



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

11217
88
201

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"TRATAMIENTO NO QUIRURGICO DE LA
INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER"



ENSEÑANZA
HGD. "LUIS CASTELAZO AYALA"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO

Que Presenta:

DR. SERGIO OCHOA GONZALEZ

Asesor: DRA. EUTQUIA RAMIREZ MELGAR

Jefe de Div. de Enseñanza e Investigación
DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ GARCIA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

	Pag.
1. INTRODUCCION	1
2. ANTECEDENTES	2
3. MATERIAL Y METODOS	6
4. RESULTADOS	7
5. CONCLUSIONES	10
6. GRAFICAS	
7. BIBLIOGRAFIA	13

INTRODUCCION

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina.

Un signo y un síntoma que puede tener varios factores y presentarse en una diversidad de formas normales y patológicas, que constituye un problema social e higiénico, objetivamente demostrable. Los factores genitourinarios que con mayor frecuencia ocasionan la incontinencia son: 1) la insuficiencia del esfínter uretral o llamada incontinencia urinaria de esfuerzo y 2) la inestabilidad del músculo detrusor, llamada también disinergia del detrusor.

En el módulo de incontinencia urinaria y alteraciones de la estática pelvigenital del Hospital de Gineco-Obstetricia "Dr. Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social, existe un número considerable 20% de pacientes con pérdida involuntaria de orina, a las cuales se les indican una variedad de tratamientos médicos y quirúrgicos. Se considera oportuno hacer un análisis de los casos que han sido objeto de tratamiento no quirúrgico y revisión de la literatura al respecto.

En este estudio deseamos conocer la frecuencia y efectividad del tratamiento médico para las pacientes con incontinencia urinaria los medicamentos utilizados, sus dosis, incremento y respuesta.

Mediante una selección adecuada de las pacientes y la aplicación de los principios farmacológicos, podrían evitarse procedimientos quirúrgicos innecesarios en pacientes con inestabilidad del detrusor.

ANTECEDENTES

La falta de control vesical, constituye un problema en un número importante de mujeres. Las cifras de prevalencia varían de 15 al 35% (1, 2, 3) y las variaciones podrían atribuirse más bien a diferentes criterios para definir la incontinencia, así como diferencias en las técnicas de muestreo y de población.

A pesar que la continencia vesical constituye una condición o estado que se basa en el funcionamiento normal de la uretra y la vejiga, también representa la adquisición de una conducta apropiada, dictada como normas socioculturales (4,5).

Existen múltiples factores que influyen en la incontinencia urinaria, las más frecuentes son: la insuficiencia del esfínter uretral, definida por la Sociedad de Continencia Urinaria con el término de incontinencia genuina de esfuerzo y definida como la pérdida involuntaria de orina cuando la presión intravesical excede la presión uretral en ausencia de contracciones del músculo detrusor, también llamada anatómica de esfuerzo. El 80% de las mujeres con incontinencia de esfuerzo se encuentran en la edad perimenopáusica y son multíparas (1, 4, 5, 6).

Raz ha sugerido que el mecanismo de continencia uretral femenino depende de la interacción de 4 factores uretrales: a) presión de cierre uretral b) longitud de la uretra c) anatomía uretrogenital y d) recepción uretral de la presión intraabdominal (7, 8).

El tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo o genuina es quirúrgico, mediante la reconstrucción de los soportes uretrovesicales, reconstrucción de la musculatura perineal y la elevación del cuello vesical y de la uretra proximal bajo la influencia abdominal, esta corrección eleva la uretra proximal al espacio retropúbico. Se han ideado más de 50 operaciones para el tratamiento de esta entidad (4, 9, 11).

Otro factor importante de incontinencia urinaria es la inestabilidad del detrusor definida por la Sociedad Internacional de Continencia cuando se demuestra objetivamente la contractilidad espontánea o provocada durante la fase de llenado, mientras la paciente inhibe la micción o cambia de posición o así también, cuando durante la cistometría la contracción involuntaria del detrusor es mayor o igual a 15 cms de agua o menos de 15 cms de agua con pérdida urinaria, es por lo tanto la cistometría de gran importancia para su diagnóstico (4, 5, 9, 10, 11).

Otros términos utilizados incluyen, disfunción del detrusor, disinergia del detrusor, disfunción inhibida del detrusor o disfunción hiperrefléxica del detrusor.

La incidencia y prevalencia de la inestabilidad del detrusor es incierta, varios autores han estimado una prevalencia del 10% de la población general (2). Abrams analizó 200 pacientes y describió una prevalencia del 38% en pacientes sobre los 65 años de edad y de un 27% en aquellas de menos de 60 años. En general la prevalencia de la inestabilidad del detrusor es mayor en los extremos de la vida (6, 9, 10, 11).

El tratamiento mediante medicamentos es el más popular y

algunas diferentes preparaciones han sido usadas con resultados variables. En algunos pacientes hay exacerbaciones y remisiones, y que ameritan tratamientos prolongados e indicaciones específicas de adiestramiento vesical. Algunos diferentes tipos de droga han sido usados incluyendo anticolinérgicos (imipramina), bloqueadores ganglionares (bromuro de propantelina), agentes músculo trópicos (flavoxate), estimuladores beta adrenérgicos (orciprenalina), inhibidores de la síntesis de prostaglandinas (flurbiprofen) y antagonistas del calcio (terodiline) (3, 5, 12, 13, 14).

Los anticolinérgicos se usan para combatir síntomas causados por inestabilidad vesical (hiperreflexia o espasmo uretral). El bromuro de propantelina (Probantine) es un anticolinérgico de tipo amonio cuaternario, cuyo problema principal es su absorción variable y desigual en vías gastrointestinales después de ser ingerido (15, 16, 17, 20), la dosis es de 15 mgs por 3 veces al día y 30 mgs a la hora de acostarse vía oral.

Sus efectos secundarios son resequedad de boca, visión borrosa, oliguria, náuseas, constipación e hipotensión ortostática. (20).

El clorhidrato de imipramina (Tofranil) es otro antidepresor tricíclico con acciones anticolinérgicas y antimuscarínicas potentes semejantes a la del doxepin. Ejerce un efecto antagonista alfa, inhibe el transporte de noradrenalina a las terminaciones nerviosas adrenérgicas y antagoniza la respuesta colinérgica muscarínica y alfa 1 adrenérgica a los neurotransmisores (13, 18). La imipramina posee una acción colinérgica eficaz en el músculo detrusor y su uso sostenido

también estimula la contracción del músculo liso uretral a través de una correlación de acciones alfa 1 y alfa 2 (17, 19, 20), la dosis de imipramina es de 25 mgs 3 veces al día por vía oral.

Entre los efectos secundarios más comunes se encuentran resequedad de boca, constipación, sedación, lasitud, sudor, trastornos del acomodación visual y retención urinaria. (20).

Desde hace mucho tiempo, los clínicos han apreciado que la atrofia de la mucosa vesical es un fenómeno que aparece simultáneamente con la de la mucosa vaginal en pacientes postmenopáusicas que no reciben estrógenos. Minini y colaboradores (21) han observado que existen receptores de estrógenos y progesterona en el epitelio de la vejiga y la uretra.

Efectos secundarios, náuseas, cefalea, hipersensibilidad mamaria, hemorragia uterina. (1, 7, 13, 21, 22).

Cardoza y colaboradores (22) advirtieron que la sensación de urgencia guarda correlación con un nivel de estradiol circulante. Versi y colaboradores (23) advirtieron cambios significativos en algunos estudios urodinámicos de la uretra, en pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio es de tipo retrospectivo, transversal descriptivo y observacional, realizado en el Módulo de Incontinencia Urinaria y Estática Pelvigenital del Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del IMSS durante el período comprendido de enero de 1991 a febrero de 1992. A 100 pacientes con pérdida involuntaria de orina a quienes se les realizó Historia Clínica Completa, valoración gineco-urrológica, exámenes de laboratorio (básicos, cultivo de orina y secreción vaginal), prueba del Q-Tip y cistometría.

Criterios de Inclusión:

Del grupo de estudio fueron seleccionadas 23 pacientes con el diagnóstico de inestabilidad del detrusor, cuando en la cistometría se observaron contracciones espontáneas o provocadas durante el llenado vesical o cuando la contracción involuntaria del detrusor es mayor o igual a 15 cm de agua, o menos de 15 cm con pérdida urinaria.

Criterios de Exclusión:

Se excluyeron aquellas pacientes con cirugía uroginecológica, capacidad vesical disminuída (menos de 200 ml), alteraciones anatómicas, metabólicas, neurológicas y portadoras de fístulas, divertículos y hernias vesicales.

Mediante hoja de captación de datos se recaba información de nuestro grupo de estudio tal como: edad, cultivo de orina, cultivo de secreción vaginal, trastornos de estática pelvigenital, prueba de Q-Tip, cistometría, tratamiento médico inicial, dosis, incremento, duración y respuesta.

RESULTADOS

De un grupo de 100 pacientes con pérdida involuntaria de orina secundaria a disinergia del detrusor que acuden al Módulo de Trastornos de la estática pélvica e Incontinencia Urinaria, 23 pacientes (23%) presentaron incontinencia urinaria secundaria a disinergia del detrusor, quienes recibieron tratamiento médico. (fig. 1).

Nuestro grupo de estudio de 23 pacientes con inestabilidad del detrusor, el promedio de edad es de 48.3 años, con un rango entre 24 a 83 años. Mediante la distribución por grupos de edad, el más afectado comprende entre 44 y 53 años con 7 pacientes (30.4%); segundo por el grupo de edad entre 34 y 43 años con 6 pacientes (26%), en tercer lugar entre 54 y 63 años con 4 pacientes (17.3). (fig. 2).

A las pacientes con inestabilidad del detrusor se les realizó cultivo de secreciones genitales, siendo positivo en 8 (34.7%) y negativo en 15 (65.2) (tabla 1).

Los agentes infecciosos más comunes que se encontraron en los cultivos genitales son: Candida en 2 pacientes (25%); Levaduras 2 pacientes (25%); Estafilococo a 2 pacientes (25%); una paciente con Gardnerella (12.5%), y E. Coli a una paciente (12.5%) (tabla 2).

Otro estudio preliminar realizado fue el urocultivo, con resultado negativo en 18 pacientes (78.2%) y positivo en 5 pacientes (21.7%). En cuatro de ellas fue reportado E. Coli (80%) y en una estafilococo (20%) (tabla 3 y 4).

Al examen clínico se encontraron 10 pacientes (43.4%) sin alteraciones de la estática pélvica. 10 pacientes (43.4%) presentaron Cistocele I y/o Rectocele I. Así como 3 pacientes (13%) con Cistocele II y/o Rectocele II. (fig. 3).

La prueba de Q-Tip se dividió en tres grupos, según la desviación en grados desde la basal, encontrando desplazamiento hasta 30. en 10 pacientes (43.4%). Entre 31 y 60. en 8 pacientes (34.7%) y entre 61 y 90. en 5 pacientes (21%) (fig. 4).

Fueron 16 pacientes quienes recibieron tratamiento médico con imipramina, de los cuales 5 de ellos (31.2%) no presentaron respuesta al tratamiento con una dosis promedio de 50 mgs al día, durante un período de 2.5 meses.

Con una respuesta favorable parcial en 3 pacientes (18.7%), con una dosis promedio de 50-75 mgs. durante un período de 3.3 meses. Mejoría clínica franca a 8 pacientes (50%) con una dosis promedio de 50-75 mgs. al día por 3.7 meses. (fig. 5).

En general la respuesta inicial a la imipramina se observó a las 5 semanas.

Los pacientes que recibieron tratamiento de imipramina con estrógenos locales fueron 3, (13%) a dosis de 0.625 mg al día, los cuales presentaron franca mejoría a los 3.3 meses de iniciado el tratamiento.

Dos pacientes recibieron bromuro de propantelia a una dosis de 60 mgs al día, una de las pacientes por intolerancia y otra por mala respuesta a la imipramina. Con respuesta

favorable al tratamiento a los 2 meses. (tabla 5).

Dos pacientes que recibieron únicamente estrógenos a dosis de .625 mgs diarios via oral, asociado a tratamiento local vaginal, se observó una gran mejoría a las 4 semanas y otra a los 4 meses.

CONCLUSIONES

1.- En nuestro medio la prevalencia de la inestabilidad del detrusor es del 23%, la cual se asemeja a los datos reportados por la literatura internacional que varía del 10% en la población general, hasta un 50% en las mujeres incontinentes (9,10,11). El promedio de edad de las pacientes fue de 48.3 años; la mayoría (56%) se encuentra entre 34 y 53 años de edad.

2.- Las pacientes con inestabilidad del detrusor, en el 8% se asociaron a infecciones genitales, cuyos gérmenes más comunes son los habituales en la población general. El 21.7% cursan con infección de vías urinarias, con o sin evidencia clínica; y es por lo tanto de gran importancia investigar infecciones asociadas en la paciente con pérdida involuntaria de orina por inestabilidad del detrusor.

3.- Existe un número considerable de pacientes con inestabilidad del detrusor (56.4%), las cuales presentan alteraciones de la estática pélvica, que no son candidatas a tratamiento quirúrgico y que por dicha alteración no se investiga el origen de la pérdida urinaria.

4.- El 43.4% de las pacientes tienen una prueba Q-Tip negativa, menor de 30. asociada a sensación de urgencia urinaria, enuresis, ausencia de la relajación de la pared vaginal anterior y en quienes debe sospecharse inestabilidad del detrusor, y por consiguiente realizar estudios urodinámicos complementarios.

5.- La cistometría es el método diagnóstico preferente para la inestabilidad del detrusor, asociado al historial clínico, examen físico, cuestionario urológico, hallazgos pélvicos y síntomas urinarios.

6.- El resultado en el manejo de nuestras pacientes con imipramina a dosis de 50-75 mgs. al día por un periodo promedio de 3.7 meses, fue considerado favorable hasta la mejoría clínica, mediante la evaluación subjetiva de la paciente en el 68% de los casos, lo que constituye una buena alternativa en el tratamiento de estas pacientes. Con una selección adecuada de las pacientes, como la aplicación apropiada del medicamento, puede observarse una respuesta clínica favorable en aquellas pacientes con inestabilidad del detrusor, y así reducir el número de cirugías innecesarias.

7.- La asociación de la imipramina con estrógenos locales

contribuyó a la mejoría franca en especial, aquellas que presentaban datos de hipoestrogenismo en pacientes perimenopáusicas.

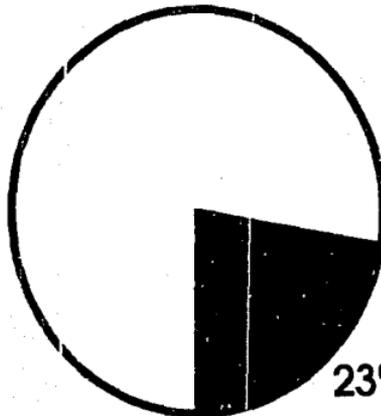
8.- El bromuro de propantelina puede ser una alternativa al tratamiento de la inestabilidad del detrusor, en aquellas pacientes que presentaron intolerancia o mala respuesta a la imipramina.

9.- En pacientes postmenopáusicas con pérdida urinaria el resultado de su manejo con estrógenos por vía oral y local, tiene efecto benéfico sobre los cambios atróficos que se presentan en las vías urinarias bajas. Comprendiendo un período de aplicación en promedio de 4 semanas a 4 meses.

PACIENTES CON PERDIDA URINARIA

INCONTINENCIA
URINARIA
DE ESFUERZO

77%



INESTABILIDAD
DETRUSOR

23%

FIG. 1

CULTIVO DE SECRESION GENITAL

	N	%
CULTIVO NEGATIVO	15	65.2
CULTIVO POSITIVO	8	34.7

TABLA 1

DISTRIBUCION DE GRUPOS POR EDAD

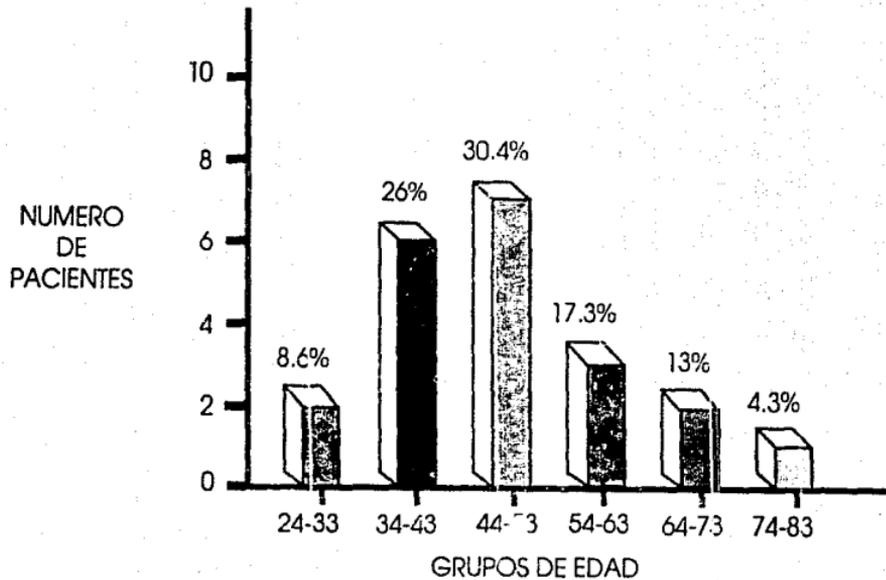


FIG. 2

AGENTES INFECCIOSOS EN VAGINA

	N	%
CANDIDA	2	25
LEVADURAS	2	25
ESTAFILOCOCO	2	25
GARDNERELLA.	1	12.5
E-COLI	1	12.5

TABLA 2

CULTIVO DE ORINA

	N	%
CULTIVO POSITIVO	5	21.7
CULTIVO NEGATIVO	18	78.2

TABLA 3

TRANSTORNOS ESTATICA PELVICA

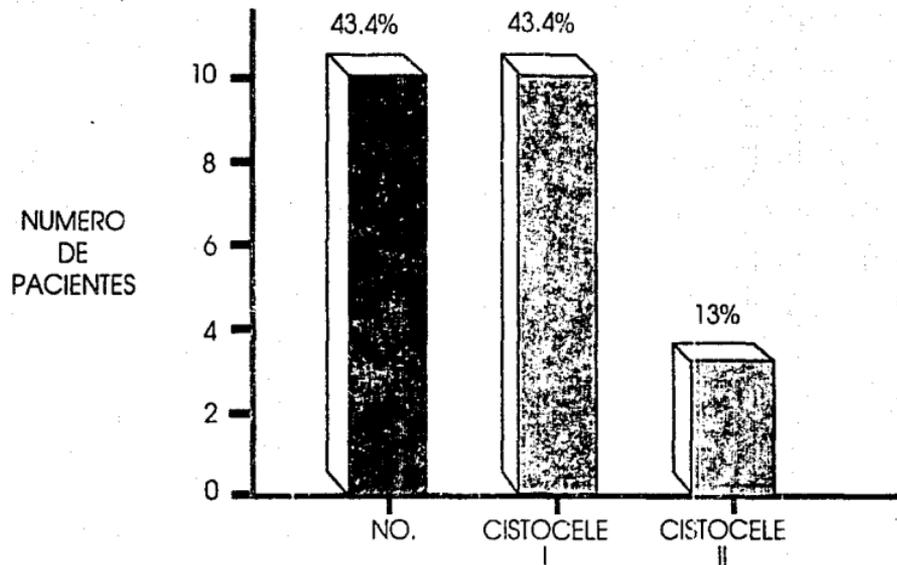


FIG. 3

PRUEBA DE "Q TIP"

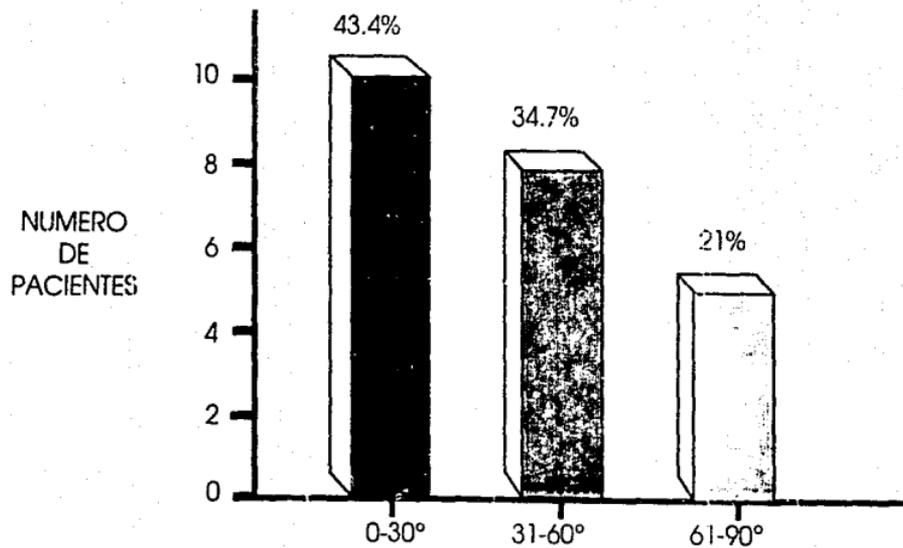


FIG. 4

AGENTES INFECCIOSOS EN ORINA

	N	%
E-COLI	4	80
ESTAFILOCOCO	1	20

TABLA 4

TRATAMIENTO CON IMIPRAMINA

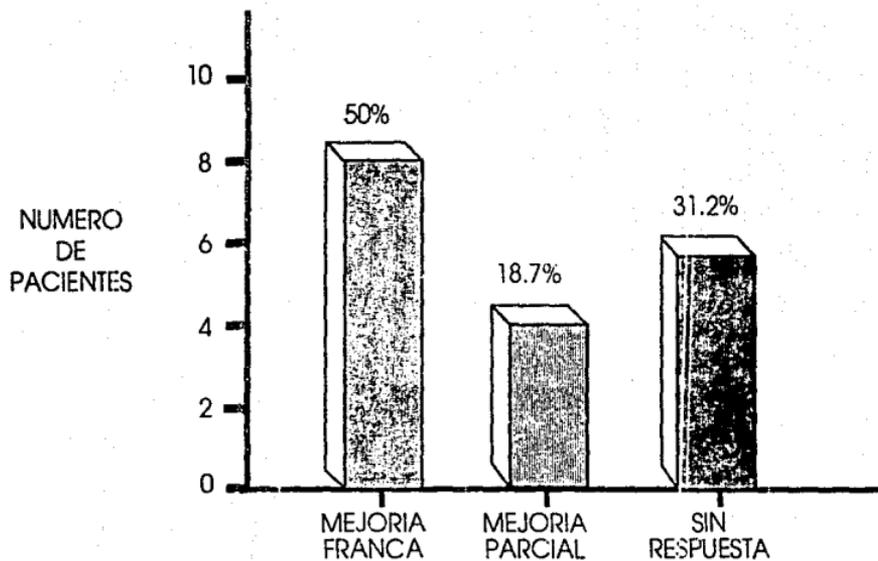


FIG. 5

TRATAMIENTO MEDICO

MEDICAMENTOS	N	%	MEJORIA FRANCA	%	MEJORIA PARCIAL	%	MALA RESPUESTA	%
IMIPRAMINA	16	69.5	8	34.7	3	13	5	21.7
IMIPRAMINA CON ESTROGENOS	3	13	3	13				
ESTROGENOS	2	8.6	2	8.6				
BROMURO DE PROPANTELINA	2	8.6	2	8.6				

TABLA 5

BIBLIOGRAFIA

1. Andrew Fantl, Jean F. Wyman, Randy L. Anderson, Dennis W. Matt. and Richard C. Bump: Postmenopausal Urinary Incontinence: Comparison between non-estrogen supplements and supplemented women. *Obstetrics and Gynecology* 1988; 71: 823-828.
2. David M. Holmes, Fritz J. Montz, Stuart L. Stanton. Oxybutinum versus propanteline in the management of the detrusor instability a patient regulated variable dose trial. *B.J. Obstet Gynecology*. 1989; 96: 607-612.
3. Cardozo L.D. Detrusor Inestability. In *Clinical Gynecology Urology*. 1984; 193-203
4. D.N. Danforth. *Tratado de Obstreticia y Ginecologia*, Editorial Interamericana, 4a. Edición, 1988. 950-955.
5. Stuart L. Stanton. Clasification of Incontinence. *Clinical Gynecologic Urology*: 1984: 164-168.
6. Steen Walter, Hans Henrik Meyloff, Thomas Gerstenberg and Cols. Urinary Incontinence in thye female. *Acta*

Obstet Gynecol Scand: 1984; 63: 159-161.

7. Novak Jones, Tratado de Ginecología, Ed. Interamericana, 9a. Edición. 289-293.
8. Te Linde, Richard F. Mattingly, Johyn D. Thompson. Ginecología operatoria. Ed. El Ateneo 1987, 519-542.
9. Linda D. Crdozo. Genuine Stress Incontinence and Detrusor inestability a reviwie of 200 patients. B. J. Obstet and Gynecology. 1980; 87: 194-190.
10. Larry W. Bowen. Voiding Dysfunction. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 1989; 16: 869-882.
11. Linda T. Brubaker and Peter K. Sand. Urinary Frecuency and Urgency. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 1989; 16: 883-894.
12. Alfred E. Bent. Etiology and Management of Detrusor Inestability and Mixed Incontinence. Obstetrics and Gynecology Clinics or North America. 1989; 16: 853-867.
13. Roland P. Beck, Facog, Frcog, Frcs. Neurofarmacology of

Lower Tract Urinary in the Women. Clinics Obstetrics and Gynecology. 1990; 2: 285-317.

14. Herbert Leport, Daniel Gup, Ellen Shapiro and Mary Baumann. Muscarinic cholinergic receptors in the normal and neurogenic human bladder. Journal and Urinary. 1989; 142: 869-874.
15. Beck RP, Thoms EA, Manghan GB: The Detrusor muscle and urinary incontinence. AM. J. Obstet Gynecol. 1966; 94: 483-485.
16. Beck RP, Arnusch D., King C. Results in treating 210 patients with Detrusor over activity incontinence of urine AM. J. Obstet Gynecol. 1976; 125: 593-596.
17. Fantl JA, Hurt WG, Dunn LO. Disfunctional detrusor control AM. J. Obstet Gynecol. 1977; 129: 299-303.
18. Alexander D. Milicic D, Zivkovic F: Intravesical prostaglandin E2 instillation as a therapy of postoperative urinary retention. Int. Urogenicol J. 1988; 1: 38-44.

19. Gilman AG, Goodman LS, Rall TW, et al: The Pharmacologic basic of therapeutics. Ed. 7 New York, MacMillan, 1985.
20. Ostergard DR. The effect of drugs on the lower urinary tract. *Obstet Gynecol Surv.* 1979; 34: 424-429.
21. Minini GF, Sineone C, Zarrella G, et al: Female urinary bladder and urethra steroid receptors and endocrine patterns. *Proceedings International Continence Society and Urodynamic Society, Boston.* 1986; 13: 322-325.
22. Cardozo L, Versi E, Tapp A, et al: Estrogens and urgency. *Proceedings of the International Continence Society and Urodynamic Society, Boston.* 1986; 13: 148-152.
23. Versi E, Cardozo L, Williams S, et al: Does the menopause influence the lower urinary tract? *Proceedings International Continence Society and Urodynamic Society; Boston* 1986; 609-613.