

# INCONTINENCIA DE ORINA DE ESFUERZO

*Autores*

Dr. Eibis Matos Lovaina

*Servicio*

Urología

## INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), es la causa mas frecuente de pérdida involuntaria de orina en las mujeres y se define como el escape a través de la uretra causada por un incremento de la presión intrabdominal, acompañándose de contracción del músculo vesical, lo que la transforma en un problema social e higiénico para el paciente; baste decir que esta afección, además de su impacto social, también lo es en lo económico; por ejemplo, en Estados Unidos se gastan más de 10 millones de dólares al año en el tratamiento de estas pacientes.

La prevención y el tratamiento temprano de la IUE se han visto limitados por la falta de conocimientos de la evolución natural de la enfermedad, típicamente lenta pero constante, ya que, un mejor entendimiento de su comportamiento y sus causas, ayuda a dirigir las medidas para prevenir este padecimiento.

Su etiología es multifactorial y de varios tipos. Tenemos que la pérdida urinaria durante un acceso de tos suele ocurrir por deficiente apoyo uretral o incontinencia anatómica (IA) mientras que algunas pacientes, con apoyo uretral normal, tienen el problema por función defectuosa del cuello vesical y el esfínter uretral o incompetencia esfínteriana intrínseca (IEI).

Estos tipos de IUE corresponden a lesiones de diferentes estructuras y es fundamental el conocimiento de su anatomía para elegir el tratamiento adecuado. Importantes estudios clínicos para evaluar la IUE están relacionados con las *mediciones de presión*, las cuales determinan, desde que ocurre la salida de orina, cuándo la presión intravesical excede la de cierre uretral. Solo estos análisis pueden identificar con claridad dicha anormalidad.

Unido a este examen están los *estudios imagenológicos*, incluyendo la uretrocistografía, ultrasonido y resonancia magnética nuclear. En 1992 se inició una investigación de la fisiopatología del tracto urinario inferior a través del ultrasonido transrectal de vejiga y uretra siendo posible diferenciar mejor los mecanismos de producción de la IUE en la mujer. Mediante el ultrasonido pretendemos determinar en las pacientes con IUE las alteraciones anatómicas que la producen y elegir la técnica quirúrgica apropiada para la solución de la incontinencia.

## OBJETIVOS

- Evaluar el valor de los estudios diagnósticos en la IUE.
- Aplicar la técnica quirúrgica correcta según el tipo y grado de incontinencia
- Evaluar los resultados alcanzados

- Analizar las complicaciones que puedan aparecer
- Analizar la morbilidad de los procedimientos
- Correlacionar el cuadro clínico y examen físico con los estudios diagnósticos
- Clasificar cada caso para tratamiento intrahospitalario o ambulatorio. Respecto a los primeros, ingresarlos con todos los estudios realizados para ser operados al día siguiente.

## DESARROLLO

### Criterios de inclusión

- Se estudiarán las pacientes con IUE que acudan a las consultas de Urología general y disfunción vesico-uretral del Hospital Hermanos Ameijeiras.

### Criterios de exclusión

- Se excluirán las enfermas de IUE con evidencias claras de enfermedad neurológica.

### Investigaciones

Las pacientes serán estudiadas siguiendo lo pautado en este protocolo y dirigido a la recolección de las distintas variables objeto de estudio, que incluirá:

- Interrogatorio para determinar grados subjetivos de IUE.
- Agrupar las IUE según la clasificación *SEAPI-QMN*.

### Clasificación de SEAPI

<b>Grado I</b>	La incontinencia se presenta a los grandes esfuerzos como toser, estornudos, cargar peso
<b>Grado II</b>	Aparece la incontinencia durante los medianos esfuerzos
<b>Grado III</b>	Se produce incontinencia al mínimo esfuerzo: caminar, cambios de posición o en reposo

- Corroborar la presencia de salida de orina por la uretra al toser, presencia de prolapso vaginal u otras alteraciones del piso pélvico.
- Realizar estudios urodinámicos para descartar otras entidades asociadas o que concommiten con la IUE en pacientes en que su cuadro clínico ofrezca dudas diagnósticas, o en las que haya recidivado la incontinencia.
- Realizar ultrasonido transrectal (USTR) para precisar las alteraciones anatómofuncionales que se presentan en la IUE y verificar la salida de orina por la uretra durante la maniobra de valsalva según la siguiente técnica:

### *Técnica para USD transrectal*

*(Previo al estudio, para evitar artefactos en la imagen por el recto ocupado por heces, prescribir 2 enemas evacuantes la noche anterior)*

- ⊞ Llenar la vejiga con 200 a 300 mL de solución salina 0,9 % y retirar el catéter uretral.
- ⊞ Examinar la paciente en bipedestación y de espaldas al operador con las piernas ligeramente separadas y el cuerpo con una pequeña inclinación hacia delante.
- ⊞ Cubrir el transductor con un condón lubricado con gel y se introduce sagitalmente en el recto.
- ⊞ Solicitar a la paciente mantenerse en posición erecta; se toman las imágenes en reposo.
- ⊞ Requerir que realice un esfuerzo (pujar o toser) antes de que ocurra el escape de orina y se obtengan las mejores imágenes de la vejiga y uretra. Este paso es necesario ensayarlo previamente.
- ⊞ Posibles hallazgos, en reposo y durante el esfuerzo:
  - Hipermovilidad de la base vesical por cambios en la base, cuello vesical y uretra.
  - Incompetencia del cuello vesical por embudización de la porción posterior de la uretra durante el esfuerzo.
  - Incompetencia del esfínter uretral por pérdida de líquido a través de toda la uretra.
  - Presencia de cistocele cuando la base vesical se desplaza hacia abajo y afuera.

*Estos desordenes serán definidos por cambios en el cuello y base vesical, y uretra*

### ***Conclusiones y conducta a seguir***

- ***Pacientes portadoras de IA:*** realizar técnica de uretrosuspensión
- ***Pacientes portadoras de IEI:*** realizar técnica de uretrocompresión ("cabestrillo" pubovaginal)

### **Técnica quirúrgica**

- Colocar a la paciente en posición ginecológica
- Realizar incisión en cara anterior de vagina liberando la uretra
- Pasar las agujas de *Stamey* bajo visión cistoscópica por vía percutánea suprapúbica
- Colocar el material protésico (malla de marlex o cintas TVT) a ambos lados de la uretra para uretrosuspensión o colocarlo en forma de hamaca o *cabestrillo* alrededor de uretra para uretrocompresión, anudando los hilos de nylon (nylon 0-00) a la aponeurosis de los músculos rectos abdominales
- Suturar vagina
- Colocar sonda uretral foley # 14 o 16, que se retirará a las 48 horas

*Las pacientes con IEI no complicadas con otras patologías y vírgenes de tratamiento se tratarán de forma ambulatoria*

### Pos operatorio

- Serán atendidas en consulta externa del hospital por su médico de asistencia o en la consulta de disfunción vésico-uretral.

### Resultados finales

- Con estos procedimientos debe resolverse la incontinencia, y devolverle calidad de vida y autoestima a estas pacientes.
- Las complicaciones son fáciles de resolver y deben disminuirse los costos por estadía hospitalaria.
- Hay un grupo de enfermas que no resuelven con ningún proceder y entran en el capítulo de incontinencia de orina intratable que serán tributarias de una derivación de orina continente con cierre del cuello vesical y la creación de un stoma cateterizable con apéndice cecal (*Mitrofanoff*) o un segmento de ileon, ileocistostomía (*Monti*).

### Seguimiento

- Control evolutivo a todas las paciente,s con interrogatorio y examen físico, y estudios urodinámicos y USTR a los 6 meses, si existe recidiva.
- Se evaluarán los resultados anualmente para verificar el cumplimiento de los objetivos planteados.
- Se llevará una hoja de recolección de datos para cada paciente.

### EVALUACIÓN Y CONTROL

<b>Indicadores de estructura</b>		<b>Plan %</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>
Recursos humanos	Urólogo y personal auxiliar entrenados en contenido del PA	95	95	--	< 80
Recursos materiales	Aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA	95	95	--	< 80
	Disponer de los medicamentos expuestos en el PA	95	95	--	< 80
	Disponer de los recursos para la aplicación de investigaciones	95	95	--	< 80
Recursos Organiza- tivos	Garantizar el número progre- mado de 2 operaciones/semana	95	95	--	< 80
	% pacientes con Planilla de Re- cogida Datos (PRD) del PA	100	100	-	<100
	% pacientes con PRD incluida en LA Base de Datos	100	100	-	<100
<b>Indicadores de procesos</b>		<b>Plan%</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>
% pacientes con IOE con aplicación del trata- miento según criterios del PA		100	100	-	<100

% pacientes con IOE con cumplimiento del seguimiento según lo establece el PA	>90	>90	80-90	< 80
<b>Indicadores de resultados</b>	<b>Plan%</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>
% pacientes con IOE con mejoría en calidad de vida con tratamiento impuesto	>80	>80	70-80	< 70
% pacientes con IOE con complicaciones resultantes de cada proceder	< 2,5	< 2,5	2,5-6	>6

### Información a pacientes y familiares

- Ofrecer una información general sobre el diagnóstico y pautas terapéuticas, así como se les explicará los procedimientos que será necesario realizar; por ejemplo, se les explicará en que consiste el USTR y el tipo de técnica quirúrgica a realizar solicitándole consentimiento informado verbal.
- Brindar un informe médico detallado al alta hospitalaria o al salir de cirugía ambulatoria sobre el proceder realizado, pronóstico y tratamiento a seguir.
- Orientar sobre las consultas de seguimiento.

### Bibliografía

1. Daneshgari F, Hijaz A, M.D: Animal model of sling procedure for treatment of stress urinary incontinence. The Cleveland Clinic Glickman Urological Institute. Vol.12.29.2004-2005.
2. David E, Charkin DE, Grountz A, Blawn J: Predicting the need for anti incontinence surgery in incontinent women undergoing repair of severe urogenital prolapse. J. Urol Vol 163; 531-534. Feb 2000.
3. Duan Céspedes R, Cross CA, Mc Guire EJ: Selecting the best surgical option for stress urinary incontinence. Medscape Womens Health. 1996.1 (9).
4. Karl J, Kreder J, Austin Ch: Tratamiento de la incontinencia urinaria de estrés en mujeres con hipermovilidad uretral y deficiencia del esfínter interno. J. Urol. Ed Esp. N.3 149-52. Mayo-junio 1997.
5. Kondo Y, Homma Y, Takahashi S, Kitamura T, Kawabe K: Transvaginal ultrasound of urethral sphincter at mid urethra in continent and incontinent women. J. Urol. Vol 165;149-152. Jan 2001.
6. Kuo HCH: Transrectal sonography in the diagnosis of the lower urinary tract dysfunction in women. Medical Imaging International 1997. Jan Feb: 20-22
7. Raz S, Erikson DR, SEAPI-QMN: Incontinence classification system. Neuro Urol. Urodyn.1992.11:1
8. Sandip P, Vasavada, M, Raimond R, Rackley D: Circumferential sling procedure for complex stress urinary incontinence. The Cleveland Clinic Glickman Urological Institute. vol.12 .22. 2004-2005.
9. Schaer GN, Peruchin D, Munz G, et al: Sonographic evaluation of the bladder neck in continent and stress incontinent women. Obstet Gynecol.93: 412.1999.