de manera inadecuada.

Clasificación de incontinencia urinaria. 4, 7, 9, 11

Se logra a través de la historia clínica, examen físico y realización de pruebas complementarias como la de Boney, Q Tips, la calibración uretral, la cistometría, la medición de la orina residual, la perfilometría uretral, Uretrocistograma, entre otros.

Los partos traumáticos vaginales también dañan el ligamento pubocervical y el soporte de la base vesical y la uretra. El 95% de las mujeres premenopáusicas que se quejan de incontinencia urinaria de esfuerzo han tenido embarazos que han progresado hasta la etapa de labor. También se ha notado que contrariamente a las opiniones diversas, el parto vaginal no es un precursor necesario de este tipo de incontinencia.

La menopausia (con pérdida de la actividad estrogénica) conlleva a disminuir y adelgazar el tejido esponjoso de la uretra ya que estos son estrógeno dependientes.

Los estudios mínimos de las pacientes con incontinencia consisten en:

- Urocultivo y antibiograma: para detectar infección de vías urinarias.
- Exploración ginecológica: para investigar la presencia de prolapso genital y patologías uterinas.
- Prueba del hisopo (Q Tip): para demostrar defectos anatómicos.
- Medición de la orina residual: para descartar incontinencia por rebosamiento.
- Cistometría: para descartar inestabilidad del detrusor
- Presión de cierre uretral: para descartar la lesión del mecanismo esfinteriano

Existen varias clasificaciones de este proceso las cuales han ido evolucionando con el tiempo, producto de una mejor comprensión de la fisiopatología de la enfermedad. La podemos dividir en:

➤ **Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)** ^{2, 3, 9, 12}

Llamada también de estrés o genuina. Es la salida de orina a través de la uretra, aquí el defecto es anatómico, se presenta cuando, en ausencia de contracción del detrusor, la presión intravesical excede la de cierre uretral. ³

Esta se divide a su vez desde el punto de vista clínico en:

- Tipo 0: historia típica de incontinencia de esfuerzo; pero la incontinencia no se reproduce durante el examen. Durante la tos o un esfuerzo.
- Tipo I: descenso mínimo del cuello de la vejiga con pérdida visible de orina, sin cistocele.
- Tipo II: presencia de cistouretrocele. Descenso neto del cuello vesical, pérdida visible de orina con la tos y el esfuerzo.
- Tipo III: cuello vesical abierto en reposo, descenso del cuello vesical durante la tos, escape urinaria visible sin contracción vesical, presión uretral baja en reposo.

➤ **Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)** ^{1, 2, 3, 4, 7}

Incontinencia acompañada de deseo intenso de orinar. Su etiología aún no esta clara; pero se ha asociado con patologías infecciosas del tracto urinario y con neuropatías que originan una actividad desordenada del músculo vesical.

Se puede dividir en urgencia motora y sensitiva.

Las causa son:

- **Motora:**

Trastornos neurológicos suprasacros

Obstrucción de la salida vesical

Idiomática

- **Sensitiva:**

Cistitis

Neuropatía

Psicológica

- **Incontinencia urinaria mixta (IUM)** 1, 2, 3, 4, 7

Existe otro gran grupo de pacientes que responden a las características clínicas y de laboratorio de más de un grupo de lo expuesto hasta el momento, siendo la combinación más frecuente la incontinencia por urgencia y de esfuerzo. Las pacientes deben ser objeto de tratamiento de inestabilidad del detrusor.

- **Síndrome uretral** 3, 4

Este termino es de amplio uso para indicar los síntomas de frecuencia y disfunción de vaciamiento. No se conoce una entidad patológica típica y la causa es oscura. En este grupo se incluyen tres categorías:

- Paciente con sintomatología originada por aumento del tono del esfínter externo.
- Paciente con origen de su sintomatología en el cuello vesical o en el trígono.
- Pacientes con acumulaciones de orina en vejiga

Diagnostico de incontinencia urinaria 4, 7, 11, 12,

Se realizará un examen físico general y en función de la orientación diagnóstica se completa con un examen ginecológico, tacto rectal, exploración neurológica (focalidad y alteraciones relacionadas con el centro sacro de la micción) Durante la exploración ginecológica se puede confirma la presencia

de IU de stress, se realiza con la mujer en posición de litotomía y con la vejiga moderadamente llena, si pierde orina al toser o al realizar maniobra de Valsalva estamos probablemente ante una IUE.

Las siguientes pruebas complementarias pueden ser de ayuda para el diagnóstico:

- Urocultivo
- Laboratorio: glucemia, función renal e iones
- Ecografía renovesical
- Evaluación de la orina residual
- Flujometría
- Cistomanometría o estudio urodinámico, Cistoscopia

La evaluación mediante entrevista de la severidad y de las características de la incontinencia orienta el examen físico, sienta la indicación de las pruebas complementarias y ayuda en la decisión del tratamiento a recomendar.

Tratamiento de la incontinencia urinaria.

➤ **Incontinencia urinaria de esfuerzo.** 1,2,3,9,13

El tratamiento puede ser: médico y quirúrgico.

Médico: indicado como de primera línea en:

- Mujeres jóvenes que planifican futuros embarazos.
- De forma adyuvante ante de la cirugía, así como postoperatoriamente para reforzar los resultados de la cirugía
- En pacientes con incontinencia urinaria de grandes esfuerzos con trastornos de estática pélvica.

El tratamiento comprende:

- **Reducción de peso.**
- **Ejercicios de Kegel** que consiste en contraer repetidamente el músculo pubococcigeo. La paciente aprieta los músculos vaginales o pone tensos los que emplea normalmente para interrumpir la micción.
- **Estrógeno terapia** las mujeres posmenopáusicas con atrofia urogenital por privación de estrógenos, deben recibirlos como parte de su régimen terapéutico.
- **Conos vaginales**
- **Electroestimulación** del suelo pélvico con electrodos de superficie vaginales o rectales.
- **Agentes alfa – adrenérgicos** Pseudo-efedrina (15-30mg c/8h)
fenilpropranolamina (25-100mg c/12h)
- **Anticolinérgicos** imipramina (10-200mg c/d)

Quirúrgico.

La IUE se trata esencialmente de manera quirúrgica con el fin de restaurar la anatomía normal del tracto urinario bajo. La tendencia actual de las técnicas correctoras de la incontinencia urinaria de esfuerzo las integra en cinco grupos.

1. Colposuspensiones suprapúbicas.

Indicaciones

Incontinencia de esfuerzo severa sin cistocele marcado.

Descenso aislado del cuello vesical sin cistocele

Incontinencia de esfuerzo sin descenso marcado del cuello vesical

Incontinencia de esfuerzo recurrente

Incontinencia de esfuerzo tras histerectomía abdominal radical.

- a) **Técnica de uretrocistopexia de burch.** La fascia vaginal se liga a los ligamentos Cooper. Indicado en pacientes con trastornos de estática pélvica leve a moderada, presión de cierre uretral mayor de 20cmH₂O y cuando hay patología pélvica que indique por si sola la vía abdominal.

Complicaciones.

Sangrado del plexo venoso de santorini

Lesión de la vejiga o de la uretra

Obstrucción uretral

Abscesos

2 . Técnicas de suspensión transvaginal con aguja.

Indicaciones

IUE cuando se aborda por vía vaginal por existir una relajación pélvica.

Cuando se descarta un abordaje abdominal.

Suspensión trasvaginal en pacientes con uretra de baja presión.

- a. **Técnica de pereyra.** Se realiza incisión en la línea media de la pared vaginal anterior, al ligamento puborrectal posterior se pasa una sutura no reabsorbible. Se realiza incisión cutánea suprapúbica de 4cm hasta la aponeurosis. Se perforan los ángulos laterales con la aguja de pereyra y se pasa a la vagina. Se introducen los dos cabos en la aguja, se saca la aguja por la incisión abdominal y se anuda en la aponeurosis
- b. **Suspensión endoscópica de Stamey**
- c. **Suspensión con aguja de Raz**

Complicaciones.

Infección

Sangrado y formación de hematomas

Inestabilidad del detrusor

Lesiones vesicales

Lesiones nerviosas

Pérdida involuntaria de orina.

3. Operaciones de cabestrillo.

- a. **Pubovaginal** esta indicado en paciente con incontinencia de esfuerzo recidivante, y con la presencia de presión de cierre uretral menor de 20 cmH₂O y uretra rígida

4. inyecciones periuretrales.

- a. **Implante de colágeno** se recomienda en pacientes que presentan presión de cierre uretral menor de 20 cmH₂O, fibrosis de la uretra o uretra rígida y que no tengan trastornos de estática pélvica.

5. Esfínter urinario artificial

- **Incontinencia urinaria de urgencia** ^{4, 7, 10, 11, 13}

Se maneja con terapia farmacológica a base de antibióticos, además medicamentos anticolinérgicos, simpático miméticos, hormonales.

- 1. Entrenamiento vesical** método de rehabilitación por el cual la persona micción cada 3-4 horas y se le instruye para incrementar el lapso entre micción.
- 2. Anticolinérgicos** bromuro de propantelina 15-60mg/día , tolterodina 2mg 1-2 veces por día.

3. **Antiespasmódicos:** clorhidrato de diciclomina 10-160mg/día, cloruro de oxibutinina 2.5-20mg/día
4. **Fármacos α – adrenérgicos** efedrina, pseudo efedrina, noradrenalina.
5. **Estrógenos locales**
6. **Bloqueadores de los canales de calcio:** nifedipina 10-120mg/día
7. **Denervación vesical con etanol o quirúrgica:** se basa en el hecho que la contracción del detrusor esta predominantemente bajo control colinérgico.

➤ **Incontinencia urinaria mixta** ^{2,3,4,13}

Se trata mediante la determinación de cual es el síntoma que molesta más a la paciente y proceder a partir de este punto. Las operaciones de suspensión del cuello vesical están contraindicadas en las pacientes con inestabilidad del detrusor como causa de su incontinencia.

El tratamiento por la inestabilidad del detrusor será básicamente en cuatro categorías:

1. Intervención conductual
2. Farmacológico:
 - Anticolinérgicos
 - Espasmolíticos
 - Bloqueadores del calcio
 - Inhibidores antiprostaglandínicos
1. Estimulación eléctrica (rectal o vaginal)
2. Quirúrgico.

Diseño metodológico.

Tipo de estudio: descriptivo de casos.

Área de estudio: Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, ubicado en el centro de la ciudad de León, con 400 camas censadas en sala, con una población a atender de 336,389 habitantes.

La consulta externa del servicio de Uro- Ginecológica del Departamento de Ginecología esta ubicado en el 1^{er} piso del HEODRA.

Población de estudio: Todas las pacientes que acudieron al servicio de Uro-Ginecología del HEODRA de la ciudad de León con el diagnóstico de Incontinencia Urinaria en el periodo comprendido de Enero a Diciembre de 2007

Instrumento:

Se utilizo una ficha elaborada y con valoración previa conteniendo información sobre antecedentes personales, médicos y quirúrgicos, sintomatología, diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico en relación con la patología de estudio, y evolución clínica de las pacientes.

Procedimiento para la recolección de la información:

Se realizo una carta de solicitud para revisión de expedientes con fines investigativo dirigida a la dirección del hospital (HEODRA). Una vez aprobada nos dirigimos al área de Archivo del HEODRA, se revisaron los expedientes (fuente secundaria) del departamento de ginecología, tomando únicamente los del servicio de uroginecología y posteriormente en el área de estadísticas se tomaron solo los expedientes de las pacientes con incontinencia urinaria que asistan a la segunda consulta de control, la cual se programa según agenda de consulta externa; oscilando en un periodo promedio de 3 meses después de iniciado el tratamiento. El resultado de los diferentes abordajes terapéuticos se realizó de forma cualitativa tomando como referencia la presencia o ausencia de fuga de orina al momento del examen físico.

Plan de análisis:

Los datos obtenidos serán procesados de manera automatizada utilizando el programa Epl Info versión 2007, Los resultados se presentaran en tablas.

Aspectos éticos: Toda la información que se obtendrá de los expedientes y de los pacientes será conocida únicamente por los autores y se utilizará únicamente para fines de estudios.

Operacionalización de Variables

Variable	Concepto	Valor
Edad	Se expresa como el periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento.	años cumplidos
Antecedentes Ginecobstétricos	Hechos pasados relacionados con la historia gineco-obstétrica que la paciente ha presentado.	Gestas Paras Abortos Cesáreas Lugar de atención de los partos. Menopausia

<p>Sintomatología</p> <p>Asociada</p>	<p>Síntoma que la paciente aquejaba previo a su atención en el servicio de Urología-Ginecológica.</p>	<p>Inicio de padecimiento.</p> <p>Dolor poscoito.</p> <p>Dolor lumbar</p> <p>Disuria</p> <p>Polaquiuria</p> <p>Nicturia.</p> <p>Goteo posmicción</p> <p>Tenesmo</p> <p>Enuresis</p>
<p>Procedimientos diagnósticos</p>	<p>Método utilizado para clasificar la patología de la paciente</p>	<p>Historia clínica</p> <p>Examen físico</p> <p>Prueba de esfuerzo</p> <p>Otras</p>
<p>Tratamiento</p>	<p>Medidas terapéuticas empleadas para mejorar la calidad de vida de las pacientes</p>	<p>Medico: fisioterapia, Farmacológico, estimulación, eléctrica, otros</p> <hr/> <p>Quirúrgico: cinta vaginal, uretrocistopenia, cabestrillo, otros</p>

Resultado Del Tratamiento	Evaluación cualitativa basándose en la presencia de fuga de orina referida por la paciente.	Curo Se mejoro Sigue igual Empeoro
--	---	---

Resultados

Durante el periodo de estudio se revisaron 135 expedientes que reunieron los requisitos para realizar nuestra investigación, excluyendo todos aquellos expedientes con información incompleta y en los que las pacientes habían abandonado el tratamiento.

En relación al perfil Epidemiológico de las pacientes, se encontró que el 56.3% eran mayores de 40 años; en el antecedente de números de partos de la población en estudio se encontró que el 56.3% eran multíparas con mas de 5 partos; un 57.8 % de la población sus partos habían sido atendido en su domicilio. (Cuadro 1)

En la población de estudio se encontró que el inicio de la sintomatología era mayor de 3 años en un 74.1%, el síntoma asociado que más referían era el goteo posmiccional con un 68.4%; seguido de la disuria con un 59.4% y el tenesmo con un 55.6%. (Cuadro 2)

El factor desencadenante en la incontinencia de esfuerzo que predominó, fue la tos con un 60%; seguido del estornudo con un 53.3% y al reírse con 39.3%. (Cuadro 3)

Se encontró que el tipo de incontinencia urinaria más frecuente fue la mixta con predominio de esfuerzo con un 35.6%; seguida por la de Esfuerzo pura con un 31.9% y la mixta con predominio de urgencia con un 14.8%. (Cuadro 4)

Con respecto a la exploración Ginecológica en relación con las pacientes con incontinencia urinaria, el trastornos de estática pélvica que se presentó con mayor frecuencia, fue el Cistocele con un 74.1% de los casos; seguido del Uretrocele con un 71.9% de los casos; y rectocele con 59.3% de los casos. En la realización de la Prueba de Esfuerzo fue positiva en un 44.4 % de los casos. (Cuadro 5)

Los abordajes terapéuticos con mayor frecuencia instaurados en las pacientes con incontinencia urinaria fue el Medico-Quirúrgico con un 45.9%; seguido del tratamiento Quirúrgico con un 28.1%. Indicando que el 74% se le realizó intervención quirúrgica y un 25.9% recibió tratamiento médico. (Cuadro 6)

En el manejo médico el protocolo que más se utilizó fue el estrógeno local combinado con la Imipramina con un 29.7%; seguido por la Imipramina con el 26.5%, estrógenos locales con el 18.08% y la imipramina combinada con el ejercicio de Kegel con un 13.8%. En el manejo quirúrgico el procedimiento que se realizó con mayor frecuencia fue la Colpos Suspensión combinada con la UCP Pereyra con un 55%; seguida de la UCP Burch con el 33% y la colpo-perineorafia combinada a la UCP Burch con un 12%. Lo que nos indica que a un 45% se le realizó UCP Burch. (cuadro 7)

En los resultados terapéuticos se encontró que en Trat. Quirúrgico un 89.5% de la población en estudio alcanzo la cura y presentando mejoría en un 10.5%; en el Trat. Medico-Quirúrgico se curaron las pacientes en un 77.4%, alcanzando en un 22.6% la mejoría y en el Trat. Médico se curaron un total 43.8% de la población, en este caso se alcanzó la mejoría en un 56.3%. (Cuadro 8)

Cuadro 1. Características reproductivas de las mujeres atendidas por incontinencia urinaria en el departamento de Uroginecología del Hospital Escuela "Dr. Oscar Danilo Rosales A." 2,007.

Variables	Número	Porcentaje
Edad		
Menos de 40 años	59	43.7%
40 y más	76	56.3%
Gestas		
1 a 4 embarazos	49	36.3%
5 y más	86	63.7%
Partos		
1 a 4 partos	59	43.7%
5 y más	76	56.3%
Atención del parto:		
Domiciliar	78	57.%
Institucional	57	42.2%
Menopausia		
No	66	48.5%
Si	69	51.5%
Total	135	100.0%

Cuadro 2. Sintomatología de las mujeres atendidas por incontinencia urinaria en el departamento de Uroginecología del Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales” 2007

Variables	Número	Porcentaje
Disuria		
No	54	40.6%
Si	79	59.4%
Dolor lumbar		
No	132	99.2%
Si	1	0.8%
Nicturia		
No	132	99.2%
Si	1	0.8%
Polaquiuria		
No	128	96.2%
Si	5	3.8%
Inicio del padecimiento		
Menos de 2	35	25.9%
3 años a más	100	74.1%
Enuresis:		
No	94	70.7%
Si	41	29.3%
Goteo posmiccional:		
No	44	31.6%
Si	91	68.4%
Tenesmo		
No	59	44.4%
Si	76	55.6%
Total	135	100.0%

Cuadro 3. Factores desencadenantes de incontinencia urinaria de esfuerzo de las mujeres atendidas en el departamento de Uroginecología del Hospital Escuela "Dr. Oscar Danilo Rosales A." 2,007.

Variables	Número	Porcentaje
Correr		
Si	5	3.7%
No	130	96.3%
Estornudo		
Si	72	53.3%
No	63	46.7%
Movimientos repentinos		
Si	8	5.9%
No	127	94.1%
Reírse		
Si	53	39.3%
No	82	60.7%
Tos		
Si	81	60.0%
No	54	40.0%
Total	135	100.0%

Cuadro 4. Tipos de incontinencia urinaria las mujeres atendidas en el departamento de Uroginecología del Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales A.” 2,007.

Variables	Número	Porcentaje
Tipo de incontinencia		
de esfuerzo	43	31.9%
de urgencia	8	5.9%
Mixta	16	11.9%
mixta predominio de esfuerzo	48	35.6%
mixta predominio de urgencia	20	14.8%
Total	135	100.0%

Cuadro 5. Exploración ginecológica urinaria las mujeres atendidas en el departamento de Uroginecología del Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales A.” 2,007.

Variables	Número	Porcentaje
Cistocele		
Si	100	74.1%
No	35	25.9%
descenso uterino		
Si	27	20.0%
No	108	80.0%
Rectocele		
Si	80	59.3%
No	55	40.7%
Uretrocele		
Si	97	71.9%
No	38	28.1%
Prueba de esfuerzo		
Si	60	44.4%
No	75	55.6%
Total	135	100.0%

Cuadro 6. Tipos de abordajes terapéuticos instaurados en las pacientes atendidas por incontinencia urinaria en el departamento de Uroginecología del Hospital Escuela "Dr. Oscar Danilo Rosales A." 2,007.

Variables	Número	Porcentaje
Trat. Medico	35	25.9%
Trat. Quirúrgico	38	28.1%
Trat. Medico Quirúrgico	62	45.9%
Total	135	100.0%

Cuadro 7. Abordajes terapéuticos instaurados en las pacientes atendidas por incontinencia urinaria en el departamento de Uroginecología del Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales A.” 2,007.

Variables	Número	Porcentaje
Trat. Medico		
Ejercicio de Kegel	8	8.5%
Estrógeno local	17	18.08%
Imipramina	25	26.5%
Estrógenos local Ejercicio de Kegel	3	3.19%
Estrógenos local Imipramina	28	29.7%
Imipramina Ejercicio de Kegel	13	13.8%
Trat. Quirúrgico		
UCP Burch	33	33%
Colpo perineorafía UCP Burch	12	12%
Colpos suspensión UCP Pereyra	55	55%
Total	135	100%

Cuadro 8. Resultados de los diferentes abordajes terapéuticos instaurados en las pacientes atendidas por incontinencia urinaria en el departamento de Uroginecología del Hospital Escuela "Dr. Oscar Danilo Rosales A." 2,007.

variable	Curo	Mejoro	Total
Trat. Medico			
Numero	17	18	35
Porcentaje	43.8%	56.3%	100%
Trat. Quirúrgico			
Numero	34	4	38
Porcentaje	89.5%	10.5%	100%
Trat. Medico Quirúrgico			
Numero	48	14	62
Porcentaje	77.4%	22.6%	100%

Discusión de resultados.

La incontinencia urinaria es una entidad que se observa cada vez más frecuente en la práctica clínica de ginecología y se define como “un trastorno en el que la salida involuntaria de orina constituye un problema social o de higiene”. 1, 2, 7

Con relación al perfil epidemiológico, encontramos una mayor incidencia de incontinencia urinaria en aquellas pacientes mayores de 40 años, con más de 5 partos y atención domiciliar de los partos, probablemente, se deba al poco acceso de atención institucional o por razones culturales en las que los partos son atendidos por parteras; produciéndose desgarros o distensión exagerada del suelo de la pelvis y lesiones del nervio Pudendo durante el parto, lo que ocasiona lesión con neuropatía y debilidad muscular permanente. La menopausia no resultó ser un factor predisponente por si solo de incontinencia urinaria, ya que en nuestro estudio no se encontró una diferencia estadística amplia en las pacientes pre y posmenopáusicas, aunque en la literatura se menciona que en esta etapa se conlleva a una pérdida de la actividad estrogénica, provocando debilitamiento del tejido conjuntivo a causa de trastornos en el metabolismo y la síntesis de colágeno produciendo disminución y adelgazamiento del tejido esponjoso de la uretra. 1, 2, 10, 11

El tipo de incontinencia urinaria más frecuente fue la mixta con predominio de esfuerzo, según la literatura consultada, menciona que la mayor incidencia se da en la forma de incontinencia de esfuerzo. Quizás esta se deba a que es una variante propia de las pacientes de esta región. Debemos considerar que el diagnóstico en estas pacientes se realizó de forma clínica, basándose en la sintomatología de las pacientes y examen físico, porque en el departamento no se cuenta con métodos diagnósticos para realizar pruebas de urodinamia y radiológicas que se consideran una parte esencial en la valoración básica de las pacientes incontinentes, porque desempeñan una función central en el diagnóstico de incontinencia urinaria para la realización de clasificación clínica. 1, 2, 12,

Los diferentes protocolos de manejos terapéuticos utilizados en las pacientes con incontinencia urinaria, se implementaron de acuerdo al diagnóstico realizado al momento de la consulta. El tratamiento quirúrgico, es un procedimiento planeado a utilizar según la literatura consultada, el cual tiene muy buenos resultados para corregir la incontinencia de esfuerzo; dato que concuerda con los resultados de nuestro estudio en el cual las pacientes alcanzaron un alto porcentaje de cura de su patología. El tratamiento Médico – Quirúrgico el cual es también sugerido a utilizar en la incontinencia urinaria por la literatura, alcanza un alto porcentaje de cura de las pacientes con incontinencia mixta sometidas en el estudio. No siendo así el caso del tratamiento Médico en el que el porcentaje de cura fue bajo en nuestro estudio; datos que no concuerdan con las estimaciones conservadoras encontradas en la literatura que pronostican que el tratamiento médico alcanza un alto porcentaje de cura en las pacientes con incontinencia urinaria de urgencia. Quizás esto se deba a que en nuestro estudio se evaluó a las pacientes con un periodo de tres meses de iniciado el tratamiento médico; encontrando un alto porcentaje de mejoría. Esto hace necesario la evaluación a largo plazo del manejo médico en estas pacientes.^{1, 2, 12, 13, 14}

Conclusiones.

- El parto no institucional y la gran multiparidad están íntimamente relacionada a la existencia de incidencia de incontinencia urinaria.
- La incontinencia mixta con predominio de esfuerzo y la de esfuerzo pura fueron las variantes más frecuente en nuestro estudio, seguida de la incontinencia mixta con predominio urgencia y la mixta sin predominio y la meno frecuente fue la incontinencia de urgencia.
- El abordaje terapéutico más comúnmente utilizado fue el Médico – Quirúrgico.
- Los resultados en la solución del cuadro clínico fue similar y eficaz en el tratamiento Quirúrgico y Médico – Quirúrgico en las pacientes con incontinencia de esfuerzo y con incontinencias mixtas.
- El abordaje médico demostró ser menos eficaz en el tratamiento de incontinencia urinaria con urgencia.

Recomendaciones.

De acuerdo a lo encontrado recomendamos:

- Insistir en planes educativos y oferta de métodos de planificación familiar, así como la promoción de la atención del parto institucional, para disminuir las lesiones de las estructuras anatómicas del piso pélvico durante el parto.

- Dotar de equipamiento necesario el servicio de urología ginecológica para realización de estudios urodinámicos y funcionales de uretra y vejiga, para establecer diagnóstico de incontinencia urinaria en forma más específico.

- Someter el manejo médico de la incontinencia a estudio exhaustivo a más largo plazo para validar su eficacia en estas pacientes.

Bibliografía

1. **Swift. S. E.** Valoración básica de las pacientes con incontinencia; Uroginecología y Disfunción del piso pélvico. Quinta edición 2004
2. **Klutke. J. J.** Tratamiento medico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Quinta edición 2004
3. **Blandon García, Isidro Ivan.** cirugía uroginecologica en el HEODRA. Tesis 1989
4. **Ruiz Lorente, Edgar Javier.** Manejo de la incontinencia urinaria en la consulta uroginecologica del HEODRA. Tesis 1993-1994.
5. **Esquivel Muños, Erick Martín.** Valoración del tratamiento de la incontinencia urinaria en el HEODRA. Tesis Noviembre a Enero 1998-1999.
6. **Ernest Garner, Gray, Román O Rahilly.** Anatomía de Gardner Quinta edición. Editorial interamericana. McGraw-Hill.
7. **Keith L Moore** Anatomía con orientación clínica. 4ª edición. Editorial médica panamericana 2002
8. **L. Lewis Wall.** Incontinencia y trastornos del suelo pélvico. Novak. Ginecología 12a edición 1997
9. **Robinson, Deirdre, MD.** Fisiopatología de la disfunción de la porción inferior del aparato inferior femenino. Clínicas de Ginecología y obstetricia. 9ª edición 1998.
10. **L. Lewis Wall.** Incontinencia urinaria de esfuerzo. Ginecología Quirúrgica. 8ª edición. 1998
11. **H. oddo.** Prolapso genital e incontinencia urinaria. Ginecología. 2ª edición 1995
12. **Guía práctica de Urología Ginecológica.** Sociedad mexicana de urología Ginecológica. 1994
13. **Charles B. Rush, MD y Stephen S. Entman.** Prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria de esfuerzo. Clínica médica de Norteamérica. Revista Vol 6/1995

14. **Thomas L. Lyons MD.** Tratamiento mínimamente cruento de la incontinencia urinaria de esfuerzo y reparación de los defectos del piso pélvico por laparoscopia. Center for women's care and reproductive surgery. Atlanta, Georgia de Norteamérica. 1994
15. **Neri M, y Col:** frecuencia de trastornos de la estática pélvica en pacientes con incontinencia urinaria. Ginec. Obst. Revista Mex. 1996

Anexos

Ficha de recolección de datos.

Valoración del tratamiento de la incontinencia urinaria en el HEODRA.

No exp. _____ Fecha _____

Datos generales

Edad.....

Exploración ginecológica

Uretrocele.....

Cistocele.....

Rectocele.....

Desc. Uterino.....

Prueba de esfuerzo.....

Antecedentes ginecológicos

1. Gesta.....
2. Paras.....
3. Atención de parto:
Institucional.....
Domiciliar.....
6. menopausia.....

Tratamiento:

Medico.....
.....
.....
Quirúrgico.....
.....
.....

Sintomatología:

1. Inicio de padec.....
2. Dolor lumbar.....
3. Disuria.....
4. Polaquiuria.....
5. Nicturia.....
6. No micciones noche.....

7. Goteo posmiccional.....
8. Tenesmo.....
9. Enuresis
10. **IUE**
Tos.....
Estornudo.....
Coito.....
Correr.....
reírse.....
Caminar.....
Móv. Repent.....
11. IUU.....
12. IUM.....

Seg. Controles.....
.....
.....

Resultados del tratamiento:

Se mejoro..... Sigue igual....

Curo..... Empeoro.....