

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS
AMÉRICAS**

CARRERA DE LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA

**COMPARACIÓN SOBRE LA EFICACIA DE LA TÉCNICA
DE SLING VERSUS LA COLPOSUSPENSIÓN DE BURCH
EN LA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN LAS
MUJERES ADULTAS.**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIATURA EN MEDICINA Y
CIRUGÍA.**

MELISSA CÉSPEDES MARÍN

DR. EMMANUEL ULLOA BERTRAND

SEDE CENTRAL, ARANJUEZ

ENERO, 2017

CONTENIDO

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	4
Planteamiento del problema	4
Objetivos	7
Justificación	8
Antecedentes	11
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL	15
Conceptualización de la incontinencia urinaria	20
Anatomía del piso pélvico	21
Musculatura del piso pélvico	21
Fisiología y fisiopatología de la micción y la continencia	25
Tipos de incontinencia urinaria	29
Factores de riesgo asociados principalmente a la incontinencia urinaria de esfuerzo	30
Diagnóstico de la incontinencia urinaria	32
Tratamiento	39
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	48
Método de investigación	48
Diseño	48
Criterios de inclusión	48
Criterios de exclusión	48
Estrategias de búsqueda	49
Extracción de datos	49
Variables	51
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	53
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

Índice de figuras

Figura#1: Vista inferior del plano superficial	23
Figura#2: Músculos profundos del piso pélvico	23
Figura#3: Anatomía de la vejiga desde una vista frontal	25
Figura #4 Alteraciones funcionales de continencia y micción	27
Figura #5: Cuestionario 3IQ para categorizar la incontinencia urinaria	34
Figura #6: Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF	37
Figura#7: Colposuspensión Burch	43
Figura#8: Sling retropúbico	46
Figura#9: Procedimiento del sling TOT	47

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

Según Garely, A., Noor, N. (2014) “la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) se define como la pérdida urinaria involuntaria con el esfuerzo, toser, reír, estornudar o el ejercicio físico.” (p.2) Se produce cuando la presión intraabdominal excede la resistencia desencadenada por los mecanismos de cierre uretral en ausencia de actividad vesical.

Chiang, Susaeta, Valdevenito, Rosenfeldy, Finsterbuch. (2013) menciona que “hay que considerar que frecuentemente este trastorno es desatendido por los miembros del equipo de salud y muchas veces es ocultado por los pacientes, aun cuando puede ser muy significativo y determinar gran impacto en la calidad de vida e inserción social de aquellos que lo padecen.” (p.220)

Además, la valoración de la magnitud del "síntoma incontinencia" es extraordinariamente subjetiva y como habitualmente no involucra un riesgo vital, muchas veces no se le presta la atención deseable. De hecho, estudios de prevalencia subjetivos realizados con cuestionarios versus otros con valoración objetiva del síntoma, muestran que la prevalencia es ligeramente mayor en estos últimos. (Chiang, et al. 2013, p. 220)

La IUE es altamente compleja y relevante. Hoy en día constituye un problema de salud que deteriora la calidad de vida, limita la autonomía y repercute negativamente en el ámbito psicosocial, laboral, afectivo y sexual. Adicionalmente, es una afección que implica altos costos económicos para las personas y los servicios de salud.

La IUE es una de las enfermedades para las cuales, en los últimos años, se han desarrollado múltiples tipos de tratamientos tanto conservadores como quirúrgicos, en especial respecto de la gran diversidad de técnicas que se pueden emplear en las cirugías de antiincontinencia.

Actualmente, según Ascioğlu, Gungorduk, Besimoglu, Ertas, Yildirim, Celebi, Ark, Boran. (2014) “la cirugía se ofrece a menudo como la primera opción de

tratamiento para la IUE moderada, severa y cuando la terapia conservadora ha fallado.”(p. 73) Por lo tanto, es preocupante que la diversidad de procedimientos y las frecuentes modificaciones a estas técnicas sean el claro reflejo de la importancia de la patología, pero a su vez de la existencia real de un “debate sobre cuál es el procedimiento ideal para la IUE con la mayor efectividad, menor morbilidad y mayor rentabilidad.”(Ascioğlu, et al. 2014, p.73)

La cirugía anti-incontinencia ha revolucionado especialmente de cirugías abiertas a mínimamente invasivas y laparoscópicas, como la técnica de sling que ha generado controversia sobre su eficacia principalmente cuando se compara la retropúbica o la transobturatriz con la colposuspensión de Burch, que se realiza tanto como cirugía abierta o laparoscópica.

La incidencia de eventos adversos posterior a estos procedimientos es variable lo cual también denota controversia. Las principales complicaciones descritas son las lesiones vesicales, vasculares, retención urinaria, desarrollo de urgencia miccional y la que más repercute es la recurrencia de la enfermedad.

La diversidad de opciones quirúrgicas para la IUE revela la complejidad innata a esta patología, expresa el complejo mundo de variables que interaccionan en los procedimientos quirúrgicos, pero también, al desarrollarse constantes métodos para afrontar la enfermedad, manifiesta la importancia y la magnitud de esta patología ya que realmente impacta de manera negativa en la calidad de vida de las pacientes.

Además, como menciona Garely, A., et al. (2014) “la mayoría de los pacientes no conocen la diferencia entre las diferentes opciones quirúrgicas y dependen del cirujano para realizar la elección del procedimiento.”(p.7) Con esto, lo más preocupante es que actualmente se están realizando cirugías antiincontinencia a partir de supuestos con respecto a cuál es la mejor opción para la paciente, no basados en una base científica que demuestre las indicaciones preferibles para cada una de las opciones que existen para la corrección de esta patología.

Por ende, en la incontinencia urinaria de esfuerzo, “además de hacer un diagnóstico preciso, el manejo quirúrgico es probablemente la decisión más importante que puede tomar un médico para influir en el resultado de la paciente.” (Según Garely, A., et al. 2014, p.7)

Por lo anterior, es crucial determinar tanto para los médicos generales, ginecólogos y para las pacientes ¿cuál es la técnica quirúrgica más eficaz entre el sling y la colposuspensión de Burch para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres?

OBJETIVO GENERAL

Comparar la eficacia de la técnica de sling versus la colposuspensión de Burch en la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres adultas con respecto de lo pactado en artículos científicos publicados entre el 2012-2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mencionar los beneficios que ofrece la técnica de sling y la colposuspensión de Burch en la incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres adultas.
2. Describir las complicaciones de la técnica de sling y la colposuspensión de Burch en la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres adultas.
3. Determinar la técnica más adecuada, para cada caso, entre el sling y la colposuspensión de Burch para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres adultas.

Justificación

Según Garely, A., et al. (2014) “la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es un problema importante que afecta entre un 20 a 40% de todas las mujeres” (p.1), por lo tanto, es una patología de relevancia en la consulta de un médico general o de un especialista en ginecología y obstetricia.

En estudios realizados en otros países como en Estados Unidos por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, se ha visto que la incontinencia urinaria ha afectado al 51% de las mujeres, siendo de este valor un 49% de tipo incontinencia urinaria de esfuerzo, 29% incontinencia urinaria de urgencia y 18% del tipo mixta. (Garely, A., et al. 2014, p.2)

Los datos anteriores demuestran cómo esta patología debe ser vista de forma cuidadosa y detallada por los sistemas de salud por su alta incidencia en la población femenina; principalmente en países donde la obesidad está en ascenso y la pirámide poblacional se está invirtiendo aumentando así la cantidad de adultos mayores, ya que se ha establecido que “ los factores de riesgo específicos para desarrollar IUE son la edad, historia reproductiva, obesidad y antecedentes de radiación pélvica”.(Garely, A., et al. 2014, p.2)

La urgencia de realizar la mejor corrección quirúrgica de esta patología no es solo por la afección de salud que posee, ya que este padecimiento afecta a las mujeres en muchos ámbitos al disminuir su calidad de vida que indirectamente perturba la economía de la paciente y de la sociedad, perjudica también su seguridad y vida sexual al generarle grandes problemas de pareja, familiares o de ánimo, por lo cual esta corrección si se hace con el mejor método disponible los beneficios serán múltiples tanto para las mujeres afectadas, como para la sociedad.

Con respecto de lo anterior, según Morales, M. (2012) “en las mujeres, la incontinencia urinaria fue la causa primaria de más de 1.000.000 visitas a consultorios médicos durante el año 2000 en los Estados Unidos, y sus costos directos e indirectos fueron de alrededor 19.500 millones de dólares”(p.225) lo que demuestra que el efecto de este padecimiento es lo suficientemente significativo como para que la necesidad de buscar la mejor técnica para corregir esta patología sea una prioridad.

El impacto económico preciso de la incontinencia urinaria es imposible de determinar pero por estudios realizados, en los que toman en cuenta, los servicios médicos a los que acuden con mucha frecuencia, los gastos en tratamientos conservadores y luego quirúrgicos, los tiempos de ausencia al trabajo tanto porque estas mujeres tienden a aislarse a sí mismas y dejar de participar en sus actividades rutinarias o laborales o por los períodos de incapacidades que se les entreguen por diferentes razones médicas, han rondado alrededor de los 20 mil millones de dólares anuales. (Garely, A., et al. 2014, p.2)

Lamentablemente, a pesar de que los investigadores en el nivel mundial han hallado grandes avances y múltiples técnicas para corregir la enfermedad, actualmente la incontinencia urinaria de esfuerzo, es una de las patologías en las que no se dispone de un consenso para su tratamiento, lo que lleva a múltiples pruebas y error ya que se sabe que “no todas las personas son curables” (Garely, A., et al. 2014, p.7) y sin la opinión unánime de cuál es la técnica quirúrgica ideal para la corrección de la enfermedad, el porcentaje de mujeres que sufren una recurrencia y se deben someter de nuevo a otro procedimiento o aún peor continuar con su problema afectándole en su vida, es mayor de lo que podría esperarse, ya que se ha visto que el tratamiento conservador no posee grandes beneficios.

Las técnicas quirúrgicas para corregir este problema, han ido evolucionando conforme ha pasado el tiempo, pero los últimos cambios han sido, de cirugías abiertas a las mínimamente invasivas o laparoscópicas. En el caso de la colposuspensión de Burch actualmente existen las dos opciones: se puede realizar por medio de un procedimiento abierto o por medio de uno laparoscópico. Esta técnica es la que más controversia ha generado al comparar la eficacia con el sling transobturador o el retropúbico, para determinar cuál de ellas debe ser la más recomendada o cuáles son las indicaciones y contraindicaciones para así ofrecer a la paciente, un porcentaje de curación mayor y disminuir la recurrencia de la enfermedad y por ende mejorar todos los ámbitos que afecta esta patología.

En la actualidad se ha visto que la amplia variedad de técnicas que existen para esta patología, también refleja la falta de consenso al respecto, lo cual demuestra la necesidad de estudios que permitan crear evidencia en cuanto a la eficacia clínica de dichos procedimientos. Las investigaciones efectuadas con esta finalidad, no sólo aportarían al desarrollo de evidencia científica que necesitan los profesionales en salud en la práctica

clínica, sino que generarían a su vez, evidencia científica que en conjunto a otros estudios, puedan generar las bases para un futuro consenso para la corrección de esta patología, que beneficiaría tanto al paciente como al médico ginecólogo encargado de realizar el procedimiento y de manera indirecta a la sociedad.

Además, tanto para Costa Rica como para los países que estén pasando una situación similar en el nivel de salud, económica y social estudios como el presente son de importancia ya que durante la recopilación no se encontraron datos sobre la incontinencia urinaria en general ni de la IUE, que hicieran referencia a nuestro país, el único artículo hallado presentaba todas las estadísticas y datos con respecto de estudios realizados en otros países, lo que demuestra que este es un tema que a pesar de afectar a una gran parte de la población femenina del país, no es un tema en el que los médicos o especialistas de esta nación se han dedicado a actualizar la información para llegar a un consenso sobre las indicaciones que posee cada una de las técnicas que se le ofrecen a las pacientes que se presentan con esta patología actualmente y con esto aumentar el porcentaje de curación de la enfermedad.

Antecedentes

En la literatura internacional existen múltiples investigaciones que reconocen las disfunciones del suelo pélvico como problemas de salud que afecta a la mujer en mayor medida y en la edad mediana en particular.

La disfunción del suelo pélvico (DSP) se refiere al “mal funcionamiento del conjunto muscular que cierra los orificios inferiores de la pelvis. Esto puede traer consigo una serie de trastornos que pueden afectar el normal funcionamiento de cualquiera de los órganos alojados en la pelvis menor.” (Castañeda, I; et al, 2016)

Estos trastornos que puede generar esta disfunción se puede manifestar como: incontinencia urinaria, incontinencia ano-rectal, prolapso de órganos pélvicos, estreñimiento terminal o disfunción sexual por debilidad de la musculatura de la región.

Al pasar de los años por múltiples estudios se ha demostrado que “de todas estas disfunciones la más frecuente es la incontinencia urinaria: se considera presente ante cualquier pérdida de orina involuntaria.” (Castañeda, I; et al, 2016)

Ejemplo de ello es el reporte realizado donde se afirma que la incontinencia urinaria afecta al 19 % de las mujeres entre 19 y 44 años, al 25 % entre 45 y 64 años, y 30 % en las mujeres mayores de 65 años. Alrededor del 18 % de las mujeres jóvenes (19 a 44 años de edad) y del 28% de las mujeres mayores de 65 años de edad experimentan incontinencia urinaria diariamente ,mientras que el 30 % de las mujeres mayores de 65 años y el 27% de las mujeres de mediana edad reportan incontinencia urinaria severa. La severidad de la incontinencia influye en la calidad de vida y en las decisiones de tratamiento. (Martínez y García, 2014, p.271)

Con respecto de los datos epidemiológicos Castañeda, I; et al. (2016) mencionan que la Organización Mundial de la Salud (OMS) “estima que unos 200 millones de personas sufren de incontinencia urinaria, independientemente de la edad y del sexo.”

Además, Martínez y García (2014) mencionan que en “estudios realizados en poblaciones de mujeres menopáusicas, proporcionan un porcentaje de incontinencia urinaria

de hasta el 73% pero el porcentaje de pacientes cuya incontinencia es motivo de preocupación, se elevaría hasta el 33 %.” (p.271)

Según Castañeda, I; et al. (2016) los resultados de la 4ª Consulta Internacional Sobre Incontinencia, celebrada en julio de 2008 en Europa, indica que “la incontinencia urinaria, o aparición de pérdidas de orina al menos una vez en los últimos 12 meses previos a la evaluación médica, afecta entre 5 % y 69 % de las mujeres.”

También es importante mencionar que en todos los estudios revisados al igual que los mencionados en el artículo publicado por Castañeda, I; et al; mencionan una serie de factores de riesgos que parecen estar fuertemente relacionados con la presencia de esta patología, situación que demuestra que siendo este documento uno de los más actualizados lo ya conocido al respecto de los predisponentes de esta enfermedad actualmente se siguen manteniendo a pesar del paso de los años y nuevos estudios.

En la literatura se hace referencia a un grupo de factores de riesgo que comparten los pacientes portadores de disfunciones de suelo pélvico que pueden desencadenar la disfunción, y que son comunes a otras enfermedades crónicas no transmisibles. Los más frecuentes, conocidos y estudiados son: edad, antecedentes de embarazos y partos, algunos medicamentos, hábitos y estilos de vida (alcoholismo, tos crónica, hábito de fumar, obesidad, ingesta de líquidos, hábitos intestinales, actividad física, postura, entre otras). (Castañeda, I; et al, 2016)

Con respecto a los procedimientos quirúrgicos, los cuales son la base de la discusión de la presente revisión, ha habido una serie de cambios y han desarrollado una gran cantidad de técnicas con el pasar de los años.

Según Villacis, M; et al (2014) “primero fueron las denominadas suturas de plicatura, entre ellas la de Kelly (1913), Stockel (1921) y Marion (1935).”(p.13)

Luego, “Marshall, Marchetti y Krantz, publicaron en 1949 la técnica denominada Colposuspensión suprapúbica. “ (p.13) Posteriormente, apareció la operación de Burch que durante muchos años se consideró el Gold Standard de la cirugía para la IUE. (Villacis, M; et al, 2014, p.13)

Al pasar de los años, durante la década de los noventa, según Villacis, M; et al (2014) “De Lancey y luego Petros y Ulmstein, desarrollaron la hipótesis de la hamaca, permitiendo el desarrollo de las técnicas de corrección con cinta bajo la zona media uretral, libre de tensión.”(Villacis, M; et al, 2014, p.13)

Hasta que como menciona Villacis, M; et al (2014) “Vancaillie y Schuessler en 1991, describieron la Colposuspensión laparoscópica tipo Burch” (p.13) en un intento por minimizar el tamaño de las incisiones, disminuir la estancia hospitalaria y agilizar el retorno a las actividades normales con respecto de la cirugía convencional por laparotomía.

Luego, Según Villacis, M; et al (2014) “Ulmstein *et al.*, cinco años después (1996) describió la técnica para la aplicación de la cintilla vaginal de uretra media sin tensión” (p.14) de fácil aplicación y al parecer tan eficaz como la colposuspensión que fue la primera técnica de cinta suburetral como tratamiento para la IUE. Para que a posterior como comenta Villacis, M; et al (2014), “en el 2001, Delorme describió una nueva técnica denominada Trans-Obturator-Tape (TOT).” (p.14)

A pesar de que según Villacis, M; et al (2014) “hoy en día, la colposuspensión laparoscópica transperitoneal es una de las técnicas más empleadas” (p.14) en realidad no hay una técnica definida para la corrección de esta patología y se encuentra en disputa principalmente lo que son las técnicas de sling y la colposuspensión de Burch.

A nivel nacional no se encontraron datos en ningún artículo referentes a la incontinencia urinaria de esfuerzo en la población costarricense ni ningún estudio en relación con una comparación de la técnica de sling y la colposuspensión de Burch para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres, solo he encontrado dos artículos en la revista médica de Costa Rica y Centroamérica que tienen un máximo de antigüedad de 5 años pero en ambos los autores mencionan todos sus datos basados en estadísticas internacionales, no hacen referencia en ningún momento la situación de Costa Rica.

Se investiga a nivel de universidades, comenzando por la Universidad Internacional de las Américas, en la cual no se documenta ningún trabajo final de graduación ni revisión bibliográfica sobre la técnica de sling y la colposuspensión de Burch en incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres.

En las universidades San Judas Tadeo, UACA, LATINA, UCIMED, tienen la opción de optar por pruebas de grado, muy pocos realizan tesis, y no se encontró ningún estudio relacionado con el tema en estudio en estas instituciones educativas. En las universidades UNIBE, Costa Rica e Hispanoamericana no se encontró ningún tema relacionado con la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

Medicina es una de las ramas de las ciencias de la salud, que además estudia la vida, enfermedades y la muerte del ser humano al aplicar los conocimientos tanto para el mantenimiento, prevención y promoción de la salud.

“La medicina es una praxis tan antigua como la humanidad, que en el transcurso del tiempo se ha basado en diversas clases de «saberes» y conocimientos que aún coexisten entre ellos el científico-técnico—, y que en general ha tenido como objetivos: “aliviar el dolor, curar las heridas, y también prevenir y diagnosticar enfermedades, así como proporcionar tratamiento y rehabilitación a los enfermos.” (Ocampo, 2012, p.21)

Como se mencionó anteriormente, la medicina inició en la prehistoria, por lo que tiene un área de estudio llamada antropología médica basada en los conocimientos y prácticas de esta época que se caracterizaba por la utilización de plantas, minerales, partes de animales e incluso se caracterizaba por una gran variedad de rituales que en esos tiempos los realizaban los chamanes, sacerdotes, brujos o espiritualistas.

Después de los años y los aportes de grandes personajes como Hipócrates (padre de la medicina), Aristóteles, Abulcasis, Avenzoar, Averroes y Rhazes, entre otros. Con el tiempo, se fueron dando grandes descubrimientos y avances, pero aun en el pasado la mayor parte del pensamiento médico se basaba en lo que habían hecho anteriormente otros personajes o autoridades y lo que se había dicho lo veían como verdad absoluta hasta el siglo XIV y XV d.C cuando sucedió la pandemia de la peste negra.

Asimismo, según Guzmán (2012) en el siglo XV y XVI, una parte de la medicina, la anatomía, sufrió un gran avance gracias a la “aportación del renacentista Leonardo Da Vinci, quien proyectó junto con Marcantonio Della Torre (1481-1511); un médico anatomista de Pavia; uno de los primeros y fundamentales tratados de anatomía, denominado *Il libro dell' Anatomia*”. (p.57)

Pero a pesar de las constantes investigaciones y estudios que estaban teniendo muchos avances fueron desacreditados por investigaciones biomédicas premodernas. Según Guzmán

(2012) es “hasta el siglo XIX que inicia la medicina moderna con los avances de Leeuwenhoek con el microscopio y descubrimientos de Robert Koch de las transmisiones bacterianas”. (p. 58)

A partir de este siglo se vieron grandes cantidades de descubrimientos como el de los antibióticos, y otros avances que hicieron de este un gran momento para la medicina y con el transcurso del tiempo llevar a la práctica, conocimientos y avances de nuestros tiempos.

Actualmente, el médico es un profesional que intenta mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, diagnóstico y tratamiento de las patologías o lesiones de los pacientes, es un experto del tema calificado en materia sanitaria, capaz de dar respuestas generalmente acertadas y rápidas a los problemas de salud de los pacientes.

Entre los principales objetivos que rigen actualmente la medicina son los siguientes:

- ✓ Prevenir las enfermedades y lesiones.
- ✓ Promover y conservar la salud.
- ✓ Aliviar el dolor y sufrimiento.
- ✓ Atender y curar a los enfermos, además de brindar los cuidados a los pacientes en estado terminal
- ✓ Evitar la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

Según el programa de posgrados en especialidades médicas en Costa Rica, las que se imparten en nuestro país son las siguientes:

Tabla# 1: Especialidades médicas en Costa Rica

Especialidad en Anatomía Patológica
Especialidad en Anestesiología Pediátrica
Especialidad en Anestesiología y Recuperación
Especialidad en Cardiología
Especialidad en Cardiología Pediátrica
Especialidad en Dermatología
Especialidad en Endocrinología

Especialidad en Gastroenterología
Especialidad en Geriátría y Gerontología
Especialidad en Ginecología Oncológica
Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Especialidad en Hematología
Especialidad en Hematología Pediátrica
Especialidad en Infectología
Especialidad en Infectología Pediátrica
Especialidad en Inmunología Clínica Médica
Especialidad en Medicina Crítica Pediátrica
Especialidad en Medicina Crítica y Terapia Intensiva
Especialidad en Medicina de Emergencias
Especialidad en Medicina de Extracorpórea
Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria
Especialidad en Medicina Física y Rehabilitación
Especialidad en Medicina Interna
Especialidad en Medicina Materno Fetal
Especialidad en Medicina Paliativa
Especialidad en Nefrología
Especialidad en Nefrología Pediátrica
Especialidad en Neonatología
Especialidad en Neumología
Especialidad en Neumología Pediátrica
Especialidad en Neurocirugía
Especialidad en Neurología
Especialidad en Oftalmología
Especialidad en Oftalmología Pediátrica
Especialidad en Oncología Médica
Especialidad en Oncología Médica Pediátrica
Especialidad en Oncología Quirúrgica

Especialidad en Ortopedia y Traumatología
Especialidad en Ortopedia y Traumatología Pediátrica
Especialidad en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello
Especialidad en Patología Pediátrica
Especialidad en Pediatría
Especialidad en Psicología Clínica
Especialidad en Psiquiatría
Especialidad en Psiquiatría Infantil
Especialidad en Radiología e imágenes Médicas
Especialidad en Radioterapia
Especialidad en Reumatología
Especialidad en Urología
Especialidad en Urología Pediátrica
Especialidad en Vascular Periférico
Especialidad en Cirugía Cardiovascular Torácica
Especialidad en Cirugía General
Especialidad en Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética
Especialidad en Cirugía Torácica General
Especialidad en Cirugía Pediátrica

Fuente: <http://www.sep.ucr.ac.cr/salud/posg-medicina/planes.html>

Entre las especialidades que la conforman está Ginecología y Obstetricia que según lo mencionado en el programa de posgrado de esta especialidad la palabra deriva del término latín *obstetrix* que significa “comadrona”. También se cree que puede venir del verbo *obstare* cuyo significado es “estar al lado”.

Según el Dr. Owsei Temkin, la interpretación más probable de *obstetrix* es “mujer que estaba al lado de la parturienta”. (Alfaro, F y Castro, C, s.f, p.4) No se ha aclarado aún si con esto se aludía solo a que la comadrona estaba delante o cerca de la parturienta o si el nombre llevaba la connotación adicional de prestar auxilio.

Según el diccionario de inglés de Oxford (1933), la obstetricia es la rama de la Medicina que trata del parto, sus antecedentes y sus secuelas, por lo tanto “le concierne todos los fenómenos y el tratamiento del embarazo, el parto y el puerperio, tanto en circunstancias normales como anormales.” (Alfaro, F y Castro, C, s.f, p.4)

Según Alfaro, F y Castro, C (s.f) la palabra ginecología “deriva del griego ginecus -mujer- y logos -estudio-.”(p.4) La ginecología como rama especializada de la medicina, es relativamente reciente, dado que anteriormente los problemas de salud de los órganos reproductores de la mujer eran tratados por los médicos y cirujanos generales.

En esencia, la ginecología aborda todos los aspectos que atañen a los órganos reproductivos femeninos, desde la infancia hasta la senectud inclusive al exceptuar los periodos gestacionales. En la actualidad se divide en cuatro grandes áreas: ginecología general, ginecología oncológica, ginecología endocrinológica y de la reproducción, y ginecología infanto-juvenil.

La principal característica que identifica claramente a la Ginecología y a la Obstetricia, es que es la única especialidad que se dedica exclusivamente a las mujeres. Su ámbito de acción gira alrededor de los órganos de la reproducción, durante el embarazo, parto y puerperio en el caso de la obstetricia, y en los demás períodos de la vida de la mujer (infancia, pubertad, adolescencia, etapa reproductiva, climaterio y menopausia), con respecto a la ginecología.

El ginecólogo y obstetra es un profesional de las Ciencias de la Salud, con formación médica general completa, que ha profundizado sus estudios, siguiendo un programa universitario formal, en la patología propia de los órganos reproductivos de la mujer, así como los hallazgos del embarazo, parto y puerperio, tanto normales como anormales.

El objeto de estudio lo componen todas las “entidades nosológicas que alteran la salud de la mujer al colocar a ésta en riesgo real o potencial de secuelas que interfieren en su condición de bienestar biopsicosocial.” (Alfaro, F y Castro, C, s.f, p.7)

La función de este especialista es detectar al utilizar los factores de riesgo conocidos o investigados y todos los métodos diagnósticos disponibles, la población

femenina expuesta a enfermedad o enferma, con el fin de realizar prevención, educación, intervención médica, quirúrgica y rehabilitación.

Uno de todos los temas que se estudian en esta especialidad es la incontinencia urinaria, que es el tema principal de la presente investigación.

Conceptualización de la incontinencia urinaria

Según León, K (2016) “la International Continence Society (ICS), define Incontinencia urinaria como la queja por cualquier pérdida involuntaria de orina.”(p.247)

La ICS clasificó en el año 2002 los síntomas del tracto urinario inferior en síntomas de la fase de llenado y síntomas miccionales. La incontinencia, como síntoma de la fase de llenado, se define como “la enfermedad, o condición médica, caracterizada por cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema higiénico o social”. (Ávila, E; 2015, pp.17-18)

Esta patología incluye una demostración objetiva de la pérdida de orina durante la fase de llenado vesical y una valoración subjetiva del impacto de la incontinencia sobre la calidad de vida de las personas que la padecen. (León, K 2016, p.247)

La IU no es una enfermedad que ponga en peligro la vida del paciente, pero deteriora significativamente la calidad de vida de quien la padece, ya que reduce su autoestima y deteriora su autonomía.

La IU tiene un importante impacto negativo sobre la calidad de vida, tanto en el entorno social, como el físico, sexual, psicológico, laboral y doméstico. Además, según León, K 2016, “comporta un coste alto para la sanidad, al menos 2% del presupuesto sanitario en los países desarrollados.” (p.248)

“La prevalencia media estimada ronda el 20%-30% en términos generales, con una elevación de hasta el 30%-40% en las personas de mediana edad y de hasta un 30%-50% en los ancianos.” (Ávila, E; 2015, p.18)

La incidencia de IU aumenta linealmente con la edad hasta ser considerada como uno de los síndromes geriátricos, tanto por su elevada prevalencia en mayores de 65 años como por el impacto negativo que ocasiona en el anciano que la sufre.⁴

Anatomía del piso pélvico

Según Carrillo, K y Sanguineti, A (2013) la pelvis es un “espacio que se continúa con la cavidad abdominal y contiene los órganos de distintos sistemas, tanto del sistema urinario (vejiga y uretra), sistema reproductivo (útero, anexos y vagina en la mujer), y sistema digestivo en su extremo más distal (recto y ano).”(p.185)

El periné es el conjunto de partes blandas que cierran por debajo la pelvis. Está formado de tres grandes planos: el 80% lo conforma tejido conjuntivo o fascial y el 20% tejido muscular.

Los límites del periné están constituidos por un cuadro osteofibroso, por delante se encuentra el borde inferior de la sínfisis púbica y las ramas isquiopúbicas y por detrás el vértice del cóccix y los ligamentos sacrotuberosos. La línea transversal que pasa por las dos tuberosidades isquiáticas separa el periné en dos segmentos triangulares: El periné anterior o la región urogenital y el periné posterior o la región anal y digestiva.

Musculatura del piso pélvico

La musculatura del piso pélvico corresponde a un grupo de músculos estriados dependientes del control voluntario, que forman una estructura de soporte similar a una “hamaca” para los órganos de la pelvis.

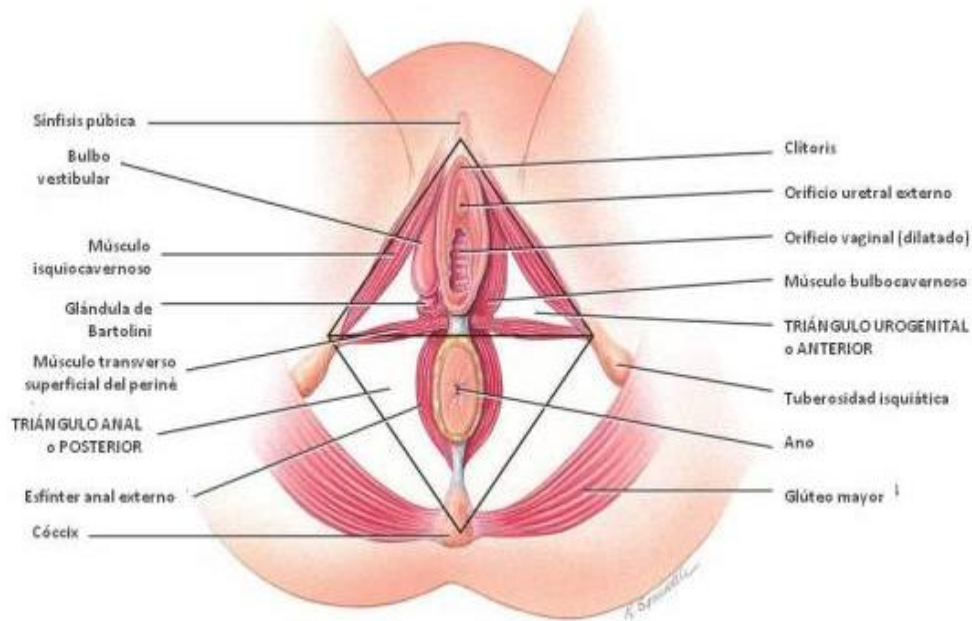
Según Carrillo, K y Sanguineti, A (2013) “el músculo elevador del ano en conjunto con un segundo músculo del piso pélvico, el músculo coccígeo, forman el llamado diafragma pélvico, siendo el primero el componente principal.” (p. 186)

Este diafragma se extiende hacia anterior desde el pubis, posterior hacia el cóccix y lateral hacia ambas paredes laterales de la pelvis menor. Se extiende como un embudo hacia inferior al formar la mayor parte del suelo de la pelvis. Existe además otro grupo muscular que conforma el diafragma urogenital, más inferior, es decir superficial al elevador del ano que, al igual que éste, participa en la continencia urinaria.

El elevador del ano es el músculo más extenso de la pelvis. Está compuesto por tres fascículos o haces: el haz puborrectal, pubococcígeo e iliococcígeo. El haz puborrectal se origina desde la cara posterior de ambos lados de la sínfisis del pubis. Su origen es medial al origen del haz pubococcígeo.

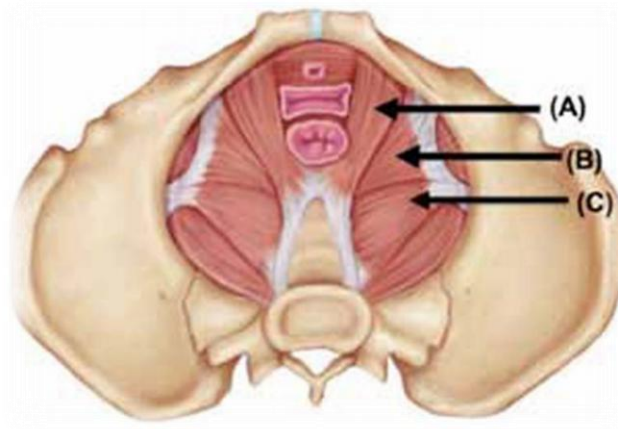
El haz puborrectal es un fascículo muscular grueso que avanza hacia posterior e inferior hasta detrás del recto en el nivel de la unión anorrectal donde sus fibras se cruzan al dando la característica forma de “U”. El haz pubococcígeo se origina lateral al origen del haz puborrectal, en la sínfisis del pubis, al sobrepasar el recto e insertarse en el nivel del cóccix. El haz iliococcígeo se inserta en las regiones laterales a la sínfisis de pubis y en el arco tendinoso del músculo elevador del ano (un engrosamiento ancho curvo y cóncavo de la fascia obturatoria) y hacia posterior se inserta en el ligamento anococcígeo lateral a las dos últimas vértebras coccígeas. La disposición de las fibras adopta una dirección hacia inferior y medial en dirección al conducto anal, formando un “embudo” con forma de V o de “alas de paloma” al observar cortes coronales a esta altura. El control de este músculo está dado por inervación proveniente del nervio para el músculo del elevador del ano proveniente del plexo sacro, ramas del nervio pudendo, perineal y rectal inferior. (Carrillo, K y Sanguineti, A; 2013, p.186)

Figura #1: Vista inferior del plano superficial



Fuente: <https://physiowomenhealth.wordpress.com/2014/10/30/anatomia-funcional-del-suelo-pelvico/>

Figura #2: Músculos profundos del piso pélvico



Fuente: Modificado de <http://www.flashcardmachine.com/upper-body-muscles.html>

En la imagen anterior se muestra como el diafragma pélvico está formado por los haces puborrectal y pubococcígeo (A), en el primero sus fibras se cruzan por detrás del recto

y el segundo continúan hacia el cóccix. El haz iliococcígeo (B) que en conjunto con los anteriores forman el músculo elevador del ano. El músculo coccígeo (C) que en conjunto con el músculo elevador del ano, forma el diafragma pélvico.

Con respecto a la vejiga, se debe comprender que es el elemento más anterior de las vísceras pélvicas y que aunque se sitúa en su totalidad en la cavidad pélvica cuando está vacía, se expande en sentido superior hacia el abdomen cuando está llena.

Es un órgano muscular hueco situado en la cavidad pélvica, entre la sínfisis del pubis (por delante) y el útero y la vagina (por detrás). Su capacidad oscila entre 2 y 3 litros de capacidad máxima y entre 150 y 500ml de capacidad fisiológica.

En cuanto a los medios de fijación son el espacio fibroso que envuelve a la vejiga y los ligamentos pubovesicales, umbilical medio y umbilicales mediales o laterales.

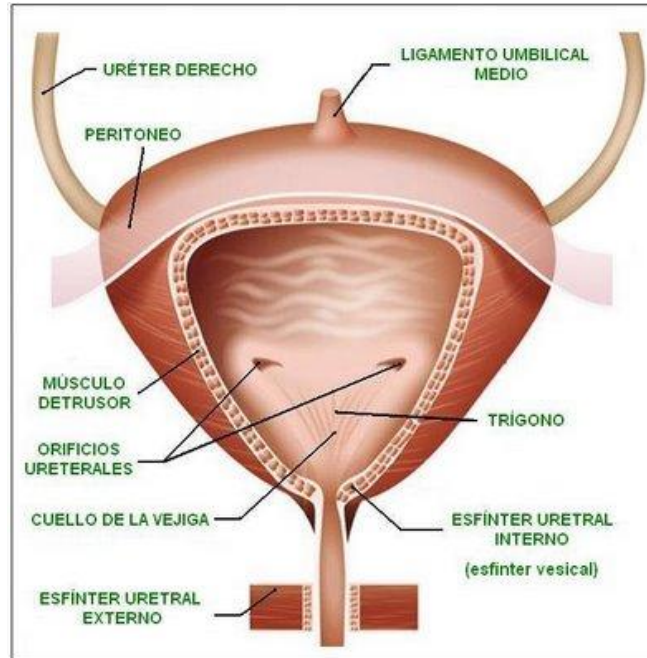
La vejiga queda fijada por el ligamento pubovesical que une la sínfisis del pubis con el cuello de la vejiga urinaria. Los ligamentos laterales que van hasta el pliegue rectouterino y refuerzan la estabilidad los ligamentos umbilicales medios y mediales.

Por dentro está formada por una capa mucosa de tejido epitelial otra capa submucosa y por último una capa muscular que se corresponde con el músculo detrusor. En la parte inferior de la misma, se puede observar el trígono formado por los dos orificios uretrales y el orificio uretral interno.

Del cuello de la vejiga sale la uretra, conducto de 4cm de longitud que conecta la vejiga con el orificio uretral externo, el cual se sitúa en el vestíbulo de la vagina. La uretra mantiene las paredes colapsadas mientras no existe micción, lo que evita la aparición de posibles infecciones.

El cierre uretral se realiza mediante un mecanismo triple; musculatura estriada, lisa y elementos vasculares. La quinta parte más proximal de la uretra, contiene fibras que provienen del músculo detrusor. En la uretra membranosa que atraviesa el diafragma urogenital se añade, el músculo compresor de la uretra y el esfínter uretrovaginal.

Figura #3: Anatomía de la vejiga desde una vista frontal



Fuente: <http://esthernajeraw.blogspot.com/>

Fisiología y fisiopatología de la micción y la continencia

Fisiológicamente, la vejiga se comporta como un órgano que permanentemente está 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.

Según Chiang, et al. (2013) desde el punto de vista anatómico, “la fase de continencia depende de la elasticidad del detrusor, y de la resistencia pasiva del tracto de salida.” (p.220) La fase miccional, depende así mismo de la visco elasticidad del detrusor y de la conductancia del tracto de salida que se refiere a la ausencia de obstrucción.

Además, según Chiang, et al. (2013) “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.” (p. 220)

Este conjunto de funciones se obtienen a través de la inervación tanto visceral (simpática y parasimpática) como somática, con diversos niveles de integración en el nivel medular, mesencefálico y finalmente cortical.

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.

Chiang, et al (2013) mencionan que la gran ventaja de entender la función vésico esfinteriana, consiste en que es posible clasificar todas las alteraciones funcionales de la continencia y micción en cuatro grupos al depender de si la patología afecta la fase miccional o la fase de continencia y si depende de alteraciones de la función del detrusor o del tracto de salida (p.220) como se muestra en la figura #1.

Figura#4: Alteraciones funcionales de continencia y micción

FASE DE CONTINENCIA (INCONTINENCIAS)	FASE MICCIONAL (RETENCIONES)
<p>Detrusor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la acomodación <ul style="list-style-type: none"> - Alteración visco elasticidad - Alteración de la inhibición del tono • Aumento de la contractilidad hiperactividad del detrusor idiopática o neurógena. 	<p>Detrusor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución o ausencia de la contractilidad del detrusor <ul style="list-style-type: none"> - Neurógena - Miogena
<p>Complejo esfinteriano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incontinencia urinaria de esfuerzo femenina por hipermovilidad uretral • Incontinencia urinaria por incompetencia esfinteriana intrínseca <ul style="list-style-type: none"> - Neurógena - Daño esfinteriano anatómico - Falla del sello • Incontinencia extra uretral (fistulas) 	<p>Tracto de salida: (uropatía obstructiva)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activas <ul style="list-style-type: none"> - Disinergia detrusor esfinter - Externo - Interno • Pasivas <ul style="list-style-type: none"> - Compresivas (adenoma prostático) - Restrictivas (estrechez de uretra) - Otros (acodadura uretral) • Inhibición psicógena

Fuente: Chiang, et al. (2013) Incontinencia urinaria. Revista médica clínica Condes.
(p. 220)

Así, en la fisiopatología de la incontinencia urinaria se pueden distinguir dos grandes grupos, los que se caracterizan por tener un trastorno está en el tracto de salida y los que tienen el problema en el detrusor. (Según Chiang, et al, 2013, p.221)

Las incontinencias urinarias de esfuerzo antiguamente conocidas como tipo I y tipo II, son grados progresivos del mismo fenómeno, caracterizado por disminución en la transmisión de la presión intra abdominal a la uretra proximal, debido a la pérdida de soporte de los órganos pélvicos por daño de

la base músculo aponeurótica del perineo caracterizado por hipermovilidad uretral, relacionada con la multiparidad y al hipoestrogenismo perimenopáusico. En este caso, el esfínter en sí, se encuentra indemne. Obviamente se presenta solo en mujeres. (Chiang, et al, 2013, p.221)

En la incompetencia esfinteriana intrínseca, antiguamente llamada tipo III, existe una alteración intrínseca del esfínter, que puede ser debida a alteraciones anatómicas como las causadas por cirugías múltiples, radioterapia, entre otros o a alteraciones funcionales tales como lesiones neurológicas del cono medular o periférico.

En el caso de las incontinencias originadas en el detrusor, se distinguen la hiperactividad del detrusor y las alteraciones de la acomodación.

Según Chiang, et al, (2013) la hiperactividad vesical, “se caracteriza por el incremento activo de la presión intravesical durante la fase de continencia, ya sea por contracciones fásicas del detrusor o por un incremento sostenido del tono del mismo.” (p. 221)

En relación con la hiperactividad del detrusor distinguimos la idiopática y la neurogénica, (anteriormente llamadas hiperreflexia e inestabilidad primaria del detrusor), según exista o no una alteración neurológica de base que explique el cuadro. (Chiang, et al, 2013, p.221)

Este enfoque permite verificar fácilmente que la incontinencia urinaria no es una sola enfermedad, sino que es un síntoma, que permite ser objetivado convirtiéndolo en un signo, pero detrás del cual existen múltiples mecanismos fisiopatológicos, los que a su vez pueden estar causados por múltiples enfermedades. Por ello, al hacer el diagnóstico de una incontinencia urinaria no basta con saber que una paciente pierde orina involuntariamente, sino que debemos también saber cuál es el tipo de incontinencia que la afecta, y cuál es la enfermedad que la causa, ya que sólo así podremos establecer una orientación terapéutica adecuada para intentar tener la mayor tasa de éxito posible.

Tipos de incontinencia urinaria

Puede clasificarse según el tipo de incontinencia, la frecuencia y gravedad de la pérdida, los factores desencadenantes, el impacto en las relaciones sociales y el deterioro en la calidad de vida.

Según León, K (2016) la clasificación de la IU como síntoma del tracto urinario inferior según la ICS es el siguiente:

- Incontinencia urinaria de urgencia (IUU). Es la pérdida involuntaria de orina acompañada o precedida de urgencia miccional, la cual se define como el repentino y fuerte deseo de orinar que no se puede diferir. La causa de esto es la contracción involuntaria del detrusor vesical.
- Incontinencia urinaria mixta (IUM). Pérdida involuntaria de orina asociada a urgencia miccional y también en relación con los ejercicios, esfuerzos, tos y estornudos. (IUE+IUU)
- Incontinencia urinaria por rebosamiento o sobreflujo. Se define como la pérdida involuntaria de orina relacionada con sobredistensión vesical. Intervienen dos procesos primarios: retención urinaria y contracciones inadecuadas de la vejiga.
- Incontinencia Urinaria Continua. Es la pérdida involuntaria y continua de orina, en ausencia de deseo miccional. Se puede deber a una fístula, un uréter ectópico o a un déficit intrínseco de cierre uretral muy severo.
- Incontinencia urinaria de estrés o esfuerzo (IUE). Se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico, que provoca aumento de la presión abdominal (ejercicio, tos o estornudos)

Se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral, como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral.

La incontinencia urinaria se puede clasificar como uretral o extrauretral. Según Trejos, S (2013) “la IUE es de tipo uretral y puede ser causada por una anomalía vesical, una anomalía del esfínter vesical o una combinación.”(p.307)

Según Orellana, M (2014) menciona en la página (p.14) la siguiente clasificación de la IUE:

- ✓ **Grado I.** Se presenta salida involuntaria de orina por grandes esfuerzos o incremento súbito de la presión abdominal; no existe fuga durante la noche.
- ✓ **Grado II.** Se presenta salida de orina como respuesta a los esfuerzos convencionales, marcha, posición de pie o a partir de una posición sentada puede observarse fuga durante la noche.
- ✓ **Grado III.** Se presenta incontinencia urinaria total, hay fuga de orina sin ninguna relación con la actividad física.

Factores de riesgo asociados principalmente a la incontinencia urinaria de esfuerzo

- **Edad.** Varias razones (longitud uretral, diferencias anatómicas en el suelo pelviano, efectos del parto) intentan justificar la diferencia de que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar IU. Sin embargo, esta razón de riesgo varía con la edad: en menores de 60 años las mujeres tienen cuatro veces más probabilidades que los hombres de padecer IU, pero en mayores de 60 años sólo dos veces más
- **Menopausia e hipoestrogenismo.** La atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pelviano así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral. Estudios recientes, no obstante, no han demostrado que la menopausia por sí misma sea un factor de riesgo independiente de la edad. (Ávila, E; 2015, p.21)
- **Raza.** Estudios multivariados demuestran que las mujeres blancas tienen una prevalencia de IUE tres veces mayor que las mujeres negras, atribuyéndose a diferencias raciales en el tejido conjuntivo o en los músculos.
- **Peso.** La obesidad es uno de los factores de riesgo independiente para la IU en mujeres mayores. Un índice de masa corporal (IMC) alto se correlaciona con una mayor prevalencia de IUE ,así como con la severidad de la IU.

“Se conoce poco sobre la pérdida de peso como tratamiento de la IU.” (Ávila, E; 2015, p.21)

➤ **Paridad:** El parto es un factor establecido de riesgo de IUE entre las mujeres jóvenes y de mediana edad. Se ha sugerido que el parto vaginal es el factor contribuyente más importante, posiblemente por las lesiones neurológicas o musculares asociadas.

Según Trejos, S (2013) hay cuatro mecanismos principales por los cuales el parto vaginal puede dañar el esfínter y producir incontinencia (p.308):

- 1) Lesión del tejido conectivo de soporte por el proceso mecánico del parto
- 2) Daño vascular de las estructuras pélvicas como resultado de la compresión causada por el feto
- 3) Daño a los nervios pélvicos, los músculos pélvicos o ambos como resultado del trauma
- 4) Lesión directa al tracto urinario durante el parto

Además, “el parto vaginal puede causar lesión del nervio pudiendo en la presencia de factores como multiparidad, parto con fórceps, segunda etapa de la labor prolongada, laceración perineal de 3º grado y peso al nacer mayor de 4000g.” (Trejos, S. 2013, p.308)

➤ **Histerectomía.** El impacto de la histerectomía en el desarrollo de la IUE no está demostrado. Según Ávila, E. (2015) menciona que en su revisión encontró “un meta análisis que publicó una asociación entre histerectomía e IUE a largo plazo, es decir, muchos años tras la cirugía sobre todo en mujeres mayores de 60 años en las que el riesgo de IU se incrementaba hasta un 60%, pero otros estudios, no encuentran esta asociación.”(p. 21)

➤ **Factores uro ginecológicos.** Los prolapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, la debilidad de los músculos del suelo pelviano, la cirugía

uro ginecológica previa, el estreñimiento, las cistitis y otras infecciones del tracto urinario son los factores uro ginecológicos más importantes asociados a IUE.

➤ **Otros factores.** Incluye cardiopatías, diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, demencia, accidentes cerebrovasculares, varios fármacos, tabaquismo, abuso del alcohol, y otros, se han relacionado con IUE.

Diagnóstico de la incontinencia urinaria

Según Chiang, et al. (2013) el estudio del paciente con incontinencia urinaria “debe incluir las mismas etapas clásicas del examen médico: anamnesis, examen físico y estudios adicionales complementarios” (p. 221), dirigidos 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.

Según Trejos, S (2013) “los síntomas que reportan los pacientes por lo general no son confiables para definir la naturaleza precisa y la severidad de la incontinencia urinaria” (p. 309), por lo que se debe recurrir a la anamnesis, exploración física y el estudio urodinámico.

Según Trejos, S (2013) “estos son suficientes para guiar la terapia inicial basándose en un diagnóstico en progreso del tipo y etiología de la incontinencia urinaria.”(p. 309)

Son objetivos fundamentales en el diagnóstico determinar el tipo exacto de IU que presenta la paciente, la repercusión social que le ocasiona y elegir el tipo de tratamiento adecuado según las características de la IU.

Para realizar una buena evaluación del padecimiento de la paciente y obtener un diagnóstico pronto y adecuado se recomienda realizar lo siguiente:

1. Historia clínica, con especial referencia a los siguientes puntos:

- a) Naturaleza y duración del síntoma de incontinencia
- b) Tratamientos previos (quirúrgicos o no)
- c) Estado mental y comorbilidad
- d) Medicaciones concomitantes
- e) Función sexual e intestinal

Además, Trejos, S (2013) menciona que “es importante conocer la frecuencia de la fuga de orina, el volumen, el momento en que ocurre, síntomas asociados, factores precipitantes, el hábito intestinal, la función sexual y la paridad de la paciente. (p.309)

“Si la paciente refiere que presenta fugas de orina con maniobras de esfuerzo como toser, reír, agacharse, correr, se consideran síntomas confiables y altamente sensibles de IUE.” (Según Trejos, S. 2013, p.309)

Además para facilitar más el diagnóstico específico de la IUE se creó un “cuestionario fue evaluado en un estudio multicéntrico de 300 mujeres de edad media con incontinencia moderada y presentó una especificidad (0.60) y una alta sensibilidad diagnóstica (0.86) para IU” (Según Trejos, S. 2013, p.309)

Este cuestionario, de las tres preguntas (3IQ) para incontinencia ha sido desarrollado para categorizar la incontinencia y guiar al médico hacia el plan de tratamiento inicial.

Sin embargo, Trejos, S (2013) recalca que “su uso en mujeres mayores, aquellas con prolapso de órganos pélvicos coexistente, y diferentes razas y etnias no ha sido evaluado”. (p.309)

Figura #5: Cuestionario 3IQ para categorizar la incontinencia urinaria

1. ¿Durante los 3 últimos meses, ha presentado fuga de orina (aunque sea una cantidad pequeña)?
<ul style="list-style-type: none"> • Si • No (completó el cuestionario)
2. ¿Durante los 3 últimos meses, presentó una fuga de orina: (marque todas las que apliquen)
<ul style="list-style-type: none"> • Cuando realizaba alguna actividad física, como toser, estornudar, alzar un objeto o ejercicio? • Cuando sintió la urgencia de vaciar la vejiga, pero no pudo llegar al sanitario lo suficientemente rápido? • Sin actividad física ni ningún sentido de urgencia?
3. Durante los 3 últimos meses, presentó fuga de orina más frecuentemente: (marque solo una)
<ul style="list-style-type: none"> • Cuando realizaba alguna actividad física, como toser, estornudar, alzar un objeto o ejercicio? • Cuando sintió la urgencia de vaciar la vejiga, pero no pudo llegar al sanitario lo suficientemente rápido? • Sin actividad física ni ningún sentido de urgencia? • Igual de frecuentemente con actividad física como con la sensación de urgencia
La definición del tipo de incontinencia urinaria se basa en la respuesta a la pregunta 3:
<ul style="list-style-type: none"> • Más frecuentemente durante actividad física → IUE • Más frecuentemente con la urgencia de vaciar la vejiga → Urgencia • Sin actividad física ni ningún sentido de urgencia → otra causa • Igual con actividad física y sensación de urgencia → mixta

Fuente: Trejos, S. (2013) Diagnóstico y abordaje de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la atención primaria. 307-312

2. Cuantificación de los síntomas y efectos sobre la calidad de vida:

- a) Uso de un diario miccional, para documentar la frecuencia miccional, el volumen orinado, la cantidad de líquido ingerido por el paciente, el número de episodios de incontinencia y las compresas utilizadas
- b) La historia debe hacer hincapié en la percepción e impacto de la incontinencia sobre la calidad de vida del paciente. Para ello es recomendable el uso de cuestionarios de calidad de vida.

Con respecto al impacto en la calidad de vida Trejos, S (2013) menciona que “es de gran importancia determinarlo debido a que la incontinencia urinaria se asocia a depresión, incapacidad para trabajar, interacciones sociales y disfunción sexual.” (p. 309)

3. Examen físico:

a) Palpación abdominal: excluir globo vesical

b) Examen neurológico básico

El examen neurológico detallado no es necesario a menos que la paciente refiera un inicio agudo de la incontinencia o aparición de síntomas neurológicos nuevos. El examen debe incluir integridad de la raíz del nervio sacro (sensación perineal, tono del esfínter anal, reflejo de cierre del esfínter). En personas mayores se debe evaluar por depresión, estatus funcional y función cognitiva. (Trejos, S; 2013, p.310)

c) Constatar el signo de incontinencia. Al paciente de pie, desnudo de cintura para abajo, con vejiga moderadamente llena (con deseo miccional normal) y sobre una toalla, se le indica que realice una maniobra de Valsalva o que tosa varias veces para tratar de poner en evidencia el escape urinario.

4. Otras pruebas diagnósticas:

a) Análisis de orina. Descartar infección, hematuria, glucosuria, u otras.

Según Trejos, S (2013) “se le debe realizar un examen general de orina a toda paciente, y en caso de que se sospeche infección se debe realizar también un cultivo de orina.”(p.310)

b) Residuo postmiccional. Por palpación abdominal, cateterismo uretral o, con más exactitud y menos agresividad, mediante una ecografía, que además nos permite evaluar los riñones, la vejiga, con su posible patología asociada como lo serían por ejemplo los cálculos vesicales o divertículos.

Además es importante mencionar que “a todas las mujeres con incontinencia urinaria se les debe realizar un examen pélvico, éste debe incluir inspección de la mucosa vaginal por atrofia, estrechamiento del introito por sinequias, estenosis apical e inflamación.” (Trejos, S; 2013, p.309)

Igualmente por el alto porcentaje de pacientes que padecen esta patología actualmente en el nivel internacional en muchos países se realiza un tamizaje que según Trejos, S (2013) es de mayor importancia “en mujeres que han tenido hijos, presentan condiciones comórbidas asociadas con riesgo aumentado de incontinencia, y son mayores de 65 años.” (p. 311)

Este tamizaje se realiza con el Cuestionario de Incontinencia en la Consulta Internacional (ICIQ-SF) “es un instrumento validado para evaluar la severidad de la incontinencia, la frecuencia y el volumen de la fuga, las circunstancias de la fuga de orina y su interferencia con la vida diaria.”(Trejos, S; 2013, p.311)

Figura #6: Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

1	Con qué frecuencia pierde orina? (Marque sólo una respuesta)									
A	Nunca	0	puntos							
B	Una vez a la semana	1								
C	2-3 veces por semana	2								
D	Una vez al día	3								
E	Varias veces al día	4								
F	Continuamente	5								
2	Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.									
A	No se me escapa nada	0	puntos							
B	Muy poca cantidad	2								
C	Una cantidad moderada	4								
D	Mucha cantidad	6								
3	En qué medida estos escapes de orina que tiene, han afectado su vida diaria?									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pase a usted.									
	Nunca									
	Antes de llegar al servicio									
	Al toser o estornudar									
	Mientras duerme									
	Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio									
	Cuando termina de orinar y ya se ha vestido									
	Sin motivo evidente									
	De forma continua									
Puntuación: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3. Se considera diagnóstico de incontinencia urinaria cualquier puntuación mayor a cero.										

Fuente: Trejos, S. (2013) Diagnóstico y abordaje de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la atención primaria. 307-312

Otras pruebas diagnósticas recomendadas

1) Estudios urodinámicos:

- a) Cistomanometría. Estudia la fase de llenado vesical. Evalúa la sensibilidad al llenado, la capacidad cistométrica, la acomodación (compliance), la función del músculo detrusor en el llenado y la competencia esfinteriana. Puede detectar también síntomas como el dolor al llenado.

La incontinencia urodinámica por esfuerzo se define como la pérdida involuntaria de orina durante aumentos en la presión abdominal en la ausencia de la contracción del músculo detrusor. Cuando la condición no se puede documentar por observación urodinámica, puede “asumirse” por documentación clínica. (Según Lasa, I; 2015, p.19)

- b) Estudio miccional (estudio de presión-flujo). Evalúa si hay sospecha de obstrucción, si el detrusor es poco contráctil durante la micción, la posible presencia de residuo postmiccional, así como la actividad del esfínter estriado al orinar. Se recomienda realizar los estudios urodinámicos antes de administrar tratamientos agresivos (quirúrgicos), para evaluar el fracaso de tratamientos previos, o en casos de incontinencia complicada, como suele ocurrir en la incontinencia grave o en las incontinencias en reposo o que se aprecian en pacientes que han perdido el ciclo miccional.

2. Pruebas de imagen: ecografía, radiografía simple de abdomen, cistouretrografía retrógrada y miccional (CUMS) y pielografía.

- a) La pielografía sólo en casos de sospecha de patología del tacto urinario superior. Recientemente está siendo desplazada por la tomografía axial computarizada (TAC).
- b) La CUMS puede ser útil en el caso de IU complicada o recurrente. Puede descartar la existencia de reflujo vesicouretral, estenosis de uretra, divertículos uretrales y fístulas.

3. Endoscopia (uretrocistoscopia). En caso de sospecha de otra enfermedad como cuando se evalúa la microhematuria, incontinencia complicada o si las pruebas anteriores no acaban de darnos un diagnóstico claro.

Tratamiento

La IUE tiene diferentes abordajes para su tratamiento incluye el manejo conservador mecánico, farmacológico e intervenciones quirúrgicas.

“El tratamiento conservador se basa en métodos físicos incluye el entrenamiento de los músculos del piso pélvico, estimulación eléctrica y los pesarios. También se cuenta con los dispositivos mecánicos que reducen o previenen la fuga como tapones o parches uretrales.” (Villacis, M; et al, 2014, p.12)

Con respecto al tratamiento farmacológico, según Ávila, R. (2015) los más utilizados son los siguientes a pesar de que “en la actualidad no hay ningún medicamento autorizado en todo el mundo para el tratamiento de la IUE.” (p.25)

Los tratamientos farmacológicos como los estrógenos y los alfa-adrenérgicos han sido usados en el pasado. Actualmente los inhibidores de serotonina y norepinefrina han sido retomados como nueva terapia para la incontinencia urinaria, usados solos o en combinación con otros manejos conservadores. Generalmente, la terapia conservadora se propone antes de hacer manejo quirúrgico especialmente en pacientes que cursan con incontinencia no severa, y en pacientes no refractarias al tratamiento médico. (Villacis, M; et al, 2014, p.12)

Los alfa adrenérgicos (Efedrina, Pseudoefedrina) son fármacos que aumentan la contracción del músculo liso de la uretra y la actividad del cuello vesical por lo que se oponen al vaciado vesical.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como la Duloxetina, son antidepresivos que al inhibir selectivamente la recaptación de Noradrenalina y Serotonina, estos fármacos suprimen la actividad parasimpática al aumentar la actividad simpática y somática en la vejiga. Como resultado de esta acción aumenta la fuerza de las contracciones del esfínter de la uretra disminuye así la IUE.

Según Ávila, R. (2015) con respecto de este último fármaco “se ha comprobado una eficacia en la reducción de los distintos parámetros miccionales cercana al 50 %, con pocos efectos adversos.”(p.26)

A pesar de los métodos anteriores Ávila, R. (2015) menciona que “el tratamiento de la IUE es principalmente quirúrgico, los fármacos clásicamente utilizados presentaban una escasa eficacia y muchos efectos secundarios.”(p.25)

Numerosos métodos quirúrgicos para la IUE han sido descritos y evaluados recientemente y han sido clasificados dentro de siete categorías:

- 1) Suspensión retropúbica abdominal abierta (colposuspensión Burch / Burch modificado)
- 2) Suspensión retropúbica laparoscópica
- 3) Reparación vaginal anterior (colporrafia anterior, Kelly,Pace)
- 4) Cintas suburetrales (cabestrillo suburetral tradicional y cirugías de cabestrillo mínimamente invasivas como TVT o TOT)
- 5) Suspensión de aguja (Pereyra, Stamey)
- 6) Inyecciones periuretrales
- 7) Esfínteres artificiales.

Según Ávila, R. (2015) el tratamiento quirúrgico está dirigido a “aumentar el soporte de la uretra y con ello aumentar la resistencia uretral durante los esfuerzos.” (p.25)

En los casos con una clara hipermovilidad uretral, e incluso en la insuficiencia esfinteriana intrínseca no grave ni asociada a uretra fija, las técnicas de suspensión uretral sin tensión (técnicas mínimamente invasivas de tipo TVT o TOT) se han convertido en las pruebas de referencia y han desplazado a las técnicas de colposuspensión como la de Burch, que durante años fue la técnica más eficaz. (Ávila, R; 2015, p.25)

De las primeras técnicas empleadas fueron las llamadas suturas de plicatura, que según Villacis, M; et al (2014) “esta se basó en la suspensión del cuello vesical y de la vejiga

a la aponeurosis de los músculos rectos abdominales mediante sutura de cromado N° 14.”
(p.13)

Después se desarrolló la técnica de uretropexia retropúbica que tiene dos modalidades, la de Marshall Marchetti Krantz en el cual las suturas van a través del periostio y la colposuspensión de Burch que al tener índices de curación similares pero menos complicaciones, vino a convertirse en el principal método quirúrgico por muchos años, incluso siendo catalogado por un largo plazo de tiempo como el Gold standard en la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Según Garely, A., et al. (2014) el propósito de la uretropexia retropúbica “es dar soporte al tejido lateral a la uretra y el cuello de la vejiga para que haya una movilidad limitada del tejido suburetral o fascia pubocervical.”(p.14)

Con respecto de lo anterior, el propósito es que cuando una fuerza tal como la tos se aplica a la vejiga y la uretra, la fijación a la fascia pubocervical permite la adecuada ubicación de la uretra.

De forma resumida lo que caracteriza al procedimiento de Burch es que 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 de Cooper o ligamento íleopectíneo.”(Según Garely, A., et al. 2014, p.16)

La colposuspensión de Burch, presenta tasas de curación (restablecimiento completo de la continencia) de 73-92%, con unas tasas de éxito (curación o mejoría) de 81-96%. Además estas tasas se mantienen en el tiempo ya que a los 5-10 años el 70% de las pacientes continúan continentes. Las complicaciones más frecuentes son la disfunción de vaciado vesical (en 2-27% de las pacientes) y la hiperactividad vesical “de Novo” (8-27%) y el grado de satisfacción de las pacientes es alto. (Villacis, M; et al, 2014, p.16)

A pesar de lo anterior, el procedimiento de Burch como cirugía de primera línea para la IUE aislada se ha vuelto poco común desde la aparición de los slings mínimamente invasivos.

La cirugía se inicia realizando una exposición del espacio retropúbico a través de una incisión suprapúbica transversa o una media infraumbilical. Posteriormente se procede a una disección roma de la grasa y de los pequeños vasos hacia abajo y hacia los lados al exponer la pared vaginal a ambos lados de la uretra, en cada lado se dan dos puntos no reabsorbibles en la vagina, que han de aplicarse tan profundo como sea posible, sin atravesar la mucosa, guiándose por tacto vaginal. El tercer par de puntos se colocan en la vagina en el nivel de la unión uretrovesical pero laterales en relación a ésta.

Cada una de las suturas se pasan a través del ligamento íleopectíneo o de Cooper ipsilateral en un área en la que sea posible aproximar la pared vaginal y dicho ligamento sin tensión. Los puntos se anudan ayudándose con el tacto vaginal al aplicar una tensión suficiente para conseguir fijar el cuello y la uretra proximal al pubis sin llegar a comprimir la uretra.

Se realiza además, una hemostasia adecuada, se deja un catéter suprapúbico a través de una incisión independiente y un drenaje retropúbico y se procede al cierre.

La sonda vesical se retira hasta el tercer o quinto día posterior a la cirugía y el catéter suprapúbico se retira una vez confirmado el vaciamiento vesical con un escaso volumen residual postmiccional.

De esta técnica se propuso el procedimiento vía laparoscópica transperitoneal que actualmente es una de las técnicas más empleadas.

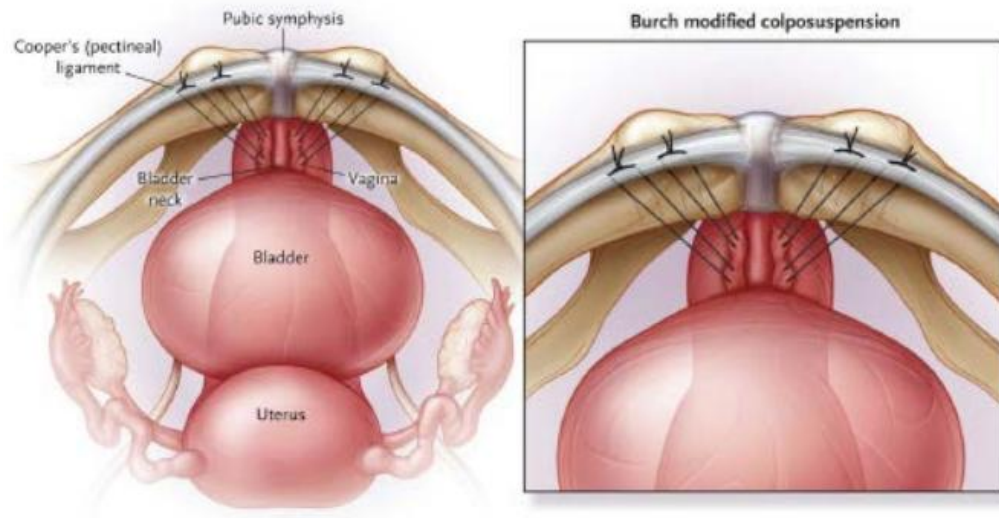
Según Villacis, M; et al (2014) esta técnica “reproduce la técnica de Burch al utilizar distintos materiales para lograr la suspensión del cuello y la uretra al lograr continencia completa entre el 68-95% de los casos, comparable con la técnica de Burch abierta.”(p.16)

Los procedimientos laparoscópicos tienen la ventaja para los pacientes de evitar incisiones amplias que generalmente implica la cirugía abierta convencional, por lo tanto se traduce en estancias hospitalarias más cortas y en menor tiempo en el retorno de las actividades cotidianas.

En la colposuspensión laparoscópica (Burch laparoscópico) la sutura se inserta en los tejidos paravaginales a cada lado del cuello vesical y luego se unen a los ligamentos ileopectíneos del mismo. Sin embargo, hay variaciones

en la técnica quirúrgica, en el número y tipo de sutura, el sitio de anclaje y el uso de grapas. (Villacis, M; et al, 2014, p.)

Figura#7: Colposuspensión Burch



Fuente: Garely, A., Noor, N. (2014) Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo.1-24

El sling se entiende como una hamaca que se coloca debajo de la uretra, que se clasifican en pubovaginales retropúbicas en la unión uretrovesical, eslinga mediouretral, transobturatriz y mini sling de una sola incisión.

De todas las anteriormente mencionadas, uno de los slings de mayor relevancia para la presente revisión es el retropúbico, en el cual el procedimiento según Garely, A., et al. (2014), se coloca al paciente en posición de litotomía dorsal al ubicar las piernas en estribos de Allen y elevar los muslos en ángulo de 90° en relación con el abdomen, se prepara la parte inferior del abdomen, la vagina y el periné, y se administra antibióticos intravenosos profilácticos siempre que se usa un injerto sintético. (p.10)

Luego, en el nivel de abdomen se marcan dos puntos, con 5cm de distancia entre sí, en el nivel de la sínfisis púbica, donde se inyecta anestesia y se hace con un bisturí incisiones en estas zonas y luego se coloca una sonda Foley y un espéculo que facilita el manejo del sling.

Se inyecta luego anestésico local por debajo y lateral a la uretra en la pared vaginal anterior. Posteriormente se hidrodiseca el sitio de la incisión vaginal, el trayecto de los trocares o ambos.

Se realiza una incisión vertical debajo de la uretra al iniciar justamente distal a la unión uretrovesical, hasta justo proximal al meato urinario. Es fundamental que la incisión que se realiza sea lo suficientemente profunda para evitar que el sling no erosione la vagina, pero no tan profunda que erosione la uretra. (Garely, A., et al. 2014, p.)

Esto crea una cavidad entre el epitelio vaginal y el subyacente posterior a la uretra. La profundidad lateral de cada cavidad debe ser sólo lo suficiente para permitir que la punta de la aguja del sling descansa a lo largo del borde posterosuperior de la sínfisis del pubis.

Se debe insertar una guía rígida para catéter en la sonda Foley, que se desvía al muslo ipsilateral de la paciente con respecto de donde ocurrirá el primer paso del sling. Una desviación a la izquierda significa colocar la aguja del sling 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 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.

Según Garely, A., et al. (2014) se utiliza 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" disminuye el riesgo de puncionar las estructuras vasculares." (p.10)

Una vez que la aguja es visible por la incisión abdominal, se retira la guía rápida del catéter y, antes de la extracción se abre la sonda Foley para drenar. En este momento se evalúa por medio del color de la orina si es sanguinolenta o no por una posible perforación de vejiga aunque esto no la excluye del todo.

Es obligatorio realizar una cistoscopia en esta operaci3n. Si la aguja ha perforado la vejiga, se reinserta el cat3ter Foley, se retira la aguja y se vuelve a pasar.

Si el paso de la aguja es aceptable, la aguja y su malla adjunta se jalan hacia arriba y se colocan en el abdomen. Al comenzar con la reinsertaci3n de la gu3a r3gida del cat3ter, se repite el mismo procedimiento del lado contralateral.

Debido a los numerosos sistemas de colocaci3n, dependiendo de la marca del sling, la mayor3a de cirujanos tiran de la malla hacia arriba al unir 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.

Despu3s de que se pasa cada aguja se debe hacer una cistoscopia para confirmar la integridad del tracto urinario y si ambos pases son adecuados, se puede colocar de nuevo el esp3culo con peso en la vagina y se jalan las agujas hacia arriba hasta que la funda est3 descansando aproximadamente a 0,5cm del lado inferior de la uretra. (Garely, A., et al. 2014, p.10)

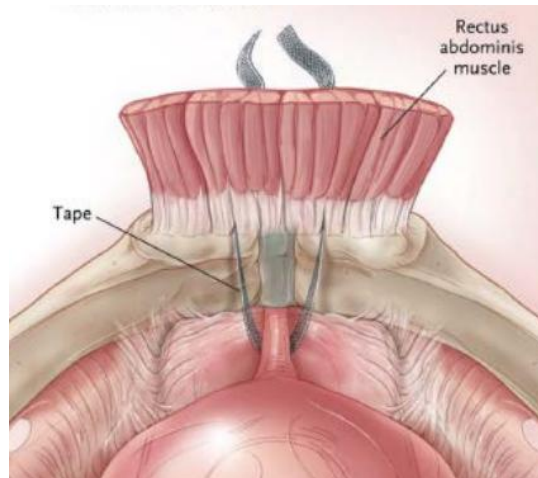
Las fundas en sus respectivos lados se liberan de las agujas con un corte, se sujetan las fundas con pinzas, asegur3ndose de no asir la malla y se tira de ellas hacia arriba al dejar la malla en su lugar.

Una vez que se tensa la eslinga, los brazos de la malla que pasan a trav3s de las incisiones abdominales se cortan al permitir que esta se retraiga alej3ndose del borde de la piel al disminuir el riesgo de exposici3n de la malla o de irritaci3n y de seguido se cierra la incisi3n vaginal.

Desde el punto de vista fisiopatol3gico, la t3cnica TVT retrop3blica estabiliza la uretra media al impedir su descenso en los momentos en que se incrementa la presi3n abdominal aunque sin modificar la movilidad cervico-uretral. Sus resultados a corto y medio plazo son muy buenos y el n3mero de complicaciones es relativamente bajo. Sin embargo, diversos grupos han intentado buscar v3as de abordaje alternas que permitan mantener sus elevados niveles de 3xito pero disminuyendo al mismo tiempo un bajo n3mero de

complicaciones y simplificando al máximo la técnica quirúrgica. (Villacis, M; et al, 2014, p.)

Figura #8: Sling retropúbico



Fuente: Garely, A., Noor, N. (2014) Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo.1-24

Otra de las técnicas de sling que han tenido un papel principal en la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo desde su aparición al buscar lo anteriormente mencionado, es la técnica del sling tipo transobturador.

La técnica TOT consiste en colocar una malla por detrás de la uretra media, pasada a cada lado a través de la región obturatriz. Tiene como ventajas evitar la apertura del espacio retropubiano y paravesical al disminuir la morbilidad por hemorragia e infección y la lesión vesical. La ubicación por debajo de la vejiga vuelve innecesaria la cistoscopia intraoperatoria de control y es de mayor simpleza. (Villacis, M; et al, 2014, p.14)

Debido a que este va alrededor de la zona medial del foramen obturador, esto crea un punto pivote para la malla que puede formar una banda subepitelial, y por este motivo esta banda en pacientes sexualmente activas pueden causar dispareunia, lo que es una de sus desventajas.

Aunque con este método los riesgos de perforar el intestino o un vaso principal son mínimos, las pacientes suelen presentar más complicaciones relacionadas con la ingle como dolor, debilidad o entumecimiento en las piernas.

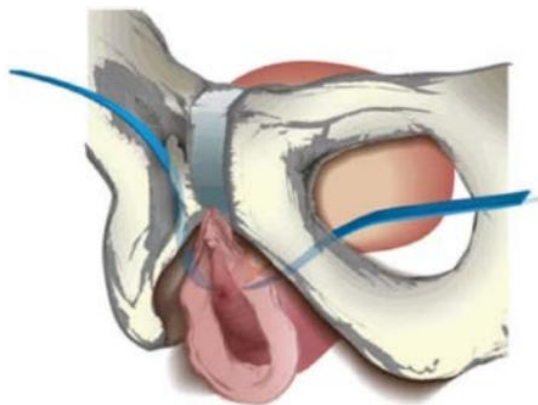
Se le da a la paciente una posición similar a la del procedimiento anteriormente mencionado, se le coloca una sonda Foley, pero no se utiliza guía para el catéter y en lugar de hacer un corte en el abdomen se hacen marcas en el nivel del clítoris, 2cm superiores a la uretra, en el borde medial del foramen 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 al procedimiento anterior) 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 del sling TOT se puede pasar desde el interior de la vagina hacia la piel exterior del labio (de adentro hacia afuera) o viceversa. Después se saca la aguja del sling TOT y se pinza la funda al campo quirúrgico. La misma técnica se lleva a cabo a través del otro foramen.

Con el sling en su lugar, se retira la sonda Foley y se realiza la cistoscopia, aunque el riesgo de perforación de vejiga o uretra sea muy bajo.

Figura#9: Procedimiento del sling TOT



Fuente: Garely, A., Noor, N. (2014) Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo.1-24

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Método de investigación

Hernández et al. (2014), mencionan que el diseño “se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea con el fin de resolver al planteamiento del problema” (p.128).

Diseño

El presente estudio es una revisión bibliográfica basada en publicaciones científicas de las técnicas quirúrgicas de sling transobturadora y retropúbica y la colposuspensión de Burch abierta y laparoscópica, para la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres adultas, publicadas en los últimos 5 años.

Criterios de inclusión

Se incluirán los artículos que tengan menos de 5 años de publicados, escritos en Español o Inglés, que refieran a la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres adultas y mencionen la técnica quirúrgica de sling transobturatriz o retropúbica y la colposuspensión de Burch tanto abierta como laparoscópica.

Criterios de exclusión

No se tomarán en cuenta los artículos que tengan, más de 5 años de antigüedad o que estén escritos en un idioma diferente al Español o Inglés, o que refieran a la incontinencia urinaria de esfuerzo en hombres o en mujeres no adultas. Además, se excluye de la presente investigación, los artículos que hablen de técnicas quirúrgicas distintas a la de sling retropúbica y transobturatriz o la colposuspensión de Burch abierta o laparoscópica, o que se enfoquen en las técnicas conservadoras para la incontinencia urinaria de esfuerzo y los ejercicios de Kegel.

Tampoco se incluirán dentro de la investigación, el sling vaginal a libre tensión, sling de incisión única, sling autólogo de fascia de recto, los agentes volumétricos de la uretra ni la colocación de esfínteres artificiales.

Estrategias de búsqueda

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas de la literatura científica en la Biblioteca Cochrane Plus mediante la ecuación de búsqueda técnica de sling para IUE y colposuspensión de Burch en IUE, entre el 01/01/2012-29/12/2016, incluye los escritos tanto en Inglés como en Español.

Para la búsqueda de estudios originales se consultó las bases de datos Medline, PubMed, mediante las siguientes ecuaciones de búsqueda: sling en IUE, Burch en IUE, sling versus burch. Se limitó igualmente que la fecha de antigüedad máxima de publicación fuera enero del 2012 hasta octubre del 2016, y que estuvieran redactados en Inglés o en Español.

Además se solicitó a la biblioteca médica del Hospital Calderón Guardia y la biblioteca del Binass que enviaran artículos respecto a la colposuspensión de Burch y técnica de sling retropúbica y transobturatriz.

Extracción de datos

Tras la búsqueda inicial se localizaron 84 estudios, aunque se excluyeron 43 que no fueron relevantes para el objetivo de esta revisión. Finalmente se seleccionaron 22 artículos que respetaban los criterios de inclusión y exclusión de esta investigación, los cuales están escritos en idioma Inglés y en Español.

Para proceder a la selección se revisaron los abstracts y en caso necesario los artículos completos con el fin de decidir si la información que contenían estaba o no relacionada con los objetivos de la presente revisión.

Codificación de las características de los estudios

La información recolectada se estructuró en tres subgrupos para facilitar su análisis, de la siguiente manera: los artículos que mencionan solamente la técnica de sling, los que comentan únicamente a la colposuspensión de Burch y los que comparan las técnicas quirúrgicas existentes para la incontinencia urinaria de esfuerzo que incluyen la técnica de sling y la colposuspensión de Burch.

De los artículos seleccionados se extraen las generalidades de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres, información básica de los procedimientos quirúrgicos de la

técnica de sling y la colposuspensión de Burch, los beneficios y las complicaciones de cada uno de ellos para llegar a las conclusiones necesarias de la presente revisión.

Variables

Objetivo General	Variable	Conceptualización	Instrumentación	Operacionalización
Comparar la eficacia de la técnica de sling versus la colposuspensión de Burch en la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres adultas con respecto de lo pactado en artículos científicos publicados entre el 2012-2016.	Eficacia	Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera	Revisión bibliográfica.	Revisión bibliográfica donde se analizará en mujeres cuál de las dos técnicas quirúrgicas (sling o colposuspensión de Burch) es más eficaz para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo
Objetivos Específicos	Variable	Conceptualización	Instrumentación	Operacionalización
Mencionar los beneficios que ofrece la técnica de sling y la colposuspensión de Burch en la	Beneficios	Bien que se hace o se recibe, utilidad, todos los beneficios que se obtienen al realizar un	Revisión bibliográfica	Revisión bibliográfica donde se analizarán todos los beneficios que tiene tanto el sling como la colposuspensión de Burch en las

incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres adultas		determinado procedimiento.		mujeres para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo.
Describir las complicaciones de la técnica de sling y la colposuspensión de Burch en la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres adultas.	Complicaciones	Acción y efecto de complicar o complicarse. Todo lo negativo que puede ocurrir al realizar un determinado procedimiento	Revisión bibliográfica	Revisión bibliográfica donde se analizará cuáles son las principales complicaciones que se presentan al utilizar la técnica de sling y la colposuspensión Burch en la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres
Determinar la técnica más adecuada, para cada caso, entre el sling y la colposuspensión de Burch para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres adultas.	Adecuada	Apropiado para alguien, algo o situación en específico.	Revisión bibliográfica	Revisión bibliográfica donde se analizará en qué situaciones o en qué mujeres en específico es más adecuado corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo ya sea con la técnica de sling o la colposuspensión de Burch.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La incontinencia urinaria de esfuerzo según Prezioso, et al. (2013) “es definida por la Sociedad Internacional de Continencia como la fuga de orina en el esfuerzo, o en los estornudos o tos.” (p. 2)

Pero también Lapitan, M., Cody, J. (2012) menciona que según la “Sociedad Internacional de Continencia define la "incontinencia de esfuerzo urodinámica" como la pérdida involuntaria de orina con aumento de la presión intraabdominal durante la cistometría de llenado, en ausencia de contracción del detrusor (músculo de la pared de la vejiga).” (p. 3)

Esta patología, tiene la particularidad de no solo afectar la salud de la paciente sino repercutir en varios ámbitos de la vida de esta, tanto económicos, familiares, sociales y laborales; esto hace que además de su alta prevalencia como enfermedad sea de gran relevancia en las poblaciones.

La Organización Mundial de la Salud ha identificado la incontinencia urinaria como un importante problema de salud. Es un problema común y potencialmente debilitante. La prevalencia general de la incontinencia se reporta entre el 10% y el 40% de las mujeres adultas, y se considera grave en alrededor del 3% al 17% (Hunskaar (2002) citado por Lapitan, et al. (2012) p. 2)

La gran cantidad de mujeres afectadas con esta patología y el aumento de su prevalencia se respalda en datos como los que comenta Kenton, et al. (2015) sobre que “aproximadamente 200.000 cirugías de incontinencia urinaria de esfuerzo se realizan anualmente en los Estados Unidos al aumentar un 27% del año 2000 al 2009.” (p, 2)

Además, con respecto de las distintas categorías que se le podrían dar a la población femenina, en un estudio realizado por Prezioso, et al. (2013) menciona que “la prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo fue del 4,7% en mujeres que no habían tenido hijos, el 6,9% en las mujeres que habían tenido solo partos por cesárea, y el 12,2% en las mujeres que habían tenido solo partos vaginales.” (p.2)

Lo anterior refleja que las mujeres que ya han tenido hijos son las que poseen un mayor riesgo de padecer la enfermedad y con más probabilidad si esta tuvo sus partos vía vaginal y entre más partos será mayor el riesgo de padecer esta patología, considerándose en múltiples estudios el parto vaginal como un factor de riesgo directamente proporcional a la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Y esto pone a la población femenina de todo el país, en especial a la de Costa Rica a estar permanentemente en riesgo ya que este país se mantiene en un índice de cesárea por año de aproximadamente un 21% del total de partos y la OMS constantemente se encuentra impulsando los partos vaginales refiriendo que solo un 15% de los partos deberían de ser cesáreas; por lo tanto los partos vaginales siempre van a ser abundantes en nuestro medio, siendo este un factor de riesgo para la incontinencia urinaria de esfuerzo que siempre se debe tener en cuenta.

Otros de los factores que aumentan el riesgo de padecer IUE descritos por Wilson (1996) citado por Lapitan, et al. (2012) son “la edad avanzada, la mayor paridad, el parto vaginal, la obesidad y la menopausia.” (p. 3)

Las causas de la IUE son la hipermovilidad uretral, en la que existe la laxitud del soporte del suelo y la disfunción intrínseca del esfínter causada por la incapacidad del esfínter uretral en sí mismo de cerrarse. (Prezioso, et al., 2013, p. 2)

Con respecto a lo anterior, Lapitan, et al. (2012) menciona que “la continencia se logra a través de una interacción de las propiedades anatómicas y fisiológicas normales de la vejiga, la uretra y el esfínter, el suelo pélvico y el sistema nervioso que coordina estos órganos.” (p. 2) Por lo tanto una alteración de alguno de los mecanismos anteriores son los que propician la presencia de esta patología.

Ante la ausencia de la IUE, la relajación activa de la vejiga, unida por la capacidad de la uretra y el esfínter para contener la orina dentro de la vejiga, actuando como un mecanismo de cierre durante el llenado, permiten el almacenamiento de la orina hasta que se alcanza un tiempo y un lugar apropiados al vacío. (Lapitan, et al., 2012, p. 3)

Cuando alguno de los mecanismo mencionados se encuentra alterado o no realiza su función adecuadamente es cuando se la fuga de orina, que de paso es el síntoma que más malestar le genera a la paciente, le incomoda e incluso avergüenza.

El papel del suelo pélvico en la provisión de apoyo a la vejiga y la uretra, y permitiendo la transmisión normal de presión abdominal a la uretra proximal, también se considera esencial en el mantenimiento de la continencia. (Lapitan, et al., 2012, p. 3)

En resumen, para que se dé una adecuada continencia urinaria “es crucial para el funcionamiento saludable de la vejiga, la uretra, el esfínter y el suelo pélvico es la coordinación entre ellos, facilitada por un control intacto del sistema nervioso.” (Lapitan, et al., 2012, p. 3)

El tratamiento para la incontinencia urinaria incluye intervenciones conservadoras, farmacológicas y quirúrgicas como la pérdida de peso y regulación de la ingesta de líquidos, intervenciones conductuales por ejemplo, bloqueo de la vejiga o micción cronometrada y dispositivos mecánicos tales como tapones uretrales e iniertos para prevenir o reducir la fuga de orina. (Lapitan, et al., 2012, p. 3)

Actualmente, la cirugía representa la modalidad terapéutica más importante para la incontinencia urinaria de esfuerzo. En los pacientes incontinentes con hipermovilidad uretral, la colposuspensión retropúbica por la técnica de Burch es una de las cirugías que presentan mejores resultados a largo plazo. Las tendencias actuales hacia la realización de técnicas mínimamente invasivas llevó a proponer la cirugía de Burch tipo laparoscópico al igual que la gran variedad de slings que hay en la actualidad.

Además de la cirugía de Burch, según Kenton, et al. (2015) “los slings miduretrales (MUS) son las cirugías más comúnmente realizadas para mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo.” (p.2)

A pesar de lo anterior hay que tener en cuenta que, según Ridgeway y Barber. (2012) “la cirugía solo está indicada para el tratamiento de la IUE cuando los tratamientos conservadores no han logrado aliviar satisfactoriamente los síntomas y el paciente desea tratamiento adicional en un esfuerzo por lograr la continencia.” (p. 290)

Los procedimientos quirúrgicos para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo generalmente apuntan a mejorar el soporte de la unión uretrovesical y corregir el cierre uretral deficiente. Hay desacuerdo, sin embargo, con respecto al mecanismo exacto por el cual la continencia se logra con la manipulación quirúrgica. La preferencia del cirujano, los problemas coexistentes del suelo pélvico, las características anatómicas del paciente y su estado general de salud a menudo influyen en la elección del procedimiento. (Lapitan, et al., 2012, p. 3)

Con respecto de las técnicas quirúrgicas del burch laparoscópico y abierto se ha visto como en las comparaciones realizadas por diferentes estudios la eficacia es prácticamente la misma por lo que no se puede llegar a recomendar una sobre la otra excepto por ciertos puntos clave como la poca cantidad de estudios a largo plazo de la técnica laparoscópica de Burch.

Según Prezioso, et al. (2013) “la colposuspensión abierta de Burch, descrita por primera vez en 1961, se empleó ampliamente para el tratamiento quirúrgico de las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) causada por hipermovilidad uretral.” (p. 1)

La colposuspensión de Burch es la elevación de la pared vaginal anterior y los tejidos paravesicales hacia la línea ileopectínea de la pared lateral pélvica al utilizar dos a cuatro suturas a ambos lados (Lapitan, et al., 2012, p. 3)

La colposuspensión retropúbica de Burch abierta es una modalidad de tratamiento eficaz para la incontinencia urinaria de esfuerzo, especialmente a largo plazo teniendo en el primer año de vida una tasa de continencia general aproximada de 85 a 90%. (Prezioso, et al., 2013, p.4)

Con respecto de la técnica abierta Prezioso, et al. (2013) publica que presenta un “porcentaje con continencia completa de 73% a 92% y una tasa de éxito (definida como el porcentaje con cura o mejoría) del 81% al 96%. Esta eficacia de la técnica continúa a largo plazo; después de 5 a 10 años, aproximadamente el 70% de los pacientes continúan siendo continentes.” (p.2)

Además, en una publicación realizada por Lapitan, et al. (2012) indica que la revisión de los ensayos del estudio que realizó encontró que esta “es una técnica quirúrgica eficaz para la IUE y la incontinencia urinaria mixta en las mujeres, lo que resulta en una cura a largo plazo para la mayoría.” (p.2)

“Colposuspensión de Burch laparoscópico fue introducida a principios del 1990 para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo” (Prezioso, et al., 2013, p.2), con un enfoque transperitoneal o extraperitoneal al utilizar de 3 a 5 trócares.

La ruta extraperitoneal se ve favorecida por más autores por ser más similar a la técnica descrita por Burch pero asimismo porque según Prezioso, et al. (2013) evita las adherencias pélvicas intraperitoneales, minimiza el riesgo de lesión intraabdominal y se asocia con una curva de aprendizaje más corta; aunque su principal inconveniente es el riesgo de una mayor absorción de CO₂ que conduce al neumomediastino y al neumotórax (p. 2)

Según Prezioso, et al. (2013) la cirugía laparoscópica de Burch proporciona “una mejor visualización, una estancia hospitalaria más corta, una herida más cosmética, menos dolor postoperatorio y una recuperación más rápida de la actividad diaria.” (p.2)

“Históricamente se considera que la colposuspensión laparoscópica tiene una buena tasa de éxito a corto plazo de más del 90%, pero esta tasa disminuye con un seguimiento más largo al 59% 68%.” (Prezioso, et al., 2013, p. 2)

En la publicación de Prezioso, et al. (2013) comenta que “la complicación intraoperatoria más frecuente es la lesión del tracto urinario inferior, presentándose la lesión de la vejiga con una incidencia del 2,17-18%, esto es común en pacientes con cirugía pélvica previa.” (p. 3)

Además, Prezioso, et al. (2013) comenta que otra de las complicaciones como “la incidencia de retención urinaria permanente o transitoria postoperatoria es baja (1,8%).” (p.3)

Otro punto importante sobre este tipo de cirugía es que en dado caso de una complicación o eventualidad inesperada durante el procedimiento existe la posibilidad de convertirla al procedimiento abierto, pero actualmente es muy poco común que esto suceda excepto en los cirujanos que apenas inician realizar este procedimiento y con respecto a esto

Prezioso, et al. (2013) comunica que “las tasas de conversión, especialmente en las primeras etapas del aprendizaje, pueden llegar al 26%.” (p. 3)

Prezioso, et al. (2013) en un estudio que publicó mencionó que “hay más de 150 informes publicados sobre colposuspensiones laparoscópicas. Sin embargo, los resultados a largo plazo de la colposuspensión laparoscópica son inciertos, debido a la duración del seguimiento en la mayoría de los estudios.” (p. 5)

Según los datos disponibles en el estudio que realizaron en el 2006, “el Grupo Cochrane de Incontinencia sugirió que la colposuspensión laparoscópica puede ser tan buena como la colposuspensión abierta a los dos años después de la cirugía”. (Prezioso, et al., 2013, p. 5)

A pesar de lo anterior Lapitan, et al. (2012) menciona que “la colposuspensión laparoscópica debería permitir una recuperación más rápida.” (p. 26) Se esperaría esto debido a que no solo hablando de la técnica quirúrgica en la incontinencia urinaria de esfuerzo, se sabe que las cirugías que se han convertido de abiertas a laparoscópicas en otras patologías todas han mostrado un común al respecto de la disminución de estadía hospitalaria, han disminuido la presencia de infección luego de las cirugías, la recuperación tiende a ser más rápida y por ende también el regreso de su calidad de vida al anterior a la cirugía o mejorar su estilo de vida como se esperaba.

A pesar de los puntos anteriormente citados, Prezioso, et al. (2013) observó que los resultados a largo plazo con la colposuspensión laparoscópica de Burch son relativamente buenos pero un poco más bajos que los publicados con la técnica abierta tradicional, pero igualmente indica que la técnica laparoscópica tiene importantes ventajas, sin ningún compromiso aparente en los resultados a corto y largo plazo, si se determinan según medidas objetivas y subjetivas de la enfermedad y la satisfacción de la paciente a los 6 y 18 meses de seguimiento postoperatorio. (p.5)

E Incluso, Prezioso, et al. (2013) concluye en su publicación que “la calidad de vida mejora significativamente después de la colposuspensión laparoscópica de Burch y las reoperaciones son poco frecuentes.”(p.5)

Pero en general, según Lapitan, et al. (2012) la evidencia disponible no muestra una mayor morbilidad o tasa de complicaciones con la colposuspensión retropúbica abierta en comparación con las otras técnicas quirúrgicas, como se ha afirmado a menudo. Sin embargo, se encontró un mayor riesgo de prolapso de órganos pélvicos postoperatorios tras la colposuspensión abierta, en comparación con la colporrafia anterior y los procedimientos de sling. (p. 26)

Según Lapitan, et al. (2012) “los procedimientos de sling tradicionales y mínimamente invasivos confieren tasas de éxito similares en comparación con la colposuspensión abierta.” (p. 26)

Además, los procedimientos de acceso mínimos más recientes, como el sling retropúbico y el sling transobturador, parecen prometedores en comparación con la colposuspensión abierta, pero su rendimiento a largo plazo no se conoce y debe realizarse un monitoreo más cercano de su perfil de eventos adversos. (Lapitan, et al., 2012, p. 2)

Actualmente, como menciona Ridgeway et al. (2012) “hay una innovación en el manejo quirúrgico de la IUE que es el sling transobturador, que al igual que el tipo de sling retropúbico es de tipo miduretral mínimamente invasivo y utiliza un cinta sintética.”(p.289)

“Delorme describió esta nueva ruta de inserción del sling, que el autor llamó transobturador taping (TOT), en el que la cinta se insertó a través de los agujeros del obturador” (Sun, X., et al, 2015, p. 220)

La razón principal por lo cual se desarrolla esta técnica fue la de reducir el riesgo de perforación de la vejiga, así como eliminar las complicaciones raras pero mortales de la perforación intestinal y lesiones vasculares mayores que se han reportado en los otros tipos de sling, pero actualmente la principal limitación que tiene es que no hay suficientes estudios que demuestren la eficacia a largo plazo del uso de la técnica del transobturador. (Ridgeway et al., 2012, p.289)

Pero a pesar de estar las técnicas mínimamente invasivas en su auge, Lapitan, et al. (2012), menciona que tales procedimientos no están fácilmente disponibles en muchos países. Esto se debe en parte a las limitaciones de los conocimientos especializados, pero

también, y lo que es más importante, debido a la dificultad de asegurar los slings, ya sea por su falta de disponibilidad o por su alto costo económico. (p.4)

Con respecto a la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo tanto con un sling retropúbico o transobturador Ridgeway et al. (2012) menciona que los factores que pueden influir negativamente en los resultados de la cirugía de IUE incluyen edad avanzada, obesidad, historia de cirugía de incontinencia previa y la uretra no motora. Sin embargo, la evidencia que apoya estos predictores negativos es generalmente débil. Como tales, estos factores no deben ser considerados contraindicaciones para la cirugía de continencia, sino que deben utilizarse para el asesoramiento del paciente. (p. 291)

Al igual que todo procedimiento que se le realice a un paciente se determinan cuáles pacientes si tiene recomendado un procedimiento y cuáles tienen contraindicaciones, esto con el fin de que después de la cirugía los resultados sean positivamente los esperados y las complicaciones se den en el menor de los casos.

Después de varios estudios que se han realizado sobre estas técnicas Ridgeway et al. (2012) determinó que las contraindicaciones para la cirugía de IUE incluyen la presencia de hiperactividad pura del detrusor y una vejiga atónica o neurogénica. Además, los pacientes que de otro modo están en alto riesgo de retención urinaria postoperatoria que no pueden o no están dispuestos a realizar la auto cateterización pueden no ser buenos candidatos para la cirugía de IUE. (p.291)

Igualmente, conforme se han ido realizando estudios e investigaciones sobre estas técnicas ya se ha determinado que en las mujeres jóvenes, la mayoría de recomendaciones que se han publicado son la de realizar la técnica retropúbica porque tiene datos disponibles sobre seguimientos a largo plazo y suelen tener menos dispareunia que las paciente en las que se utiliza la técnica de sling transobturatriz. En cambio, en las mujeres mayores, se suele recomendar la realización de la técnica del transobturador por los excelentes resultados que tiene, por la menor disfunción miccional postoperatoria y las bajas tasas de complicaciones. (Ridgeway et al. 2012, p.292)

Kenton, et al. (2015) mencionó en un estudio que realizó que “cinco años después del tratamiento quirúrgico, el éxito fue 7,9% mayor en las mujeres asignadas a slings retropúbicos en comparación con los slings transobturadores (51,3% vs 43,4%).” (p.2)

Además Kenton, et al. (2015) en ese mismo estudio determinó que “los síntomas urinarios y la calidad de vida empeoraron con el tiempo y las mujeres con sling retropúbico reportaron más urgencia urinaria con mayor impacto en la calidad de vida.” (p.2)

Kenton, et al. (2015) también concluyó que “la continencia urinaria, la función sexual y la impresión general de mejora fueron mayores después del transobturador.” (p.2)

También, en otros estudios Arrabal, A., et al (2012) “observó una mayor tasa de complicaciones con los pacientes operados con sling retropúbico (26%) que con los pacientes que fueron operados con el método transobturador (12%). (p.97)

Arrabal, A., et al (2012) asimismo mencionó que “cuando se analizan globalmente, ambas técnicas, retropúbicas o transobturatoras, muestran resultados similares con respecto a la continencia, de tal manera que es imposible establecer claramente la superioridad de una técnica sobre la otra.” (p.97)

Arrabal, A., et al (2012) también obtuvo que en total, el 16,57% de 175 pacientes presentaron algún tipo de complicación (por ejemplo, intraoperatorio, postoperatorio inmediato o postoperatorio posterior). En el grupo de las pacientes sometidas al método retropúbico, 14 de 50 pacientes (26%) presentaron algún tipo de complicación en comparación con 15 de 125 pacientes de las sometidas al transobturador (12%). (p.98)

Con respecto de las complicaciones observadas en el estudio realizado por Arrabal, A., et al (2012) menciona que en el grupo de mujeres que fueron sometidas al método retropúbico a nivel intraoperatorio se observaron una lesión uretral durante las maniobras de disección uretrovaginal que resolvió al suturarse y con un catéter vesical por 15 días. Otra paciente sufrió una hemorragia vaginal, que resolvió con la ampliación de la incisión para identificar y determinar los puntos de sangrado y empaque vaginal por 48 horas. La tercera complicación fue una perforación vesical por una de las agujas que solo tuvo que ser extraída y permanecer con catéter vesical por 7 días. (p.99)

En cambio, Arrabal, A., et al (2012) determina que intraoperatoriamente con el método del transobturador las complicaciones más frecuentes fueron la perforación del fórnix vaginal que resuelve con solo reposicionarse adecuadamente; se detectó un caso de perforación de vagina que pasó desapercibida que evolucionó a la extrusión de la malla. (p.99)

Arrabal, A., et al (2012) en cuanto a las complicaciones postoperatorias inmediatas, para ambos métodos, la complicación más frecuente fue la dificultad para miccionar después de la extracción del catéter vesical y la presencia de retención urinaria significativa por más de 48 h. Esta complicación se observó en 7 pacientes de las pacientes con retropúbico y en 6 pacientes de las sometidas al método transobturador. (p.99)

Al día siguiente de la cirugía una de las complicaciones que presentaron las pacientes sometidas al método retropúbico según Arrabal, A., et al (2012) fue el “sangrado moderado al día siguiente de la intervención y requirió algunos puntos hemostáticos en la herida hipogástrica.” (p. 99)

En cambio las sometidas al método transobturador presentaron sangrado vaginal leve/moderado que respondió a medidas conservadoras y empacado vaginal por 24 horas, o en otro caso un hematoma de la vulva, área hipogástrica y el lado interno del muslo que respondió a reposo y medidas conservadoras. (Arrabal, A., et al, 2012, p.99)

Las complicaciones a los 30 días postoperatorios según Arrabal, A., et al (2012) en las mujeres sometidas al método retropúbico fueron un flujo de orina persistentemente bajo que requirieron autocateterización intermitente, dispareunia y extrusión de la malla. Las del método transobturador fueron igualmente extrusión de la malla y el más frecuentemente presentado fue el dolor inguinal uni o bilateral de intensidad moderada que aparece a las 48 horas después de la cirugía principalmente que no afecta la vida normal de la paciente y que tarda de 1 a 6 meses y se trató con analgésicos y antiinflamatorios. (pp. 99-100)

Como ya se ha observado, en la literatura se han descrito procedimientos quirúrgicos múltiples para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres. . En la actualidad, los métodos más utilizados son las técnicas mínimamente invasivas que utilizan

como el sling (transobturador y retropúbicas) y siempre en controversia estos métodos con la colposuspensión de Burch tanto laparoscópica como abierta por su gran nivel de eficacia a corto y largo plazo.

La ventaja principal de estas técnicas con respecto a la colposuspensión de Burch es la rapidez del procedimiento, la corta estancia hospitalaria y la rápida recuperación de los pacientes para volver a sus actividades diarias y laborales.

En términos globales, las tasas de éxito de ambas técnicas son bastante altas, en muchos estudios alrededor del 80-90%, incluso llegando al 95% en algunos casos siendo muy similar a la colposuspensión de Burch que ronda por valores muy similares en cuanto al éxito de los procedimientos.

Aunque no se identificó una diferencia significativa con respecto a los resultados de una técnica u otra, el método transobturador resultó en menos complicaciones y mejor tolerancia que el método retropúbico, al igual que el Burch laparoscópico sobre el abierto por lo tanto la controversia actual es cuál de las dos ramas de procedimientos principales que más se están usando actualmente y que están fuertemente indicados utilizar, pero eso en realidad no se puede decir en forma de consenso aun por la falta de estudios principalmente a largo plazo o que los comparen a estos cuatro tipos específicamente.

Como menciona Lapitan, et al. (2012) el análisis de subgrupos de esos ensayos, incluye los slings retropúbicos y transobturadores, no mostró diferencias estadísticamente significativas entre la colposuspensión abierta o laparoscópica y los sling , pero como el intervalo de confianza fue amplio no se puede descartar que se favorezca la colposuspensión de Burch sobre los sling

La amplia variedad de opciones de tratamiento para la incontinencia urinaria de esfuerzo indica la falta de un consenso claro en cuanto a qué procedimiento es el más eficaz. (Lapitan, et al., 2012, p.19)

Lapitan, et al. (2012) menciona que numerosos métodos quirúrgicos han sido descritos para el manejo de la incontinencia urinaria. Sin embargo, la búsqueda del procedimiento ideal con la mayor efectividad, la menor morbilidad y la mayor rentabilidad sigue en curso. Se ha realizado un gran

número de estudios y la necesidad de integrar los resultados de la investigación de alta calidad en una recomendación significativa y clínicamente útil se ha convertido en un imperativo. (p. 24)

Sin embargo, las investigaciones actuales son a menudo impulsadas por las normas locales y las preferencias individuales del cirujano en lugar de la medicina basada en la evidencia. (Sun, X., et al, 2015, p.221)

Los cirujanos encargados de realizar estos procedimientos “tienen una comprensión incompleta de los resultados quirúrgicos a largo plazo y los factores de riesgo para el fracaso en las mujeres que se someten a la cirugía de incontinencia urinaria de esfuerzo.”(Richter, et al., 2012, p.2)

Se necesita información de alta calidad sobre las tasas de éxito quirúrgico a largo plazo y los factores de riesgo de fracaso para ayudar a los pacientes. La complicación de estas cuestiones es que la variabilidad en las tasas de éxito se observa secundaria a las diferencias en el desgaste de la muestra, la longitud de seguimiento y la definición de la continencia, con tasas de fracaso más altas en los estudios con medidas combinadas objetivas y subjetivas.

A pesar de lo anterior, Surkont, et al (2015) menciona que “teniendo en cuenta la variedad de causas de IUE, existen muchos métodos quirúrgicos para tratar este síntoma; sin embargo, actualmente, los procedimientos Burch y sling son los más usados. (p. 293)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria de esfuerzo es una de las patologías que por más control que se tenga en la población siempre va a estar presente ya que los factores predisponentes para padecerla se van a encontrar siempre presentes como lo es el parto vaginal, una edad avanzada, obesidad que es de los pocos que se pueden modificar para así disminuir el número de caso en estos pacientes ya que no solo habría que analizar a estas paciente como personas en mayor riesgo a padecer la enfermedad, sino que realizar una cirugía por más mínimamente invasiva que sea en una paciente obesa significaría un mayor número de complicaciones, infecciones o reaparición de la enfermedad ya que aunque se resuelve de momento la patología el factor precipitante va a seguir presente.

Actualmente la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina es un problema de salud importante que impacta negativamente en la calidad de vida de quienes la padecen. La diversidad de métodos quirúrgicos con los que se cuenta para la corrección de esta enfermedad evidencia las controversias en cuanto al tema así como la incidencia real de complicaciones quirúrgicas ya que no hay métodos normalizados de notificación, definiciones, ni consenso al respecto de cuál técnica sería la ideal realizar según las características de cada mujer para que la tasa de recurrencia y complicaciones sea la mínima posible.

La evaluación de qué tanto impacto tienen los resultados de estos procedimientos en la calidad de vida es de gran relevancia. Esto debido a la afectación de la percepción de la salud en general y al detrimento en la esfera física de las mujeres que padecen IUE.

En la presente revisión, se observó que en los estudios no hay una estandarización de los instrumentos para evaluar la calidad de vida al dificultar de manera radical la comparación de los efectos de una intervención con respecto a otra.

Con respecto a las técnicas mínimamente invasivas se demuestra que las incidencias de lesiones vaginales, abrasiones y dolor, especialmente en el nivel inguinal, son algo mayores al utilizar el método transobturador, mientras que la incidencia de lesiones vesicales y disfunciones urinarias o son mayores al utilizar el método retropúbico.

Pero a pesar de lo anterior sigue siendo de gran relevancia que aunque la técnica del transobturador parece ser superior en los artículos revisados, siempre se llega de nuevo a la conclusión de la importancia de que se necesitan más estudios para corroborar sus ventajas y así poderlo utilizar con mayor tranquilidad en toda la población femenina con esta afección.

Además se demostró que la tasa de complicaciones para el método transobturador son menores que para el método retropúbico; y cuando las complicaciones ocurren con el método transobturador, son siempre menos graves.

Cuando se comparan la técnica de Burch abierta con la laparoscópica se muestra que ambas técnicas son prácticamente igual de exitosas, pero la laparoscópica tiene ventajas con respecto al tiempo de recuperación, estancia hospitalaria y riesgo de infección, pero al igual que en los otros métodos, en este caso el tipo laparoscópico aún no tiene los suficientes estudios a largo plazo.

Al comparar las técnicas mínimamente invasivas con las de Burch, se muestra que la opinión de muchos expertos aun hoy día es controversial ya que no hay una opinión unánime en la mayoría de estudios, pero al estar actualmente al tener el Burch la opción de ser un procedimiento mínimamente invasivo y al ser este un procedimiento con tantos años de trascendencia y que tiene ya muchos estudios donde se ha demostrado la eficacia de la técnica abierta, si se logra demostrar también del laparoscópico en suficientes estudios que a largo plazo no tiene perjuicios, sería la técnica más indicada por un menor costo, por no utilizar una cinta sintética que podría generarle rechazo el paciente y por todas las ventajas que ya se han mencionado.

Pero por otro lado a técnica del sling transobturador ha demostrado hasta el momento una gran tasa de éxitos y una gran disminución de las complicaciones que más afectaban a las pacientes que utilizaban técnicas mínimamente invasivas, el corto tiempo de recuperación, las bajas tasas de recurrencia que se han demostrado hasta el momento lo colocan en gran ventaja en comparación a los demás métodos.

Aunque a pesar de todo lo anterior, realmente con la información y estudios publicados hasta el momento no se cuenta con los datos necesarios para hacer un consenso y

decir que una técnica se encuentra sobre la otra y que todas las pacientes con esta patología deben de utilizar una técnica específica.

Pero a pesar de lo anterior, si se puede decir que entre los dos tipos de técnicas empleadas de colposuspensión de Burch, la laparoscópica es la que actualmente demuestra más ventajas y competitividad con los slings y entre estos el transobturador ha demostrado una mayor eficacia a pesar de la falta de estudios a largo plazo.

Y entre la colposuspensión de Burch laparoscópico y el sling transobturador la indicación se debe basar en la disponibilidad de los materiales para cada cirugía en el centro hospitalario y las características propias de cada paciente, pero si afirmando que entre todas las opciones quirúrgicas estas dos son las más ideales para la mayoría de la población femenina con esta patología basándose en la evidencia científica revelada en los estudios realizados hasta la fecha de estas técnicas quirúrgicas en la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Referencias bibliográficas

- Alfaro, F y Castro, C. Programa de posgrado de Ginecología y Obstetricia. Universidad de Costa Rica. Sistema de posgrado.
- Arrabal,A., Palao, Zuluaga, López, Merino, Lahoz y Arrabal, M. (2012) Complications from the placement of a tension- free suburethral sling using the transobturator and retropubic methods for treatment of female urinary incontinence. 97 – 102
- Ascioglu, Gungorduk, Besimoglu, Ertas, Yildirim, Celebi, Ark, Boran. (2014) A 5-year follow-up study comparing Burch colposuspension and transobturator tape for the surgical treatment of stress urinary incontinence. 73-77
- Ávila, R. (2015) Malla suburetral transobturatriz ante colposuspensión retropública de Burch en incontinencia urinaria de esfuerzo Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2011-2014. Tesis para optar grado de maestro en Medicina con mención en Ginecología y Obstetricia. Lima- Perú
- Carrillo, K y Sanguineti, A. (2013) Anatomía del piso pélvico. Revista médica clínica Condes. 185-189
- Castañeda, I; Martínez, J; García, J y Ruiz, M (2016) Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria en pacientes femeninas de urología y ginecología. Revista Cubana de Urología 5(2) Recuperado de <http://revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/250/270>
- Chiang, Susaeta, Valdevenito, Rosenfeldy, Finsterbuch. (2013) Incontinencia urinaria. 219-227
- Garely, A., Noor, N. (2014) Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo.1-24
- Kenton, Stoddard, Zyczynski, Albo, Rickey, Norton, Wai, Kraus,Siris, Kussek, Litman, Chang, Richter (2015) 5-year longitudinal follow-up after retropubic and transobturator midurethral slings. 1-15
- Lapitan, M., Cody, J. (2012) Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. 1- 237

- Lasa, I. (2015) Incontinencia urinaria de esfuerzo: Revisión bibliográfica del entrenamiento muscular del suelo pélvico basado en evidencia científica. Universidad Pública de Navarra, España
- León, K. (2016) Incontinencia urinaria. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII. 247-253
- Martínez, J y García, J. (2014) Incontinencia urinaria como problema de salud de la mujer en edad mediana. (267-278)
- Morales, M. (2012) Incontinencia urinaria femenina. 225-230
- Orellana, M. (2014) Calidad de vida de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo con tratamiento quirúrgico técnica de banda suburetral abordaje transobturador (TOT) en el hospital Vicente Corral Moscobo Septiembre 2012- Agosto 2013. Tesis Licenciatura Medicina. Universidad de Cuenca. Ecuador.
- Prezioso, Lacono, Di Lauro, Illiano, Romeo, Rufflo, Russo, Amato. (2013) Stress urinary incontinence: long term results of laparoscopic Burch colposuspension. 1-8
- Richter, Brubaker, Stoddard, Xu, Zyczynski, Norton, Siris, Kraus, Chali, Zimmern, Gormley, Kusek y Albo. (2012) Patient related factors associated with long- term urinary continence after Burch colposuspension and pubovaginal fascial sling surgeries. 1-10
- Ridgeway y Barber. (2012) Midurethral slings for stress urinary incontinence: a urogynecology perspective. 289 – 297
- Sun, X., Yang, Sun, F., Shi. (2015) Comparison between the retropubic and transobturador approaches in the treatment of female stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis of effectiveness and complications. 220 – 229
- Surkont, Wlzlak, Petri y Suzin. (2015) Standardized modified colposuspension – mid- term results of prospective studies in one centre. 293- 296
- Trejos, S. (2013) Diagnóstico y abordaje de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la atención primaria. 307-312

Villacis, M; Vallejo, G y Ordoñez, M. (2014) Tratamiento quirúrgico de las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo utilizando cirugía mínimamente invasiva con cintas suburetrales vs técnica laparoscópica tipo Burch. Revisión sistemática. Tesis para optar por especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C. Colombia.