

Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

Una Guía para Mujeres

1. ¿Qué es incontinencia urinaria de esfuerzo?
2. ¿Cómo funciona una vejiga normal?
3. Causas de incontinencia urinaria de esfuerzo
4. ¿Cómo se diagnostica la incontinencia urinaria de esfuerzo?
5. ¿Qué investigaciones se pueden llevar a cabo?
6. ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?
7. He hecho los ejercicios anteriormente y el problema persiste. ¿Qué cirugías hay disponibles para mí?

¿Qué es incontinencia urinaria de esfuerzo??

Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) es la pérdida involuntaria de orina durante actividades como toser, estornudar, levantar peso, reír o ejercitarse. IUE afecta al menos 10-20% de las mujeres, de las cuales muchas no realizan que hay opciones de tratamiento simples y efectivas.

IUE afecta la calidad de vida de las mujeres en muchas maneras. La incontinencia puede limitar las relaciones sociales y personales como también limitar la actividad física.

¿Cómo funciona una vejiga normal?

Mientras se produce orina y la vejiga se llena, el músculo de la vejiga (detrusor) se relaja y estira para acomodar el fluido. Cuando la vejiga se llena a cierto nivel, la urgencia de orinar se siente y cuando es apropiado, el cerebro hace contraer el músculo detrusor y al esfínter de la uretra a relajarse, permitiendo el acto de orinar. La vejiga usualmente tiene que vaciarse 5-7 veces por día y 1-2 veces por noche.

La uretra (ducto que lleva orina fuera del cuerpo) y vejiga son sostenidas por los músculos del suelo pélvico, que se contraen al toser, estornudar y se ejercita para prevenir la pérdida de orina. Debilidad en los músculos o daño al soporte del cuello de la vejiga puede resultar en pérdida de orina.

Causas de incontinencia urinaria de esfuerzo

- Embarazo y el parto vaginal
- Obesidad, tos crónica, levantar mucho peso y estreñimiento pueden causar aumentos en presión abdominal y empeorar la incontinencia de esfuerzo.
- Factores genéticos heredados

¿Cómo se diagnostica la incontinencia urinaria de esfuerzo?

Tu médico te hará preguntas sobre las actividades que te causan pérdida de orina y te examinará para evaluar si existen otros problemas como prolapso. Mujeres con incontinencia de esfuerzo pueden tener problemas de incontinencia urinaria de urgencia o

fecal/gas. No te sientas avergonzada de discutir estos problemas con tu doctor.

¿Qué investigaciones se pueden llevar a cabo?

- Para ayudar con el diagnóstico, tu médico puede pedir que toses con la vejiga cómodamente llena.
- Se te puede pedir que prepares un diario sobre tus síntomas urinarios donde anotarás cuanto líquido bebes, número de veces que orinas y cantidad de orina cada vez. Un registro de la cantidad y las veces que pierdes orina también se anota.
- Tu médico puede recomendar estudios urodinámicos. Estos estudios investigan la habilidad de la vejiga de llenarse, vaciarse y el mecanismo o causa de incontinencia.
- Un ultrasonido puede utilizarse para determinar cuanta orina permanece en la vejiga luego de que se vacía y puede identificar si existen otras causas para tus síntomas.
- Una prueba de orina se puede hacer para descartar infección urinaria.

Estas pruebas están diseñadas para planificar el mejor tratamiento para cada individuo.

¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?

Tu médico te aconsejará en las mejores opciones para ti, pero inicialmente *terapia conservadora* puede ser recomendada.

- *Cambios en el estilo de vida.* Intenta beber suficiente líquido para orinar 4-6 veces al día (usualmente 1.5-2 litros; medio galón). Mantener un peso saludable ha demostrado que mejora la severidad de IUE. Evitando causas de estreñimiento y parar de fumar también puede ayudar.
- *Ejercicios del suelo pélvico (ESP)* pueden ser muy efectivos en mejorar los síntomas de IUE. Hasta 75% de mujeres muestran mejora en incontinencia después de ESP. Como todo entrenamiento, los beneficios de ESP son maximizados si se practica regularmente por un periodo de tiempo de 3 a 6 meses. Puedes ser referida a un terapeuta que se especializa en ESP para supervisarte. Si tienes problemas de incontinencia urinaria de urgencia, tu médico puede recomendarte reentrenamiento de la vejiga.
- *Dispositivos de continencia.* Hay dispositivos disponibles que se ajustan a tu vagina y ayudan al control de pérdida de orina. Estos se ponen antes de ejercitarse o en el caso de un pesario vaginal, están puestos continuamente. Algunas mujeres notan que, al usar un tampón al ejercitarse, reducen o previenen la incontinencia. Estos aparatos son útiles para mujeres con grados menores de incontinencia o que están esperando a tener cirugía.

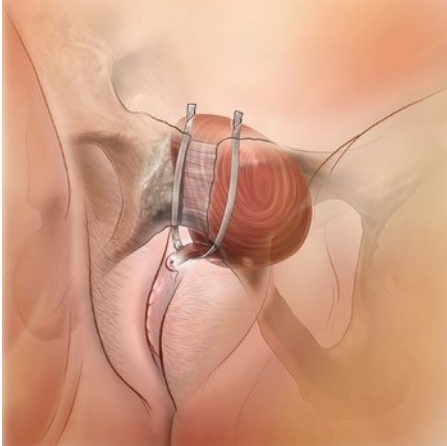
He hecho los ejercicios y el problema persiste. ¿Qué cirugías hay disponibles para mí?

El objetivo de cirugía es corregir la debilidad de los soportes del cuello de la vejiga. Muchos cirujanos quieren retrasar cirugía hasta que la familia de la paciente este completa ya que embarazos adicionales pueden afectar el resultado de la cirugía inicial.

Procedimientos de sling mediouretrales. Antes del 1993, el tratamiento de incontinencia de esfuerzo requería cirugía mayor con una incisión abdominal. El tratamiento más común ahora es con el uso de slings permanentes que se colocan en la sección del medio de la uretra. El sling provee soporte a la uretra cuando toses, estornudas o te ejercitas. Usando una pequeña incisión en la vagina, el sling se puede colocar de diferentes maneras.

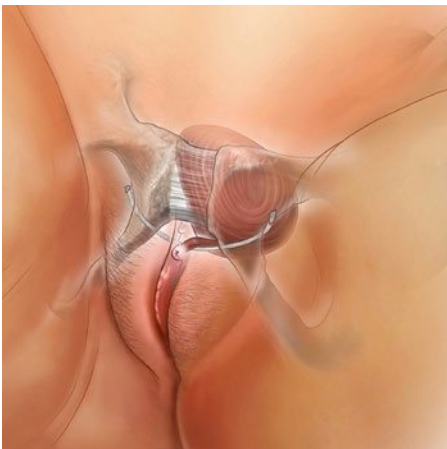
- *Slings retropúbicos* se pasan bajo la uretra y por detrás del hueso púbico con la malla saliendo por dos cortes pequeños justo arriba del hueso púbico.

Sling retropúbicos



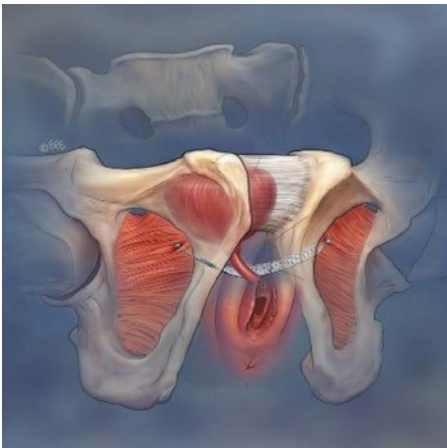
- *Slings del transobturador* se pasan bajo la uretra y salen por dos incisiones en la ingle.

Sling del transobturador



- *Slings de una incisión* se pasan bajo la uretra y son anclados a los tejidos pélvicos. Este tipo de sling ha sido estudiado menos hasta hoy día.

Slings de una incisión



80-90% de las mujeres que tienen un procedimiento de sling retropúbico o transobturador son curadas o mejoran en sus síntomas de incontinencia luego de su cirugía. Los slings de una incisión son bastante nuevos y los porcentajes de éxito siguen siendo monitoreados.

Esta operación no está dirigida a curar la incontinencia por urgencia o la vejiga hiperactiva a pesar de que 50% de las mujeres notan mejora en estos síntomas después de la cirugía. En un pequeño porcentaje de mujeres con vejiga hiperactiva los síntomas empeoran.

La mayoría de las mujeres se recuperarán de la cirugía de 2-4 semanas. Algunas tendrán dolor en la ingle por un par de semanas. Una pequeña cantidad de sangrado por 7-10 días después de cirugía se puede notar.

Procedimientos de sling con malla se han hecho seguramente por muchos años, sin embargo, en vista de las nuevas noticias de uso de mallas vaginales, hemos proveído contestaciones a preguntas frecuentes sobre el uso de mallas en nuestra página web (vea www.yourpelvicfloor.org/mesh-mid-urethral-slings/).

Slings de fascia autóloga. Este tipo de sling está hecho de tejido del mismo paciente. La fascia es un tejido conectivo fuerte usualmente obtenido del abdomen o el muslo. Una banda de fascia de 1-3cm de ancho se coloca bajo la uretra para dar soporte y reducir la incontinencia de orina. La operación se hace bajo anestesia y tiene 2 pasos. Primero, el cirujano toma una banda de fascia del abdomen por una incisión similar a cesárea o del muslo por una incisión pequeña. Segundo, se hace un corte pequeño bajo la uretra. La banda de fascia se sostiene bajo la uretra y se pasa hacia la pared abdominal. Luego, el corte pequeño en la vagina se cierra. Los slings de fascia son tan exitosos como los de malla con porcentajes de éxito de 80-90%.

Colposuspension de Burch. Por muchos años, este era considerado el procedimiento principal para el manejo de IUE. Se lleva a cabo por una incisión de 10-12cm en el abdomen (Burch abierto) o por laparoscopia. La cirugía implica el paso de 4-6 suturas permanentes que sostienen el tejido vaginal inferior a la uretra a la parte posterior del hueso púbico para suspender el cuello de la vejiga y uretra y así restaurar continencia. El Burch abierto tiene tasas de éxito similares a los slings retropúbicos en estudios de seguimiento a largo plazo y resultados comprobables se pueden obtener con cirujanos adiestrados utilizando la ruta laparoscópica.

Agentes de abultamiento. Se pueden inyectar sustancias alrededor del cuello de la vejiga y al esfínter de la uretra que ensanchan y reducen el calibre de la uretra. Una variedad de sustancias, como grasa y colágeno, se pueden inyectar. La inyección se hace en la oficina o en cirugía ambulatoria. Puede necesitar anestesia para la operación, pero muchos procedimientos se pueden hacer bajo anestesia local. Es frecuente notar quemazón o escozor al orinar después de la operación. A veces se necesitan varias inyecciones. Las complicaciones van a depender del tipo de agente utilizado y debes discutir estas con tu médico.

Para más información visite www.YourPelvicFloor.org.

