



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGIA Y

OBSTETRICIA

**“FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTES
POSTMENOPÁUSICAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE IZTAPALAPA”**

TIPO DE INVESTIGACIÓN: CLÍNICO

PRESENTADO POR: DRA. ELIANE CASTILLO ALVARADO

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JUAN CARLOS DE LA CERDA ANGELES

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2018



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 esta 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.

“Frecuencia de Incontinencia Urinaria en pacientes postmenopáusicas en el
Hospital General de Iztapalapa”

Autor: Eliane Castillo Alvarado

Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.



Dr. Juan Carlos de la Cerda Ángeles

Profesor titular del curso de especialización en Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.



Dr. Federico Miguel Lazcano Ramírez

Director de Educación e Investigación



SECRETARIA DE SALUD
SEDESA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN

“Frecuencia de Incontinencia Urinaria en pacientes postmenopáusicas en el
Hospital General de Iztapalapa”

Autor: Eliane Castillo Alvarado

Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.



Dr. Juan Carlos de la Cerda Ángeles

Profesor titular del curso de especialización en Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.



Dra. Rosa María Lezama

Jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital General de Iztapalapa

Dedicatoria

Gracias a mis padres Isaías Castillo y Carolina Alvarado quienes con sus enseñanzas y apoyo inigualable me enseñaron a perseguir cada uno de mis sueños desde niña.

Gracias a mi esposo José Angel Correa Paredes quién me acompañó en este largo viaje , quien todos los días me hace compañía ,aún en esos momentos en dónde pensaba que ya no podía más siempre estuvo ahí para darme su mano y ayudarme a seguir adelante, gracias por su apoyo infinito y por su valioso tiempo y su hermosa compañía en los días más difíciles de la carrera.

Gracias a mi pequeña Grecia quién llena de alegría mi vida , es mi motor.

Gracias a mis maestros y maestras que en esos días de arduo trabajo dedicaron un poco de su tiempo para mi enseñanza.

“Fue el tiempo que pasaste con tu rosa , lo que lo hizo tan importante” Antoine de Saint Exupery

Contenido

1. Resumen.....	3
2. Antecedentes.....	5
3. Planteamiento del Problema.....	58
3.1 Pregunta de Investigación.....	58
4. Justificación.....	58
5. Objetivos.....	60
5.1 General.....	60
5.2 Específicos.....	61
6. Metodología.....	61
6.1 Descripción del Universo.....	62
6.2 Variables.....	62
7. Análisis de Resultados.....	63
8. Discusión.....	81
9. Conclusiones.....	87
10. Bibliografía.....	90
11. Anexos.....	92

1.- RESUMEN

- Antecedentes
- Desde 1998 el concepto de Incontinencia Urinaria (IU) ha tenido cambios de acuerdo a diversos autores como Dionko quién la refería como: “Cualquier pérdida de orina fuera del control voluntario con una frecuencia de 6 días en los últimos 12 meses , independientemente de la severidad”; Thomas : “Más de dos episodios de incontinencia en un mes”. En el 2002 la International Continence Society (ISC) actualizó la terminología y las definiciones ,para poder acordar y utilizar términos idénticos y uniformes en los estados de disfunción del tracto urinario inferior ,definiendo la incontinencia urinaria.
- Material y métodos
- Estudio descriptivo , transversal .Se incluyeron 69 pacientes postmenopáusicas que acudieron a la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Iztapalapa, del 15 de Febrero de 2017 al 30 de Abril de 2017 , se aplicó el Cuestionario ICIQ-SF .Análisis estadístico SPSS para Windows versión2.0.
- Resultados
- El 75.3% de la muestra presento pérdida de orina, respecto a la frecuencia en que las pacientes tuvieron pérdida de orina el 31.9% una vez a la semana o con menos frecuencia, 17.4% dos o tres veces

a la semana, 15.9% una vez al día, 8,7% varias veces al día y 1.4% en todo momento. Sólo el 24.7% nunca presento pérdida de orina. El tipo más frecuente de incontinencia Urinaria fue Tipo Mixta seguido de esfuerzo y Urgencia

- Discusión:
- En este estudio se encontró que la frecuencia de Incontinencia Urinaria en el Hospital General de Iztapalapa es mayor que al reportado en estudios previos, Se encontró correlación entre el Grado de severidad de Incontinencia Urinaria y la edad, así como el número de embarazos y la calidad de vida de las pacientes.
- Conclusión
- La Incontinencia Urinaria resultó ser un problema de Salud mayor al reportado en el Hospital , sin embargo se observó que la calidad de vida de las pacientes no se ve afectada significativamente , por lo que al no ser considerado un problema de salud incapacitante se favorece el que las pacientes no busquen ayuda profesional, convirtiéndose en un problema subestimado.

Por otro lado, se concluye que la búsqueda intencionada de Incontinencia Urinaria en pacientes en etapas de riesgo, favorece el diagnóstico de Incontinencia Urinaria inadvertida así como su tratamiento oportuno.

1. Antecedentes

1.1. Marco Teórico

DEFINICIÓN

INCONTINENCIA URINARIA

Desde 1998 el concepto de Incontinencia Urinaria (IU) ha tenido cambios de acuerdo a diversos autores como Dionko quién la refería como: “Cualquier pérdida de orina fuera del control voluntario con una frecuencia de 6 días en los últimos 12 meses , independientemente de la severidad”; Thomas : “Más de dos episodios de incontinencia en un mes”. En el 2002 la International Continence Society (ISC) actualizó la terminología y las definiciones ,para poder acordar y utilizar términos idénticos y uniformes en los estados de disfunción del tracto urinario inferior ,definiendo la incontinencia urinaria , “Como cualquier pérdida involuntaria de orina”, tiene prevalencia muy alta en mujeres mayores de 50 años ;siendo ésta del 24.5% en este grupo de edad y aumentando hasta el 66% en mujeres postmenpáusicas .(5)

CLASIFICACIÓN

Se considera que la IU y las disfunciones miccionales pueden clasificarse de acuerdo con criterios sintomáticos o urodinámicos, según las directrices de la ICS en un documento de estandarización de la terminología.Según los criterios sintomáticos, los tipos fundamentales de IU se exponen a continuación:

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Incontinencia urinaria de esfuerzo La IU de esfuerzo (IUE) se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (como por ejemplo toser, reír, correr, andar). Se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral, por dos causas no excluyentes:

-Por hipermovilidad uretral, en el que fallan los mecanismos de sujeción de la uretra que desciende de su correcta posición anatómica.

-Por deficiencia esfinteriana intrínseca, en la que existe una insuficiente coaptación de las paredes uretrales que produce una disminución de la resistencia de la uretra. La IUE es común en ancianas y supone también la forma más común de IU en las mujeres menores de 75 años, afectando a casi un 50% de ellas. **(5)**

INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

Incontinencia urinaria de urgencia La IU de urgencia (IUU) es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de “urgencia”. Por “urgencia” se entiende cuando el paciente se queja de la aparición súbita de un deseo miccional claro e intenso, difícil de demorar. Esta sensación de urgencia es consecuencia de una contracción involuntaria del detrusor vesical. Cuando estas contracciones involuntarias se ponen de manifiesto en un estudio urodinámico se denomina “detrusor hiperactivo”, cuya causa puede ser una enfermedad neurológica (hiperactividad del detrusor neurogénica) o sin causa detectable (hiperactividad del detrusor idiopática). Puede además deberse a otras causas,

como estenosis uretral, hipercorrección quirúrgica, etc. Es la forma más común de IU en mayores de 75 años, sobre todo en los hombres (40-80%). En los grandes estudios epidemiológicos entre 11 y 20% de las mujeres incontinentes tenían síntomas de IUU. **(3)**

INCONTINENCIA URINARIA MIXTA

La incontinencia urinaria mixta (IUM) es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a urgencia como al esfuerzo. Se estiman en 30-40% las mujeres con IU que tienen síntomas de IUM. Estos datos confirman previos estudios en los que se concluía que la IUE es un problema frecuente en mujeres jóvenes y premenopáusicas, mientras que los síntomas de urgencia y la IUU se hacen más predominantes en el rango de edad postmenopáusica. **(3)**

MENOPAUSIA

La menopausia es la interrupción definitiva de las menstruaciones resultante de la pérdida de la actividad folicular del ovario. **(1)**

POSTMENOPAUSIA

La posmenopausia define la etapa que se inicia tras la menopausia y abarca un periodo de diez años de duración. A través de la historia han variado ampliamente las actitudes y creencias respecto a la menopausia; se ha considerado desde una enfermedad y un signo de decadencia en el siglo XIX, hasta una etapa de liberación en la que finaliza la etapa fértil de la mujer. Actualmente, la mayoría de las mujeres perciben la menopausia con una sensación de alivio y sentimientos neutros y/o como una etapa de cambios positivos. Los estudios muestran que las diferentes actitudes y creencias a este respecto se explican por la combinación de

factores personales y culturales. En nuestro medio también se han observado actitudes similares **(1)**

EPIDEMIOLOGÍA

En el estudio epidemiológico EPINCONT realizado en 27,936 mujeres mayores de 20 años en un condado de Noruega entre 1995 y 1997, reportó que el 25% presentaban Incontinencia Urinaria. Un estudio reciente en cuatro países europeos (Francia, Alemania, Reino Unido y España) sobre las respuestas de una encuesta por correo a 17,080 mujeres de 18 años y más, reportó que 35% refirieron pérdidas involuntarias de orina en los últimos 30 días. **(4)**

La tasa de prevalencia de IU fue similar en todos los países (41 a 44%), excepto en España que fue menor (23%). En ambos estudios se demuestra claramente que la prevalencia de IU aumenta con la edad, se presenta un pico alrededor de la edad media (prevalencia 30-40%) y luego un incremento leve y sostenido en edades más avanzadas (prevalencia 30-50%). Los pacientes institucionalizados, principalmente las mujeres, representan un grupo particular de elevada prevalencia de IU, alrededor de 50-60%.**(4)**

Diversos estudios epidemiológicos demuestran que la incontinencia urinaria es un síntoma común que afecta del 10 al 70% de las mujeres en el mundo y su incidencia aumenta en la mediana edad, incrementándose con más edad, además de que la incontinencia severa es más frecuente en mujeres de mayor edad. La incontinencia urinaria de esfuerzo se presenta en un 50% con respecto a los otros tipos de incontinencia. En México, la incidencia o prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo no se conoce.**(3)**

La Sociedad Internacional de Continencia recomienda incluir parámetros de calidad de vida en la evaluación de los tratamientos de la IU utilizando cuestionarios mixtos de síntomas y calidad de vida. Existen dos cuestionarios específicos para evaluar la calidad de vida de mujeres con IU validados en España. Uno es el King's Health Questionnaire (Badia X, 2000) y el otro es la versión española del cuestionario de la International Consultation on Incontinence Short Form (ICIQSF), que es el primer cuestionario breve que permite no sólo detectar la IU sino además categorizar las pacientes de acuerdo con la gravedad de los síntomas y el grado de preocupación que éstos les generan. Así se pone de manifiesto que el impacto sobre Calidad de Vida Relacionado con la Salud depende del estilo de vida, la edad, el nivel sociocultural, y las experiencias personales no tanto de la gravedad de los síntomas. **(4)**

La incontinencia urinaria constituye un problema médico y social importante; no es obviamente un proceso de riesgo vital, pero deteriora significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce su autoestima.**(2)**

Es un problema mundial con importante repercusión en la sociedad. En el aspecto económico, se estima que en Estados Unidos el costo total por el cuidado de pacientes con incontinencia urinaria es superior a 10 mil millones de dólares por año.**(3)**

En México, la menopausia se presenta en una edad promedio de 47.6 años con un rango entre 41 a 55 años . En el estudio multicéntrico de la Red Latinoamericana de Investigación en Climaterio (REDLINC) publicado en 2006, se encontró que existen múltiples variables que 242 condicionan la aparición de la

menopausia, sin embargo, aparentemente la altitud de las ciudades es un factor común. Se apreció que las mujeres que viven en ciudades con una altitud de 2,000 metros o más sobre el nivel del mar presentan la menopausia tempranamente, comparadas con mujeres que viven en ciudades de menor altitud. La hipótesis de esta situación es, que al existir niveles de saturación de oxígeno cercanos al 85% tienen niveles menores de estradiol y progesterona, ya que la hipoxia afecta el metabolismo del folículo favoreciendo la secreción de endotelina-1 que inhibe la luteinización del folículo. Asimismo, existen otras variables como el tabaquismo o la mala nutrición en los primeros años del desarrollo, que favorecen la aparición temprana (antes de los 50 años de edad) de la menopausia. **(1)**

El aumento de la esperanza de vida, junto a los avances terapéuticos, nos sitúa ante un nuevo perfil epidemiológico de las personas de este grupo de edad, el cual se caracteriza por la mayor prevalencia de los procesos crónicos.

En México, la esperanza de vida en el año 2005 se estableció en 79 años de edad para la mujer y se espera que para el año 2010 sea de 80 años. Se espera que para el año 2035, en México una de cada 3 mujeres estará en la etapa del climaterio o en la posmenopausia y con una expectativa de vida de 83.4 años. **(1)**

Si analizamos los datos proporcionados por el INEGI, en el censo del año 2000 había 6'776,314 mujeres mayores de 50 años, y en el año 2005, de acuerdo al recuento de población publicado por el INEGI en 2006 había 8'195,864, lo cual representa un aumento del 17.3% de aumento de la población femenina mayor de 50 años, en 5 años. Si consideramos las tendencias que marca el Consejo Nacional de Población (CONAPO) de que en el año 2010 habrá aproximadamente

10'015,562 mujeres en esta etapa de la vida, en tan solo 10 años (2000-2010) aumentará la población de mujeres de 50 años o más en 35.4%, aproximadamente, en relación al censo realizado a principios de este siglo. **(1)**

FISIOPATOLOGÍA

Fisiología de la micción

La micción es una función del tracto urinario inferior mediante la que se consigue el vaciado de la orina, cuando la vejiga ha llegado a su capacidad fisiológica y los condicionamientos sociales y el lugar son adecuados. En la micción hay dos fases claramente diferenciadas: la de llenado y la de vaciado vesical. La vejiga es un órgano hueco cuya misión principal es la de actuar como reservorio de orina, la cual se acumula en la citada vejiga, ya que el detrusor se comporta como un órgano no muscular. En la fase de llenado vesical, la vejiga acomoda su tono al aumento continuo y paulatino de orina que le llega a través de los uréteres, actuando como una esfera hueca, de salida elástica, conducta pasiva y no consciente. **(7)**

El ritmo de llenado depende de múltiples factores individuales y ambientales. Al mismo tiempo, la capacidad vesical varía de unos individuos a otros, si bien se considera normal para un adulto que oscile entre 350 y 500 ml. Cuando la vejiga ha alcanzado su capacidad fisiológica y el sujeto no tiene ningún impedimento social, se produce la fase de vaciado vesical, en la cual el esfínter externo se relaja de forma voluntaria, la uretra se abre y el detrusor se contrae al tiempo que se relaja el cuello vesical. **(7)** La micción es un acto voluntario, fisiológico, en el que se necesita la coordinación entre sus protagonistas: detrusor, cuello vesical y

esfínter externo . Los sistemas simpático, parasimpático y somático intervienen en la inervación y control de la dinámica miccional, actuando de forma coordinada y estando modulados por los centros encefálicos y medulares . El sistema nervioso parasimpático, a través de los nervios pélvicos, inerva el detrusor y asegura el vaciamiento vesical por contracción del mismo. El sistema nervioso simpático, mediante los nervios pélvicos, inerva el trigono y el esfínter interno, lo que hace posible la continencia al mantener el cuello de la vejiga cerrado en la fase de llenado. El nervio pudendo inerva el esfínter externo de la uretra y el esfínter anal, ayudando al esfínter interno a conseguir la continencia. El núcleo simpático, el parasimpático y el sistema somático son los centros medulares que actúan sobre la micción. La coordinación de los mencionados centros la lleva a cabo el denominado núcleo pontino, un centro superior situado en la base del cerebro. Con el objetivo de comprender los aspectos más básicos de la continencia conviene considerar que fisiológicamente, la vejiga se comporta como un órgano que permanentemente está ciclando en dos fases, la miccional y la de continencia. Esto depende de complejas relaciones anatómicas y funcionales de la propia vejiga (detrusor) con su tracto de salida (esfínter interno, esfínter externo y uretra), y cuya coordinación y regulación depende de distintos niveles neurológicos, estando en el individuo adulto, bajo control voluntario.

Desde el punto de vista anatómico, la fase de continencia depende de la viscoelasticidad del detrusor (acomodación), y de la coaptación (resistencia pasiva) del tracto de salida. La fase miccional, depende así mismo de la visco elasticidad del detrusor y de la conductancia del tracto de salida (ausencia de obstrucción). Desde el punto de vista funcional, la fase de continencia requiere de ausencia de

contracciones vesicales, de acomodación adecuada y de cierre esfinteriano activo, mientras que la fase miccional requiere de contracción del detrusor y apertura del aparato esfinteriano. Este conjunto de funciones se obtiene a través de inervación tanto visceral (simpática y parasimpática) como somática, con diversos niveles de integración a nivel medular, mesencefálico y finalmente cortical.(7) En este esquema, la función fundamental de la vejiga durante la fase de almacenamiento es la de servir como reservorio urinario de baja presión, con adecuada capacidad y buena continencia. Parece obvio, pero la incontinencia urinaria se define por lo tanto como un trastorno de la fase de continencia. En la fase miccional en cambio, la tarea es vaciar el contenido de la vejiga, en forma coordinada con todas las estructuras del tracto de salida (apertura) y sin afectar la vía urinaria superior. (5)

FACTORES DE RIESGO

Numerosos factores tienen injerencia en conservar la continencia urinaria, por lo tanto no se le puede atribuir a una sola causa el desarrollo de incontinencia. Sin embargo, existen ciertos factores que se encuentran fuertemente asociados a esta. Por ejemplo, se ha observado que la mujer que desarrolla incontinencia urinaria durante el embarazo y en los 3 meses posparto, presenta un riesgo del 92% de persistir con incontinencia a 5 años. Además, el trauma obstétrico como parto vaginal, episiotomía, fórceps y macrosomía se encuentran dentro de los factores predisponentes para producir IUE en la mujer. (Cuadro I.) (2)

La obesidad es una causa reversible de incontinencia urinaria, que conlleva un aumento en la presión intraabdominal con el consecuente debilitamiento

de la musculatura del piso pélvico. Se ha demostrado que modificaciones en el estilo de vida de la paciente asociado a pérdida de peso, mejora la sintomatología de estas pacientes. La prevalencia aumenta de manera proporcional con la edad, esto se debe a cambios estructurales en el tracto urinario como la disminución de la elasticidad de la vejiga y disminución de la fuerza del músculo detrusor. **(2)** Además la ausencia de estrógenos que se presenta en la menopausia , produce atrofia en la mucosa de la uretra, así como debilidad de los músculos de la vejiga. La histerectomía también altera la función vesical, ya que produce altos volúmenes residuales, infecciones, así como fistulas post histerectomía.**(2)**

CALIDAD DE VIDA DE LA PACIENTE CON INTONTINENCIA URINARIA

La incontinencia urinaria se asocia con efectos adversos en la calidad de vida como aislamiento, tristeza, depresión, vergüenza, estigmatización alteraciones del sueño y relaciones sexuales. Inclusive se pueden ver afectadas las actividades de la vida diaria. Se realizó una revisión sistemática de cuestionarios que se utilizan en la incontinencia urinaria. Los cuestionarios, en su mayoría, incluyen mediciones de calidad de vida y severidad de la incontinencia. Se han elaborado versiones cortas para aplicarse en Primer Nivel de Atención Médica. El personal de salud deberá considerar la utilización de un cuestionario validado de calidad de vida y severidad de la incontinencia para evaluar el impacto de los síntomas urinarios y evaluar la efectividad del manejo. La versión española del cuestionario “International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQSF)”.**(11)**

Se validó utilizando como estándar de oro el diagnóstico clínico y por urodinamia; permite no sólo detectar la IU sino además categorizar las pacientes de acuerdo con la gravedad de los síntomas y el grado de preocupación que éstos les generan (la mayor gravedad se asoció a mayor puntuación del ICIQ). En promedio el tiempo en que se aplica es 3.5 ± 1.5 minutos. La sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos positivo y negativo respecto al diagnóstico por urodinamia fue 88%; 41%; 85% y 46% respectivamente. **(3 , 13)**

DIAGNÓSTICO

Se estima que menos de la mitad de los adultos con moderada o severa incontinencia urinaria demandan atención médica; probablemente porque les ocasiona vergüenza, lo consideran normal en el envejecimiento o porque no saben que tiene tratamiento. **(3)**

El estudio del paciente con incontinencia urinaria debe incluir las mismas etapas clásicas del examen médico, a saber: anamnesis próxima y remota, examen físico y estudios adicionales complementarios, los que deben orientarse hacia:

1. Facilitar la consulta por esta causa (frecuentemente ocultada).
2. Objetivar y cuantificar la pérdida de orina.
3. Determinar el impacto sobre la calidad de vida.
4. Establecer hipótesis diagnóstica respecto del tipo de incontinencia y su enfermedad causal.
5. Descartar patología urológica asociada.
6. Descartar condiciones generales agravantes o desencadenantes asociadas**(4)**

Existen dos maneras de realizar un diagnóstico: sintomático y condición específica. El diagnóstico sintomático se realiza utilizando la historia clínica, diario vesical, prueba de la toalla y escalas de síntomas validadas. El diagnóstico de condición específica se realiza utilizando técnicas urodinámicas y es considerado como estándar de oro. Una gran proporción de mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo pueden ser diagnosticadas correctamente con la historia clínica. En una revisión donde se incluyeron 15 estudios de mujeres con síntomas urinarios, y la urodinamia como estándar de oro (urodinamia multicanal), se obtuvo una sensibilidad para la historia clínica de 0.92 (IC 95%, 0.91-0.93) y especificidad 0.56 (IC 95% 0.53-0.60). (Nivel de evidencia II-2, Grado de recomendación A).**(5)**

Existen diversas escalas para realizar el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo. En la literatura existen estudios que comparan diferentes escalas validadas contra: historia clínica, otras escalas validadas, prueba de la tos, y solo 3 estudios comparan el UDI (*Urogenital Distress Inventory*) con la urodinamia multicanal. De estos 3 estudios en 2 se utiliza la pregunta 3 de la forma corta de la escala para predecir diagnóstico urodinámico de incontinencia urinaria de esfuerzo. Al combinar los datos de ambos estudios se obtuvo una sensibilidad de 0.87 (IC 95% 0.82-0.92) y una especificidad de 0.60 (IC 95% 0.51-0.69) para el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo. El valor diagnóstico de esta escala es similar al de la historia clínica. El otro estudio reporta una correlación de $r=0.54$ entre el diagnóstico utilizando urodinamia multicanal y el puntaje total del UDI. (Nivel de evidencia II-2, Grado de recomendación A). A pesar de los resultados obtenidos, el UDI solo se encuentra disponible en idioma inglés y no se encuentra validado en español, por lo que no es posible aplicarlo en nuestro

medio. Sin embargo, dada la simplicidad de la pregunta ¿tiene usted pérdida de orina con los esfuerzos de toser o estornudar ? es útil considerarlo.(5) Existen 4 estudios en donde se compara al diario vesical con la urodinamia multicanal para el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, sin embargo, de acuerdo a la presentación de los datos no fue posible obtener valores de sensibilidad y especificidad. (Nivel de evidencia II-2, Grado de recomendación A). Un estudio comparó el diario de 24 horas con la urodinamia multicanal para el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo , detrusor hiperactivo e incontinencia mixta en mujeres y se obtuvieron resultados diferentes entre los grupos y los parámetros del diario. Otro estudio comparó el uso del diario de 7 días con la urodinamia multicanal para el diagnóstico de mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, sin obtener valores de sensibilidad y especificidad, sin embargo, en mujeres con un diario negativo se confirmó algún tipo de incontinencia en 81%. En un estudio se

investigó la capacidad del diario vesical para establecer diagnóstico diferencial de incontinencia urinaria de esfuerzo y detrusor hiperactivo en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo diagnosticada mediante urodinamia; no fue posible calcular valores de sensibilidad y especificidad, sin embargo, a través de un análisis de regresión logística se concluyó que los parámetros de frecuencia y promedio de volumen miccionado hacen la diferenciación entre incontinencia urinaria de esfuerzo y detrusor hiperactivo. (Nivel de evidencia II-2, Grado de recomendación A) (5)

El diagnóstico de la incontinencia urinaria se realiza de la siguiente manera:

HISTORIA CLINICA

- La historia clínica incluye la naturaleza, duración y severidad de los síntomas, estado funcional, mental y neurológico, historia médica relevante, quirúrgica y ginecológica, impacto de los síntomas en la calidad de vida y factores exacerbantes, incluyendo líquidos, dieta y medicamentos.
- Existen diversas escalas validadas que miden la severidad de los síntomas e impacto de los mismos en la calidad de vida.
- Examen físico que incluye examen abdominal, perineal, rectal, neurológico e índice de masa corporal.
- Examen general de orina, urocultivo, medición de orina residual, prueba de la tos, diario vesical, prueba de la toalla.
- Urodinamia multicanal. No es un examen de rutina, se recomienda en mujeres antes de cirugía, si existe:
 - Sospecha clínica de detrusor hiperactivo (componente de urgencia en los síntomas).
 - Cirugía antiincontinencia previa o por prolapso del compartimiento anterior.
 - Síntomas sugestivos de trastorno de vaciamiento (orina residual elevada, sospecha por diario vesical).
 - Prolapso de órganos pélvicos en estadios III y IV. **(3,5)**

USO DE CUESTIONARIOS EN LA HISTORIA UROGINECOLOGICA

Los cuestionarios auto cumplimentados son instrumentos útiles para detectar la IU y para diseñar la estrategia de intervención en la población afectada por esta disfunción . Según el comité de expertos de la Second International Consultation

on Incontinence, existe una gran diversidad de cuestionarios, lo cual hace difícil la comparación de los resultados de los estudios, por lo que es necesario disponer de un instrumento que pueda utilizar el mayor número de investigadores. Este comité de expertos creó un nuevo cuestionario modular que incorpora todos los aspectos de la incontinencia: el International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ). Además desarrolló una versión muy corta de dicho cuestionario –ICIQ Short Form (ICIQ-SF)– con el objetivo de que pudiera utilizarse tanto en los estudios de investigación como en la práctica clínica.**(11)**

El ICIQ-SF es un cuestionario que está orientado a la detección de la IU en cualquier ámbito asistencial. Su versión final, que se ha traducido y adaptado culturalmente en diversos países, consta de 3 ítems («frecuencia», «cantidad» y «afectación»), más un grupo de 8 preguntas relacionadas con el tipo de IU que no forman parte de la puntuación del cuestionario y tienen únicamente una finalidad descriptiva y orientadora sobre el tipo de IU. La puntuación total, resultado de la suma de los 3 primeros ítems, va de 0 a 21 puntos. Estos 3 ítems han demostrado tener una elevada consistencia interna en la versión original del cuestionario. **(11)**

EXÁMEN FÍSICO

Dentro del examen físico, en la mujer deben evaluarse algunos elementos generales como la obesidad y estrogenismo y otros más particulares, como el trofismo vulvo vaginal, presencia de uretro y/o cistocele así como hipermovilidad de la uretra, descartar masas periuretrales, evaluar el estado de la musculatura pélvica y realización de pruebas sencillas como el test de Marshall/Bonje. Este test clínico básicamente consiste en objetivar el escape urinario uretral en relación a

valsalva y evaluar su cambio en respuesta a la maniobra de suspender la uretra con compresión lateral a ésta, sin obstruirla, de modo de evaluar si bajo condiciones de corrección de la hipermovilidad, la continencia mejora. **(4)** Para corroborar la pérdida de orina, en posición ginecológica, realizar maniobra de valsalva (pujo) con la vejiga llena, se considera positiva si se observa la pérdida urinaria. Si la maniobra es negativa también se puede efectuar de pie con las piernas ligeramente separadas. Otra alternativa es que la paciente, con la vejiga llena efectúe algunas maniobras de aumento de presión abdominal como toser, brincar etc. **(3)** Durante exploración ginecológica deben descartarse defectos del piso pélvico, uretral, pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, profundidad del cervix y fondo de saco posterior. (prolapso de órganos pélvicos). Se recomienda realizar tacto vaginal para descartar tumoraciones, prolapso de órganos pélvicos, verificar el tono del esfínter anal y valorar si existe atrofia urogenital.**(3)**

Además, es conveniente realizar un examen neurológico básico para descartar patología de esa esfera. También puede utilizarse la medición de residuo postmiccional en forma seleccionada para orientarse en el tipo de mecanismo involucrado. Es frecuente observar que se inicia tratamiento de un cuadro de incontinencia urinaria sin una anamnesis adecuada y sin elementos tan básicos del examen físico como el examen vaginal, el tacto rectal, la medición del residuo post miccional y la realización de una cartilla miccional, con la consiguiente inexactitud en la hipótesis diagnóstica.**(4)**

ESTUDIOS ADICIONALES

En relación a los estudios adicionales, estos están orientados a descartar patología asociada relevante y a determinar con precisión el tipo de incontinencia (con su mecanismo fisiopatológico), con miras a proponer un plan terapéutico racional. El examen de orina completo y cultivo es importante para descartar infección urinaria y hematuria, así como condiciones que generan poliuria como la glucosuria. Dentro de los estudios más específicos hay algunos orientados a caracterizar mejor la anatomía o soporte físico del sistema urinario inferior así como descartar condiciones asociadas, tales como la uretrocistografía, la Pielografía de Eliminación, la Ecotomografía Abdominal y Pelviana, TAC y PieloTAC. Luego están aquellos orientados más bien a determinar el tipo específico de incontinencia, como la cistoscopia, habitualmente realizada en forma ambulatoria con anestesia local, la que es muy útil a la hora de evaluar en forma directa la uretra y vejiga, en especial, si existen elementos de sospecha de enfermedad neoplásica, litíásica o inflamatoria vesical o uretral (permite toma de biopsia en caso de ser necesario).(4)

Ultrasonido:

Se ha encontrado que el ultrasonido es el método de imagenología más efectivo para el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, se observa la pérdida de orina y el movimiento del cuello vesical durante el esfuerzo. Este método tiene una alta sensibilidad de 0.89 (IC 95%, 0.84-0.93) y 0.84 (IC 95%,0.76-0.90) y especificidad de 0.82 (IC 95%, 0.73-0.89) y 0.86 (IC 95%, 0.79-0.91) para estas características, respectivamente. Lo anterior sugiere que el ultrasonido es una herramienta diagnóstica útil que puede ser utilizada como alternativa de la

urodinamia multicanal, con menores riesgos, costos y molestias para la paciente.

(Nivel de evidencia II 2, Grado de recomendación A)(5)

Estudio urodinámico:

En la evaluación de la incontinencia urinaria, la evaluación urodinámica es particularmente importante puesto que caracteriza la dinámica del funcionamiento del sistema urinario inferior, y permite entender la condición fisiopatológica de base del trastorno miccional, así como estimar el peso relativo de distintos factores asociados. En este sentido, la evaluación urodinámica no es otra cosa que la reproducción de uno o varios ciclos vesicales, con su fase de continencia y su fase miccional, bajo condiciones controladas que permiten medir objetivamente el desempeño de cada uno de los componentes del complejo véscico esfinteriano.(4)

Uroflujometría:

La uroflujometría mide el volumen de orina expulsado por unidad de tiempo. Es un excelente examen de screening, rápido, económico y no invasivo. Cuando es normal, permite descartar razonablemente la presencia de uropatía obstructiva o disminución de la contractilidad voluntaria del detrusor. Cuando está alterado, sin embargo, no permite diferenciar entre ambas condiciones. (4)

Cistomanometría de fase de Continencia:

En este caso se mide la presión intravesical la presión intra-abdominal y se calcula la presión verdadera ejercida por el músculo detrusor, mientras se llena la vejiga a una velocidad conocida simulando una rápida fase de continencia. Esta parte del estudio urodinámico, es la que permite diagnosticar la presencia de incontinencia urinaria y determinar si es de causa "detrusor" o de causa "tracto de salida", ya que permite medir objetivamente la competencia incompetencia del

complejo esfinteriano y detectar la presencia de contracciones no inhibidas u otras alteraciones de la función del detrusor. Uno de los índices urodinámicos que resulta de mayor utilidad en el estudio de la incontinencia urinaria es la medición del VLPP (Valsalva Leak Point Pressure) que representa la presión vesical total a la que se inicia el escape urinario, lo que en conjunto con una buena evaluación del piso pélvico, permite diferenciar bien entre incontinencia urinaria de esfuerzo originada en hiper movilidad de la uretra e incompetencia esfinteriana intrínseca **(4)**

Cistoscopia:

La cistoscopia está indicada en la evaluación de pacientes con incontinencia que presentan hematuria estéril o piuria, síntomas irritativos de vaciamiento como: frecuencia, urgencia e incontinencia de urgencia, en ausencia de cualquier causa reversible; dolor vesical, cistitis recurrente, masas suburetrales, y cuando la prueba de urodinamia falla al reproducir los síntomas de incontinencia urinaria. (Nivel de evidencia III-2, Grado de recomendación D)**(5)**

Estudio de Flujo de Presión:

El estudio de flujo presión, que se realiza a continuación de la cistomanometría de fase de continencia, permite la evaluación detallada de la fase miccional. En este caso se puede distinguir con precisión entre una retención urinaria causada por una uropatía obstructiva o por una disminución de la contractilidad voluntaria del detrusor. Existe una serie de poderosos nomogramas computacionalmente calculados que permiten aumentar la precisión de estos diagnósticos (Schäffer Abrahams & Griffith, Watts, etc). **(5)**

Video Urodinamia:

Se puede combinar la cistomanometría de la fase de continencia y el estudio de flujo presión, con una uretrocistografía, permitiendo la medición simultánea de la presión intravesical, el flujo urinario, la electromiografía del esfínter y la visualización radiológica del tracto urinario inferior. Este examen no agrega mayor demora a un estudio urodinámico clásico y es de gran sensibilidad tanto en incontinencia urinaria como en uropatías obstructivas complejas. **(4)**

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

No se ha demostrado que realizar estudios urodinámicos antes del tratamiento conservador mejore los resultados. Por opinión de expertos la clasificación de IU con base en los síntomas que reporta la mujer (incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia o mixta), es confiable y suficiente para iniciar tratamiento no invasivo, o conservador. No se recomienda el uso de cistometría de múltiples canales, estudios urodinámicos ambulatorios o videourodinámicos antes del tratamiento conservador.**(3)**

En caso de que la paciente presente incontinencia mixta, el tratamiento se debe dirigir a los síntomas predominantes (esfuerzo o urgencia). Cuando ya se confirmó el diagnóstico clínico de incontinencia urinaria y se descartó comorbilidad no son necesarias pruebas diagnósticas para iniciar el tratamiento en primer nivel de atención médica.**(3)**

Terapia Conductual

No existe evidencia suficiente que demuestre que el cambio en la ingesta de líquidos pueda disminuir los episodios de pérdida, pero si se observó que la

adherencia es pobre. Se observó relación débil entre la ingesta diferencial de líquidos en el día en comparación de la noche y los periodos de incontinencia Se recomienda evitar ingesta de cafeína en las mujeres con IU de urgencia.(3)

Se recomienda eliminación de tabaquismo en las mujeres con IU aconsejar a la mujer sobre la importancia de mantener su IMC por debajo de 30. La constipación o estreñimiento intestinal puede favorecer los episodios de incontinencia urinaria. El esfuerzo físico por ejemplo causas de trabajo, deportes etc. favorece episodios de incontinencia urinaria .En toda paciente con incontinencia urinaria evitar o tratar la constipación o estreñimiento intestinal, la tos, IVU, aconsejar, evitar o disminuir el esfuerzo físico que incremente la presión intra-abdominal mientras realiza el tratamiento conservador.(3)

Intervenciones en el estilo de vida

Estreñimiento

Existe una asociación consistente entre una historia de estreñimiento y el desarrollo de IU y el prolapso de los órganos pélvicos (NE: 3). La terapia conductual multimodal mejora el estreñimiento e incontinencia urinaria en pacientes de edad avanzada (NE: 1b). No hay evidencia de que el tratamiento del estreñimiento mejore la IU, pero la opinión de expertos apoya firmemente el tratamiento del estreñimiento en estos pacientes (NE: 4). (5)

Contención

Hubo 2 declaraciones de consenso en la Cuarta Consulta Internacional sobre Incontinencia y un Estudio Controlado Aleatorizado (ECA que comparó el tratamiento conservador con almohadillas urinarias. Ha habido revisiones

Cochrane de dispositivos y almohadillas. Hay un ECA que compara catéteres tipo condón con catéteres urinarios permanentes .(5)

Consumo de cafeína

La reducción de la cafeína demostró mejorar la frecuencia urinaria, pero no la IU--- (NE: 2). (5)

Ejercicio físico

La asociación entre el ejercicio y la IU no está clara. Las atletas femeninas pueden experimentar IU durante la actividad física intensa, pero no durante las actividades comunes (NE: 3). Sin embargo, la actividad física extenuante no predispone a las mujeres a IU en la edad adulta (NE: 3). Aunque el ejercicio moderado se asocia con menores tasas de IU en mujeres de mediana edad o mayores, no hay evidencia de que el comienzo de ejercicio moderado mejore la IU establecida en mujeres (NE: 2b) (5)

Ingesta de líquidos

Hay evidencia contradictoria sobre si la modificación en la ingesta de líquidos cambia los síntomas de la IU y la calidad de vida (NE: 2). Todos los estudios disponibles eran en mujeres. Un ECA más reciente mostró que un 25% de reducción en la ingesta de líquidos mejoró los síntomas en pacientes con vejiga hiperactiva, pero no en IU. (9)

Obesidad y pérdida de peso

La obesidad es un factor de riesgo para la IU en mujeres (NE: 1b). Dos revisiones sistemáticas concluyeron que la pérdida de peso supervisada (> 5%) mejora los síntomas de IU (NE: 1b).(9)

Entrenamiento Vesical

Un diario vesical es un método confiable para cuantificar la frecuencia urinaria y los episodios de incontinencia. El grupo que desarrollo las guías concluyó que un periodo de tres días permite que se registre la variación de las actividades diarias con una seguridad razonable. En la evaluación inicial de paciente con IU es útil un diario de hábitos micción. Se le debe alentar para que por lo menos cubra 3 días de sus actividades habituales, tanto en días de trabajo como en descanso. Existe una adecuada evidencia que los ejercicios vesicales (entrenamiento vesical que tiene como objetivo reducir la incontinencia aumentando la capacidad vesical y restaurar la función vesical) son un tratamiento efectivo para la IU de urgencia o mixta, con pocos efectos adversos y menores recidivas que el tratamiento conservador. Un diario vesical es un método confiable para cuantificar la frecuencia urinaria y los episodios de incontinencia. El grupo que desarrollo las guías (NICE 40, 2006) concluyó que un periodo de tres días permite que se registre la variación de las actividades diarias con una seguridad razonable. En la evaluación inicial de paciente con IU es útil un diario de hábitos micción. Se le debe alentar para que por lo menos cubra 3 días de sus actividades habituales, tanto en días de trabajo como en descanso.(3)

Ejercicios del piso pélvico

El entrenamiento del piso pélvico está recomendado como primera línea en el tratamiento conservador de la incontinencia urinaria de esfuerzo, la contracción de los músculos del piso pélvico condiciona la elevación y compresión de la uretra contra la sínfisis del pubis, lo que incrementa la transmisión de la presión de la

uretra durante el aumento de la presión abdominal, dando por resultado un aumento en la presión intrauretral **(5)**

Ejercicios de Kegel

Varios autores proponen para la prevención de las disfunciones del suelo pélvico los ejercicios de Kegel. Se trata de ejercicios para fortalecer la musculatura del suelo pélvico con resistencias progresivas, presentando buenos resultados para restaurar la función después del parto y para la prevención de la incontinencia urinaria de esfuerzo. La utilidad del fortalecimiento muscular de la musculatura pélvica quedó plasmada en un estudio prospectivo, aleatorizado y controlado en 676 mujeres, donde el grupo experimental (348) recibió formación en ejercicios del suelo pélvico y el grupo control (328) siguió una atención habitual. A los 3 meses después del parto se observó que la prevalencia de disfunciones del suelo pélvico de las mujeres del grupo experimental era menor y su gravedad también. Así una Revisión Cochrane sobre el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en ensayos con asignación al azar o cuasialeatorizados ha demostrado que tiene efectos positivos para la prevención y el tratamiento de la incontinencia fecal y urinaria.**(15)** Existe una adecuada evidencia que los ejercicios vesicales (entrenamiento vesical que tiene como objetivo reducir la incontinencia aumentando la capacidad vesical y restaurar la función vesical) son un tratamiento efectivo para la IU de urgencia o mixta, con pocos efectos adversos y menores recidivas que el tratamiento con fármacos antimuscarínicos. El entrenamiento vesical por un mínimo de 6 semanas debe ofrecerse como tratamiento de primera línea a mujeres con UI de urgencia o mixta.**(3)**

Los ejercicios vesicales actúan incrementando la capacidad vesical por lo que pueden disminuir la polaquiuria, la urgencia e incrementan progresivamente el intervalo entre las micciones. Estos ejercicios deben iniciarse con base en los registros del diario vesical, el médico debe identificar el tiempo promedio entre cada micción o pérdida urinaria, considerando este dato; indicar a la paciente que orine en lapsos de tiempo más largo para que evite llegar a la pérdida y estos periodos de tiempo se deben ampliar para incrementar paulatinamente la capacidad vesical, hasta que la paciente consiga el mayor número de micciones voluntarias. (lograr micciones cada 3 o 4 horas) Efectuar la evolución detectando la mejoría con la disminución de episodios de pérdida involuntaria. **(3,15)**

Existe evidencia adecuada de que los ejercicios diarios, continuos por tres meses de los músculos del piso pélvico (ejercicios de Kegel) son un tratamiento seguro y efectivo para la IU por esfuerzo o mixta. Estos ejercicios mejoran del 70 al 80% el tono de la musculatura estriada uretral y el control de la micción. Una prueba supervisada, ejercicios del piso pélvico por lo menos tres meses debe ofrecerse como tratamiento de primera línea en mujeres con IU por estrés o mixta. Se deben evaluar en forma manual la contracción de músculos del piso pélvico mediante un tacto vaginal mientras la paciente efectúa las contracciones. **(3)**

Ejercicios de piso pélvico: Se recomienda realizar 8 contracciones 3 veces al día con duración de 5 a 15 segundos, seguidos de relajación por 10 segundos. Para capacitar a la paciente para efectuar estos ejercicios se le puede indicar que al momento de la micción detenga el chorro por 10 segundos posteriormente terminar la micción, para que la paciente reconozca la sensación y lo pueda repetir

en ausencia de la micción. Cuando la paciente ya reconoce la forma de hacer dicha contracción puede iniciar los ejercicios en posición ginecológica ya que de esta forma es más fácil, una vez que los domine indicar que los puede efectuar en cualquier momento cualquier hora y lugar sin importar la actividad que esté realizando.(3)

Se deben evaluar en forma manual la contracción de músculos del piso pélvico mediante un tacto vaginal mientras la paciente efectúa las contracciones.

Con los ejercicios de piso pélvico en 6-8 semanas se puede observar mejoría significativa. Es importante identificar las pacientes que presentan urgencia con o sin incontinencia. Si la paciente presenta solo urgencia pero no tiene pérdida de orina es probable que tenga hiperactividad del detrusor y entonces debe indicar reentrenamiento vesical, ejercicios de Kegel y tratamiento farmacológico. Los ejercicios Kegel son efectivos en el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo o mixta, pero no hay suficiente evidencia de su efectividad en el tratamiento de la incontinencia por urgencia. En opinión de expertos los ejercicios del musculo del piso pélvico pueden tener un papel en el tratamiento de la incontinencia de urgencia en combinación con el reentrenamiento vesical. (3,15)

Electroestimulación

La estimulación eléctrica o el biofeedback o ambas deberán ser considerados en mujeres que no pueden activamente contraer los músculos del piso pélvico para mejorar la motivación y adherencia al tratamiento. De acuerdo a la evidencia científica, en la incontinencia de esfuerzo el tratamiento de

primera línea es la rehabilitación del piso pélvico. En la incontinencia de urgencia, el tratamiento de primera línea es el entrenamiento vesical. En la incontinencia mixta, el tratamiento de primera elección, dependerá del predominio de síntomas de esfuerzo o urgencia. En la incontinencia de urgencia o mixta, con predominio de síntomas de urgencia o en caso de vejiga hiperactiva a menudo es también necesario el tratamiento farmacológico. Aunque no existe evidencia científica suficiente, en los casos de incontinencia urinaria de urgencia, la rehabilitación de los músculos del piso pélvico se ha usado como “parte del tratamiento”. **(3)**

Estimulación percutánea del nervio tibial posterior (EPNT)

En comparación con el tratamiento simulado, la estimulación percutánea del nervio tibial (EPNT) demostró mejorar pero no curar la IUU en algunas mujeres que no se beneficiaron de medicamentos antimuscarínicos (NE: 1b. La EPNT no es más eficaz que la Tolterodina para la mejoría de la IUU en mujeres (NE: 2b). No se han notificado eventos adversos graves (NE: 3). **(8)**

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Fármacos antimuscarínicos

Los fármacos antimuscarínicos son una opción de tratamiento temprano para adultos con IUU, como se indica en la vía de atención. Están disponibles formulaciones de liberación inmediata (LI), de liberación prolongada (LP), de acción prolongada y transdérmicas. Más del 50% de los pacientes dejan los medicamentos antimuscarínicos en los primeros 3 meses debido a la falta de beneficios, los efectos adversos y el coste (NE: 2).**(9)**

Los antimuscarínicos (oxibutinina, tolterodina, trospium y propiverina) son efectivos en reducir la hiperactividad del detrusor por lo que disminuyen la urgencia y la incontinencia de urgencia. Estos fármacos deprimen la contracción del detrusor tanto voluntaria como involuntaria mediante el bloqueo de receptores muscarínicos del músculo liso de la vejiga. No hay evidencia de diferencias clínicamente importante entre la eficacia de los antimuscarínicos.

Los efectos adversos más comunes son boca seca, visión borrosa, molestias abdominales, náusea, estreñimiento, cefalea y discinesia. La retención urinaria es el efecto potencialmente más serio sin embargo es poco frecuente. La oxibutinina de liberación inmediata es la que tiene la más alta incidencia de efectos adversos. Se han desarrollado antimuscarínicos selectivos de receptores M3 (solifenacina, darifenacin) . Ensayos clínicos fase II han mostrado que la solifenacina es más efectiva que la tolterodina con menos efectos adversos. Darifenacin ha mostrado más eficacia sin efectos en el Sistema Nervioso Central o del corazón.(3)

Existe evidencia suficiente que apoya que los preparados de liberación rápida ocasionan más efectos adversos que los de liberación sostenida. La oxibutinina transdérmica es segura y efectiva, sin embargo aún no se ha introducido en México. No hay evidencia clínicamente importante de la eficacia de las diferentes drogas antimuscarínicas . Sin embargo la prescripción inmediata de oxibutinina es la mejor costo efectiva que las otras opciones disponible. La prescripción inmediata de oxibutinina puede ofrecer a la mujer con hiperactividad vesical o incontinencia mixta (con predominio de urgencia) un tratamiento de primera línea si el entrenamiento vesical no ha sido efectivo. Si la oxibutinina no es tolerada,

darifenacina ,solfenacin, tolterodina, tropsiun o una extensa gama de fórmulas trasncutáneas de oxibutinina pueden ser consideradas.(5)

Estrógeno intravaginal

El estrógeno intravaginal mejora los síntomas vaginales y urinarios en las mujeres posmenopáusicas con independencia de la presencia de atrofia de la mucosa visible. Es una opción útil anticipada para las mujeres con todos los tipos de IU . Hay pruebas consistentes de que el estrógeno intravaginal puede curar y mejorar la IU en mujeres posmenopáusicas (NE: 1a). (14)

Un metaanálisis mostró que los estrógenos por periodos cortos (16 meses) son más efectivos que el placebo. La probabilidad de curación o mejoría con la terapia estrogénica es 25% mayor en la incontinencia de urgencia que en la de esfuerzo. La terapia combinada de estrógenos y progesterona fue menos eficaz que los estrógenos solos. La evidencia es insuficiente para determinar la influencia del tipo de estrógeno, vía de administración o duración del tratamiento en los resultados. En el Reino Unido los estrógenos no están autorizados para tratamiento de la IU de urgencia. Estudios con estrógenos vaginales por 6 meses sugieren escasa mejoría en síntomas de incontinencia y frecuencia en mujeres posmenopáusicas que tienen síntomas urogenitales secundarios a atrofia vaginal. Los estrógenos sistémicos no confieren ningún beneficio en mujeres con IU y existe evidencia de que pueden incrementar la probabilidad de desarrollar incontinencia en mujeres posmenopáusicas. Existe evidencia de que el tratamiento con estrógenos sistémicos incrementa el riesgo de efectos adversos como tromboembolismo . La terapia de remplazo hormonal no es recomendada para el tratamiento de la IU.(14)Los estrógenos intravaginales son recomendados para el tratamiento de

síntomas de vejiga hiperactiva en mujeres post menopáusicas con atrofia vaginal.(3)

Los estrógenos ayudan a mantener saludables los tejidos y son esenciales para la transmisión de una impresión uretral normal. El reemplazo de estrógenos se ha promovido como una solución para mujeres posmenopáusicas con incontinencia urinaria, sin embargo, su modo de acción aún no está claro. Se identificaron 4 revisiones sistemáticas de utilización de estrógenos en el tratamiento de la incontinencia urinaria y/o vejiga hiperactiva; los estudios fueron completados en diferentes tiempos y se consideraron diferentes interrogantes. En 10 estudios aleatorios se evaluó el uso de estrógenos en el tratamiento de mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria de esfuerzo, y/o vejiga hiperactiva ;en 4 de ellos se evaluó el efecto de los estrógenos en mujeres con datos de atrofia vaginal y síntomas urológicos,3 estudios fueron designados para evaluar el riesgo-beneficio de la terapia hormonal de reemplazo en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo o vejiga hiperactiva. (5)

El grupo control fue comparado con placebo, excepto en 2 estudios; uno de ellos comparó estrógenos con entrenamiento de músculos del piso pélvico y estimulación eléctrica, el otro comparó 2 preparaciones estrogénicas diferentes. Los estudios a corto plazo (6 meses) sugieren que los estrógenos intravaginales mejoran los síntomas de incontinencia y frecuencia en mujeres posmenopáusicas que tienen síntomas urogenitales secundarios a atrofia vaginal. (Nivel de evidencia I, Grado de recomendación A) Hay escasa evidencia que soporte el uso de estrógenos intravaginales para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. (Nivel de evidencia I, Grado de recomendación A) Los estrógenos de

aplicación sistémica no confieren beneficios en mujeres con incontinencia urinaria y hay evidencia de que puede incrementar la probabilidad de desarrollar incontinencia en la mujer posmenopáusica. **(5)**

Desmopresina

La desmopresina se ha utilizado eficazmente para el tratamiento de la enuresis, principalmente en niños y adultos jóvenes. Es una opción para las mujeres que requieren de alivio situacional de corta duración de episodios de IU . El riesgo de IU en las mujeres se reduce a las 4 h de tomar desmopresina, pero no después de 4 h (LE: 1b). **(9)**

Adrenoreceptores agonistas.

Los alfa agonistas como la epinefina, fenilpropanolamina y metoxamina han sido usados en el tratamiento de la IU de esfuerzo. Estos medicamentos no son selectivos de adrenoreceptores alfa uretrales y sus potenciales efectos adversos limitan su uso (arritmias cardiacas e hipertensión). No existe evidencia que estos fármacos sean mejores que placebo. **(3)**

Antidepresivos

La imipramina ha sido usada en el tratamiento de la IU por esfuerzo pero no existe evidencia científica suficiente que apoye su uso. Noradrenalina e inhibidores de la recaptura de serotonina. En ensayos clínicos fase II la duloxetina ha mostrado disminución, dependiente de la dosis, de la frecuencia mejoría de la calidad de vida. Un ensayo clínico fase III demostró un 50% de disminución en los episodios de incontinencia comparado con 27% logrado por el placebo. El efecto adverso

más común fue náusea leve a moderada de duración limitada, en la mayoría de los casos. La duración de estos ensayos fue 12 semanas pero los efectos terapéuticos se observaron desde las 4 semanas.(3)

Duloxetina

La duloxetina es el único fármaco aprobado para el tratamiento de moderada a severa incontinencia por esfuerzo, aunque no se ha definido su papel en tratamiento de largo plazo. La duloxetina deberá ser usada para complementar los ejercicios de músculos de piso pélvico y no en forma aislada. Un tratamiento de cuatro semanas de duloxetina se recomienda para mujeres con incontinencia de esfuerzo moderada a severa. El tratamiento deberá ser evaluado después de 12 semanas para determinar el progreso y decidir si continuar con tratamiento farmacológico. Un modelo económico de costoefectividad muestra que los ejercicios son más costoefectivos como tratamiento de primera línea en este tipo de incontinencia. La duloxetina no se recomienda como tratamiento de primera línea cuando predominan los síntomas de incontinencia por esfuerzo. La duloxetina se recomienda como tratamiento de segunda elección cuando por algún motivo no se puede realizar el tratamiento quirúrgico. Cuando se prescriba este fármaco deberá advertirse de sus efectos adversos.(3)

Se ha investigado la duloxetina para el alivio de la IUE en adultos. Se puede ofrecer tanto a mujeres como a hombres con IUE para la mejoría temporal o cuando no se pueden utilizar las opciones más eficaces como la cirugía. Hay evidencia de que la duloxetina es beneficiosa a una dosis típica de 80 mg al día en mujeres y hombres con IUE o IUM. La duloxetina no cura pero sí mejora la IU en las mujeres (NE: 1b), sin diferencias claras en la eficacia entre IUE y IUM. No hay

evidencia de que la duloxetina mejore la calidad de vida, como tampoco la hay de que sea mejor que la TMSP en las mujeres. Hay evidencia débil de que la duloxetina puede ser un complemento útil para la TMSP en hombres con incontinencia posprostatectomía (NE: 2). Todos los estudios mostraron altas tasas de abandono para duloxetina, principalmente debido a la falta de beneficio y náuseas .(9)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La cirugía correctiva se puede agrupar en cuatro categorías: 1) eslingas, 2) uretropexia retropúbica, 3) agentes volumétricos de la uretra, y 4) esfínteres artificiales. El éxito y el fracaso de cada método necesita ser analizado en el contexto del por qué fue elegido y para quién. No es equitativo comparar agentes volumétricos con eslingas, o uretropexia, porque se utilizan en diferentes situaciones para las pacientes y no dan como resultado los mismos índices de curación o de mejoría. El índice general de éxito informado para los agentes volumétricos periuretrales es de 48-75%. El engrosamiento uretral debe reservarse para las pacientes que no pueden tolerar una experiencia operatoria o que ya se han sometido a una intervención quirúrgica y desean una mayor mejoría sin tener que regresar al quirófano. Los esfínteres artificiales son el último recurso y no deben utilizarse a menos que la paciente no haya tenido buenos resultados en procedimientos previos para corregir la incontinencia. La mayor parte del proceso de decisión quirúrgica consistirá en determinar si se coloca una eslinga o se realiza una uretropexia retropúbica. Si se escoge una eslinga, debe definirse el tipo. (10)

El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica ha emitido lineamientos que pueden ayudar a hacer más fácil esta planificación **(Cuadro II)**. Los procedimientos tales como suspensiones con agujas, reparaciones anteriores, y reparaciones paravaginales no se analizan porque actualmente se utilizan con poca frecuencia a consecuencia de su falta de eficacia. La mayor parte del proceso de decisión quirúrgica consistirá en determinar si se coloca una eslinga o se realiza una uretropexia retropúbica. Si se escoge una eslinga, debe definirse el tipo. El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica ha emitido lineamientos que pueden ayudar a hacer más fácil esta planificación **(Cuadro II)**. Los procedimientos tales como suspensiones con agujas, reparaciones anteriores, y reparaciones paravaginales no se analizan porque actualmente se utilizan con poca frecuencia a consecuencia de su falta de eficacia **.(10)**

ESLINGAS

Una eslinga es una hamaca que se coloca debajo de la uretra. Las eslingas se pueden clasificar como eslingas pubovaginales retropúbicas en la unión uretrovesical, eslingas mediouretrales, cinta vaginal transobturatriz libre de tensión (TVT-O) y mini eslingas de una sola incisión. Históricamente, las eslingas fueron desarrolladas usando ya fuera músculo o fascia autóloga. Se colocaban en la unión uretrovesical y se fijaban ya fuera a la fascia del recto o al ligamento de Cooper. Aunque eran efectivas, la morbilidad asociada con estas eslingas era significativa. Las pacientes desarrollaban hematomas y hernias en el sitio de extracción. La retención urinaria postoperatoria era alta y las pacientes tenían que

saber cómo cateterizarse ellas mismas antes de la cirugía. Las primeras eslingas eran efectivas pero, hasta el advenimiento de las eslingas mínimamente invasivas de cinta vaginal libre de tensión (TVT), sólo unos cuantos urólogos y ginecólogos bien entrenados las implantaban. **(10)**

En 1998, la Dirección de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) aprobó el uso de la eslinga TVT (Fig. 1) en los Estados Unidos. La TVT es una malla macroporosa de monofilamento de polipropileno que se coloca debajo de la uretra. En la época en que se introdujo en los Estados Unidos, la comunidad urológica ya estaba empezando a ver problemas significativos de erosión con otra eslinga sintética llamada ProteGen, que era de un material trenzado impregnado con colágeno. Su fabricante lo retiró voluntariamente del mercado debido a cuestiones significativas de seguridad. La malla de TVT tenía un tejido y un tamaño de poro diferentes y no se anclaba al sitio. La controversia finalmente alcanzó a la TVT y a otras eslingas de malla sintética cuando las complicaciones relacionadas con el uso de malla en POP comenzaron a emerger. Entre 2009 y 2011, la FDA realizó una revisión sistemática de la literatura y encontró que la seguridad y la eficacia de las eslingas de malla estaban bien fundamentadas. Encontraron tasas de éxito equiparables a la uretropexia retropúbica (70–80%) e índices de erosión y extrusión de 2%. Aunque la FDA no llegó a ordenar un registro de las eslingas para dar seguimiento a las complicaciones, ha emitido lineamientos.

Las complicaciones más comunes relacionadas con las eslingas de malla, en orden descendente de frecuencia, son dolor, erosión de la malla a través de la

vagina, (también llamada exposición, extrusión, o protrusión), infección, problemas urinarios, incontinencia recurrente, dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia), sangrado, perforación de órganos, problemas neuromusculares y cicatrices vaginales. El dolor relacionado con cualquier eslinga, por lo general requiere la escisión o la liberación de la tensión, por vía quirúrgica. Las erosiones pueden ser tratadas con estrógeno tópico, pero en nuestra experiencia, la escisión quirúrgica o cubrir la malla con el epitelio vaginal es el tratamiento más efectivo. Las directrices de la Asociación Americana de Urología recomiendan que estas eslingas no se utilicen en pacientes con incontinencia de esfuerzo con una fístula concurrente uretrovaginal, erosión uretral, lesión uretral intraoperatoria, divertículo uretral, o una combinación de éstas.

ESLINGA DE CINTA VAGINAL LIBRE DE TENSIÓN

Se coloca a la paciente en posición de litotomía dorsal. Las piernas se ubican en estribos de Allen y se elevan para que los muslos queden en un ángulo cercano a los 90° en relación al abdomen. Algunos cirujanos están a favor de una elevación más baja para disminuir el riesgo de compresión de nervios. Se prepara la parte inferior del abdomen, la vagina y el periné. Nosotros preferimos usar un campo quirúrgico para laparoscopia, que tiene una abertura para el abdomen y vagina y una bolsa para drenar líquido. Cuando se utiliza un injerto sintético, se administran antibióticos intravenosos profilácticos. Empezando en el abdomen, se usa un marcador oscuro para marcar dos puntos, con 5 cm de distancia entre sí, a nivel de la sínfisis del pubis. Se inyecta anestésico diluido con epinefrina en cada una

de las áreas marcadas. Se utiliza un bisturí de hoja pequeña para hacer incisiones punzantes en estas zonas. Inyectar y cortar el abdomen antes de colocar la sonda Foley disminuye la contaminación vaginal y evita tener que cambiar guantes. Se inserta un catéter de Foley de 18 Ch en la vejiga (que se drena) y se pinza con una pinza de Kelly. Se coloca un espéculo con peso en la pared posterior de la vagina. Las nalgas de la paciente deben sobresalir ligeramente del borde de la mesa o el espéculo se caerá y será difícil maniobrar la eslinga. **(10)**

Se inyecta anestésico local adicional por debajo y lateral a la uretra en la pared vaginal anterior. Algunos cirujanos hidrodisechan el sitio de la incisión vaginal, el trayecto de los trocares o ambos. Se puede utilizar ya sea anestésico local (con o sin epinefrina), o bien, solución salina estéril. En la descripción original del procedimiento, se inyectaban 40 cc de fluido en la pared vaginal, en sentido inferior y lateral a la uretra.**(10)**

Adicionalmente se inyectaban 60–70 cc de líquido en los sitios previstos de incisión abdominal y hacia abajo a lo largo de la parte posterior del hueso púbico hasta el espacio retropúbico. Alternativamente, se podía inyectar fluido en el espacio retropúbico a través de los surcos vaginales. En nuestra práctica, sólo hidrodisebamos sobre la pared vaginal utilizando nuestro anestésico local con epinefrina. Se realiza una incisión vertical debajo de la uretra, iniciando justamente distal a la unión uretrovesical (fácilmente identificable tirando con cuidado hacia abajo la sonda Foley y palpando el sitio donde descansa el globo), hasta justo proximal al meato urinario. Es fundamental que la profundidad de la

incisión sea suficiente para que la eslinga no erosione la vagina, pero no tan profunda que erosione la uretra. Utilizando tijeras ya sea de tenotomía o de Metzenbaum, se eleva el epitelio vaginal en ambos lados de la incisión. Esto crea una cavidad entre el epitelio vaginal y el tejido subyacente posterior a la uretra. Se prefiere una técnica de corte que de separación para evitar una lesión inadvertida de la uretra o la vejiga. La profundidad lateral de cada cavidad debe ser de sólo unos cuantos centímetros, justo lo suficiente para permitir que la punta de la aguja de la TVT descansa a lo largo del borde posterosuperior de la sínfisis del pubis.

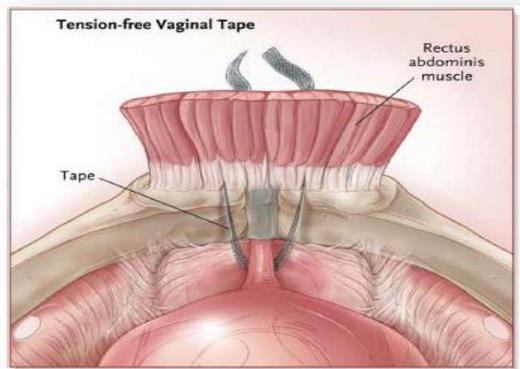


Fig. 1. La cinta vaginal libre de tensión corre por debajo de la uretra y atraviesa el espacio retropúbico. De Rogers RG. Urinary stress incontinence in women. N Engl J Med 2008;358:1029–36. Copyright © 2008 Massachusetts Medical Society. Reimpreso con permiso de Massachusetts Medical Society. Garely. Stress Incontinence Evaluation and Treatment. Obstet Gynecol 2014.

Se debe insertar una guía rígida para catéter en la sonda Foley, que se desvía al muslo ipsilateral de la paciente con respecto a donde ocurrirá el primer paso de la TVT. Una desviación a la izquierda significa colocar la aguja de la TVT en la cavidad izquierda. Una vez que la aguja está en su lugar, se retira el espéculo con peso. Suavemente se mueve en ángulo la aguja de la TVT por debajo del hueso púbico en dirección al hombro ipsilateral de la paciente. Una vez que la aguja ha pasado al espacio de Retzius, se ajusta el ángulo de la aguja en dirección a la incisión ipsilateral punzante en el abdomen. A

lo largo del paso de la aguja es esencial que permanezca ajustada a la parte posterior del hueso púbico para evitar lesiones a la vejiga, intestino o vasos sanguíneos. Utilizamos una técnica de "toque", donde el hueso púbico apenas se toca y se avanza, en vez de raspar a lo largo del hueso. Este abordaje de "touch and go" (apenas tocar y soltar) disminuye el riesgo de puncionar las estructuras vasculares que a veces cubren la superficie del hueso. Al ajustar el ángulo de la aguja medialmente una vez que la punta ha ascendido anterior a la uretra y la vejiga, las lesiones a los principales vasos, particularmente a la obturadora e ílica externa, se mitigan en gran manera.**(10,12)** Una vez que la aguja es visible a través de la incisión abdominal punzante, se retira la guía rígida del catéter y, antes de la extracción, se abre la sonda Foley para drenar. En nuestra experiencia, si la pequeña cantidad de orina que se ha acumulado en la vejiga es sanguinolenta, esto puede indicar que se ha perforado la vejiga; pero una orina clara no significa que no haya ocurrido una punción, porque la mayoría de las perforaciones de vejiga son lesiones pequeñas, estrechas, de entrada y salida, que sangran con poca frecuencia. La cistoscopia es un componente obligatorio de la operación. Preferimos un cistoscopio de 70° ó flexible para visualizar la vejiga y uretra. El lugar más probable de lesión es entre las posiciones de las 10 y las 2 en el reloj a lo largo de la pared anterior de la vejiga en la cúpula, dependiendo del lado por el cual se pase la aguja. Si la aguja ha perforado la vejiga, se reinserta un catéter de Foley, se retira la aguja y se vuelve a pasar. Tratamos de asegurarnos de que la aguja no siga el mismo trayecto que en su primer paso. Si se punciona la vejiga en tres pasos sucesivos, recomendamos detener el procedimiento y cerrar como se describe posteriormente. **(10)**

Los factores que predisponen a una colocación difícil de la aguja incluyen obesidad, cirugía previa en este espacio y experiencia quirúrgica limitada. Si el paso de la aguja es aceptable, la aguja y su malla adjunta se jalan hacia arriba y se colocan en el abdomen. Comenzando con la reinserción de la guía rígida del catéter, se repite exactamente el mismo procedimiento en el lado contralateral. Debido a los numerosos sistemas de colocación, dependiendo de la marca de eslinga, algunos tiran de la malla hacia arriba uniendo una sutura a la punta de la aguja. Esto permite sujetar la sutura y colocarla en el abdomen antes de tirar hacia arriba de la malla enfundada. Después de que se pasa cada aguja, se debe hacer una cistoscopia para confirmar la integridad del tracto urinario. Si tanto el pase izquierdo como el derecho son adecuados, se puede colocar de nuevo el espéculo con peso en la vagina y se jalan las agujas hacia arriba hasta que la funda esté descansando aproximadamente a 0.5 cm del lado inferior de la uretra. Esto se espacia con una tijera de Metzenbaum (o un instrumento similar). Las fundas en sus respectivos lados se liberan de las agujas con un corte; se sujetan las fundas con pinzas, asegurándose de no asir la malla y se tira de ellas hacia arriba, dejando la malla en su lugar. Cometemos la equivocación de apretar más de lo necesario que de dejar más soltura. Hemos encontrado que una pared anterior con buen soporte comúnmente requerirá una colocación más apretada de eslinga. Una vez que se tensa la eslinga, se retiran las tijeras de Metzenbaum. Los brazos de la malla que pasan a través de las incisiones abdominales punzantes se cortan empujando una tijera curva de Mayo hacia abajo y jalando con cuidado la malla hacia arriba. Esto permite que la malla se retraiga alejándose del borde de la piel,

disminuyendo el riesgo de exposición de la malla o de irritación. La incisión vaginal se cierra con una sutura continua de Vicryl 2-0. Antes de terminar el cierre, se inyecta una matriz hemostática líquida compuesta de gelatina y trombina humana en la incisión y se presiona sosteniendo durante un minuto. En nuestra experiencia, este último paso ha reducido enormemente el sangrado postoperatorio y los hematomas. Cuando la paciente es capaz de deambular se inicia un ensayo de micción activa. Brubaker observó que las pacientes que no logran orinar de inmediato en una prueba postoperatoria tienen una mayor posibilidad de curación un año después. No se ha establecido una técnica estándar para el ensayo de micción. Hay variaciones en la cantidad instilada y en lo que se considera un residual normal. En nuestro manejo, la vejiga se llena de forma retrógrada con al menos 200 cc de agua o solución salina, deteniéndose cuando la paciente siente la necesidad de orinar. El líquido instilado se mide y se le dan 15 minutos a la mujer para que orine en un colector de orina. La diferencia entre el volumen instilado en la vejiga y el volumen evacuado es el residual postmiccional. Utilizamos 75 cc como punto de corte de residual postmiccional para determinar si la paciente debería irse a casa con una sonda Foley. Si el residual postmiccional es elevado, se le da una bolsa de pierna y una bolsa de noche y se le dan instrucciones para seguimiento de 3-4 días. Generalmente un antibiótico suave como nitrofurantoína, a una dosis de 50 mg por día es suficiente para evitar una infección del tracto urinario. Si la orina residual sigue siendo elevada en el día postoperatorio 3 ó 4, exhortamos a las pacientes a cambiar a autocateterización intermitente hasta que los residuales estén consistentemente

por debajo de 75 cc. Si después de 7–10 días los residuales permanecen altos, se indica una revisión de la eslinga.

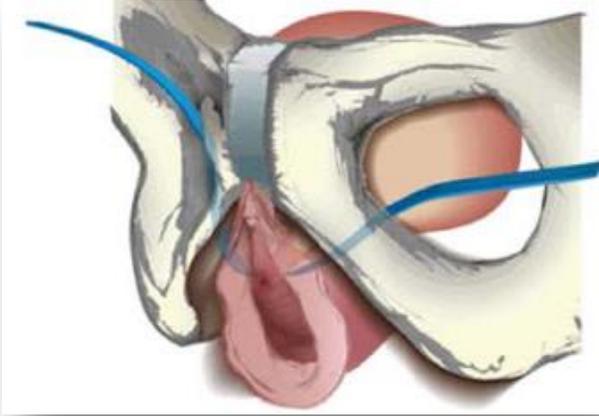


Fig. 2. La cinta transobturatriz perfora el foramen obturador en cada lado y corre por debajo de la uretra. Reproducido con permiso de: Nager CW, Tan-Kim J. Stress urinary incontinence in women: transobturator midurethral slings. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Acceso a este material el 18 de julio de 2014.) Copyright © 2014 UpToDate, Inc. Para mayor información, visite www.uptodate.com. Garely. Stress Incontinence Evaluation and Treatment. Obstet Gynecol 2014.

A las 2–3 semanas después de la cirugía, generalmente se puede aflojar la eslinga. Después de ese tiempo, cortar o retirar la eslinga es la única opción. Las pacientes que no son capaces de cateterizarse a sí mismas se manejan con sonda de Foley y se intenta una repetición de la prueba de micción 3 días después. Nuevamente se aplica la misma estrategia de manejo. Una alternativa al ensayo repetitivo de micción en el consultorio es colocar un catéter suprapúbico y hacer que las pacientes midan los residuales postmiccionales en casa.(10)

ESLINGA DE CINTA VAGINAL TRANSOBTURATRIZ LIBRE DE TENSIÓN

En contraste con la eslinga de TVT, la TVT-O perfora el foramen obturador y va desde abajo de la uretra hasta el foramen obturador contralateral (Fig. 2). El propósito de esta eslinga es lograr los mismos resultados de la TVT, pero sin las complicaciones asociadas poco frecuentes de perforación de vejiga e intestino,

lesión de vasos, y retención urinaria. La eslinga de TVT-O también yace más plana debajo de la uretra y conlleva un menor riesgo de obstrucción uretral, retención urinaria y de la consecuente necesidad de liberar la eslinga, en comparación con las eslingas retropúbicas. Debido a que la TVT-O va alrededor de la zona medial del foramen obturador, esto crea un punto pivote para la malla que puede formar una banda subepitelial. En pacientes sexualmente activas esta banda puede causar dispareunia, lo que es una desventaja. Se le han atribuido hematomas y dolor a la proximidad del paso de la aguja de la TVT-O con estructuras vasculares pudendas externas profundas. Aunque con este método los riesgos de perforar el intestino o un vaso principal son mínimos, las pacientes experimentan más complicaciones relacionadas con la ingle (dolor y debilidad o entumecimiento en las piernas).(10,12)

Se le da a la paciente una posición similar que para la intervención con TVT. Se coloca una sonda de Foley, pero no se utiliza guía para el catéter. En lugar de hacer un corte en el abdomen, se hacen marcas a nivel del clítoris, 2 cm superiores a la uretra, en el borde medial del foramen obturador. Este borde medial se identifica palpando la muesca donde el ángulo del foramen cambia. Se hace la incisión suburetral y se desarrolla una cavidad (similar a la que se hace con la TVT) con disección en toda la trayectoria hasta la membrana obturatriz, cerca de la zona inferior de la rama del isquion. Esto se puede confirmar presionando el dedo índice contralateral sobre la pared lateral. La aguja de la TVT-O se puede pasar desde el interior de la vagina hacia la piel exterior del labio (de adentro hacia fuera) o viceversa (de afuera hacia adentro). Un metaanálisis no

mostró diferencias en el resultado o las complicaciones entre los dos abordajes. Preferimos el método de afuera hacia adentro porque tenemos un mayor control de la aguja a medida que se le hace pasar alrededor del hueso y hacia la cavidad. Guiamos la aguja presionando firmemente el dedo índice a la pared lateral y guiando la aguja hacia adentro. Con nuestros dedos seguimos la aguja hasta el interior de la vagina. Luego se pinza o sujeta a la funda de la TVT-O. Después se saca la aguja de la TVT-O y se pinza la funda al campo quirúrgico. La misma técnica se lleva a cabo a través del otro foramen. Con la eslinga en su lugar, se retira la sonda de Foley y se realiza la cistoscopia. El riesgo de perforación de la vejiga es mucho menor que con la TVT, pero aún puede ocurrir. El lugar habitual de lesión es en las posiciones de las 7 y las 5 en el reloj, cerca de la pared posterior de la vejiga. Aunque es poco común, también se debe inspeccionar la uretra en busca de lesiones. **(10)**

ESLINGAS DE INCISIÓN ÚNICA

Las eslingas de incisión única se desarrollaron para acortar el tiempo de operación, disminuir el uso de anestesia y, posiblemente, llevar las eslingas al entorno del consultorio. Comúnmente, estas eslingas son también llamadas mini eslingas. Siguen el manejo básico de las eslingas TVT-O, pero no perforan la membrana obturadora ni la fascia pubocervical. Utilizan un sistema de anclaje en lugar de depender de la resistencia del tejido para el soporte. En comparación con las eslingas mediouretrales, las mini eslingas muestran menores índices de éxito, menor satisfacción de la paciente e índices más altos de repetición de la cirugía. Se carece de datos de largo plazo y será necesaria una vigilancia continua. **(10)**

ESLINGA AUTÓLOGA DE FASCIA DEL RECTO

El uso de tejido nativo en lugar de malla sintética es un manejo alternativo de eslinga mínimamente invasiva. La eslinga pubovaginal autóloga soporta la uretra proximal y el cuello de la vejiga para lograr la continencia, proporcionando una fuerza de compresión directa en la salida de la uretra y la vejiga o restableciendo una plataforma de refuerzo o hamaca contra la cual se comprime la uretra durante el aumento de la presión abdominal (Fig. 3). El uso ya sea de fascia del recto o de fascia lata precedió a las eslingas sintéticas por más de 80 años. Estas eslingas tuvieron índices iguales o mejores de éxito que las TVT, pero también tuvieron más altos índices de complicación. La retención urinaria, hematomas y hernias eran comunes. Así como con el procedimiento de Burch, las eslingas de la fascia del recto están resurgiendo a medida que las pacientes se abstienen de usar la malla. Este procedimiento sólo debería ser realizado por cirujanos experimentados. **(10)**

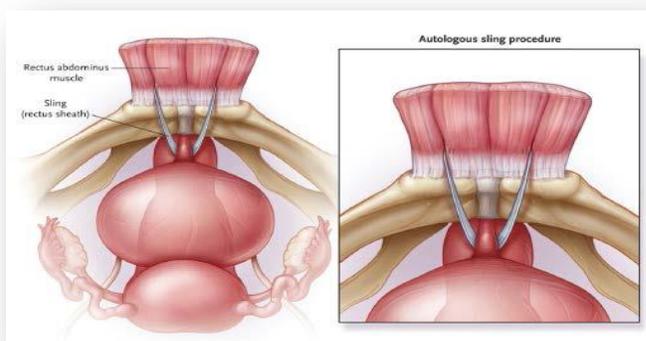


Fig. 3. El procedimiento de eslinga autóloga consiste en una tira de fascia del recto que se coloca por debajo de la uretra proximal a través de una incisión vaginal. Los dos extremos de la eslinga se pasan por detrás del hueso púbico y se aseguran anteriormente, ya sea entre sí o a la fascia del recto. De Albo ME, Richter HE, Brubaker L, Norton P, Zimmern SR, Chai TC, et al. Burch colposuspension versus fascial sling to reduce urinary stress

incontinence. *N Engl J Med* 2007;356:2143–55. Copyright © 2007 Massachusetts Medical Society. Reimpreso con permiso de Massachusetts Medical Society. Garely. *Stress Incontinence Evaluation and Treatment*. Obstet Gynecol 2014.

URETROPEXIA RETROPÚBICA

Los procedimientos de uretropexia retropúbica son procedimientos que soportan la uretra con puntos de sutura ya sea al ligamento iliopectíneo (de Cooper) o al periostio púbico. El procedimiento de Burch es la colocación de suturas a través del ligamento de Cooper (Fig. 4). En el procedimiento de Marshall Marchetti Krantz las suturas van a través del periostio. Debido a la complicación asociada poco común de osteítis púbica (0.74–2.5%), el procedimiento Marshall Marchetti Krantz ha sido casi abandonado por el Burch, que tiene índices de curación similares con índices de complicación más bajos. Estos procedimientos se pueden hacer a través de una incisión abierta, así como por vía laparoscópica. El siguiente análisis se centrará en el procedimiento de Burch abierto. **(10)**

El propósito de la uretropexia retropúbica es dar soporte al tejido lateral a la uretra y al cuello de la vejiga para que haya una movilidad limitada del tejido suburetral o fascia pubocervical. Cuando una fuerza tal como la tos se aplica a la vejiga y la uretra, la fijación a la fascia pubocervical permite coaptación de la uretra. En las pacientes con presiones de punto de fuga bajas se asume que ha ocurrido una atenuación de la musculatura y fascia de apoyo. Dependiendo de este tejido dañado como mampara de soporte no siempre es suficiente para tratar la incontinencia. Es por ello que se prefiere la eslinga en los casos severos de fuga de orina. La eslinga se asienta directamente debajo de la uretra y no sólo de manera lateral. Esta descripción se refiere a una técnica abdominal abierta del procedimiento de Burch, que fue modificada en 1976 por Tanagho. Las candidatas para este procedimiento incluyen pacientes que se van a someter a una cirugía abdominal

concurrente tal como una histerectomía o una cirugía para POP. El procedimiento de Burch como cirugía de primera línea para la IUE aislada se ha vuelto poco común desde el advenimiento de las eslingas mínimamente invasivas. Las pacientes que tienen aversión a la malla utilizada en la eslinga seguirán considerando aun el procedimiento de Burch por sí mismo, pero casi siempre se lleva a cabo simultáneamente con un procedimiento abdominal abierto. Tanagho utilizaba suturas absorbibles. Una revisión de 17 estudios que compararon la sutura absorbible con la permanente no mostró diferencias significativas en los índices de éxito.**(10)**

Una nueva revisión de la literatura muestra que el tipo de sutura varía sin más consenso claro que la preferencia por las suturas no absorbibles.

La paciente se debe colocar en posición de litotomía dorsal con las piernas en estribos Allen. Si esto se está haciendo sin practicar otros procedimientos, se realiza una pequeña incisión de minilaparotomía. Se hace una incisión cutánea transversa 2 cm arriba de la sínfisis del pubis. Medimos la longitud de nuestra incisión de 5 cm. Con la ayuda de un separador pequeño de Richardson, se lleva a cabo la disección con electrocauterio hacia abajo hasta la fascia. Para una mejor exposición a través de esta pequeña incisión, abrimos la fascia verticalmente (técnica Kustner), pero una abertura transversal (Pfannenstiel) es aceptable. Una vez que la fascia está abierta, se separa con cuidado el músculo recto en la línea media. Con el dedo índice, el tejido se barre con suavidad inferiormente, permaneciendo en la parte inferior del músculo, en dirección hacia la sínfisis. La disección posterior o lateral pone en riesgo de trauma al plexo circundante de

vasos sanguíneos. Se coloca un separador autoestático de O'Connor-O'Sullivan debajo de los músculos rectos y las hojas se separan hasta que haya resistencia de la incisión en la piel. Se utiliza un separador Richardson para tirar del borde inferior de la incisión. Si el cirujano está de pie en el lado izquierdo de la paciente, coloca la mano izquierda entre las piernas de ésta e inserta dos dedos en la vagina, sintiendo el catéter y el balón de Foley a lo largo de la pared vaginal anterior. Esto permite determinar la orientación de la unión uretrovesical. Con la mano derecha se utiliza una esponja con asa para retraer con cuidado la vejiga medialmente, en relación al lado donde se colocarán las suturas. Si se comienza en el lado izquierdo, ambos dedos colocados en la vagina deben estar a la izquierda de la uretra. Esto protege la uretra y el cuello vesical. Una vez que la esponja con asa se ubica, se le pide al asistente quirúrgico que la sostenga. Con la mano derecha libre del cirujano, las suturas están listas para ser colocadas. **(10)** Lo óptimo sería aplicar dos suturas en ocho a cada lado de la uretra. La primera debe estar 2 cm lateral a la uretra media y la segunda 2 cm lateral a la unión uretrovesical.

Estas suturas se pueden aplicar con un porta agujas regular, pero preferimos utilizar un dispositivo automático de captura de sutura, tal como el Capiro. Usamos suturas de nylon trenzado 2-0, porque son permanentes y fáciles de atar.

Empujando hacia arriba los dedos que están en la vagina, se coloca la punta del dispositivo en la ubicación deseada junto a la uretra y se empuja la punta de la aguja a través del tejido cerca de los dedos que están en la vagina. Para impedir que las suturas jalen o rasguen, tratamos de hacer puntos de espesor completo.

Para evitar un granuloma por sutura, se debe prescindir de colocar sutura dentro de la vagina. Después de hacer las dos suturas a ambos lados de la uretra, se retiran los dedos de la vagina y se cambia el guante. (10

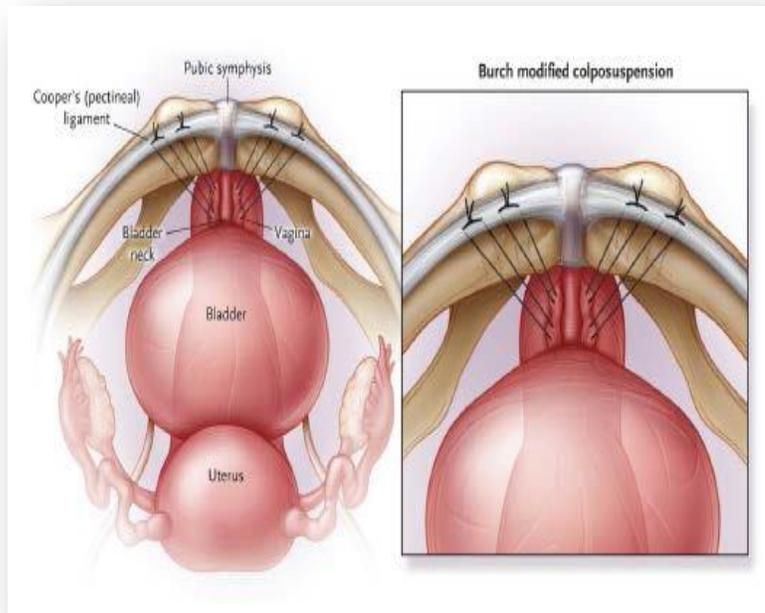


Fig. 4. El procedimiento de Burch incluye suturas periuretrales permanentes colocadas en la pared vaginal anterior, a nivel del cuello de la vejiga y uretra proximal, que son luego suturadas al ligamento iliopectíneo o de Cooper. De Albo ME, Richter HE, Brubaker L, Norton P, Zimmern SR, Chai TC, et al. Burch colposuspension versus fascial sling to reduce

urinary stress incontinence. *N Engl J Med* 2007;356:2143–55. Copyright © 2007 Massachusetts Medical Society. Reimpreso con permiso de Massachusetts Medical Society. Garely. *Stress Incontinence Evaluation and Treatment*. *Obstet Gynecol* 2014.

Permaneciendo debajo del músculo recto, el separador manual de Richardson se desvía hacia el lado izquierdo. Al jalar el músculo en sentido anterior e inferior, debe ser visible el ligamento de Cooper. Palpando a lo largo de la parte inferior de la sínfisis del pubis, se utiliza el tubérculo púbico para ubicar la línea media. Las suturas que se colocaron en la uretra media se suturan primero al ligamento de Cooper a 2 cm del tubérculo en sus respectivos lados. Las suturas colocadas en la unión uretrovesical se suturan 4 cm laterales al tubérculo. Después se atan las

suturas con suavidad. El componente clave al tensar estas suturas es que no debe haber una elevación importante de la uretra o el cuello de la vejiga. La uretra se debe colocar a nivel del arco tendinoso de la fascia pélvica. Esto permite que el tejido debajo de la uretra actúe como una hamaca. Utilizamos un nudo de cirujano seguido por aproximadamente siete puntos adicionales, observando con cuidado que los nudos no aprieten y eleven el tejido. Cortamos dejando las suturas largas en caso de que necesitemos volver atrás y retirarlas (si se encuentran en la vejiga o distorsionan los uréteres). Los puentes de sutura deben ser visibles. La sobrecorrección del cuello de la vejiga contribuirá a retención urinaria y a síntomas del tracto urinario inferior. Se debe realizar cistoscopia para confirmar que no haya lesiones en la vejiga, los uréteres o la uretra. **(10)**

El espacio de Retzius es muy vascularizado. Es común el sangrado causado por la retracción o la colocación de la sutura. Colocar suturas para detener el sangrado por lo general lo empeora. Preferimos usar un agente hemostático líquido colocado en la cara inferior de una matriz hemostática absorbible. Utilizando una pinza, se aplica el material hemostático directamente sobre el tejido sangrante y se sostiene la presión con una esponja con asa por un mínimo de 5 minutos. Si el sangrado continúa, la misma técnica se repite durante 10 minutos. Si aún continúa, repetimos esto nuevamente por 15 minutos. En nuestra experiencia, rara vez continuará el sangrado después de 30 minutos. En estos casos, puede ser necesaria la ligadura con sutura. Al igual que con las eslingas, es necesario hacer una prueba de micción. Las pacientes con vaciado de vejiga incompleto a largo plazo pueden, en última instancia, necesitar volver a la sala de

operaciones para cortar las suturas y enderezar la uretra si fue sobrecorregida.

(10)

COLPOSUSPENSIÓN

Dentro de la literatura sobre los procedimientos de colposuspensión la técnica abierta (Burch) es el método contra el cual son comparados los otros procedimientos disponibles en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. La mayoría de las mujeres incluidas en todos los estudios fueron sometidas a esta técnica como operación primaria.**(5)** Existen muchas modificaciones con respecto a la colocación de los puntos de sutura, tipo de material de sutura (absorbible o permanente), número de puntos de sutura, etc. Sin embargo, la mayoría de los autores emplean la modificación de Tanagho. Habitualmente, la uretropexia de Burch se realiza mediante una incisión Pfannenstiel, colocando las suturas en la fascia interna de la pared vaginal, lateral a la unión uretrovesical y a la uretra. Estas suturas se fijan al ligamento de Cooper y de este modo, suspende a la pared vaginal e indirectamente a la uretra.**(5)** Se revisaron 19 publicaciones, de las cuales 6 eran estudios controlados y aleatorios y 3 de cohortes observacionales; estos estudios englobaron una población de 1,788 pacientes sometidas a la colposuspensión de Burch. En 1651 (93%) fue procedimiento primario y en 137 (7%) secundario, la edad promedio fue de 54.4 años con rangos de 26 a 88 años. Los criterios de evaluación del resultado quirúrgico fueron muy heterogéneos, tales como : medidas subjetivas (síntomas) en 9 estudios, medidas objetivas (urodinamia) en 10 reportes, complicaciones infecciosas, lesiones viscerales, disfunción miccional, hiperactividad posoperatoria

del detrusor en 8 estudios, criterios anatómicos en 3 estudios, análisis de cuestionarios de la calidad de vida en 4 reportes. El seguimiento promedio fue de 29.7 meses, oscilando de 3 meses a 15 años. El porcentaje de curación subjetiva y objetiva fue 76% (37 a 96%) y 85.5% (76 a 94%) respectivamente, con un porcentaje global de mejoría de 90.5%. **(5)**

AGENTES VOLUMÉTRICOS DE LA URETRA

El propósito del engrosamiento uretral es causar un aumento estático de la resistencia en la salida de la uretra (Fig. 5). En este procedimiento, se inyecta un material en el tejido suburetral que estrecha la luz de la uretra. Se desarrolló originalmente a principios de la década de 1990 con el advenimiento de las inyecciones de colágeno bovino y desde entonces una multitud de productos inyectables ha surgido en el mercado. Cada uno de estos tiene sus pros y sus contras pero, como una clase de tratamiento, por lo general no se considera una terapia de primera línea para la IUE.

Los índices de éxito son variables y van desde 60% para la mejoría a corto plazo hasta un 50% de curación al término de 1 año. Los índices de éxito a largo plazo son efímeros y el tratamiento necesita repetirse en un año o dos. Los agentes volumétricos pueden ser sintéticos o biológicos.



Fig. 5. Los agentes volumétricos periuretrales se inyectan en la submucosa del cuello vesical y en la uretra proximal para la incontinencia urinaria de esfuerzo. Reimpreso de Rackley RR, Gill B, Firoozi F, Schwartz BF, Talavera F. Injectable bulking agents for incontinence. Imagen reimpresa con permiso de Medscape Reference (<http://emedicine.medscape.com/>), 2014, Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/447068-overview>. Garely. Stress Incontinence Evaluation and Treatment. Obstet Gynecol 2014.

No se ha identificado un material o técnica óptima que pudiera hacer uno significativamente superior a los

otros. Esta terapia suele reservarse para las pacientes que definitivamente no son candidatas para cualquier otro tipo de intervención quirúrgica o para pacientes que han fracasado previamente con una eslinga o procedimiento de Burch y necesitan una mejoría adicional. El procedimiento está diseñado para realizarse en el consultorio. **(10)** No existen estudios aleatorizados que comparen los agentes inyectables con otros procedimientos y no involucran a más de 100 p

pacientes. **(3)** El período de seguimiento más largo es de 40 meses. Los estudios publicados involucran una población heterogénea y la mayoría de las terapias de inyección periuretral han sido reservadas para mujeres con cirugía de antiincontinencia previa fallida, o para las que padecen deficiencia intrínseca del esfínter. **(5)** Es difícil señalar alguna conclusión con respecto a estos , en 16 estudios de casos donde se empleó GAX-Colágena en mujeres con IUE con un seguimiento de 5 meses a 5 años (en promedio de 2 años), los resultados fueron:

- Curación objetiva (2 estudios): 48%.
- Mejoría subjetiva (10 estudios): mediana 40% (20 a 65%).

Las complicaciones reportadas con estos métodos fueron:

- Hiperactividad del detrusor, urgencia o incontinencia de urgencia de novo (4 estudios): mediana 21% (10 a 39%).
- Retención urinaria (9 estudios): mediana 6% (0-23%).
- IVU (6 estudios): mediana 5% (0.5-26%).
- Hematuria transitoria (4 estudios): mediana 2% (0.7-5%). **(5)**

3 Planteamiento del Problema

Según la Sociedad Internacional de Continencia (ISC) , la prevalencia estimada de Incontinencia Urinaria en mujeres de mediana edad y mayores en la población general parece estar en el rango del 30 al 60%.**(4)** A pesar de ello, los porcentajes obtenidos en estudios epidemiológicos pueden no corresponderse con la realidad, ya que muchas mujeres no acuden al médico a pedir ayuda creyendo que es un problema normal tras un embarazo , propio de la vejez o por vergüenza. Es por tal razón que en este estudio se busca determinar la frecuencia de pacientes que padecen de esta enfermedad y a pesar de ello no buscan atención médica, nos enfocaremos en mujeres postmenopáusicas que como se ha mencionado anteriormente predomina esta enfermedad , por lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

3.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia de Incontinencia Urinaria en pacientes postmenopáusicas en el Hospital General Iztapalapa?

4 Justificación

En la actualidad la Incontinencia Urinaria es una enfermedad subdiagnosticada , que se considera un problema de salud de elevada incidencia y prevalencia; sin embargo, solo un pequeño número de mujeres que la padece buscan atención médica y otras simplemente realizan cambios en su vida cotidiana para sobrellevarla , aunque la Incontinencia Urinaria no constituye un riesgo para la vida, puede generar un profundo impacto en la calidad de vida de las pacientes e interferir en sus actividades cotidianas. Con frecuencia las pacientes menopáusicas y postmenopáusicas buscan atención médica para resolver problemas médicos derivados de esta etapa , sin embargo la presencia de Incontinencia Urinaria permanece como un problema oculto ya que solo un tercio de las que la padecen buscan ayuda profesional , convirtiéndose en una situación permanente para la vida de la paciente , causante de una morbilidad significativa que puede afectar la calidad de vida en las áreas : psicológica , social , familiar , sexual económica y biológica de las mujeres que la padecen.

En cuanto a las repercusiones individuales, sociales , médicas y económicas podemos mencionar su repercusión sobre los siguientes aspectos:

- **Salud física:**

- Infecciones urinarias de repetición.

- Sepsis urinaria

- Dermatitis por contacto y maceraciones cutáneas

- Micosis de la piel

- Vaginosis química

- **Salud emocional:**

- Vergüenza
- Aislamiento
- Depresión
- Dependencia
- Pérdida del autoestima
- Disfunción sexual

- **Costos económicos**

- Uso de dispositivos (Sondas y cateterismos , pañales , toallas)
- Uso de Medicamentos
- Predisposición a la institucionalización
- Tratamiento de las complicaciones (Hospitalización)
- Estudios urodinámicos
- Tratamiento quirúrgico (mallas, cintas)

Por tales motivos , el propósito fundamental de este estudio es evaluar con qué frecuencia la Incontinencia Urinaria se presenta en pacientes postmenopáusicas , debido a que representa un problema médico , social y económico muy relevante .

5. Objetivos

5.1. General

Conocer la frecuencia de incontinencia urinaria en pacientes postmenopáusicas en el Hospital General de Iztapalapa

5.2. Específicos

- Identificar características sociodemográficas de las pacientes postmenopáusicas con incontinencia urinaria en el Hospital General de Iztapalapa
- Conocer con qué frecuencia tienen perdida de orina las pacientes postmenopáusicas con incontinencia urinaria en el Hospital General de Iztapalapa
- Conocer cuál es el tipo de incontinencia urinaria más frecuente en las pacientes postmenopáusicas con incontinencia urinaria en el Hospital General de Iztapalapa
- Conocer la percepción de calidad de vida en las pacientes postmenopáusicas con incontinencia urinaria en el Hospital General de Iztapalapa a través del Cuestionario ICIQSF
- Correlacionar la percepción de calidad de vida en las pacientes postmenopáusicas con su edad
- Correlacionar el número de gestas con el grado de severidad de incontinencia urinaria en las pacientes postmenopáusicas en el Hospital General de Iztapalapa
- Determinar el grado de Severidad de Incontinencia Urinaria en las pacientes postmenopáusicas en el Hospital General de Iztapalapa a través de la Escala de Sandvick

6. Metodología

6.1. Descripción del universo

- Pacientes postmenopáusicas que acuden a la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Iztapalapa, del 15 de Febrero de 2017 al 30 de Abril de 2017 .

6.2. Variables

VARIABLE/CONSTRUCTO (Índice-indicador/categoría-criterio)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Edad	Contexto	Se refiere a los años cumplidos del nacimiento al día del estudio	Cuantitativa Continua	Años
Sexo	Contexto	Características genotípicas del individuo relativas a su papel reproductivo	Cualitativa Nominal	Femenino Masculino
Peso	Contexto	Se tomara en cuenta el peso expresado en gramos con el cual el paciente se registra en la báscula del servicio	Cuantitativa Continua	Kilogramos
Cantidad de partos previos	Contexto	Se refiere al número de partos vía vaginal a los cuales ha sido sometida la paciente	Cuantitativa Discontinua	Número
Fecha de última menstruación	Contexto	Es el primer día del último ciclo menstrual de la mujer en edad reproductiva .	Cuantitativa Continua	Años
Incontinencia Urinaria de Esfuerzo	Contexto	Pérdida involuntaria de orina al reír, toser o estornudar	Cualitativa Ordinal	Presente o ausente
Incontinencia Urinaria de Urgencia	Contexto	Pérdida involuntaria de orina precedida por deseo miccional súbito claro e intenso y difícil de demorar	Cualitativa Ordinal	Presente o ausente
Incontinencia Urinaria	Contexto	Pérdida involuntaria de orina asociada tanto	Cualitativa Ordinal	Presente o

Mixta			a urgencia como al esfuerzo		ausente
Índice de Sandvick	Compleja		Se refiere a la escala de severidad de Incontinencia urinaria en la Mujer	Cualitativa Ordinal	Leve Modera Severa
Frecuencia de Incontinencia Urinaria	Compleja		Número de ocasiones en las que existe pérdida de orina	Cuantitativa Discontinua	Nunca Una vez a la semana 2 o 3 veces a la semana 1 vez al día Varias veces al día En todo momento
Cantidad de Incontinencia Urinaria	Compleja		Cantidad de orina pérdida espontáneamente	Cualitativa Ordinal	Nada Cantidad pequeña Cantidad Moderada Cantidad abundante
Afectación de Incontinencia Urinaria en la vida cotidiana	Compleja		Manera en que interfiere la pérdida de orina en su actividad diaria	Cuantitativa continua	Número del 1-10

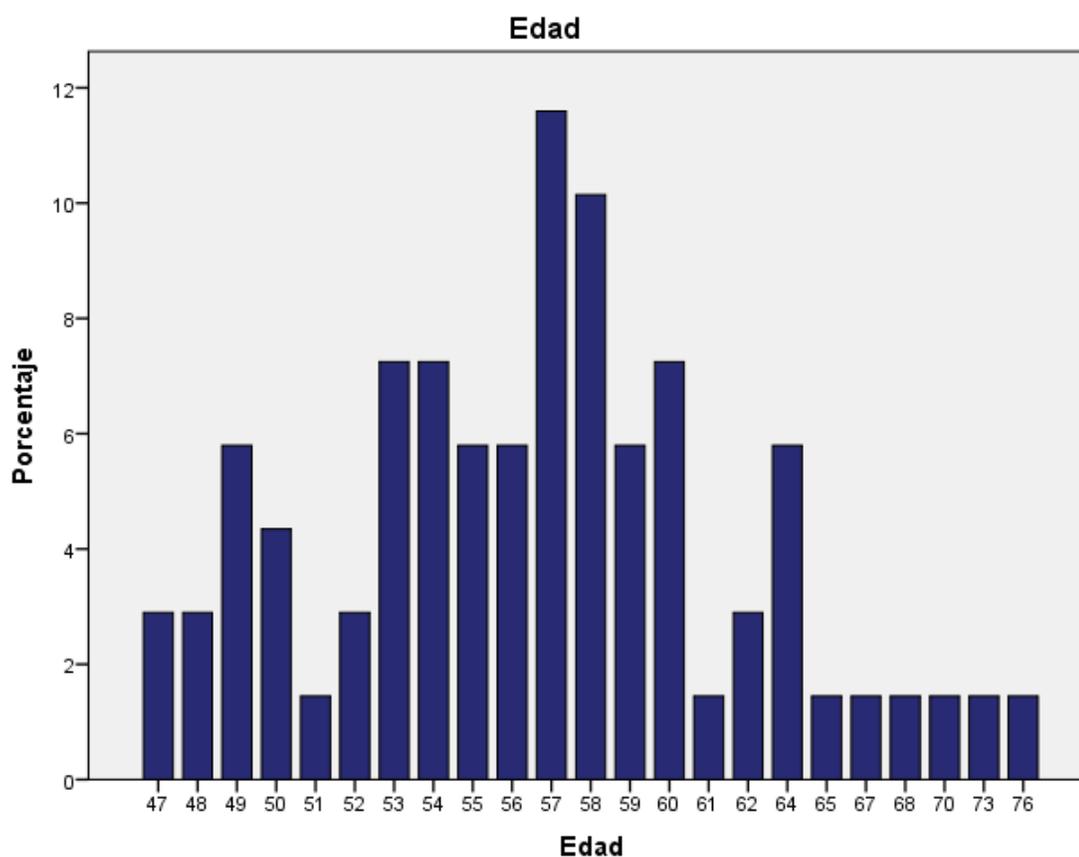
7. Análisis de resultados

La muestra se conformó por 69 pacientes, a través de estadística descriptiva se obtuvieron frecuencias y medidas de tendencia central a través del paquete estadístico SPSS para Windows versión 2.0.

7.1 Características sociodemográficas de la muestra

La edad de las pacientes fue de los 47 a los 76 años, con una edad promedio de 56.9 ± 5.9 como se observa en el histograma (ver Figura 6).

Figura 6. Edad de las pacientes

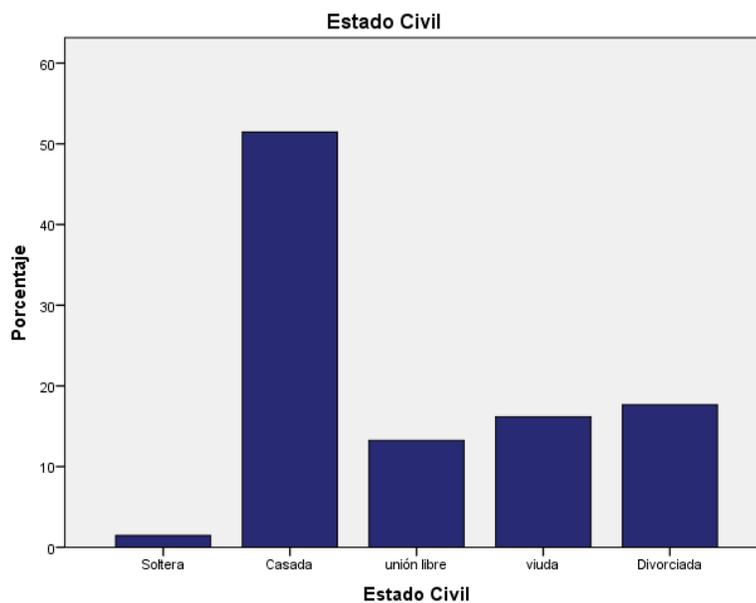


El estado civil que predominó fue el de casada con un 50.7%, seguido de divorciada con un 17.4%, viuda 15.9%, unión libre 13% y soltera 1.4% (ver Tabla 1 / Figura 7.)

Tabla 1. Porcentaje y frecuencia por categoría de estado civil de las pacientes

Estado Civil			
		Frecuencia	Porcentaje
	Soltera	1	1.4
	Casada	35	50.7
	unión libre	9	13.0
	viuda	11	15.9
	Divorciada	12	17.4
	Total	68	98.6
Perdidos	Sistema	1	1.4
Total		69	100.0

Figura 7. Porcentaje por categoría de estado civil de las pacientes

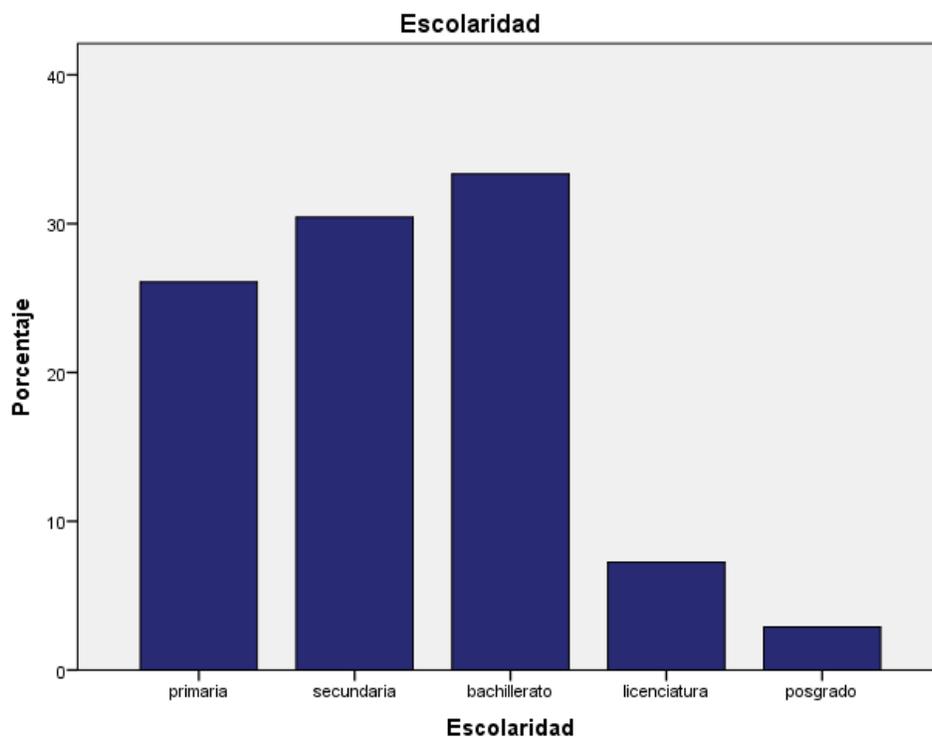


La escolaridad con mayor predominio fue de bachillerato 33.3%, seguido de secundaria 30.4%, primaria 26.1%, licenciatura 7.2% y posgrado 2.9% (ver Tabla 2 /Figura 8).

Tabla 2. Porcentaje por categoría de escolaridad de las pacientes

		Frecuencia	Porcentaje
	primaria	18	26.1
	secundaria	21	30.4
	bachillerato	23	33.3
	licenciatura	5	7.2
	posgrado	2	2.9
	Total	69	100.0

Figura 8. Porcentaje por categoría de escolaridad de las pacientes

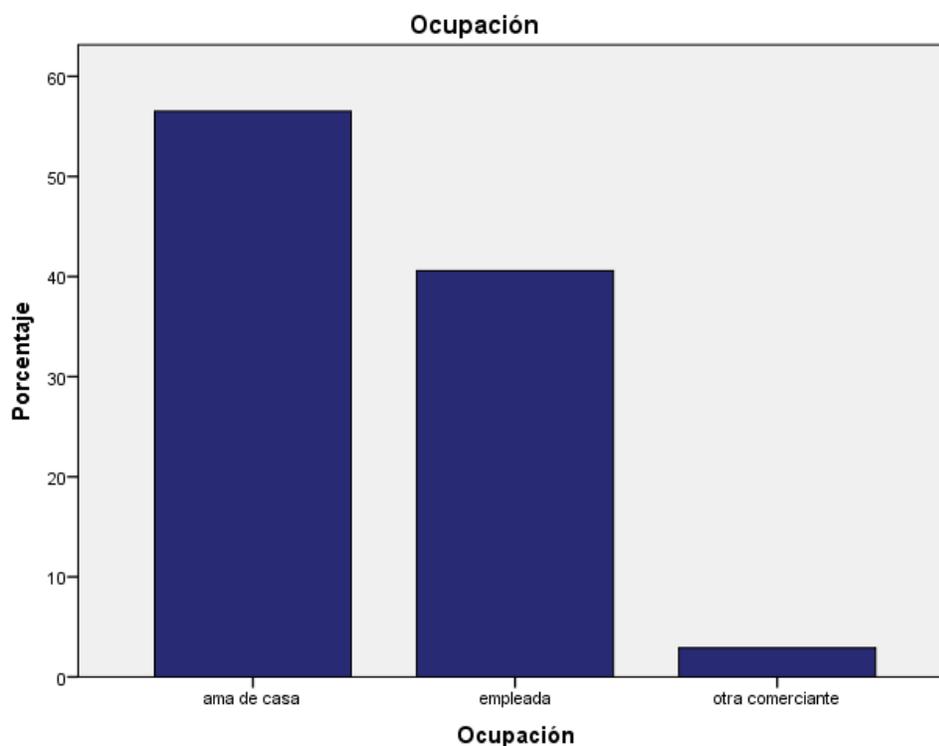


El 56.5% de las pacientes fueron amas de casa, seguido de un 40.6% empleada y el 2% otra (comerciante) ver Figura 9.

Tabla 3. Porcentaje ocupación de las pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
ama de casa	39	56.5
empleada	28	40.6
otra comerciante	2	2.9
Total	69	100.0

Figura 9. Porcentaje por ocupación de las paciente



El número de embarazos fue de 1 a 8, con una media de 3 ± 1.3 ; de partos de 0 a 6 con una media de 2 ± 1.4 , cesáreas de 0 a 3 con una media de 1 ± 0.7 , abortos de 0 a 2 con una media de 1 ± 0.57 ; no se presentó ningún embarazo ectópico. En las Tablas 4, 5 y 6, se muestra el porcentaje de embarazos, partos, cesáreas y abortos que mostraron las pacientes.

Tabla 4 . Frecuencia y porcentaje del número de embarazos

Número de Embarazos			
		Frecuencia	Porcentaje
	1	4	5.8
	2	18	26.1
	3	25	36.2
	4	12	17.4
	5	5	7.2
	6	3	4.3
	7	1	1.4
	8	1	1.4
	Total	69	100.0

Tabla 5 . Frecuencia y porcentaje del número partos.

partos			
		Frecuencia	Porcentaje
	0	8	11.6
	1	17	24.6
	2	15	21.7
	3	18	26.1
	4	7	10.1
	5	2	2.9
	6	2	2.9
	Total	69	100.0

Tabla 6 . Frecuencia y porcentaje del número de cesáreas

cesáreas			
		Frecuencia	Porcentaje
	0	37	53.6
	1	21	30.4
	2	10	14.5
	3	1	1.4
	Total	69	100.0

Tabla 7 . Frecuencia y porcentaje abortos

abortos			
		Frecuencia	Porcentaje
	0	46	66.7
	1	20	29.0
	2	3	4.3
	Total	69	100.0

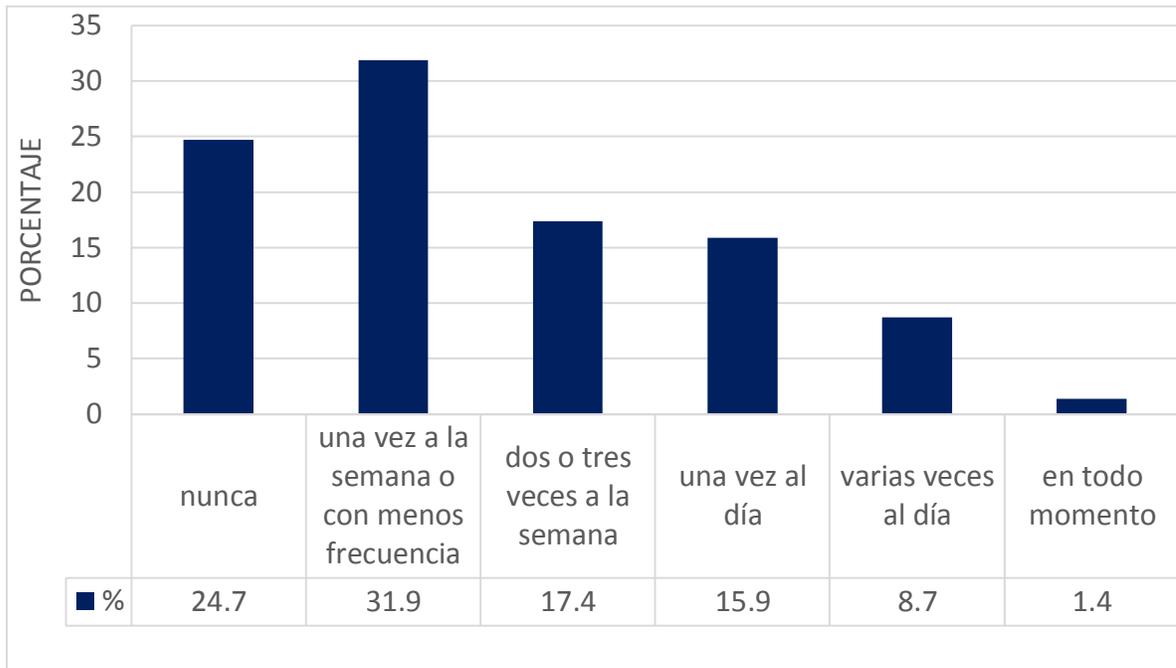
Características clínicas de las pacientes

El 75.3% de la muestra presento pérdida de orina, respecto a la frecuencia en que las pacientes tuvieron pérdida de orina el 31.9% una vez a la semana o con menos frecuencia, 17.4% dos o tres veces a la semana, 15.9% una vez al día, 8,7% varias veces al día y 1.4% en todo momento. Sólo el 24.7% nunca presento perdida de orina.

Tabla 8 .Frecuencia de pérdida de orina

¿Con qué frecuencia tiene pérdidas de orina?			
		Frecuencia	Porcentaje
	Nunca	17	24.7
	Una vez a la semana o con menos frecuencia	22	31.9
	Dos o tres veces a la semana	12	17.4
	Una vez al día	11	15.9
	Varias veces al día	6	8.7
	En todo momento	1	1.4
	Total	69	100.0

Figura 10 .Frecuencia de pérdida de orina

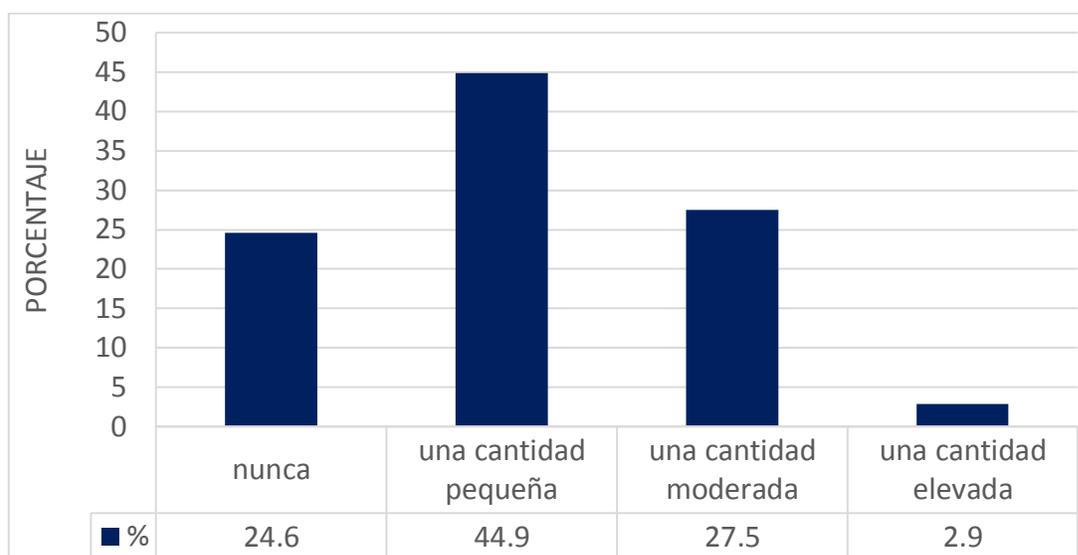


Respecto a la cantidad de orina que se le suele escapar con independencia de llevar o no protección el 44.9% refirió una cantidad pequeña, 27.5% una cantidad moderada y 2.9% una cantidad elevada; mientras que el 24.6% refirió nada.

Tabla 10 .Cantidad de pérdida de orina

¿Qué cantidad de orina se le suele escapar (con independencia de que lleve o no protección)?			
		Frecuencia	Porcentaje
	Nada	17	24.6
	Una cantidad pequeña	31	44.9
	Una cantidad moderada	19	27.5
	Una cantidad elevada	2	2.9
	Total	69	100.0

Figura 11 .Cantidad de pérdida de orina

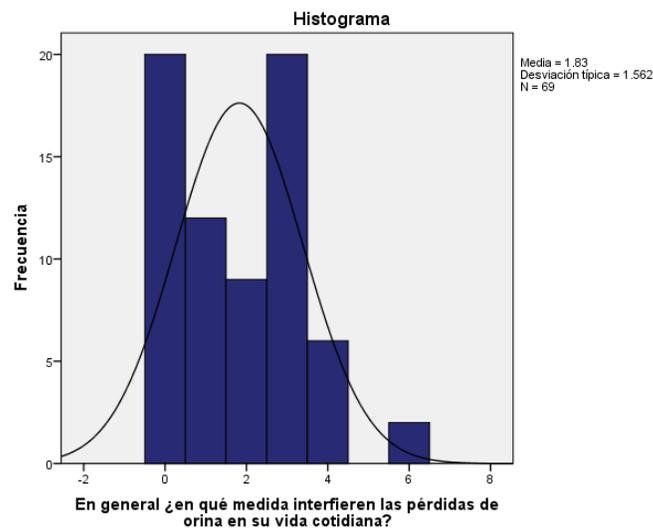


Al preguntar a las pacientes ¿en qué medida interfieren las pérdidas de orina en su vida cotidiana? se obtuvieron puntuaciones de 0 y hasta 6, la media fue de 1.83 ± 1.56 ; cabe mencionar que no hubo pacientes que hayan percibido una mayor interferencia de su pérdida de orina con su vida cotidiana con una puntuación de diez (ver tabla 11).

Tabla 11. Percepción de interferencia de la pérdida de orina con la vida cotidiana

En general ¿en qué medida interfieren las pérdidas de orina en su vida cotidiana?			
		Frecuencia	Porcentaje
	0	20	29.0
	1	12	17.4
	2	9	13.0
	3	20	29.0
	4	6	8.7
	6	2	2.9
	Total	69	100.0

Figura 12 . Histograma Percepción de interferencia de la pérdida de orina con la vida cotidiana



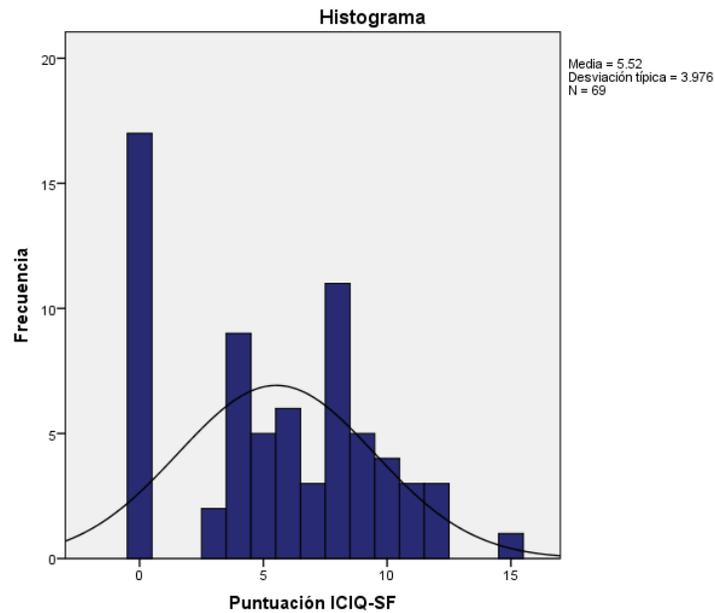
La puntuación del ICIQ-SF fue de 0 a 15 puntos, con una media de 5.52 ± 3.97 lo cual puede observarse a mayor detalle en la tabla 12 , así como en el histograma. Se destaca que el 24.6% tuvo una puntuación de 0, seguido del 15.9% con una puntuación de 11, no hubo casos en los que se obtuviera la puntuación máxima que era de 20.

Tabla 12. Puntuación ICIQ-SF

Puntuación ICIQ-SF			
		Frecuencia	Porcentaje
	0	17	24.6
	3	2	2.9
	4	9	13.0
	5	5	7.2
	6	6	8.7
	7	3	4.3
	8	11	15.9
	9	5	7.2

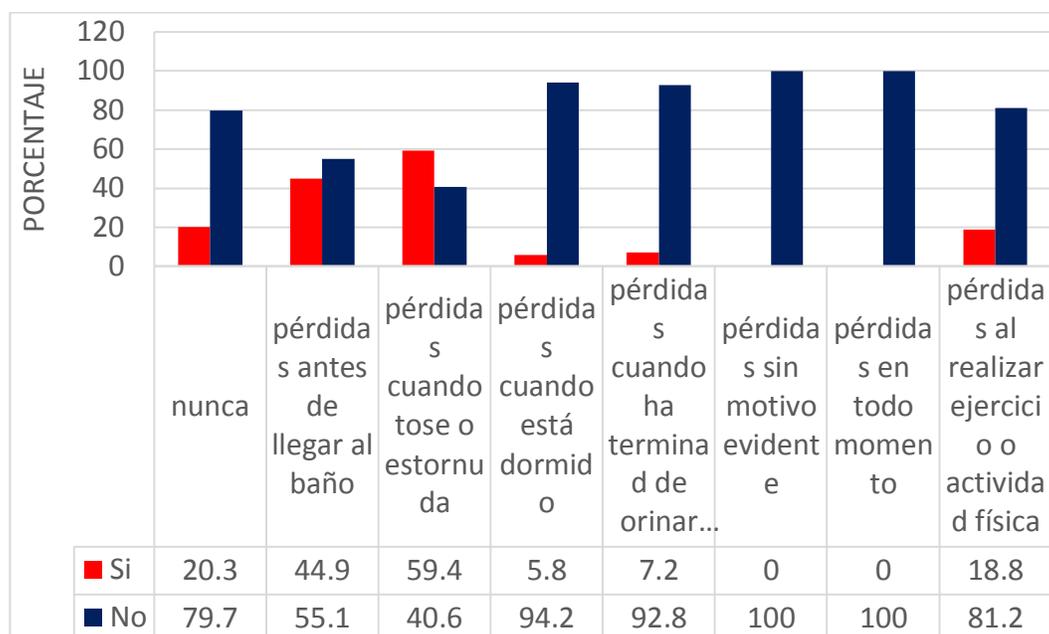
	10	4	5.8
	11	3	4.3
	12	3	4.3
	15	1	1.4
	Total	69	100.0

Figura 13 . Histograma de la puntuación total del ICIQ-SF



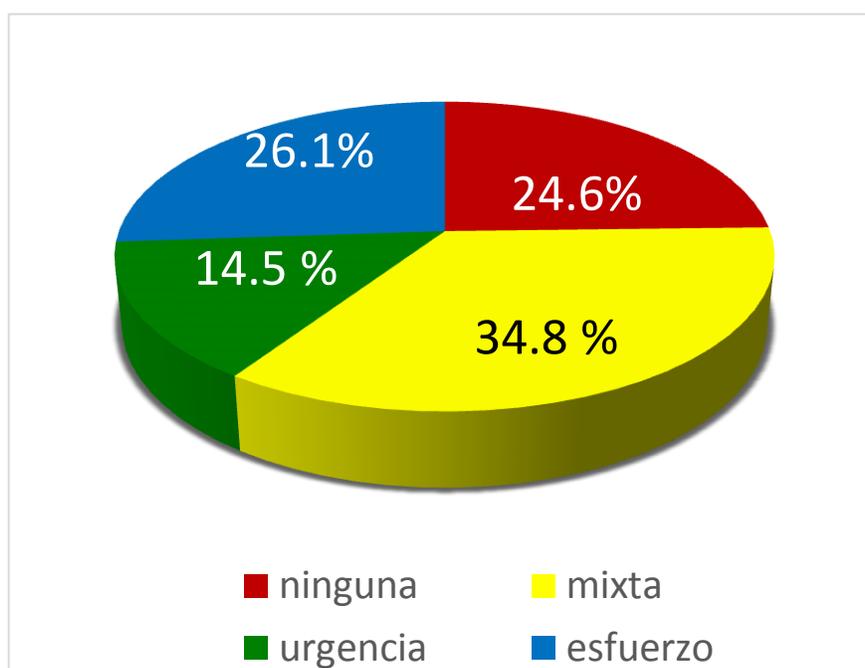
Sobre los momentos en que las pacientes han presentado pérdidas de orina se encontró que el 59.4% es cuando tose o estornuda, 44.9% antes de llegar al baño, 18.8% al realizar ejercicio o actividad física y 5.8% cuando está dormido; cabe destacar que para el 100% no tuvo pérdidas sin motivo evidente ni en todo momento. Sin embargo, un 20.3% reportó que nunca ha presentado alguna pérdida de orina (ver Figura 14).

Figura 14. Momento en que presenta pérdida de Orina



Respecto al tipo de incontinencia en el 34.8% fue mixta, 26.1% de esfuerzo, 14.5% de urgencia y en el 24.6% ninguna.

Figura 15. Tipo de incontinencia



En la Tabla 13 se muestra la puntuación total, media y desviación estándar del instrumento, frecuencia, cantidad y calidad de vida.

Tabla 13. Puntuación total, media y desviación estándar del instrumento, frecuencia, cantidad y calidad de vida.

		Puntuación total	Frecuencia	Cantidad	Calidad de Vida
N	Válidos	69	69	69	69
	Perdidos	0	0	0	0
Media		5.54	1.57	2.14	1.83
Desv. típ.		3.969	1.334	1.537	1.562
Mínimo		0	0	0	0
Máximo		15	5	5	6

Aunque no se planteó como un objetivo analizar las propiedades psicométricas del instrumento utilizado, se consideró viable obtener su confiabilidad a través del Alfa de Cronbach obteniéndose una puntuación de 0.84.

Indice de severidad de Sandvik

Tabla 14. Frecuencia y porcentaje con relación al escape de orina

		Frecuencia	Porcentaje
	Nunca	17	24.6
	Menos de una vez al mes	10	14.5
	Algunas veces al mes	5	7.2
	Algunas veces a la semana	26	37.7
	Todos los días y/o noches	11	15.9
	Total	69	100.0

Figura 15 . Frecuencia y porcentaje de la cantidad de pérdida de orina de las pacientes.

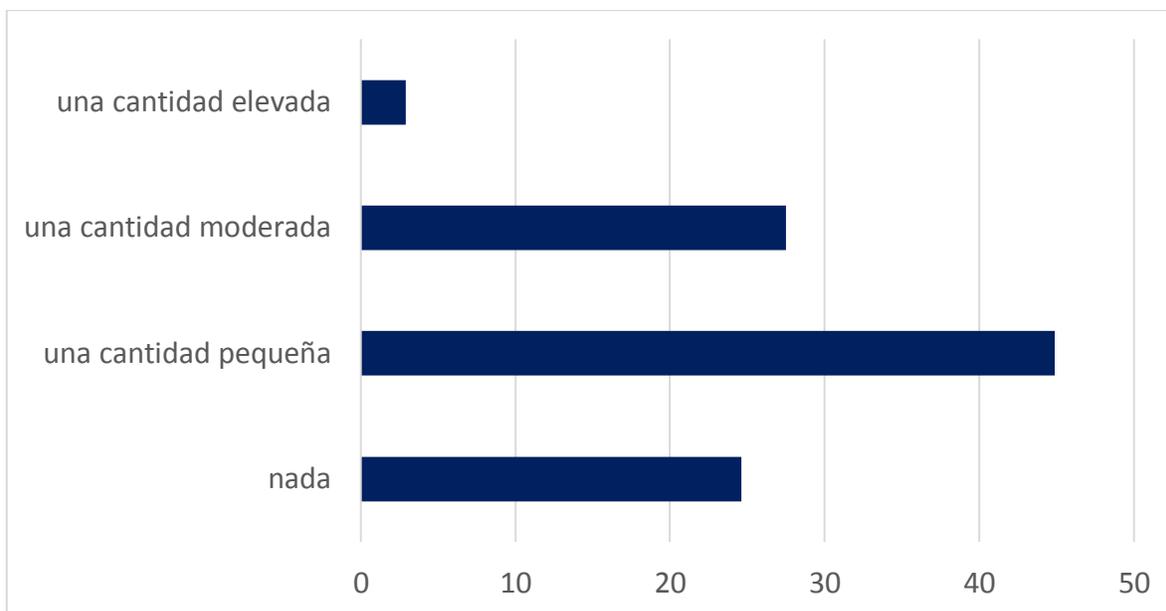


Tabla 15 . Frecuencia y porcentaje de la cantidad de pérdida de orina de las pacientes.

		Frecuencia	Porcentaje
	Ninguna	17	24.6
	Gotas (muy poca cantidad)	32	46.4
	Chorro pequeño (cantidad moderada)	18	26.1
	Mucha cantidad	2	2.9
	Total	69	100.0

Se encontró que el 46.4% de las pacientes refieren una Pérdida de orina pequeña (Gotas), el 26.1% refiere tener pérdidas de orina en cantidad moderada , el 24.1 % niegan pérdidas de orina ,y el 2.3% refiere una cantidad elevada de orina.

Figura 16
. Frecuencia y porcentaje de la cantidad de pérdida de orina de las pacientes.

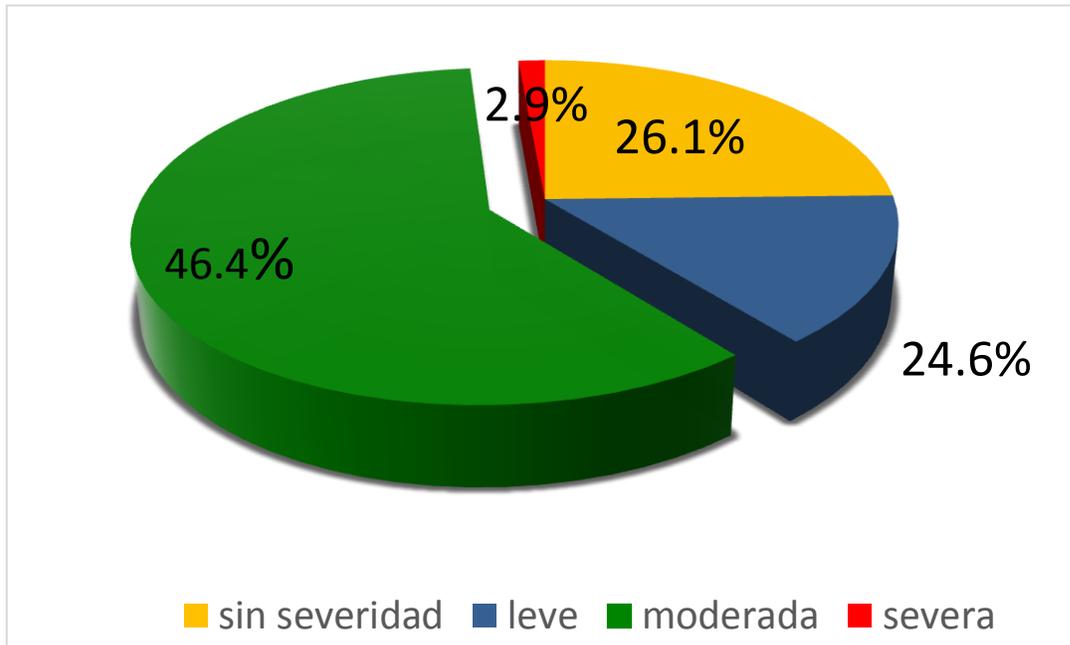


Tabla 16 . Frecuencia de las pacientes por tipo de incontinencia y pérdidas de orina

		Tipo de incontinencia				Total
		Ningun a	Mixta	Urgenci a	Esfuerz o	
¿Con qué frecuencia tiene pérdidas de orina?	Nunca	17	0	0	0	17
	Una vez a la semana o con menos frecuencia	0	6	6	10	22
	Dos o tres veces a la semana	0	8	1	3	12
	Una vez al día	0	5	3	3	11
	Varias veces al día	0	4	0	2	6
	En todo momento	0	1	0	0	1
Total		17	24	10	18	69

Se encontró diferencia entre tipo de incontinencia y frecuencia de pérdidas de orina ($\chi^2=80.6$ $p=0.04$).

Tabla 17 . Frecuencia de las pacientes por tipo de incontinencia y cantidad de orina que se le suele escapar

		Tipo de incontinencia				Total
		Ninguna	Mixta	Urgencia	Esfuerzo	
¿Qué cantidad de orina se le suele escapar (con independencia de que lleve o no protección)?	Nada	17	0	0	0	17
	Una cantidad pequeña	0	10	9	12	31
	Una cantidad moderada	0	13	1	5	19
	Una cantidad elevada	0	1	0	1	2
Total		17	24	10	18	69

Se encontró diferencia entre tipo de incontinencia y frecuencia de pérdidas de orina ($\chi^2=79.4$ $p=0.04$).

Tabla 18 .De contingencia En general ¿en qué medida interfieren las pérdidas de orina en su vida cotidiana? * Tipo de incontinencia

Tabla de contingencia En general ¿en qué medida interfieren las pérdidas de orina en su vida cotidiana? * Tipo de incontinencia						
		Tipo de incontinencia				Total
		Ninguna	Mixta	Urgencia	Esfuerzo	
En general ¿en qué medida interfieren las pérdidas de orina en su vida cotidiana?	0	17	2	1	0	20
	1	0	3	5	4	12
	2	0	3	1	5	9
	3	0	10	3	7	20
	4	0	5	0	1	6
	6	0	1	0	1	2
Total		17	24	10	18	69

Se encontró diferencia entre tipo de incontinencia y frecuencia de pérdidas de orina ($\chi^2=69.3$ $p=0.04$).

Tabla 19 . Frecuencia de las pacientes por tipo de incontinencia y severidad

		Tipo de incontinencia				Total
		Ninguna	Mixta	Urgencia	Esfuerzo	
Severidad	Sin severidad	17	0	0	0	17
	Leve	0	2	5	3	10
	Moderado	0	22	5	14	41
	Severo	0	0	0	1	1
Total		17	24	10	18	69

Se encontró diferencia entre tipo de incontinencia y severidad ($\chi^2= 82.1$ $p=0.04$).

En la Tabla 20 se muestra las correlaciones realizadas, encontrándose correlación entre la edad y el número de embarazos, interferencia entre la pérdida de orina (calidad de vida) y el número de embarazos, severidad e interferencia entre la pérdida de orina (calidad de vida) y entre número de embarazos y severidad.

Tabla 21 . Correlación entre las variables

		Edad	En general ¿en qué medida interfieren las pérdidas de orina en su vida cotidiana?	Número de Embarazos	Severidad
Edad	Correlación de Pearson	1	.230	.444**	.201
	Sig. (bilateral)		.057	.000	.097
	N	69	69	69	69
En general ¿en qué medida interfieren las pérdidas de orina en su vida cotidiana?	Correlación de Pearson	.230	1	.274*	.858**
	Sig. (bilateral)	.057		.023	.000
	N	69	69	69	69

Número de Embarazos	Correlación de Pearson	.444 [*]	.274 [*]	1	.251 [*]
	Sig. (bilateral)	.000	.023		.037
	N	69	69	69	69
Severidad	Correlación de Pearson	.201	.858 ^{**}	.251 [*]	1
	Sig. (bilateral)	.097	.000	.037	
	N	69	69	69	69
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).					
*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).					

8. Discusión

A partir de la realización de este estudio se encontró que del total de pacientes a quienes se aplicó el cuestionario (69 pacientes) , la frecuencia de Incontinencia Urinaria fue del 75.3%,siendo mayor que el reportado en estudios previos realizados por Chiang, M. H., Susaeta, C. R., Valdevenito, S. R., Rosenfeld, V. R., & Finsterbusch, R. C. **(11)** dónde se reporta una prevalencia del 30 al 60% , sin embargo Sánchez, M. D. P. V. y, Chávez, V. G. reportan en la Guía de Manejo de Incontinencia Urinaria “una prevalencia del 10 al 70% de las mujeres en todo el mundo” . **(5)**

Con respecto a otro estudio realizado por Ruiz de Viñaspre Hernandez y Rubio Aranda “en España se estima que cerca de 3 millones de personas presentan Incontinencia Urinaria de las cuales tres cuartas partes son mujeres. En la gestación y el posparto las cifras son imprecisas, con una prevalencia de persistencia en este entre el 5 y el 92%” **(4)**

Mostrando que la prevalencia es variable en la población en general con un importante predominio en las mujeres

Con respecto a las características sociodemográficas se encontró que la edad promedio de las pacientes fue de 56.9 ± 5.9 años, similar al encontrado por Velazquez –Magaña quien reportó una edad promedio de presentación de 40-49 años y 50-59 años con una incidencia del 54 % y 57.8 % respectivamente reportando que existe un aumento de la incidencia con respecto a la edad incrementándose hasta más del 70% en pacientes mayores a 70 años , **(16)**.

En otro estudio realizado por Espuña Pons y Cols. se encuentra que la edad promedio de 59,4 años , cifras similares a las encontradas en este estudio .**(11)**

El estado civil que predominó fue el de casada con un 50.7%, seguido de divorciada con un 17.4%, viuda 15.9%, unión libre 13% y soltera 1.4% .

Con respecto al grado de escolaridad que predominó fue bachillerato y la ocupación más frecuente fue la de ama de casa, se ha encontrado al respecto de la ocupación, que las mujeres que se dedican al hogar presentan mayor prevalencia de incontinencia urinaria que las mujeres continentales en un estudio realizado por Velazquez-Magaña . **(16)**.

El número de embarazos fue de 1-8 con un promedio de 3 ± 1.3 , encontrando una correlación con respecto al número de embarazos y la edad , observando que a mayor edad de las pacientes mayor número de embarazos , también se encontró relación entre el número de embarazos y la calidad de vida, demostrando que a mayor número de embarazos peor calidad de vida de la paciente .

Así mismo se encontró interrelación entre número de embarazos y grado de severidad de la Incontinencia Urinaria, observando que a mayor número de embarazos mayor grado de severidad de Incontinencia Urinaria.

Los resultados fueron similares a los encontrados en un estudio realizado por Velazquez-Magaña dónde se encontró que “Las pacientes con incontinencia urinaria tuvieron mayor cantidad de embarazos que las mujeres continentales, al igual que mayor número de partos. En cambio, las nulíparas presentaron menor incidencia de incontinencia urinaria (70.5% *versus* 29.5%, $p < 0.001$) **(16)**

En relación con la Multiparidad , diversos estudios mencionan la relación que se encuentra entre el número de partos y la presencia de Incontinencia Urinaria , incluso mencionando como factor de riesgo el embarazo mismo .En un estudio realizado por Ruiz de Viñaspre Hernandez se menciona que “ La Incontinencia Urinaria puede aparecer con el embarazo y el parto; sin embargo, el papel preciso de estos en el desarrollo de Incontinencia Urinaria persistente permanece sin aclarar. En el embarazo, la acción hormonal de la relaxina sobre la pelvis materna y el peso del útero sobre la vejiga y en el parto, las lesiones neuromusculares provocadas por la compresión y el estiramiento de músculos, fascias y nervios pélvicos, se han implicado en la génesis y evolución de la Incontinencia Urinaria” **(4)**

Referente a las características clínicas de las pacientes se encontró que el 75.3% de la muestra tuvo pérdida de orina, el 31.9% una vez a la semana o con menos frecuencia, 17.4% dos o tres veces a la semana, 15.9% una vez al día, 8,7% varias veces al día y 1.4% en todo momento. Sólo el 24.7% nunca presento

perdida de orina. De acuerdo a estos resultados se puede apreciar que más del 50% de las pacientes encuestadas presentan pérdida de orina, refiriendo pérdidas al menos una vez a la semana .

Respecto a la cantidad de orina que se le suele escapar con independencia de llevar o no protección el 44.9% de las pacientes refirió una cantidad pequeña, 27.5% una cantidad moderada y 2.9% una cantidad elevada; mientras que el 4.6% refirió nada se encontró significativamente un resultado mayor con respecto lo mencionado por Williams **(17)** quien “ considera que 5-19% de las adultas mayores tienen pérdidas significativas diariamente” **(17)**.

En consideración a un estudio realizado por Velazquez-Magaña se encontró un resultado similar , pues reporta que la pérdida de orina es más frecuente una vez a la semana , así mismo encontrando que el 84.1% de las enfermas con incontinencia consideraron que la cantidad de pérdida urinaria fue muy poca, 13.2% indicaron que la cantidad fue moderada y sólo 2.7% señalaron que fue mucha cantidad.

En relación a la Percepción de la Calidad de vida de las pacientes se encontró que la puntuación con respecto a la pregunta número tres ¿en qué medida interfieren las pérdidas de orina en su vida cotidiana? se obtuvieron puntuaciones de 0 y hasta 6, la media fue de 1.83 ± 1.56 ; cabe mencionar que no hubo pacientes que hayan percibido una mayor interferencia de su pérdida de orina con su vida cotidiana con una puntuación de diez , esta parte del cuestionario relaciona en buena parte el contexto en el que se sitúa esta enfermedad , ya que como se ha mencionado en estudios previos , la Incontinencia Urinaria es una entidad subestimada tanto para la paciente como para el médico que la diagnostica ,

siendo muestra de este enunciado lo encontrado en este estudio y en estudios previos , donde se menciona que para las pacientes la Incontinencia Urinaria interfiere medianamente en su calidad de vida .

Un estudio realizado por Velazquez-Magaña muestra que “Las mujeres con incontinencia urinaria reportaron un índice de calidad de vida del ICIQ-IU-SF de 8.8 ± 3.3 ” , **(16)** mostrando al igual que en este estudio , que no hubo pacientes que hayan percibido una mayor interferencia de su pérdida de orina con su vida cotidiana con una puntuación de diez .

“El ICIQ-SF es un cuestionario que está orientado a la detección de la Incontinencia Urinaria en cualquier ámbito asistencial. Su versión final, que se ha traducido y adaptado culturalmente en diversos países, consta de 3 ítems («frecuencia», «cantidad » y «afectación»), más un grupo de 8 preguntas relacionadas con el tipo de Incontinencia Urinaria que no forman parte de la puntuación del cuestionario y tienen únicamente una finalidad descriptiva y orientadora sobre el tipo de Incontinencia Urinaria”.**(4)**.

Con respecto a esta aceveración se encontró que el 59.4% presenta pérdidas de orina cuando tose o estornuda, 44.9% antes de llegar al baño, 18.8% al realizar ejercicio o actividad física y 5.8% cuando está dormido. Sin embargo, un 20.3% reportó que nunca ha presentado alguna pérdida de orina.

Respecto al tipo de incontinencia la más frecuente encontrada en este estudio fue la Incontinencia Mixta con 34.8% , siguiéndole a esta la Incontinencia de esfuerzo con un 26.1% , 14.5% de Urgencia y en el 24.6% no presentó ninguna.

Observando los datos obtenidos en este estudio difieren en cuanto a la frecuencia del Tipo de Incontinencia que es más frecuente en la población , ya que se menciona que el Tipo de Incontinencia Urinaria más frecuente es la de Esfuerzo al como lo menciona Velazquez-Magaña en un estudio donde encuentra que “la gran mayoría de las pacientes con incontinencia urinaria reportaron síntomas de esfuerzo (54.3%); sin embargo nuestros resultados son similares a los notificados por Melville y Peyrat en cuyos estudios se registró mayor prevalencia de los síntomas mixtos (50 y 49%) respectivamente .**(18,19)**.

Aunque no se planteó como un objetivo analizar las propiedades psicométricas del instrumento utilizado, se consideró viable obtener su confiabilidad a través del Alfa de Cronbach obteniéndose una puntuación de 0.84 , los datos obtenidos en este estudio son similares a los encontrados en un estudio realizado por Espuña Pons dónde también se describe la confiabilidad del ICIQ-SF en el cual “Se calculó el alfa de Cronbach para los 3 ítems del cuestionario («frecuencia», «cantidad » y «afectación»), que fue de 0,89”,**(4)** resultado que avala la confiabilidad del instrumento utilizado para la realización de este estudio .

En este estudio se utilizó el Índice de Sandvick para la evaluación del Grado de severidad de la Incontinencia Urinaria , evaluando la cantidad y frecuencia en que se presenta la pérdida de orina encontrando que:

El 46.4% de las pacientes refieren una Pérdida de orina pequeña (Gotas), el 26.1% refiere tener pérdidas de orina en cantidad moderada , el 24.1 % niegan pérdidas de orina y el 2.3% refiere una cantidad elevada de orina.

Se encontró una correlación entre el Tipo de Incontinencia y la cantidad de pérdida de orina, encontrando se encontró diferencia entre tipo de incontinencia y frecuencia de pérdidas de orina ($\chi^2= 80.6$ $p=0.04$).

Por último se muestran las correlaciones realizadas, encontrándose correlación entre la edad y el número de embarazos, interferencia entre la pérdida de orina (calidad de vida) y el número de embarazos, severidad e interferencia entre la pérdida de orina (calidad de vida) y entre número de embarazos y severidad.

9. Conclusiones

A partir de la realización de este estudio se puede concluir que la frecuencia de Incontinencia Urinaria en pacientes postmenopáusicas en el Hospital General de Iztapalapa se encuentra por arriba de la reportada en estudios previos y cercana al 75%

La Incontinencia Urinaria resultó ser un problema de Salud mayor al reportado en el Hospital , sin embargo se observó que la calidad de vida de las pacientes no se ve afectada significativamente , por lo que al no ser considerado un problema de salud incapacitante se favorece el que las pacientes no busquen ayuda profesional , convirtiéndose en un problema subestimado.

Por otro lado, se concluye que la búsqueda intencionada de Incontinencia Urinaria en pacientes en etapas de riesgo, favorece el diagnóstico de Incontinencia Urinaria inadvertida así como su tratamiento oportuno .

Cabe mencionar que durante la aplicación del cuestionario las pacientes preguntaron cuál era el tratamiento una vez descubierta su Incontinencia Urinaria , por lo que considero importante tomar medidas pertinentes para que una vez

diagnosticadas las pacientes puedan recibir un tratamiento oportuno y en caso de requerirlo referencia a tercer nivel de atención .

Esta investigación abre paso a futuras investigaciones para estudiar a otros grupos de riesgo como son: pacientes embarazadas, pacientes puérperas, pacientes con trauma obstétrico, etc. y comparar con los resultados obtenidos .

En cuanto a la valoración de la calidad de vida, se concluyó que es necesario el uso de otro cuestionario para evaluar el impacto en la vida cotidiana, ya que el instrumento empleado en este estudio solo cuenta con un solo reactivo para su evaluación , lo que abre pie para futuras investigaciones .

10. Bibliografía

1. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/019_GPC_ClimatyMenop/SS_019_08_EyR.pdf

2.- Holanda, S. M., Castro, R. C. M. B., Sousa, C. S. P. D., Oriá, M. O. B., Pinheiro, A. K. B., Aquino, P.D.S. & Andrade, K. V. (2016). Urinary incontinence in pregnant women: integrative review.

3.

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/056_GPC_IncontinenciaUrinaria/GPC_Incontinencia_Urinaria_CENETEC.pdf

4.- Chiang, M. H., Susaeta, C. R., Valdevenito, S. R., Rosenfeld, V. R., & Finsterbusch, R. C. (2013). Incontinencia urinaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(2), 219-227.

5.- Sánchez, M. D. P. V., Chávez, V. G., de la Cruz, S. I., Melgar, E. A. R., Xochimilco, P., Sánchez, S. R. S., & Urdapilleta, J. D. Diagnóstico y Manejo de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. *COMEGO*

6.- BOYLE, Rhianon, et al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012, vol. 10, p. CD.

7.- Jimenez, R. A. W. (2015). Manejo de la incontinencia urinaria en la mujer. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 72(614), 205-209.

8.- Gaziev, G., Topazio, L., Iacovelli, V., Asimakopoulos, A., Di Santo, A., De Nunzio, C., & Finazzi-Agrò, E. (2013). Percutaneous tibial nerve stimulation (PTNS) efficacy in the treatment of lower urinary tract dysfunctions: a systematic review. *BMC urology*, 13(1), 1.

9.- LUCAS, Malcolm G., et al. Guía clínica de la Asociación Europea de Urología sobre la evaluación y el tratamiento no quirúrgico de la incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas*, 2013, vol. 37, no 4, p. 199-213.

10.- GARELY, Alan D.; NOOR, Nabila. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. *Obstet Gynecol*, 2014, vol. 124, p.10-27.

11.-Busquets, M., & Serra, R. (2012). Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA). *Revista médica de Chile*, 140(3), 340-346.

12.-Schierlitz, L., Dwyer, P. L., Rosamilia, A., Murray, C., Thomas, E., De Souza, A., & Hiscock, R. (2012). Three-year follow-up of tension-free vaginal tape

compared with transobturator tape in women with stress urinary incontinence and intrinsic sphincter deficiency. *Obstetrics & Gynecology*, 119(2, Part 1), 321-327.

13.-Coyne, K. S., Kvasz, M., Ireland, A. M., Milsom, I., Kopp, Z. S., & Chapple, C. R. (2012). Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. *European urology*, 61(1), 88-95.

14.-Cody, J. D., Jacobs, M. L., Richardson, K., Moehrer, B., & Hextall, A. (2012). Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *The Cochrane Library*.

15.-Dumoulin, C., Hay-Smith, E. J. C., & Mac Habée-Séguin, G. (2014). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *The Cochrane Library*.

16.- Velázquez-Magaña, M., Aguirre-Ramos, G., Álvarez-Valero, R., Méndez-González, J. A., & González-Cofrades, J. (2007). Incontinencia urinaria en mujeres del Distrito Federal. *An Med Asoc Med Hosp ABC*, 52, 14-21.

17.- Díaz Berrocal , Hernández Forero *Sociedad Colombiana de urología guías de práctica clínica (GPC) Incontinencia Urinaria Femenina*

18.- Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community- based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 1150–1157.

19.- . Peyrat L, Haillet O, Bruyère F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *BJU Int* 2002; 89: 61-

11.- ANEXOS

CUESTIONARIO ICIQ VERSIÓN CORTA

FOLIO:

Nombre: _____

Expediente: _____

Edad: _____

Estado civil: ()

- 1.- 1.-Soltera
- 2.- 2.-Casada
- 3.- 3.-Unión Libre
- 4.- 4.-Viuda
- 5.- 5.-Divorciada

Escolaridad: ()

- 1. Primaria
- 2. Secundaria
- 3. Bachillerato
- 4. Licenciatura
- 5. Posgrado
- 6. Otra

Ocupación: ()

- 1. Ama de casa
- 2. Estudiante
- 3. Empleada
- 4. Otra _____

Número de embarazos: _____ P _____ C _____ A _____ E _____

Fecha de última menstruación: _____

1.- ¿Con qué frecuencia tiene pérdidas de orina? (Marque una opción)

Puntos

- Nunca 0
- Una vez a la semana o con menos frecuencia 1
- Dos o tres veces a la semana 2
- Una vez al día 3
- Varias veces al día 4
- En todo momento 5

2.-Nos gustaría conocer la cantidad de orina que cree que se le escapa ¿Qué cantidad de orina se le suele escapar (con independencia de que lleve o no protección)? (Marque una opción)

Puntos

- Nada 0
- Una cantidad pequeña 2
- Una cantidad moderada 4
- Una cantidad elevada 5

3.-En general ¿en qué medida interfieren las pérdidas de orina en su vida cotidiana? (Marque una opción)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Nada en absoluto En gran medida

PUNTUACIÓN ICIQ-SF

4.-¿En qué momentos presenta pérdidas de orina?(Marque todas las opciones que procedan)

- Nunca ;no tiene pérdida de orina ()
- Pérdidas antes de llegar al baño()
- Pérdidas cuando tose o estornuda()
- Pérdidas cuando está dormido ()
- Pérdidas cuando ha terminado de orinar y esta vestido ()
- Perdidas sin motivo evidente()
- Pérdidas en todo momento()
- Perdidas cuando realiza actividad física /ejercicio ()

TIPO DE INCONTINENCIA _____

PUNTUACION TOTAL F Q CV

INDICE DE SEVERIDAD DE SANDVIK

¿Con qué frecuencia se le escapa la orina?

- 1.-Menos de una vez al mes
- 2.- Algunas veces al mes
- 3.-Algunas veces a la semana
- 4.-Todos los días y/o noches

- LEVE (1-2)
- MODERADO (3-6)
- SEVERO (7-9)
- MUY SEVERO (12)

¿Qué cantidad de orina se le escapa cada vez?

- 1.-Gotas (muy poca cantidad)
- 2.- Chorro pequeño (cantidad moderada)
- 3.-Mucha cantidad

PUNTOS _____

CUADRO I. FACTORES DE RIESGO PARA INCONTINENCIA URINARIA

Factores de Riesgo	
Generales	<p>Síndrome metabólico (diabetes, dislipidemias, obesidad, hipertensión) Estreñimiento crónico Enfermedades pulmonar crónica obstructiva Esclerosis múltiple Demencia Antecedentes de cirugía de columna Tumores que comprimen la médula espinal Hernia de disco Antecedente de accidente cerebral vascular Parkinson Menopausia Edad Factores ocupacionales (trabajos que requieran grandes esfuerzos físicos, deportes de impacto)</p>
Específicos	<p>Antecedentes de cirugía por incontinencia, histerectomías Antecedentes ginecoobstétricos (partos múltiples, productos macrosómicos, aplicación de fórceps, distocias, expulsivo prolongado) Uso de medicamentos* (sedantes, ansiolíticos, hipnóticos, prazocin, diuréticos,) Trastornos de la estática pélvica (cistocele, prolapso uterino, rectocele) Consumo de alcohol, tabaco, te, café etc Secuelas de incontinencia urinaria por irritación crónica de la vejiga Vaginitis o uretritis atrófica Infección de vías urinarias Son factores modificables los que se encuentran sombreados</p>

Cuadro II.

Lineamientos del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica

- 1) Terapia de primera línea
 - Eslingas mediouretrales sintéticas
 - Uretropexia retropúbica abierta
 - Eslinga autóloga de fascia del recto
- 2) Al ofrecer eslingas sintéticas:
 - Utilizar dispositivos que cuenten con datos comprobados
 - Utilizar dispositivos para los cuales usted haya recibido entrenamiento
 - Utilizar cinta de polipropileno macroporoso Tipo 1
 - Considerar el uso de malla de color para ayudar en la inserción y revisión
- 3) Al usar TVT-O, hacer conscientes a las pacientes de las complicaciones
- 4) Referir a las pacientes cuando quieran un procedimiento que usted no ofrezca
- 5) Usar eslingas "de arriba hacia abajo" sólo como parte de un estudio clínico
- 6) Dar seguimiento a las pacientes dentro de un término de 6 meses para evaluar erosión
- 7) La uretropexia laparoscópica debe ser realizada sólo por cirujanos experimentados que estén trabajando en estudios controlados
- 8) No ofrecer reparaciones anteriores, suspensión con agujas, reparaciones paravaginales ni procedimientos de Marshall-Marchetti-Krantz para IUE
- 9) Cuando se ofrezcan agentes volumétricos inyectables:
 - Puede necesitarse la repetición de las inyecciones
 - La eficacia disminuye con el tiempo
 - La eficacia es inferior a la malla o a las eslingas de fascia del recto
- 10) Un esfínter urinario artificial sólo se debe usar si la cirugía previa ha fallado, y requiere un seguimiento de por vida
- 11) Se recomienda una carga anual de trabajo de al menos 20 casos para cada procedimiento primario. Menos de cinco casos por año deberían justificar revisión y apoyo por parte de comités clínicos internos de control

TVT-O, cinta vaginal transobturatriz libre de tensión; IUE, incontinencia urinaria de esfuerzo.

Datos del National Institute for Health and Care Excellence. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG171/chapter/1-Recommendations>. Obtenido el 29 de julio de 2014.