

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**ENFOQUE TERAPÉUTICO DE LA REINCIDENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN
PACIENTES POST TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

LISBETH ESMERALDA FERNÁNDEZ GARCÍA

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Gineco-obstetricia

Para obtener el grado de

Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Enero 2018



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.423.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Lisbeth Esmeralda Fernández García

Registro Académico No.: 200710368

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS ENFOQUE TERAPÉUTICO DE LA REINCIDENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTES POST TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Que fue asesorado: Dr. Hermes Iván Vanegas Chacón

Y revisado por: Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **Enero 2018**

Guatemala, 15 de noviembre de 2017


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

Ciudad de Guatemala, 26 de junio de 2017

Doctor

Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Coordinador Específico de Especialidades y Maestrías

Escuela de Estudios de Postgrado

IGSS/USAC

Presente.

Respetable Dr. Castañeda:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora **LISBETH ESMERALDA FERNÁNDEZ GARCÍA carné 200710368**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Gineco-Obstetricia, el cual se titula **"ENFOQUE TERAPÉUTICO DE LA REINCIDENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTES POST TRATAMIENTO QUIRÚRGICO"**.

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. **Fernández García**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Dr. Hermes Iván Vanegas Chacón
Asesor de Tesis

HERMES IVÁN VANEGAS CH.
GINECOLOGO Y OBSTETRA
COLEGIADO 8,145

Ciudad de Guatemala, 26 de junio de 2017

Doctor

Oscar Fernando Castañeda Orellana MSc.

Coordinador Específico de Especialidades y Maestrías

Escuela de Estudios de Postgrado

IGSS/USAC

Presente.

Respetable Dr. Castañeda:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora **LISBETH ESMERALDA FERNÁNDEZ GARCÍA** *carne* **200710368**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Gineco-Obstetricia, el cual se titula **"ENFOQUE TERAPÉUTICO DE LA REINCIDENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTES POST TRATAMIENTO QUIRÚRGICO"**.

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. **Fernández García**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Revisor de Tesis



A: Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Mendez, MSc.
Docente responsable de investigación.
IGSS.

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 25 de Julio 2017

Fecha de dictamen: 1 de Agosto de 2017

Asunto: Revisión de Informe final de:

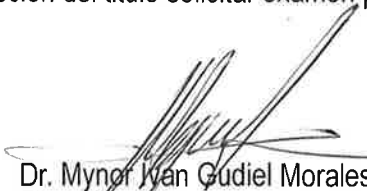
LISBETH ESMERALDA FERNANDEZ GARCIA

Título:

ENFOQUE TERAPEUTICO DE LA REINCIDENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN
PACIENTES POST TRATMIENTO QUIRURGICO

Sugerencias de la revisión:

- Cambiar el estimador OR por RP ya que los estudios transversales analíticos le corresponde dicho indicador.
- Al realizar la corrección del título solicitar examen privado.


Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado



INDICE DE CONTENIDOS

I.	Introducción	1
II.	Antecedentes	3
	2.1. Epidemiología	5
	2.2. Definiciones	5
	2.3. Mecanismos de continencia	7
	2.4. Factores de riesgo	7
	2.5. Evaluación inicial	8
	2.6. Estudios diagnósticos preoperatorios	9
	2.7. Tratamiento	14
III.	Objetivos	22
	3.1. Objetivo general	22
	3.2. Objetivos específicos	22
IV.	Hipótesis	23
	4.1. Hipótesis nula	23
	4.2. Hipótesis alterna	23
V.	Material y métodos	
	5.1. Diseño del estudio	24
	5.2. Unidad de análisis	24
	5.3. Área de estudio	24
	5.4. Población	24
	5.5. Criterios de inclusión y exclusión	25
	5.6. Operacionalización de variables	25
	5.7. Técnicas, procedimientos e instrumento	28
	5.8. Plan de procesamiento	28
VI.	Resultados	30
VII.	Análisis y discusión de resultados	37
	7.1. Conclusiones	40
	7.2. Recomendaciones	41
VIII.	Referencias bibliográficas	42
IX.	Anexos	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1	30
Tabla No. 2	30
Tabla No. 3	31
Tabla No. 4	31
Tabla No. 5	32
Tabla No. 6	32
Tabla No. 7	33
Tabla No. 8	33
Tabla No. 9	34
Tabla No. 10	34
Tabla No. 11	35
Tabla No. 12	36
Tabla No. 13	49
Tabla No. 14	49
Tabla No. 15	50
Tabla No. 16	50
Tabla No. 17	51
Tabla No. 18	51

RESUMEN

Introducción. La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina, que tiene un impacto físico, emocional y social sobre las pacientes que la padecen; afecta a aproximadamente al 50% de las mujeres en algún momento de sus vidas. Este estudio trata sobre el tratamiento quirúrgico de 2da elección en pacientes luego del tratamiento quirúrgico y que presentan recidiva; así mismo la caracterización epidemiológica de las mismas y su asociación con la reincidencia. **Diseño.** Estudio descriptivo transversal. **Métodos.** Se tomó la población total de pacientes intervenidas quirúrgicamente en el Hospital de Ginecoobstetricia IGSS durante un periodo de 5 años correspondientes a 2011-2015, que fueron intervenidas inicialmente por diagnóstico de incontinencia urinaria, se subclasificó a las que presentaron recidiva y las que no, se caracterizaron epidemiológicamente, se determinó el tiempo promedio de recidiva y la asociación de esta con características de las pacientes. **Resultados.** La mayoría de pacientes con recidiva (28.6%) se encontraban en edad entre 41-50 años, la totalidad de ellas se encontraban en rango de sobrepeso u obesidad; el 76.2% de pacientes tuvo un diagnóstico de inicio de algún tipo de incontinencia urinaria más prolapso de órganos pélvicos, el 76.2% de pacientes fue clasificada con incontinencia urinaria de esfuerzo, el 26.1% de pacientes con reincidencia habían tenido cirugías pelvianas previas correspondientes a histerectomía, solamente el 28% de pacientes no tenían ningún antecedente médico, el 52.4% de las pacientes solo habían tenido 1-2 partos vaginales; el tratamiento de 2da elección en pacientes con reincidencia fue oxibutinina en el 33.3% de pacientes y solamente ejercicios de Kegel el 32.9%, solamente 19% fue reintervenida. La mayoría de las pacientes presentaron la reincidencia en un periodo de 11-15 meses, según las asociaciones estadísticas con recidiva, pacientes menopáusicas un RP 1.34, sin uso de TRH RP de 0.76, incontinencia urinaria + prolapso de órganos pélvicos RP de 3.01, enfermedades médicas de base RP de 3.46, multiparidad RP de 2.07. **Discusión.** Se encontró asociación estadística entre multiparidad, enfermedades médicas de base, incontinencia urinaria de esfuerzo y diagnóstico previo de prolapso de órganos; no se encontró asociación entre menopausia, uso de TRH y la reincidencia. El tratamiento más utilizado como 2da elección fue oxibutinina y ejercicios de Kegel, ninguna las pacientes que fueron elegidas para tratamiento quirúrgico como tratamiento de segunda elección luego de la recidiva, padecía patologías médicas de base; y todas las pacientes que presentaron recidiva tenían sobrepeso.

SUMMARY

Background. Urinary incontinence is the involuntary loss of urine, which has physical, emotional and social impact on the patients who suffer it; affects approximately 50% of women at some point in their lives. This study deals with the surgical treatment of 2nd choice in patients after surgical treatment and who present with recurrence. **Design.** Cross-sectional analytical study. **Methods.** This study includes all patients who underwent surgery at HGO IGSS, during a 5-year period corresponding to 2011-2015 with diagnosis of urinary incontinence were subclassified to those who presented recurrence and those who did not, characterized epidemiologically, the average time of recurrence was calculated- **Results.** The majority of patients with recurrence (28.6%) were aged between 41-50 years, all of them were in the range of overweight or obesity; 76.2% of patients had a diagnosis of some type of urinary incontinence plus pelvic organ prolapse, 76.2% of patients were classified with stress urinary incontinence, 26.1% of patients with recurrence had previous pelvic surgeries corresponding to hysterectomy , Only 28% of patients had no medical history; 52.4% of the patients had only had 1-2 vaginal deliveries; The 2nd choice treatment in patients with recurrence was oxybutynin in 33.3% and Kegel exercises 32.9%, only 19% were selected for a new surgery. Most of the patients presented recurrence in a period of 11-15 months, according to statistical associations with recurrence, menopausal patients with an PR 1.34, without use of TRH OR 0.76, urinary incontinence + pelvic organ prolapse PR 3.01, diseases Basic medical PR of 3.46, multiparity PR of 2.07. **Conclusions.** A statistical association was found between multiparity, basic medical diseases, stress urinary incontinence and previous diagnosis of organ prolapse; No association was found between menopause, use of TRH and recurrence, The most commonly used treatment as a second choice was oxybutynin and Kegel exercises; none of the patients who were chosen for surgical treatment as a second-choice treatment after relapse suffered from basic medical conditions; And all patients who had recurrence were overweight.

I. INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria es una condición común que afecta por lo menos al 14% de las mujeres de 30 años o más, y es definida por la International Continence Society como cualquier descarga involuntaria de orina. (1)

La incontinencia urinaria puede ser el resultado de múltiples procesos patológicos. El tracto urinario inferior consiste en dos componentes sinergistas que son la vejiga, para el almacenamiento, y la uretra, para el control y paso de orina. La relación entre estas dos unidades está bajo un control neurológico complejo, es la base de la función del tracto urinario inferior y por lo tanto la continencia. Se estima que en la población la prevalencia de incontinencia urinaria varía de 10 a 40%, pero sólo el 7 a 12% lo percibe como un problema.

La mitad de las mujeres que consultan refieren incontinencia por estrés, 11% de urgencia y 36% incontinencia mixta. La prevalencia de incontinencia urinaria tiene su pico a la edad de 45-55 años, posteriormente disminuye ligeramente y aumenta de nuevo después de los 70 años. The Royal College of Physicians reportó que alrededor del 15% de amas de casa, 40% de mujeres que viven en asilo y el 60% de las mujeres hospitalizadas por largo tiempo, presentan incontinencia urinaria.

Además, se ha observado diferencias raciales significativas en la incidencia y prevalencia de incontinencia urinaria. El 46% de mujeres caucásicas tienen incontinencia urinaria, comparado con el 22% de pacientes afroamericanas. (2)

La incontinencia urinaria es un problema que afecta a gran parte de mujeres adultas a nivel mundial, y este problema no excluye a la mujer guatemalteca. Según datos del estudio realizado por Bradley, et al. la edad promedio de las pacientes fue de 56 años, con un índice de masa corporal de 26.6, paridad de 2 gestas, con respecto a la raza el 1.7% son asiáticas, 21.4% negras, 2.6% hispanas y 72.6% caucásicas; con respecto al nivel educativo de las pacientes el 1.7% (2)

Esta patología implica un importante impacto psicológico y social. Puede condicionar el estilo de vida del paciente, aunque es común que el paciente afectado de incontinencia no le dé la importancia que merece, sin intentar aclarar el tipo y determinar si es pasajera, reversible o simplemente buscar una opinión especializada. (3)

Las causas son múltiples, entre las que destacan la inestabilidad del detrusor (vejiga espástica), incontinencia por rebosamiento, por esfuerzo, la impactación fecal en pacientes de edad avanzada o simplemente una incontinencia funcional. También puede ser secundaria a anomalías anatómicas, esfuerzo físico, cistocele, urgencias relacionadas con infecciones o enfermedades del sistema nervioso, o el goteo que acompaña a una vejiga flácida distendida en exceso. La calidad de vida relacionada con la salud es considerada por los pacientes con síntomas urinarios como el principal indicador de resultados. (3)

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la evaluación subjetiva de la influencia de la salud sobre la capacidad del individuo para tener un grado de funcionamiento que le permita realizar aquellas actividades importantes para la paciente y que afectan su bienestar. La valoración de la calidad de vida habitualmente realizada con cuestionarios estandarizados es un elemento imprescindible para la toma de decisiones clínicas adecuadas, mediante la determinación de la eficacia de las intervenciones médicas y para la valoración de la calidad de los cuidados, especialmente en el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas. Esta calidad de vida usualmente se ve más afectada luego de que la paciente ya ha sido intervenida quirúrgicamente y la patología recurre por lo que es importante definir cuál es el tratamiento más eficaz para evitar que se presenten estas complicaciones.

Si determinado procedimiento quirúrgico resulta de mayor eficacia respecto a otro independientemente de los factores de riesgo y caracterización de la paciente en cuestión, será útil aplicarlo como procedimiento protocolario para prevenir la tasa de recurrencias de pacientes intervenidas en la unidad de Ginecología del Hospital de Ginecoobstetricia IGSS y determinar cuál es el manejo más adecuado en pacientes que reinciden con incontinencia urinaria luego de haber sido sometidas a tratamiento quirúrgico para la corrección de la misma

II. ANTECEDENTES

La pérdida involuntaria de orina, un síntoma que puede tener muy distintas causas subyacentes, es un problema común y a menudo angustioso en las mujeres. La *International Continence Society* define la incontinencia como la pérdida involuntaria de orina, que es objetivamente demostrable y un problema social e higiénico. La incontinencia puede proceder de desórdenes en las funciones de reservorio o vaciado vesical, problemas del esfínter uretral y mecanismo de salida o ambos. Se distinguen cinco tipos de incontinencia, los cuales pueden ocurrir solos o en combinación. Los tipos de incontinencia según la *International Continence Society* son (1):

- Incontinencia de esfuerzo genuina
- Incontinencia de Urgencia
- Incontinencia refleja
- Incontinencia de rebosamiento
- Incontinencia extrauretral

La gran mayoría de las pacientes tienen un defecto en las estructuras del soporte del cuello vesical y uretra proximal, las cuales descienden durante los períodos de aumento de la presión intraabdominal y abandonan la zona de esta presión (uretra hipermóvil)- Se piensa que esto impide la adecuada transmisión del aumento de presión intraabdominal a la uretra proximal, con lo que el mecanismo del esfínter se compromete y se pierde orina. La presión de cierre uretral en reposo es normal. Este tipo de incontinencia se denomina *incontinencia urinaria de esfuerzo anatómica*. Las causas incluyen: el origen constitucional, la relación con la edad y los cambios anatómicos en el soporte de la vejiga y el cuello vesical, generalmente debido al parto vaginal y al trauma obstétrico. En un segundo grupo de pacientes el mecanismo del esfínter de la uretra se ve comprometido por cambios en la misma uretra (*incontinencia de esfínter*) (1)

La incontinencia urinaria es un problema muy frecuente y debilitante que afecta a cerca del 50% de las mujeres en algún momento de sus vidas. La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es una causa contribuyente o predominante en el 30% al 80% de estas mujeres. (2)

Los métodos quirúrgicos para la incontinencia urinaria de esfuerzo son cada vez más comunes y en la actualidad predominan las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas. La *International Continence Society* (ICS) define la incontinencia urinaria de esfuerzo como un trastorno caracterizado por hallazgos urodinámicos asociados con signos y síntomas específicos. La *incontinencia urinaria de esfuerzo urodinámica* es la pérdida involuntaria de orina durante los aumentos de la presión intraabdominal en ausencia de contracción del detrusor. En la categoría de síntomas de las vías urinarias inferiores, la incontinencia de esfuerzo es un trastorno de almacenamiento cuyo síntoma característico es la pérdida involuntaria de orina ante el esfuerzo, el estornudo o la tos. El signo asociado con la incontinencia urinaria de esfuerzo es la pérdida involuntaria de orina de la uretra en forma sincrónica con el esfuerzo. La terminología actual se remite al trastorno caracterizado tanto por los síntomas como por los hallazgos urodinámicos. (3)

La ICS clasificó los síntomas del tracto urinario inferior en síntomas de la fase de llenado y síntomas miccionales. La incontinencia, como síntoma de la fase de llenado, se define como la enfermedad, o condición médica, caracterizada por cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema higiénico o social. La incontinencia urinaria no es una enfermedad que ponga en peligro la vida del paciente, pero deteriora significativamente la calidad de vida de quien la padece, ya que reduce su autoestima y merma su autonomía. La prevalencia media estimada ronda el 20%-30% en términos generales, con una elevación de hasta el 30%-40% en las personas de mediana edad y de hasta un 30%-50% en los ancianos. La incidencia de IU aumenta linealmente con la edad hasta ser considerada como uno de los síndromes geriátricos, tanto por su elevada prevalencia en mayores de 65 años como por el impacto negativo que ocasiona en el anciano que la sufre.

La mayor incidencia y prevalencia de incontinencia en las mujeres de raza blanca que se observa en la literatura puede estar relacionada con diferencias raciales, pero hay una clara falta de trabajos en otras etnias, lo que implica un importante sesgo en esta aseveración. El porcentaje de incontinencia grave o significativa oscila entre el 3% y el 17%. A pesar de esta elevada prevalencia global, sorprende el escaso número de consultas médicas que se generan por este motivo. La mayoría de los pacientes utiliza absorbentes como método de control de su incontinencia, con un elevado costo en términos ecológicos y económicos. (4)

2.1. EPIDEMIOLOGÍA

La bibliografía sobre la incidencia y la remisión de la incontinencia urinaria sigue siendo escasa, sin embargo, la incidencia anual de IU en las mujeres oscila entre el 2 – 11% y su incidencia máxima se da durante el embarazo. Las tasas de remisión completa de la IU varían entre el 0% y el 13% y la tasa más alta de remisión se produce tras el embarazo. La incidencia anual de cirugía por prolapso oscila entre el 0.16% y el 0.2%. Se calcula que el riesgo acumulado durante toda la vida de cirugía por prolapso es del 7 – 11 %. (5)

La transmisión familiar de la incontinencia urinaria está perfectamente documentada. Sin embargo, a menudo resulta difícil diferenciar entre heredabilidad y transmisión no hereditaria, es decir factores ambientales en el entorno familiar. También hay diferencias étnicas y raciales bien documentadas en relación con la incontinencia urinaria el prolapso de órganos. Entre los genes candidatos figura, un polimorfismo en el gen del colágeno de tipo I. (5)

Se ha calculado que la pérdida de orina afecta al 5.69% de las mujeres. El amplio rango de prevalencia publicada refleja las diferencias existentes en la amplitud de la definición de la Incontinencia Urinaria (desde la pérdida de orina una vez durante el último año hasta varios episodios de incontinencia diarios o a la semana), en metodología (encuestas telefónicas, cuestionarios por correo, exámenes de pacientes) y en la demografía de la población estudiada. En general, tiene el doble de frecuencia en las mujeres que en los varones. (6)

2.2. DEFINICIONES

Incontinencia urinaria de esfuerzo

La IU de esfuerzo (IUE) es la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (como toser, reír, correr o andar).

Incontinencia urinaria de urgencia

La incontinencia urinaria de urgencia (IUU) es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de “urgencia”. Entendemos por “urgencia” la percepción por la paciente de un deseo miccional súbito claro e intenso, difícil de demorar y con miedo al escape de orina.

La ICS también define el síndrome de vejiga hiperactiva como el conjunto de síntomas de la fase de llenado caracterizado por urgencia miccional como síntoma principal (deseo miccional imperioso con miedo al escape), con o sin incontinencia, habitualmente asociado a frecuencia miccional elevada y nocturia. Debe quedar bien claro que el síndrome de vejiga hiperactiva es un síndrome exclusivamente clínico. Así pues, dicho síndrome puede cursar o no con IU y puede ser la expresión clínica de etiología muy variada.

Incontinencia urinaria mixta

Se trata de un tipo de incontinencia que se asocia a urgencia miccional y también a los esfuerzos, al ejercicio, a los estornudos o a la tos.

Incontinencia urinaria “continua”

Es la pérdida involuntaria y continua de orina. Puede deberse a una fístula vesico-vaginal, a una desembocadura ectópica de un uréter en la vulva o a una lesión grave del sistema esfinteriano (lo que se ha denominado “deficiencia esfinteriana intrínseca”).

Enuresis nocturna

Se refiere a cualquier pérdida involuntaria de orina durante el período de sueño.

Incontinencia urinaria por rebosamiento

Algunos autores la denominan “incontinencia urinaria inconsciente”. Es la IU que se aprecia en pacientes sin deseo miccional alguno. El enfermo presenta incontinencia que suele requerir al uso de absorbentes y que origina un cuadro también denominado “retención crónica de orina”. El motivo suele ser una obstrucción infravesical con dilatación de todo el tracto urinario, incluido el superior, y que suele acompañarse de insuficiencia renal postrenal.

Otros tipos de incontinencia urinaria

Otros tipos de IU son la que se produce durante el coito, tanto en la mujer como en el varón, la incontinencia con la risa (*giggle incontinence*) y el goteo postmiccional.

Incontinencia “funcional”

Se puede denominar así al tipo de IU que se produce en pacientes cuyo aparato urinario no tiene problema alguno, pero que debido a trastornos físicos (movilidad reducida), cognitivos (demencia), arquitecturales (barreras arquitectónicas en pacientes con movilidad reducida) o al uso de determinados medicamentos no son capaces de llegar al baño. Este tipo de IU suele observarse en pacientes ancianos, en los que pueden coexistir diversos factores como delirio, infección urinaria, atrofia vaginal, factores psicológicos, fármacos, movilidad restringida, exceso de diuresis (poliuria) o impactación fecal. (4)

2.3. MECANISMOS DE CONTINENCIA E INCONTINENCIA

La continencia de orina es posible por una adecuada presión uretral de cierre en reposo y por la rápida transmisión de incrementos en la presión intraabdominal a la uretra proximal. La presión uretral de cierre en reposo se realiza por músculo liso, músculo estriado y la vascularización de la uretra y tejido parauretral. La adecuada transmisión de los pulsos de presión intraabdominal (e intravesical) requiere que la uretra proximal esté localizada dentro de la zona de presión abdominal. Los incrementos de presión intraabdominal también provocan contracciones reflejas del músculo estriado del diafragma urogenital y el músculo del suelo pélvico. La afección de uno o más componentes de este sistema puede conducir a la incontinencia urinaria; estos son distintos para los tipos de incontinencia; el tratamiento adecuado requiere un examen detallado de todos los factores. (1)

2.4. FACTORES DE RIESGO

El embarazo y el parto vaginal son factores de riesgo importantes, aunque lo son menos con la edad. En contra de la idea popular anterior, no parece que la menopausia sea, en sí misma, un factor de riesgo de IU y hay datos contradictorios en relación con la histerectomía. La diabetes mellitus es un factor de riesgo en la mayoría de los estudios. La investigación también indica que la restitución estrogénica por vía oral y el índice de masa corporal son factores de riesgo modificables importantes de IU. Aunque un deterioro leve de la función cognitiva no constituye un factor de riesgo de IU, incrementa los efectos de esta. (5)

Tabaquismo, dieta, depresión, infecciones de las vías urinarias (IVU) y ejercicio no son factores de riesgo.

El prolapso de órganos pélvicos tiene una prevalencia del 5 %-10 % basándose en el hallazgo de una masa que hace prominencia en la vagina. El parto entraña un mayor riesgo de prolapso de órganos pélvicos en etapas posteriores de la vida y dicho riesgo aumenta con el número de hijos. No está claro si la cesárea previene la aparición de POP, aunque la mayoría de los estudios indican que la cesárea conlleva un menor riesgo que el parto vaginal de sufrir morbilidad posterior relacionada con el suelo de la pelvis. Algunos estudios señalan que la histerectomía y otras intervenciones pélvicas aumentan el riesgo de prolapso de órganos pélvicos.

2.5. EVALUACIÓN INICIAL

Se debe seguir un protocolo de manejo, iniciando por una anamnesis meticulosa con registro miccional), examen físico, estudio del residuo posmiccional y análisis de orina. Se han creado varios algoritmos terapéuticos para su manejo. En estas evaluaciones se incluye la frecuencia y el volumen de micción, la determinación de la calidad de vida y el deseo de recibir un tratamiento, la prueba de esfuerzo con tos, el análisis de orina, la evaluación de la contracción voluntaria de los músculos del suelo de la pelvis y la determinación de la orina residual posmiccional.

Las recomendaciones para el manejo inicial no requieren pruebas minuciosas, pero el tratamiento se basa en el diagnóstico presuntivo de incontinencia urinaria de esfuerzo. Las terapias de primera línea comienzan con intervenciones en el estilo de vida, como descenso de peso, cese del tabaquismo y modificaciones de la dieta y el aporte de líquidos. La deficiencia de estrógenos requiere un tratamiento seguido por reevaluación. Se recomienda el entrenamiento supervisado de los músculos del suelo de la pelvis y la vejiga. Es importante tener en cuenta que las pacientes no pueden manejar la terapia apropiadamente por cuenta propia. La duración adecuada del tratamiento oscila entre 8 y 12 semanas y a continuación la paciente se debe reexaminar para determinar si se requiere otro tratamiento. Los dispositivos de soporte vaginal se pueden incluir entre la opción

terapéutica, cuya selección depende de la disponibilidad del producto, la capacidad de la paciente para manejarlo, la aceptación por parte de la paciente y el coste. (1)

Se debe realizar un urocultivo, análisis de orina y pruebas de función renal. Se debe analizar el llenado vesical y la micción; las pruebas especializadas de la función vesical, como cistometría y cistouretroscopía, pueden ser útiles en algunas pacientes. La evaluación de la función renal con perfil de presión uretral o presión puntual de filtración es opcional. La recomendación básica es que además de completar la evaluación elemental, se recomienda una cistouretrografía para diagnosticar hiperactividad del detrusor o incontinencia de esfuerzo. En la paciente sometida a una reparación primaria de una incontinencia urinaria de esfuerzo se debe obtener una anamnesis detallada, realizar un examen físico acabado para buscar prolapso, un registro de la frecuencia y el volumen (agenda miccional), un cuestionario de los síntomas, un análisis de orina, una evaluación de la movilidad del cuello vesical (prueba del hisopo o estudios de diagnóstico por imagen) y una determinación del volumen urinario residual. La movilidad del cuello vesical puede estudiarse introduciendo un hisopo lubricado en la uretra hasta el cuello vesical para determinar si se desplaza más de 30 grados del eje horizontal con los esfuerzos. En la paciente con síntomas mixtos (de incontinencia urinaria de esfuerzo e imperiosa) o cuyo registro miccional no corresponde a un patrón de incontinencia de esfuerzo puro, se debe indicar una evaluación más profunda.

La paciente en la que fracasó una cirugía anterior o con síntomas además de la incontinencia de esfuerzo amerita una prueba urodinámica y una cistoscopia antes de la cirugía. Otras opciones incluyen estudios de diagnóstico por la imagen o pruebas videourodinámicas.

2.6. ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS PREOPERATORIOS

Los estudios preoperatorios tienen los siguientes propósitos:

- a) Determinar el tipo de incontinencia (esfuerzo, urgencia, rebosamiento) y su severidad. Todos los tipos de incontinencia no causada por un inadecuado mecanismo del esfínter, con la excepción de la incontinencia extrauretral, suelen ser

no susceptibles del tratamiento quirúrgico. En algunos casos tales como vejigas neurógenas, la cirugía puede empeorar la situación.

- b) Determinar las condiciones de los soportes pélvicos (como cistocele, descenso del cuello vesical, relajación del suelo pélvico)
- c) Detectar cualquier otra patología en la pelvis relevante para la cirugía.

La evaluación preoperatoria incluye:

1. Historia
2. Uroanálisis
3. Examen clínico
4. Examen ginecológico
5. Test Urodinámico
6. Estudios radiológicos o ultrasonográficos de la vejiga y uretra
7. Ultrasonografía de los riñones y uréteres
8. Cistoscopia, uretroscopía, urografía intravenosa, estudios neurológicos de la inervación del suelo pélvico.

Cuando se realiza la historia, algunas preguntas específicas pueden sugerir el tipo de incontinencia. Síntomas de desórdenes de la fase de almacenamiento, vaciado, sensación vesical y la orina en sí (hematuria, mal olor) deberán detectarse. La pérdida de orina durante el esfuerzo físico sugiere incontinencia de esfuerzo, pero también ocurre en la de urgencia. Frecuencia, nicturia, disuria, y apremio sugieren incontinencia de urgencia. La pérdida de orina no percibida sin urgencia, en pacientes con problemas de vaciado, puede ser a causa de una afección neurológica. La micción frecuente de pequeños volúmenes sugiere incontinencia de rebosamiento. La posibilidad de una fístula deberá considerarse en pacientes que desarrollan incontinencia después de cirugía ginecológica.

Un seguimiento es útil para documentar patrones de micción durante el día, ingesta de volúmenes, cantidad de micción y episodios de incontinencia durante el día y la noche. Preguntas específicas o cuestionarios pueden distinguir de la incontinencia urinaria de esfuerzo de la que no es en alrededor del 90% de las pacientes. (1)

La clasificación de la incontinencia de esfuerzo propuesta por Ingelman-Sunberg tiene probada utilidad. Baden y Walker propusieron otra clasificación basada en la valoración subjetiva de la pérdida de orina por la paciente (5).

Cuadro No. 1

Clasificación de la Incontinencia Urinaria

Clasificación de Ingelman-Sundberg



- Primer grado: Pérdida de orina en la tos, estornudo y risa
- Segundo grado: Pérdida de orina subiendo escaleras, corriendo, paseando
- Tercer grado: Pérdida de orina al levantarse, pero no al tumbarse

Clasificación de Baden y Walker



- Pérdida de sólo unas gotas de orina
- Debe cambiarse ocasionalmente de ropa interior
- Debe llevar compresas algunas veces
- Debe llevar siempre compresas

Siguiendo las recomendaciones de la ICS sobre el uso de pruebas diagnósticas en la IU, podemos dividir éstas según varios tipos de recomendación, así como la sistemática de estudio:

- **Altamente recomendadas:** deben realizarse a todos los pacientes con IU
- **Recomendadas:** de valor probado en la mayoría de los pacientes. Su uso es altamente recomendado en la evaluación inicial del paciente
- **Opcionales:** de valor probado en pacientes seleccionados. Su uso se deja a juicio clínico
- **No recomendadas:** de valor no probado en la mayoría de las pacientes. Pueden ser útiles en pacientes concretos no habituales. (6)

Pruebas altamente recomendadas en la evaluación inicial:

1. Historia clínica, con especial referencia a los siguientes puntos:

- Naturaleza y duración del síntoma de incontinencia
 - Tratamientos previos (quirúrgicos o no)
 - Movilidad del paciente y factores ambientales
 - Estado mental y comorbilidad
 - Medicaciones concomitantes
 - Función sexual e intestinal
2. Cuantificación de los síntomas y efectos sobre la calidad de vida:
 - Uso de un diario miccional, para documentar la frecuencia miccional, el volumen orinado, la cantidad de líquido ingerido por la paciente, el número de episodios de incontinencia y las compresas utilizadas
 - La historia debe hacer hincapié en la percepción e impacto de la incontinencia sobre la calidad de vida de la paciente.
 3. Examen físico
 - Palpación abdominal: excluir globo vesical
 - Examen neurourológico básico
 - i. Sensibilidad perineal táctil y dolorosa genital, anal y glútea
 - ii. Tacto rectal: tono del esfínter anal, reflejo anal
 - Constatar el signo de incontinencia, mediante maniobra de Valsalva o aumentando la presión intraabdominal.
 4. Otras pruebas diagnósticas:
 5. Análisis de orina
 6. Residuo postmiccional: por palpación abdominal, cateterismo uretral o, con más exactitud y menos agresividad, mediante una ecografía.

Pruebas diagnósticas recomendadas

1. Evaluación detallada de los síntomas: uso de cuestionarios específicos más detallados y validados para tratar de medir el impacto y la percepción de la incontinencia sobre la calidad de vida de la paciente. Altamente recomendado el cuestionario ICIQ-SF (8). Adjunto en anexo 1.
2. Evaluación analítica de la función renal
3. Flujometría y cálculo de residuo postmiccional, como método para detectar a pacientes con disfunción miccional
4. Estudios urodinámicos:

- Cistomanometría: estudia la fase de llenado vesical. Evalúa la sensibilidad al llenado, la capacidad cistométrica, la acomodación, la función del músculo detrusor en el llenado y la competencia esfinteriana. Puede detectar también síntomas como el dolor al llenado
 - Estudio miccional (estudio de presión-flujo): evalúa si hay sospecha de obstrucción, si el detrusor es poco contráctil durante la micción, la posible presencia de residuo postmiccional, así como la actividad del esfínter estriado al orinar (que debe estar relajado). Se recomienda realizar los estudios uridinámicos antes de efectuar los tratamientos quirúrgicos, para evaluar el fracaso de tratamientos previos, o en casos de incontinencia complicada,
5. Pruebas de imagen: ecografía, radiografía simple de abdomen, cistouretrografía retrógrada y miccional y pielografía. La pielografía sólo en casos de sospecha de patología del tracto urinario superior; recientemente está siendo desplazada por la TAC.
 6. Uretrocistoscopia: en caso de sospecha de otra enfermedad, incontinencia complicada o si las pruebas anteriores no acaban de darnos un diagnóstico claro.

Pruebas diagnósticas opcionales:

1. Estudios urodinámicos opcionales: cuando es necesario conocer más detalles de la función uretral. Si se sospecha hiperactividad del detrusor y no lo hemos podido demostrar en el estudio inicial.
2. Prueba de la compresa (pad test): Bien sea de una hora o de 24 horas. Con ello podemos objetivar mejor el grado de incontinencia. Consiste en colocar una compresa previamente pesada a la paciente y volver a pesar la misma tras un tiempo establecido. Su incremento de peso nos orienta sobre la magnitud de la incontinencia.
3. Estudios neurofisiológicos
4. Otras pruebas de Imagen: TAC y RMN (9)

Un cuestionario alternativo es el *Kings Health Questionnaire* (9) que incluye los siguientes parámetros:

- Nocturia
- Urgencia miccional

- Urgeincontinencia
- Emergencia
- IU espontánea
- IU con las relaciones sexuales
- IU inconsciente
- IU de esfuerzo
- Sensación de vaciamiento incompleto
- Disuria
- Dificulta miccional
- Dolor con la repleción vesical
- escozor miccional
- Infecciones urinarias
- Hematuria
- Estreñimiento
- Incontinencia fecal
- Síntomas de prolapso genital

2.7. TRATAMIENTO

El objetivo fundamental del tratamiento de la IU es mejorar la calidad de vida de las pacientes. A la hora de elegir el tipo de tratamiento debemos tener en cuenta la situación personal de la mujer, sus circunstancias actuales y futuras, así como la especial vulnerabilidad de las mujeres de edad ante ciertos fármacos y ante las intervenciones quirúrgicas. Es importante evaluar la percepción del impacto de la IUE sobre su calidad de vida, la esperanza de vida de la paciente y el riesgo que puede presentar la misma ante una eventual intervención quirúrgica.

El tratamiento de la IUE consiste en tratar de aumentar la resistencia de la uretra para que la presión intravesical no supere a la uretral durante los esfuerzos. Como alternativas terapéuticas podemos contemplar la rehabilitación muscular del suelo pélvico (RMSP) y la cirugía. La duloxetina (un inhibidor de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina), que aumenta el tono del esfínter externo, ha permitido mejorar o curar la IUE, sin embargo, falta un seguimiento a largo plazo para poder analizar su eficacia en IUE.

Es la contracción activa de los músculos del suelo pélvico realizada de forma regular, que puede realizarse con o sin la ayuda de sistemas de *biofeedback*. Pueden emplearse de forma asociada técnicas como la electroestimulación, que consiguen hacer consciente a la enferma de los grupos musculares que debe ejercitar. Una vez que la paciente ha aprendido a realizar los ejercicios, debe mantener una disciplina para que la RMSP sea efectiva, por lo que debe considerarse como el primer escalón en el tratamiento de la IUE (10). Por supuesto hay que tener en cuenta las características de cada paciente. Una mujer inconstante o que no logre aprender los ejercicios de RMSP enseñados por personal especializado dudosamente se va a beneficiar de esta excelente arma terapéutica. Otro dato a tener en cuenta es el aumento de satisfacción de la paciente en sus relaciones sexuales, al convertirse la musculatura del periné en un elemento activo durante el coito.

FARMACOTERAPIA

Más de 50 millones de personas del mundo desarrollado se encuentran afectadas por IU y en su tratamiento se han utilizado muchos medicamentos. Aunque los medicamentos resultan eficaces en algunos casos, los efectos secundarios conllevan, con frecuencia, su suspensión tras periodos breves y lo mejor es utilizarlos como complemento del tratamiento conservador y quirúrgico. (11)

En las mujeres con IU de esfuerzo, de urgencia o mixta, el tratamiento inicial consiste en asesoramiento adecuado sobre los hábitos de vida, fisioterapia, una pauta miccional programada, terapia conductual y medicación. Algunas recomendaciones se basan en pruebas científicas sólidas y coherentes en sus efectos. Sin embargo, muchas otras se basan en datos insuficientes de grado 1 ó 2 y son, básicamente, hipótesis que precisan más pruebas de sus efectos beneficiosos.

Cuadro No. 2

Alternativas Terapéuticas de la incontinencia Urinaria

Intervenciones en los hábitos de vida

- Pérdida de peso
- Reducción del consumo de cafeína
- Reducir consumo de líquidos solo en pacientes con un consumo anormalmente alto

Entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis

- Se ofrece como tratamiento conservador de primera línea
- Aplicar programa intensivo (supervisión por profesionales sanitarios)

Conos Vaginales

- En mujeres con IUE o IUM
- Pueden ofrecerse como tratamiento conservador de primera línea a quienes puedan y estén preparadas para usarlas
- Puede ser que no resulten útiles por sus efectos secundarios y molestias.

Estimulación eléctrica

- Puede ofrecerse a mujeres con IUE, IUM, IUU
- Durante 6 meses 50 Hz dos veces al día en el domicilio
- La estimulación eléctrica de baja intensidad domiciliar por 6 meses
- Puede tener utilidad limitada ya que algunas mujeres no pueden utilizarla o no les gusta.

Estimulación Magnética

Entrenamiento de la vejiga

- Tratamiento de primera línea para mujeres con IUU
- Una combinación de entrenamiento muscular más entrenamiento de la vejiga puede ser más beneficioso

Micción programada

- Con un intervalo miccional de dos horas

Se han desarrollado muchos fármacos para el tratamiento de la incontinencia urinaria. Aunque los fármacos pueden ser eficaces en algunos pacientes, a menudo hay que suspenderlos debido a sus efectos secundarios. Así los fármacos pueden considerarse como un complemento de la terapia conservadora.

Fármacos empleados en el tratamiento de la vejiga hiperactiva

La relevancia clínica de la eficacia de los medicamentos antimuscarínicos en comparación con placebo se ha comentado ampliamente. (12). Sin embargo, en metaanálisis extensos recientes de los antimuscarínicos más utilizados se ha demostrado que estos medicamentos proporcionan beneficios clínicos considerables. Ninguno de los antimuscarínicos de uso habitual (darifenacina, fesoterodina, oxibutinina, propiverina, solifenacina, tolterodina y trospio) constituye en tratamiento de primera línea ideal para todas las pacientes con vejiga hiperactiva/hiperactividad del detrusor. El tratamiento óptimo debe individualizarse, teniendo en cuenta comorbilidades, fármacos concomitantes y los perfiles farmacológicos de los diferentes medicamentos. (12)

Medicamentos empleados en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo

Entre los factores que pueden contribuir al cierre de la uretra figuran el tono del músculo liso y estriado uretral y las propiedades pasivas de la lámina propia uretral, especialmente su vascularización. La contribución relativa de estos factores a la presión intrauretral sigue siendo objeto de debate. Sin embargo, los datos indican que una parte notable del tono uretral está mediada por una estimulación de los receptores adrenérgicos alfa en el músculo liso uretral por parte de la noradrenalina liberada. (13). Un factor que contribuye a la IUE, principalmente en las mujeres de edad avanzada con falta de estrógenos, puede ser un deterioro de la función de coadaptación de la mucosa (14). El tratamiento farmacológico pretende incrementar la fuerza de cierre intrauretral al aumentar el tono de los músculos liso y estriado uretrales (15). Hay varios medicamentos que pueden contribuir a este incremento. Su uso clínico se encuentra limitado por una baja eficacia y/o efectos secundarios. (16)

Tratamiento hormonal de la incontinencia urinaria

ESTRÓGENOS

La carencia de estrógenos es un factor etiológico en la patogenia de varios trastornos(17). Sin embargo, el tratamiento con estrógenos, solos o combinados con un progestágeno sólo ha logrado malos resultados en la IU (18). Algunos ensayos aleatorios han revelado empeoramiento de la incontinencia preexistente y un aumento de la nueva incidencia con los estrógenos en monoterapia o combinados con un progestágeno. Sin embargo, hay que señalar que la mayoría de las pacientes recibieron estrógenos equinos combinados, lo que

quizá no sea representativo de todos los estrógenos y de todas las vías de administración. En caso de vejiga hiperactiva la administración local podría ser la vía más beneficiosa. (14)

Es posible que el tenesmo vesical, la polaquiuria y la incontinencia de urgencia sean síntomas de atrofia genitourinaria en mujeres posmenopáusicas de edad avanzada(19). Existen evidencias sólidas de que el tratamiento vaginal con estrógenos en dosis bajas puede revertir los síntomas y los cambios citológicos de la atrofia genitourinaria. Sin embargo, los estrógenos (con o sin progesterona) no deben emplearse para tratar la IU, ya que no se ha demostrado que ejerzan efecto directo sobre las vías urinarias inferiores(20).

DESMOPRESINA

La desmopresina conlleva una mejoría significativa de la incontinencia urinaria en comparación con placebo en cuanto a reducción de las micciones, IU nocturna y aumento de las horas de sueño ininterrumpidas (21). La calidad de vida también mejoró. Sin embargo, la hiponatremia es uno de los principales efectos secundarios, clínicamente importantes; ésta puede originar diversos eventos adversos, desde cefalea leve, náusea, vómitos y anorexia hasta pérdida de conciencia, convulsiones y la muerte. (15)

Cuadro No. 3 (20)

Fármacos utilizados en el tratamiento de la incontinencia urinaria de Esfuerzo

- Duloxetina
- Midodrina
- Clenbuterol
- Estrógenos
- Metoxamina
- Imipramina
 - Efedrina
- Norefedrina

Cuadro No. 4 (22)

Fármacos utilizados en el tratamiento de Vejiga Hiperactiva e Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

- **Antimuscarínicos**
 - Atropina, hiosciamina
 - Darifenacina
 - Propantelina
 - Solifenacina
 - Tolterodina
 - Trospio
- **Medicamentos que actúan sobre canales de la membrana**
 - Antagonistas de calcio
 - Agonistas de los canales de potasio
- **Medicamentos con efectos mixtos**
 - Oxibutinina
 - Propiverina
 - Cicilomina
 - Flavoxato
- **Antidepresivos**
 - Duloxetina
 - Imipramina
- **Antagonistas de los receptores alfa adrenérgicos**
 - Terbutalina
 - Salbutamol
- **Toxinas**
 - Toxina botulínica, inyectada en la pared de la vejiga
 - Capsaicina
 - Resiniferatoxina
- **Otros medicamentos**
 - Baclofeno intratecal
 - Estrógenos
 - Desmopresina

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico está dirigido a aumentar el soporte de la uretra y con ello aumentar la resistencia uretral durante los esfuerzos (23). En los casos con una clara hipermovilidad uretral, e incluso en la insuficiencia esfinteriana intrínseca no grave ni asociada a uretra fija, las técnicas de suspensión uretral sin tensión (técnicas mínimamente invasivas de tipo TVT o TOT) se han convertido en las pruebas de referencia y han desplazado a las técnicas de colposuspensión como la de Burch, que durante años fue la técnica más eficaz (24). Las

técnicas de suspensión uretral sin tensión se basan en los estudios de Petros y Ulmsten, que proponen una nueva concepción de la dinámica pélvica (teoría integral de Petros) (15) y consiste en colocar una malla de material sintético (de polipropileno trenzado monofilamento) por debajo de la uretra, hacia la cara posterior púbica en el caso del TVT o hacia los agujeros obturadores en el TOT, a modo de refuerzo del ligamento pubouretral (25). La bandeleta se coloca sin tensión alguna, de forma que constituirá un soporte uretral que funcionará sólo en los casos en los que la paciente realice esfuerzos. La bandeleta actuará generando fibrosis, por lo que sólo durante las primeras semanas la enferma ha de evitar esfuerzos importantes. Su colocación contraindica, en principio, un parto vaginal, aunque se ha descrito algún caso sin complicaciones aparentes ni recidivas significativas de la IUE tras el parto. (26) Se trata de una técnica que puede practicarse con anestesia local, aunque suele realizarse con procedimientos de “estancia corta” y anestesia raquídea o sedoanalgesia (27). En los casos en los que predomine la sospecha de deficiencia esfinterinana intrínseca, con uretras fijas, la técnica a utilizar debe ser más oclusiva. Durante años se usaron técnicas de cabestrillo, en las que, mediante una bandeleta, habitualmente de aponeurosis autóloga, se suspendía la uretra con una cirugía abierta (28).

La IUE como síntoma de una disfunción del suelo pélvico puede asociarse a otras patologías, como el prolapso genital, que presenta un tercio de las pacientes (cistocele o prolapso vaginal anterior; rectocele o prolapso vaginal posterior; prolapso uterino y enterocele), o a la incontinencia fecal (29). Por ello, tras una valoración conjunta de la patología pélvica, se impone una corrección también conjunta. De ahí la importancia de la creación de “Unidades Funcionales de Suelo Pélvico”, formadas por urólogos especializados en el tema, ginecólogos, cirujanos con especial dedicación en coloproctología y digestólogos dedicados al estudio de la dinámica intestinal. De no concebirse así, la corrección parcial de un problema pélvico puede llevar asociado el empeoramiento de otro compartimiento (30).

Existen diversas variables de confusión en relación con una cirugía con éxito (27):

- Edad
- Actividad física
- Enfermedad médica
- Enfermedad psiquiátrica
- Obesidad

- Número de partos
- Cirugía previa por incontinencia
- Histerectomía durante la intervención contra la incontinencia
- Raza
- Intensidad y duración de los síntomas
- Vejiga Hiperactiva
- Fuerzas oclusivas uretrales
- Factores quirúrgicos

Cuadro No. 5

Tratamiento quirúrgico para Incontinencia Urinaria de esfuerzo (31)

Colporrafia anterior

- El resultado es equivalente al de la suspensión con agujas, pero es menos eficaz que la colposuspensión abierta; la eficacia se deteriora notablemente con el tiempo.
- No se recomienda como tratamiento de la IUE aislada

Colposuspensión abierta

- Eficacia similar a la de las suspensiones mediouretrales y de las suspensiones del cuello de la vejiga; así mismo similar a las suspensiones obturatrices
- El riesgo de disfunción miccional es mayor que las Bandas Vaginales sin tensión (BVST)
- El prolapso tras la suspensión es más probable que después de una BVST.
- Es un tratamiento eficaz y duradero

Colposuspensión laparoscópica

- Tasas de curación iguales o superiores a las BVST
- Tiempo quirúrgico breve y recuperación más rápida

Intervenciones de suspensión (cabestrillo) tradicionales

- La suspensión con fascia autóloga puede ser más eficaz que las suspensiones biológicas y sintéticas

Sustancias de relleno uretral

- Deparan una mejoría sintomática semejante a la obtenida con placebo y grasa autóloga

Bandas mediouretrales

- El tiempo quirúrgico, la estancia hospitalaria y el regreso a la actividad normal son más breves con la BVST que con la colposuspensión

Bandas retropubicas y transobturatrices

- Eficacia similar durante 12 meses
- El riesgo relativo de lesión vesical se multiplica por 6 con la suspensión retropública y por 4 con la suspensión transobturatriz

III. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

- Definir cuál es el enfoque terapéutico más utilizado en la institución en pacientes que presentan reincidencia de incontinencia urinaria luego de tratamiento quirúrgico.

3.2. ESPECÍFICOS

- 3.2.1. Delimitar las características personales/sociales y antecedentes médicos de las pacientes que se encuentran en seguimiento luego del tratamiento quirúrgico por incontinencia urinaria y su asociación con la reincidencia.
- 3.2.2. Determinar las características de las pacientes que fueron elegidas para un nuevo tratamiento quirúrgico y las que fueron elegidas para tratamiento conservador respectivamente
- 3.2.3. Determinar el tiempo transcurrido entre el tratamiento quirúrgico inicial y la recidiva de la sintomatología.
- 3.2.4. Establecer qué tipo de procedimiento realizado como tratamiento quirúrgico de primera elección fue el que tuvo mayor porcentaje de recidiva
- 3.2.5. Determinar si hubo una complicación postoperatoria relacionada con la recidiva de incontinencia urinaria
- 3.2.6. Definir la frecuencia de patologías asociadas de las pacientes que presentaron recidiva de incontinencia urinaria.

IV. HIPÓTESIS

4.1. Hipótesis Nula

La recidiva de incontinencia urinaria en pacientes post tratamiento quirúrgico no está asociada a factores epidemiológicos concomitantes como lo son la edad, multiparidad, enfermedades médicas de base e índice de masa corporal; tampoco a la terapia de restitución hormonal, el tipo de incontinencia urinaria y la asociación de prolapso de órganos.

4.2. Hipótesis Alterna

La recidiva de incontinencia urinaria en pacientes post tratamiento quirúrgico se encuentra asociada a factores epidemiológicos concomitantes como lo son la edad, multiparidad, enfermedades médicas de base e índice de masa corporal, así mismo a otros factores como la terapia de restitución hormonal, el tipo de incontinencia urinaria y la asociación de prolapso de órganos.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. **DISEÑO DEL ESTUDIO:** Estudio analítico transversal

5.2. **SELECCIÓN DE UNIDAD DE ANÁLISIS:**

- **Unidad Primaria de muestreo:** La totalidad de pacientes atendidas en la consulta externa en IGSS HGO entre los años 2011 – 2015 con diagnóstico de Incontinencia Urinaria y que no fue posible darles caso concluido luego de haber sido sometidas a procedimiento quirúrgico por recidiva de síntomas.
- **Unidad de Análisis:** Datos recopilados de expedientes revisados de pacientes que continuaron o continúan en seguimiento por recidiva de Incontinencia Urinaria.
- **Unidad de información:** pacientes post intervenidas quirúrgicamente con éxito o fracaso.

5.3. **ÁREA DE ESTUDIO:** expedientes de la consulta externa de Ginecología de pacientes que fueron intervenidas para la corrección de Incontinencia Urinaria en los años 2011 – 2015.

5.4. **POBLACIÓN:**

- **Población o universo:** Pacientes que en los años 2011-2015 hayan sido intervenidas quirúrgicamente para la corrección de incontinencia urinaria y que continúen en seguimiento por el mismo diagnóstico. Se tomó el total de la población encontrada.

Población de Pacientes intervenidas quirúrgicamente por Incontinencia Urinaria en HGO en los años 2011-2015	
Pacientes intervenidas	231

5.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

- **Criterios de inclusión:** Pacientes diagnosticadas con incontinencia urinaria de esfuerzo o mixta que hayan sido intervenidas quirúrgicamente en el HGO IGSS, que se documente incontinencia Urinaria luego de cirugía para la corrección de la misma o que refieran persistir con sintomatología urinaria a las que se haya excluido otra patología de base urodinámica, psicológica o neurológica.

a. Criterios de exclusión:

- Pacientes que presenten otras patologías de base como prolapso de órganos.
- Pacientes en seguimiento por parte de Urología que presenten otras patologías asociadas
- Pacientes a quienes se les haya dado caso concluido y seguimiento ginecológico en su unidad periférica por motivos distintos a Incontinencia Urinaria.

5.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variable	Definición contextual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
TOT	Método quirúrgico utilizado para el tratamiento de incontinencia urinaria.	(tensión free trans obturator tape) consiste en emplazar una malla por detrás de la uretra media, pasada, a cada lado, a través de la región obturatriz. Tiene como ventajas: evitar la apertura del espacio	Cualitativa	Nominal

		retropubiano y paravesical (espacio de Retzius), disminuyendo la morbilidad por hemorragia e infección		
Punto de Kelly	Método quirúrgico utilizado para el tratamiento de incontinencia urinaria.	la plicatura Kelly imbrica la fascia uretropical y la pared vaginal anterior para restaurar el soporte del piso de la uretra y cuello vesicales	Cualitativa	Nominal
Eficacia quirúrgica	Número de éxitos y fracasos luego del tratamiento quirúrgico en los últimos 5 años	Es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización del procedimiento quirúrgico elegido.	Cuantitativa	Razón
Edad	Edad relacionada con el inicio de síntomas y recidivas.	Es el término que se utiliza para hacer mención del tiempo que ha vivido una persona	Cuantitativa	Razón
Número de Partos Vaginales	A mayor número de partos habrá mayor riesgo de recidiva de IU	Cantidad de partos que ha tenido una mujer, hijos vivos, mortinatos	Cuantitativa	Razón
Edad de inicio de Menopausia	Edad relacionada con el inicio de IU	Se define como el cese permanente de la menstruación y tiene correlaciones fisiológicas, con la declinación de la secreción de	Cualitativa	Nominal

		estrógenos por pérdida de la función folicular, que amerita algún tipo de TRH.		
Entidades médicas subyacentes	Diabetes, colagenopatías, neuropatías	Patologías asociadas que predisponen a la Incontinencia Urinaria	Cualitativa	Nominal
Factores laborales o ambientales	Profesiones o actividades que presentan habitualmente un estrés elevado y constante del piso pélvico, que necesitan una posición ortostática prolongada o aumentos bruscos repetitivos de elevación de la presión intraabdominal.	Actividades diarias, profesiones y ocupaciones que tienen las pacientes sometidas al estudio.	Cualitativa	Nominal
Cirugías pelvianas previas	Procedimientos quirúrgicos como corrección de rectocele, cistocele, o prolapsos vaginales, hysterectomías.	Cualquier procedimiento quirúrgico realizado que incluya órganos pélvicos	Cualitativa	Nominal
Frecuencia Miccional	Número de micciones por día y noche de una paciente	Número de veces que acude una persona necesita vaciado vesical	Cuantitativa	Ordinal

Urgencia miccional	Síntoma que presenten las pacientes sometidas al estudio, relacionado con no poder contener la orina	Es la sensación de no poder contener la orina y tener la necesidad de orinar lo más rápidamente posible	Cualitativa	Nominal
--------------------	--	---	-------------	---------

5.7. TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS

- **Técnica:** se realizó una encuesta solicitando datos de caracterización epidemiológica y antecedentes ginecológicos; cirugía de primera elección y fecha de la misma; ésta se aplicó ante la revisión de cada paciente intervenida que continuaba en seguimiento determinando también el tratamiento de segunda elección.
- **Instrumento:** utilizado en caso de que paciente presente recidiva y continúe en seguimiento. Adjunto en anexos. Éste recoge las siguientes variables:
 - Peso, talla, índice de masa corporal
 - Fecha y tipo de procedimiento quirúrgico
 - Antecedentes médicos y enfermedades médicas de base
 - Uso de medicamentos
 - Periodo de menopausia y uso de TRH
 - Número de partos vaginales y cirugías ginecológicas previas
 - Diagnóstico preoperatorio
 - Procedimiento realizado
 - Tratamiento de segunda elección

5.8. PLAN DE PROCESAMIENTO

Con la información recolectada se procedió a tabular datos y agruparlos. Sacando porcentajes y asociaciones entre las variables obtenidas. La información se procesó en computadora Notebook, con Windows 7 con paquete de Microsoft office 2016, y para las tablas de asociación se utilizó el programa EpilInfo ®. Se verificó que la información fuera trasladada de manera completa y sin errores.

- **Plan de análisis:** Se procedió a separar a las pacientes que presentaron reincidencia y hacer el cálculo estadístico correspondiente; determinando el porcentaje de reincidencia y definiendo los tipos de enfoques terapéuticos de segunda elección; para la asociación entre las características epidemiológicas y la recidiva se utilizarán tablas de 2 x 2 y se analizarán los datos a través del cálculo de RP (razón de prevalencia) e Intervalo de confianza.

	Casos	Controles
Expuestos	a	b
No expuestos	c	d

$$RP = \frac{(a/a+b)}{(c/c+d)}$$

Donde:

a + b = número de pacientes con factor de riesgo para recidiva de IU

c + d = número de pacientes sin factor de riesgo para recidiva de IU

VI. RESULTADOS

TABLA NO. 1

Edad de pacientes con reincidencia de incontinencia urinaria post tratamiento quirúrgico entre los años 2011-2015

Edad	Número de pacientes (n=42)	%
20 – 30 años	2	4.8
31– 40 años	8	19
41 – 50 años	12	28.6
51 – 60 años	10	23.8
71 – 70 años	6	14.3
≥ 71 años	4	9.6

Fuente: expedientes médicos de archivo HGO

TABLA NO. 2

IMC de pacientes con reincidencia de incontinencia urinaria post tratamiento quirúrgico entre los años 2011-2015

IMC (Kg/m²)	Número de pacientes (n=42)	%
25.1 – 30	36	85.7
≥ 30.1	6	14.3

Fuente: expedientes médicos de archivo HGO

TABLA NO. 3

Diagnóstico inicial de pacientes con reincidencia de incontinencia urinaria post tratamiento quirúrgico entre los años 2011-2015

Diagnóstico	Número de pacientes (n=42)	%
Incontinencia urinaria + prolapso de pélvico	32	76.2
Incontinencia urinaria	10	23.8

Fuente: expedientes médicos de archivo HGO

TABLA NO. 4

Tipo de incontinencia urinaria de inicio en pacientes con reincidencia de incontinencia urinaria post tratamiento quirúrgico entre los años 2011-2015

Tipo de incontinencia urinaria	Número de pacientes (n=42)	%
Esfuerzo	32	76.2
Mixta	8	19
Urgencia	2	4.8

Fuente: expedientes médicos de archivo HGO

TABLA NO. 5

Procedimiento quirúrgico inicial en pacientes con reincidencia de incontinencia urinaria post tratamiento quirúrgico entre los años 2011-2015

Procedimiento quirúrgico	Número de pacientes (n=42)	%
Correcciones + TOT*	24	57.1
TOT*	6	14.3
Histerectomía + correcciones +TOT*	8	19
Histerectomía + TOT*	4	9.5

Fuente: expedientes médicos de archivo HGO

*TOT = Trans obturatriz tape

TABLA NO. 6

Cirugía pelviana antes de la primera intervención quirúrgica en pacientes con reincidencia de incontinencia urinaria post tratamiento quirúrgico entre los años 2011-2015

Diagnóstico	Número de pacientes (n=42)	%
Histerectomía vaginal	6	14.2
Histerectomía abdominal	5	11.9
Ninguna	31	73.9

Fuente: expedientes médicos de archivo HGO

TABLA NO. 7

Enfermedades médicas de base en pacientes con reincidencia de incontinencia urinaria post tratamiento quirúrgico entre los años 2011-2015

Diagnóstico	Número de pacientes (n=42)	%
Hipertensión arterial	16	38.1
Diabetes mellitus	4	9.5
Neuropatía	2	4.8
Infección del tracto urinario a repetición	4	9.5
Hiperuricemia	2	4.8
Hipotiroidismo	2	4.8
Ninguna	12	28.5

Fuente: expedientes médicos de archivo HGO

TABLA NO. 8

Menopausia y uso de TRH en pacientes con reincidencia de incontinencia urinaria post tratamiento quirúrgico entre los años 2011-2015

Menopausia + TRH	Número de pacientes (n=42)	%
Si	18	42.9
No	24	57.1

Fuente: expedientes médicos de archivo HGO

TABLA NO. 9

Número de partos vaginales en pacientes con reincidencia de incontinencia urinaria post tratamiento quirúrgico entre los años 2011-2015

Partos vaginales	Número de pacientes (n=42)	%
1-2	22	52.4
3-4	12	28.6
5-6	6	14.3
≥ 7	2	4.8

Fuente: expedientes médicos de archivo HGO

TABLA NO. 10

Tratamiento de segunda elección en pacientes con reincidencia de incontinencia urinaria post tratamiento quirúrgico entre los años 2011-2015

Tratamiento	Número de pacientes (n=42)	%
Recolocación TOT	8	19
Recolocación TOT + oxibutinina	2	4.8
Oxibutinina	14	33.3
Ejercicios de Kegel	18	32.9

Fuente: expedientes médicos de archivo HGO

TABLA NO. 11
Periodo de tiempo transcurrido entre la cirugía inicial y la recidiva de Incontinencia
Urinaria

Meses Transcurridos	Número de pacientes (n=42)	%
0 - 5 meses	7	16.7
6 - 10 meses	11	26.2
11- 15 meses	12	28.6
16 - 20 meses	5	11.9
21 - 25 meses	2	4.8
26- 30 meses	5	11.9

Fuente: expedientes médicos de archivo HGO

Tabla No. 12

Asociación entre factores de Riesgo entre caracterización epidemiológica y recidiva de Incontinencia urinaria en pacientes post operadas

	Casos	RP	IC	p
Menopáusicas o postmenopausicas	20	1.34	0.78-2.32	0.28
Sin uso de TRH	24	0.76	0.43-1.32	0.33
IU + prolapso de órganos	32	3.01	1.55-5.83	0.00042
IUE vs IUM, IUU	32	2.19	1.14-4.24	0.014
Enfermedades médicas de base	30	3.46	1.86-6.40	0.00002
3 partos o más	19	2.07	1.21-3.54	0.008

TRH: terapia de restitución hormonal, IU: incontinencia urinaria, IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo, IUM: incontinencia urinaria mixta, IUU: incontinencia urinaria de urgencia.

Fuente: expedientes médicos de archivo HGO

VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se tomó el periodo de tiempo comprendido entre los años 2011 – 2015, el total de pacientes intervenidas por diagnóstico de incontinencia urinaria fue de 231; de las cuales 42 pacientes presentaron recidiva representando el 18% del total que es la población concerniente a este estudio. Estas pacientes continuaban en seguimiento post operatorio luego de intervención quirúrgica, y su tratamiento de segunda elección consistió ya sea en reintervención, recolocación de bandas, otro tipo de tratamiento quirúrgico, ejercicios de Kegel o uso de tratamiento farmacológico.

Del total de pacientes dentro del estudio el 85% (35/42) se encuentra con sobrepeso, el 14% (5/42) con obesidad y no se documentó ninguna paciente en el rango de un IMC normal.

Del total de pacientes que mostraron recidiva de Incontinencia Urinaria, su diagnóstico de inicio correspondió al 76% (31/42) con incontinencia urinaria más prolapso de órganos y el 23% (9/42) solamente incontinencia urinaria. De las pacientes que evidenciaron incontinencia urinaria el 76% (32/42) correspondió a incontinencia urinaria de esfuerzo, el 19% (8/42) incontinencia urinaria mixta y el 4.8% (2/42) incontinencia urinaria de urgencia.

El procedimiento quirúrgico de inicio para tratamiento de incontinencia urinaria correspondió a 57% (23/42) corrección de prolapso de órganos + TOT, 19% (8/42) histerectomía + correcciones + TOT, 14% (6/42) solamente TOT y 9.5% (4/42) histerectomía + TOT. El mayor porcentaje corresponde a pacientes que además de Incontinencia urinaria presentaban disfunción del piso pélvico. Nótese que todos los procedimientos quirúrgicos iniciales incluyen colocación de TOT, sola o con procedimientos concomitantes.

Se subclasificó a las pacientes que poseían antecedentes de cirugías pelvianas previas, encontrándose 14% (6/42) con antecedente de Histerectomía vaginal y 11% (5/42) con antecedente de histerectomía abdominal. Así mismo se documentaron patologías de base encontrándose que un 38% (16/42) estaba diagnosticada con HTA, 9.5% (4/42) con Diabetes, 9.5% (4/42) con ITU's a repetición, 4.8% (2/42) con neuropatía, 4.8% (2/42) con hipotiroidismo y 4.8% (2/42) con hiperuricemia. Se evidencia que la mayoría de pacientes con recidiva tienen enfermedades de base como HTA, Diabetes que son patologías que

pueden tener como consecuencia neuropatías autónomas, sin embargo, solo el 4.8% de pacientes está en tratamiento por dicha patología, se desconoce si las demás han sido totalmente descartadas de dicho padecimiento. A ninguna de las pacientes quienes tenían antecedentes médicos se le trató quirúrgicamente de nuevo; éstas pacientes continuaban en seguimiento con tratamiento farmacológico y/o ejercicios de Kegel.

El 43% (18/42) de pacientes con recidiva de incontinencia urinaria refería encontrarse en tratamiento con TRH por haber sido diagnosticadas con menopausia. Ninguna de las pacientes a quienes se sometieron a procedimiento quirúrgico por 2da vez se encontraba en periodo menopáusico.

Se ha documentado la multiparidad como un factor de riesgo para incontinencia urinaria de diversos tipos, dentro del estudio el 52% (21/42) presentó solamente de 1-2 partos; el 28% (12/42) de 3-4 partos, el 14% (6/42) de 5-6 partos y el 4.8% (2/42) 7 o más partos.

La razón de prevalencia entre ocurrencia de recidiva de IU en pacientes mayores de 51 años es 1.34 veces mayor que en pacientes menores de esta edad; sin embargo, según los resultados de asociación el uso de TRH no es estadísticamente significativo en este estudio. El diagnóstico de inicio correspondiente a Incontinencia urinaria más prolapso de órganos respecto a la recidiva de incontinencia urinaria corresponde a 3.01 veces mayor respecto a pacientes que solamente tenían diagnóstico de incontinencia urinaria sin prolapso asociado. Según este estudio la incontinencia urinaria de esfuerzo aumenta 2.19 el riesgo de recidiva de IU, más que la Incontinencia urinaria mixta o de urgencia. Las pacientes que tenían enfermedades médicas de base que pueden predisponer a neuropatías tienen 3.46 veces más riesgo de incontinencia urinaria que las pacientes sin este tipo de antecedente médico. Como último factor epidemiológico de asociación a la incontinencia urinaria el antecedente de 3 partos vaginales o más aumenta el riesgo de reincidencia 2.07 veces más que las pacientes con dos partos o menos.

El tratamiento de segunda elección para la reincidencia de incontinencia urinaria luego del tratamiento quirúrgico el 42% (18/42) corresponde a ejercicios de Kegel, el 33% (14/42) con oxibutinina, al 19% (8/42) se decidió la recolocación de TOT y el 4.8% (2/42) se realizó recolocación de TOT y adicionalmente a ello se encontraba en tratamiento con oxibutinina. El procedimiento quirúrgico de 2da elección en todas las pacientes a quienes no se les dio

tratamiento conservador consistió en colocación o recolocación de TOT- De las 8 pacientes que constituyen el grupo de tratamiento quirúrgico como segunda elección, 3 se documentaron como exposición de TOT e indicaron que la sintomatología nunca cedió luego de la primera intervención.

El tiempo transcurrido entre la cirugía y la recidiva de los síntomas fue de 11 – 15 meses en el 28.6 % (12/42), de 6 – 10 meses en el 26.2 % (11/42), y de 16.7% (7/42). El resto de pacientes se clasificó con porcentajes menores en otros periodos de tiempo. El tiempo promedio de recurrencia fue de 13.38 meses, con un rango de 3 hasta 30 meses

Como un hallazgo incidental 6 pacientes que presentaban incontinencia urinaria recidivante tenían asociado algún tipo de trastorno depresivo en tratamiento.

Una adecuada evaluación de la incontinencia urinaria recurrente comprende una cuidadosa anamnesis, un examen atento y objetivo y una serie amplia de exámenes ambulatorios e instrumentales en función del cuadro clínico de la paciente. Una evaluación completa de la incontinencia urinaria recurrente es esencial con el fin de poner en evidencia todas las posibles causas reversibles de incontinencia urinaria preexistentes e infravaloradas, y llevar a cabo sucesivamente la correcta indicación del tratamiento. La incontinencia urinaria recurrente puede depender de una hiperactividad vesical de novo luego de un posoperatorio, pero también puede representar la recidiva o persistencia de una incontinencia de stress genuina, o incluso puede ser de tipo mixto.

7.1. CONCLUSIONES

- 7.1.1 El tratamiento de segunda elección más utilizado en IGSS HGO en pacientes con recidiva de incontinencia urinaria luego de tratamiento quirúrgico fue de anticolinérgicos como tratamiento único seguido de ejercicios de Kegel con una diferencia porcentual poco significativa.
- 7.1.2. Ninguna las pacientes que fueron elegidas para tratamiento quirúrgico como tratamiento de segunda elección luego de la recidiva, padecía patologías médicas de base y su primer tratamiento también había consistido en colocación de TOT.
- 7.1.3. La mayoría de pacientes con reincidencia de incontinencia urinaria se encontraban en edad perimenopáusica, presentaban un índice de masa corporal alterado, orientado hacia el sobrepeso o la obesidad; así mismo la mayoría se documentó con patologías de base correspondiendo a hipertensión, diabetes e infecciones urinarias a repetición en dicho orden de frecuencia.
- 7.1.4. No hay asociación estadísticamente significativa entre la reincidencia de incontinencia urinaria y de TRH ya que se calculó una RP de 0.76 con un índice de confianza de 0.43-1.32, por el contrario, se concluye que, si hay asociación entre la reincidencia y multiparidad (RP: 2.07, IC:1.21-3.54) , enfermedades médicas de base (RP; 3.46, IC: 1.86-6.40), que el tipo de incontinencia urinaria sea de esfuerzo (RP: 2.19, IC: 1.14-4.24) y que haya prolapso de órganos asociado (RP: 3.01, IC: 1.55-5.83).
- 7.1.5. El rango de tiempo transcurrido entre la cirugía inicial y la recidiva correspondió principalmente a 11 – 15 meses hasta el momento en que se documentó el seguimiento de las pacientes.
- 7.1.6. El tratamiento de primera elección que presentó mayor frecuencia de recidiva fue la realización de colporrafias más colocación de TOT.
- 7.1.7. En 3 de las pacientes que fueron sometidas a recolocación de TOT se documentó exposición de banda.
- 7.1.8. La mayoría de pacientes con recidiva de incontinencia urinaria sí tenía patologías asociadas que pueden predisponer a neuropatías, sin embargo, solo un pequeño porcentaje de ellas tenía dicho diagnóstico establecido.

7.2. RECOMENDACIONES

- 7.2.1. Utilizar un cuestionario y diario de micción en pacientes con reincidencia de incontinencia urinaria
- 7.2.2. Valorar pruebas de urodinamia y cistoscopia en pacientes que presenten reincidencia de IU luego del tratamiento quirúrgico
- 7.2.3. Continuar el seguimiento a largo plazo de pacientes con reincidencia de incontinencia urinaria, para determinar si el tratamiento conservador es efectivo a largo plazo o es necesario la reintervención quirúrgica
- 7.2.4. Determinar factores psicosociales que influyen en la percepción de la sintomatología de pacientes con historia de incontinencia urinaria recurrente por historia clínica que no se documenta mediante examen físico
- 7.2.5. Incentivar a las pacientes a lograr un índice de masa corporal adecuado, valorando manejo conjunto con clínica de nutrición.
- 7.2.6. Utilizar un diario miccional como prueba diagnóstica para determinar la severidad del cuadro recurrente de Incontinencia Urinaria post tratamiento quirúrgico, para determinar si ameritan tratamiento quirúrgico versus manejo conservador con ejercicios de Kegel y/o tratamiento farmacológico.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atlas de cirugía Ginecológica de Kaser & Hirsch. Cirugía Ginecológica con cirugía de mama, urológica y gastrointestinal. 2003, Editorial Marbán
2. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES. Nuevas opciones terapéuticas- INTRAMED. Nuevas opciones quirúrgicas Cochrane. 10 de octubre 2016.
3. Te Linde. GINECOLOGÍA QUIRÚRGICA. John A. Rock, Howard W. Jones. Editorial Panamericana 2008- Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Capítulo 37.
4. Incontinencia Urinaria. Agustín Franco de Castro, Luis Peri Cusí, Antonio Alcaraz Asensio. Servicio de Urología, ICNU, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Artículo
5. GUÍA CLÍNICA SOBRE LA INCONTINENCIA URINARIA. European Association of Urology 2010. A. Schroder, P. Abrams (co-presidente), K-E. Andersson, W. Artibani, C.R. Chapple, M.J. Drake, C. Hampel, A. Neisius, A. Tubaro, J.W. Thuroff (presidente)
6. Actas Urológicas Españolas. Guías EAU sobre incontinencia Urinaria. Elsevier Doyma. Artículo especial. J.W. THÜROFF, P. ABRAM
7. Tratamiento Quirúrgico de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Cátedra y Servicio de Urología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. L. RESEL EsrÉvEz, G. BOCMWO, JI. MORENO, E. REDONDO, JI. CORRAL
8. Validación del cuestionario *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF)*-. Revista Médica de Chile Scielo 2012.
9. Artículo de revisión -La incontinencia urinaria- J.E. Robles. 2010
10. Berghmans, L.C., Hendriks, H.J., Bo, K., Hay-Smith, E.J., de Bie, R.A., van Waalwijk van Doorn, E.S. *Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials*. Br J Urol 1998; 82: 181-191.
11. Andersson ke, Appell R, Cardozo L et al. Pharmacological treatment of urinary incontinence, in Abrams P, Khoury S, Wein A (Eds), Incontinence, 3rd International Consultation on Incontinence. Plymouth, Plymbridge Distributors Ltd, UK, Plymouth, 2005, p 811

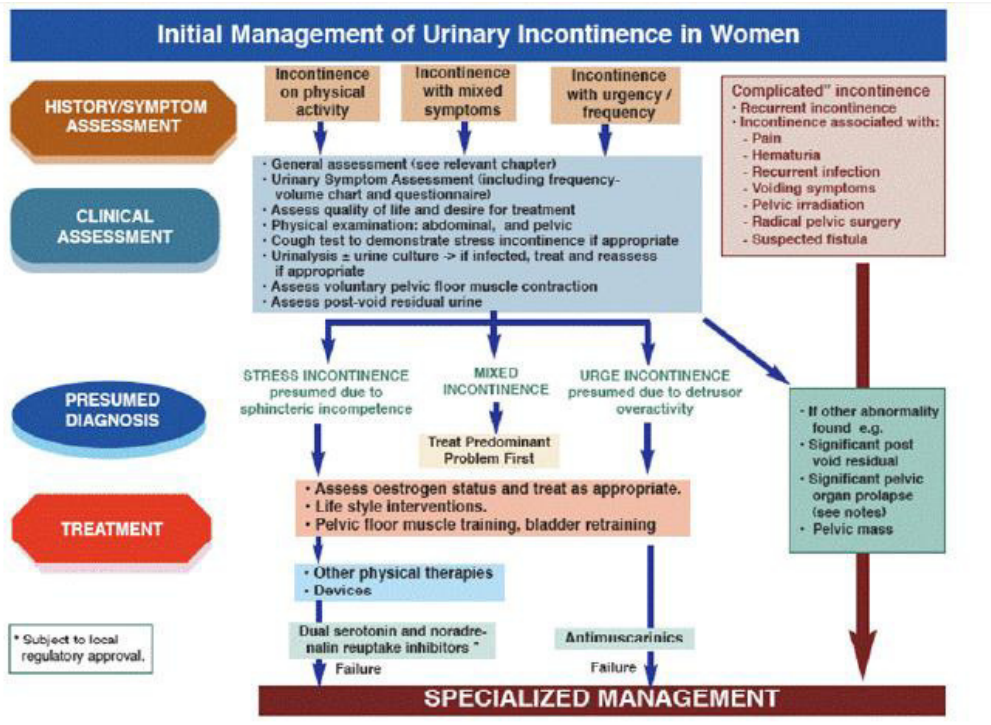
12. Herbison P, Hay-Smith J, Ellis G, Moore K. Effectiveness of anticholinergic drugs compared with placebo in the treatment of overactive bladder: systematic review. *Br Med J.* 2003; 326:841—4.
13. Andersson KE. Pharmacology of lower urinary tract smooth muscles and penile erectile tissues. *Pharmacol Rev.* 1993; 45:253—308.
14. Cardozo L, Lose G, McClish D, Versi E. A systematic review of the effects of estrogens for symptoms suggestive of overactive bladder. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004; 83:892—7.
15. Petros, P.E., Ulmsten, U.I. *An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations.* *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1990; 153: 7-31. Panel, L., Triopon,
16. Aplicaciones clínicas de la teoría integral de la continencia. C. Ricetto, P. Palma, A. Tarazona. *Actas Españolas Enero 2007,*
17. ¿Panel, L., Triopon, G., Courtieu, C., Marès, P., de Tayrac, R. How to advise a woman who wants to get pregnant after a sub-urethral tape placement? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19(3): 347-350. Hunskaar, S., Lose, G., Sykes, D., Voss, S. *The prevalence*
18. Urinary Stress Incontinence in Women. *Clinical Practice. The New England Journal of Medicine.* 2013.
19. Manejo Quirúrgico de la Incontinencia Urinaria Femenina. Dr. Jaime Díaz Berrocal. 2003 urología colombiana.
20. The Cochrane Colaboration; Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo recurrente después del fracaso de la cirugía mínimamente invasiva con cinta suburetral en mujeres. 2013
21. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. 2011 . *The New Englan Journal of Medicine. Original Article*
22. Tratamiento quirúrgico de la deficiencia intrínseca del esfínter uretral: revisión de la literatura y presentación de ejemplos. *Reproducción Humana* 2003. Subespecialidad de ginecología Urológica del Instituto Nacional de Perinatología, Lomas de Virreyes, México, DF.
23. Disfunción del Piso pelviano. Dr. Feliciano Coya Núñez, Juan Javier Coya, Rency Coya. *Aregentina* 2006.

24. Caracterización de la Paciente con Incontinencia Urinaria que consulta al Hospital General San Juan de Dios. REVCOG 2008. *Dr. Julio Lau, Dr. Leonardo Mazariegos, Dr. Walter Mora, Dr. Rodolfo Andrino.*
25. Surgery versus Physiotherapy for Stress Urinary Incontinence. The New England Journal of Medicine; 2013 Massachusetts Medical Society. Original Article.
26. Teorías y Técnicas de incontinencia Urinaria Femenina. Perspectiva Histórica. Juan Fernando Uribe Arcila, profesor de Urología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia. Artículo de Revisión volumen 18, pp 59-70, año 2009.
27. Epidemiología e impacto en la incontinencia Urinaria en mujeres de 40-64 años en un área sanitaria en Madrid. Revista de atención primaria volumen 32. Número 7, 31 de Octubre de 2010. FECASOG
28. Incontinencia Urinaria y dispositivo de malla Transobturadora libre de Tensión (TOT). Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. Febrero 2010.
29. Cirugía Mínimamente invasiva en el tratamiento de la Incontinencia Urinaria Femenina de esfuerzo: TVT-O. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2006. Unidad de Uroginecología y Cirugía Vaginal, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Las Condes.
30. Manejo Quirúrgico de la Incontinencia Urinaria Femenina. Dr. Jaime Díaz Berrocal. 2003 Urología Colombiana.
31. Tratamiento quirúrgico de la deficiencia intrínseca del esfínter uretral: revisión de la literatura y presentación de ejemplos. Reproducción Humana 2003. Subespecialidad de ginecología Urológica del Instituto Nacional de Perinatología, Lomas de Virreyes, México, DF.

IX. ANEXOS

Anexo 9.1.

Algoritmo de Manejo de Incontinencia Urinaria en Mujeres



Guía Consensuada de la ICS para el estudio especializado de la Incontinencia Urinaria femenina.

Anexo 9.2.

CUESTIONARIOS

Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida.
Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3.
Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta).

- Nunca 0
- Una vez a la semana 1
- 2-3 veces/semana 2
- Una vez al día 3
- Varias veces al día 4
- Continuamente 5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

- No se me escapa nada 0
- Muy poca cantidad 2
- Una cantidad moderada 4
- Mucha cantidad 6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?

- | | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Nada | | | | | | | | | Mucho |

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Al toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
- Sin motivo evidente.
- De forma continua.

Menopausia: NO SI Edad aproximada de la
misma: _____

Número de Partos Vaginales:

Cirugías pelvianas previas NO SI
Cuáles? _____

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:

TRATAMIENTO ACTUAL DE 2DA. ELECCIÓN:

Anexo 9.4.

TABLAS DE 2 X 2

Tabla No. 13

Asociación entre pacientes menopáusicas y la reincidencia de Incontinencia Urinaria luego del tratamiento quirúrgico

IGSS HGO 2011-2015

		No	
	Recidiva	Recidiva	Total
Menopausicas	20	73	93
Premenopausicas	22	116	138
Total	42	189	231

Fuente: expedientes médicos de archivo HGO IGSS

Tabla No. 14

Asociación entre uso de TRH y la reincidencia de Incontinencia Urinaria luego del tratamiento quirúrgico

IGSS HGO 2011-2015

		No	
	Recidiva	Recidiva	Total
Sin uso de TRH	24	123	147
Uso de TRH	18	66	84
Total	42	189	231

Fuente: expedientes médicos de archivo HGO IGSS

Tabla No. 15

Asociación entre las pacientes con IU + prolapso de órganos con la recidiva de Incontinencia Urinaria luego del tratamiento quirúrgico

IGSS HGO 2011-2015

		No	
	Recidiva	Recidiva	Total
IU + prolapso de órganos	32	87	119
IU	10	102	112
Total	42	189	231

Fuente: expedientes médicos de archivo HGO IGSS

Tabla No. 16

Asociación entre paciente con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo con la recidiva de Incontinencia Urinaria luego del tratamiento quirúrgico

IGSS HGO 2011-2015

		No	
	Recidiva	Recidiva	Total
IUE	32	105	137
IUU, IUM	10	84	94
Total	42	189	231

Fuente: expedientes médicos de archivo HGO IGSS

Tabla No. 17
Asociación entre enfermedades médicas de Base y recidiva de incontinencia
Urinaria luego del tratamiento quirúrgico

IGSS HGO 2011-2015

	No		
	Recidiva	Recidiva	Total
Antecedentes			
médicos	30	67	97
Sin Antecedentes	12	122	134
Total	42	189	231

Fuente: expedientes médicos de archivo HGO IGSS

Tabla No. 18
Asociación entre pacientes con multiparidad y recidiva de incontinencia urinaria
luego de tratamiento quirúrgico

IGSS HGO 2011-2015

	No		
	Recidiva	Recidiva	Total
3 partos o más	19	47	66
Menos de 3			
partos	23	142	165
Total	42	189	231

Fuente: expedientes médicos de archivo HGO IGSS

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "Enfoque terapéutico de la reincidencia de la Incontinencia Urinaria en Pacientes post tratamiento Quirúrgico" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.

