

Incontinencia/Urinaria de Esfuerzo

Una Guía para mujeres

1. ¿Qué es la incontinencia urinaria?
2. ¿Cómo trabaja la vejiga normal?
3. Causas de incontinencia urinaria de esfuerzo.
4. ¿Cómo se diagnostica la incontinencia urinaria de esfuerzo?
5. ¿Cuáles estudios pueden hacer?
6. ¿Cuáles son las opciones terapéuticas?

¿Qué es la incontinencia urinaria de esfuerzo?

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es la pérdida involuntaria de orina durante actividades como toser, estornudar, levantar objetos pesados, reírse o ejercitarse. La IUE afecta al 10 – 20 % de las mujeres, muchas de ellas no saben que existen opciones de tratamiento simples y efectivas. La IUE afecta la calidad de vida de varias formas. Puede limitar las relaciones sociales y personales, así como la actividad física.

¿Cómo trabaja la vejiga normal?

La habilidad para almacenar y vaciar la orina requiere una serie compleja de acciones que involucran el cerebro, la vejiga, uretra, músculos y nervios del piso pélvico. A medida que se produce la orina y llena la vejiga, el músculo vesical (detrusor) se relaja y se acomoda para almacenar la orina. Cuando la vejiga se ha llenado hasta cierto nivel, se siente la necesidad de orinar, el cerebro envía una señal al músculo detrusor para que se contraiga y el esfínter uretral para que se relaje, permitiendo el paso de la orina. La vejiga usualmente debe vaciarse 4-8 veces al día y 1-2 veces por noche. La uretra y la vejiga están sostenidas por los músculos del piso pélvico, que se contraen durante la tos, estornudos o el ejercicio para prevenir la incontinencia. La debilidad de estos músculos o el daño al soporte uretral pueden resultar en incontinencia.

Causas de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

- Embarazo y parto vaginal.
- Edad – las mujeres mayores son más propensas a sufrir de incontinencia.
- Obesidad, tos crónica, levantar objetos pesados con frecuencia y estreñimiento. Pueden causar aumento de la presión intraabdominal y agravar la incontinencia.
- Factores hereditarios y genéticos.

¿Cómo diagnosticará mi médico la incontinencia urinaria de esfuerzo?

Su médico le preguntará sobre las actividades que le causan incontinencia y la examinará para determinar si existen otros problemas relevantes, como el prolapso. Las mujeres con incontinencia de esfuerzo pueden tener problemas de urgencia miccional o incontinencia fecal o de gases. No sienta pena de mencionar estos problemas a su médico.

¿Cuáles exámenes pueden hacerse?

- Su médico le pedirá que tosa mientras la examina con la vejiga confortablemente llena.
- Le pueden solicitar que lleve un registro de frecuencia (número de micciones) y volumen de las mismas (diario miccional), así como la cantidad de líquido que consume. También es importante la cantidad de orina que escapa.
- Su médico puede recomendarle un estudio urodinámico. La urodinámica evalúa la capacidad de la vejiga para llenarse y vaciarse, y el mecanismo o causa de la incontinencia.
- El ultrasonido puede usarse para determinar cuánta orina queda después de la micción y puede identificar otros problemas.
- Un examen de orina diagnosticará si hay infección urinaria. Todas estas pruebas servirán para diseñar el mejor plan de tratamiento para cada individuo.

¿Cuáles son mis opciones terapéuticas?

Su médico le dirá cuáles son las mejores opciones para usted, pero inicialmente podrá recomendarle tratamiento conservador.

Cambios en el estilo de vida en general

Trate de tomar suficiente líquido para orinar 4 a 6 veces al día (usualmente 1,5 – 2 litros). Mantener el peso en el rango saludable, reducirá la severidad de los problemas de IUE; evitar las causas de estreñimiento y evitar el cigarrillo también ayudan a mejorar.

Ejercicios del Piso Pélvico

Los ejercicios del piso pélvico (EPP) pueden ser efectivos para mejorar los síntomas de IUE. Hasta el 75 % de las mujeres muestran mejoría de la incontinencia luego de los EPP. Como con todo entrenamiento, los beneficios se maximizan si la práctica se hace durante un período de tiempo. El beneficio máximo ocurre luego de 3 a 6 meses de ejercicio regular. Podrá ser supervisada por un terapeuta especializado. Si también tiene problemas de urgencia, su médico le indicará ejercicios de re-educación vesical.

Dispositivos de Continencia

Los dispositivos de continencia están disponibles y se colocan dentro de la vagina y ayudan a controlar la incontinencia. Pueden insertarse antes del ejercicio o, en caso de los pesarios, usarse continuamente. Estos dispositivos usualmente son apropiados para las mujeres con grados leves de incontinencia urinaria o quienes esperan un tratamiento quirúrgico definitivo.

¿He hecho ejercicios y aun tengo el problema. ¿Cuál cirugía es apropiada para mí?

El objetivo de la cirugía es corregir o dar soporte a cualquier debilidad de la uretra. Muchos cirujanos preferirán evitar la cirugía hasta que la mujer haya completado su familia, dado que los embarazos futuros pueden comprometer el resultado de la cirugía inicial.

Cinchas de uretra media

Antes de 1993 el tratamiento de la IUE involucraba una cirugía mayor con incisión abdominal. Actualmente el tratamiento más común implica el uso de una cincha permanente que se coloca por debajo de la uretra media. La cincha funciona proporcionando soporte a la uretra cuando usted tose, estornuda o se ejercita. A través de una pequeña incisión vaginal, la cincha puede colocarse de diferentes formas:

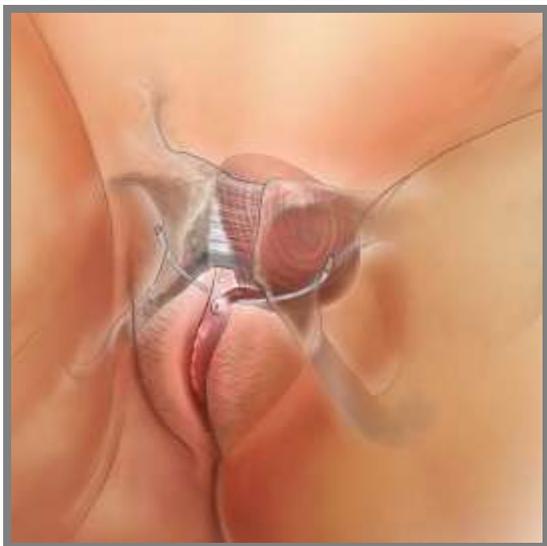
Cinchas Retropúbicas pasan por debajo de la uretra y corren por detrás del pubis, y emergen a través de 2 pequeñas incisiones por encima del hueso púbico.

FOTO DE LA CINCHA RETROPUBLICA



Cinchas Transobturatrices se colocan bajo la uretra media y emergen a través de 2 incisiones en la region inguinocrural.

FOTO DE LA CINCHA TRANSOBTURATRIZ



Cinchas de una sola incisión pasan por debajo de la uretra y se anclan dentro de los tejidos circundantes, este tipo de cincha ha sido menos estudiada hasta la fecha.

El 80 - 90 % de las mujeres que se someten a cinchas retropúbicas o transobturatrices se curan o mejoran de sus síntomas de incontinencia luego de la cirugía. Las cinchas de incisión única son relativamente nuevas y las tasas de éxito aun son evaluadas. Esta operación no está diseñada para curar la incontinencia por urgencia/ o síntomas de vejiga hiperactiva (VHA), aunque hasta un 50 % de las mujeres nota alguna mejoría en los síntomas de VHA luego de la cirugía con cinchas, mientras que un 5 % muestra empeoramiento de los síntomas de VHA.

La mayoría de las mujeres se recuperarán de la cirugía al cabo de 2 a 4 semanas. Algunas mujeres tienen una sensación dolorosa en la ingle por varias semanas. Es usual observar un sangrado vaginal escaso por 7 - 10 días luego de la cirugía.

Colposuspensión de Burch

Por muchos años ésta se consideraba la principal cirugía para el control de la IUE. Puede hacerse a través de una incisión abdominal baja de 10 - 12 cm o por vía laparoscópica. La cirugía implica el paso de 4-6 suturas permanentes que suspenderán el tejido vaginal subyacente al cuello vesical a la parte posterior del hueso púbico a fin de dar soporte al cuello vesical y la uretra y restaurar la continencia. La colposuspensión de Burch por vía abierta tiene una tasa de éxito similar a las cinchas retropúbicas en el largo plazo, lo mismo que la vía laparoscópica en mano de cirujanos expertos.

Agentes inyectables

Ciertas sustancias pueden inyectarse en el esfínter uretral para aumentar su tamaño. Estos agentes actúan cerrando u reduciendo el calibre de la uretra. Varias sustancias pueden inyectarse, incluyendo grasa y colágeno. La inyección puede hacerse por vía transcutánea o por vía transuretral. Puede hacerse bajo anestesia local. El procedimiento es usualmente rápido. Es común sentir cierta sensación urente o quemante cuando pasa líquido, luego de la cirugía. Aun cuando se obtienen buenos resultados después de la cirugía, existe una mayor tasa de fracasos de este procedimiento comparado con los procedimientos de cinchas. A veces las inyecciones necesitan repetirse. Las complicaciones variarán dependiendo del tipo de agente inyectable utilizado y usted debería decidir esto con su médico.



IUGA 
international urogynecological association

La información contenida en este folleto es para uso educativo exclusivamente. No debe utilizarse para el diagnóstico o tratamiento de patología médica alguna. Para estos fines consulte al personal médico calificado.

Traducido por Henrique Arnal B, M.D., Vanda López G, M.D., & Glenda Vervest
©2011