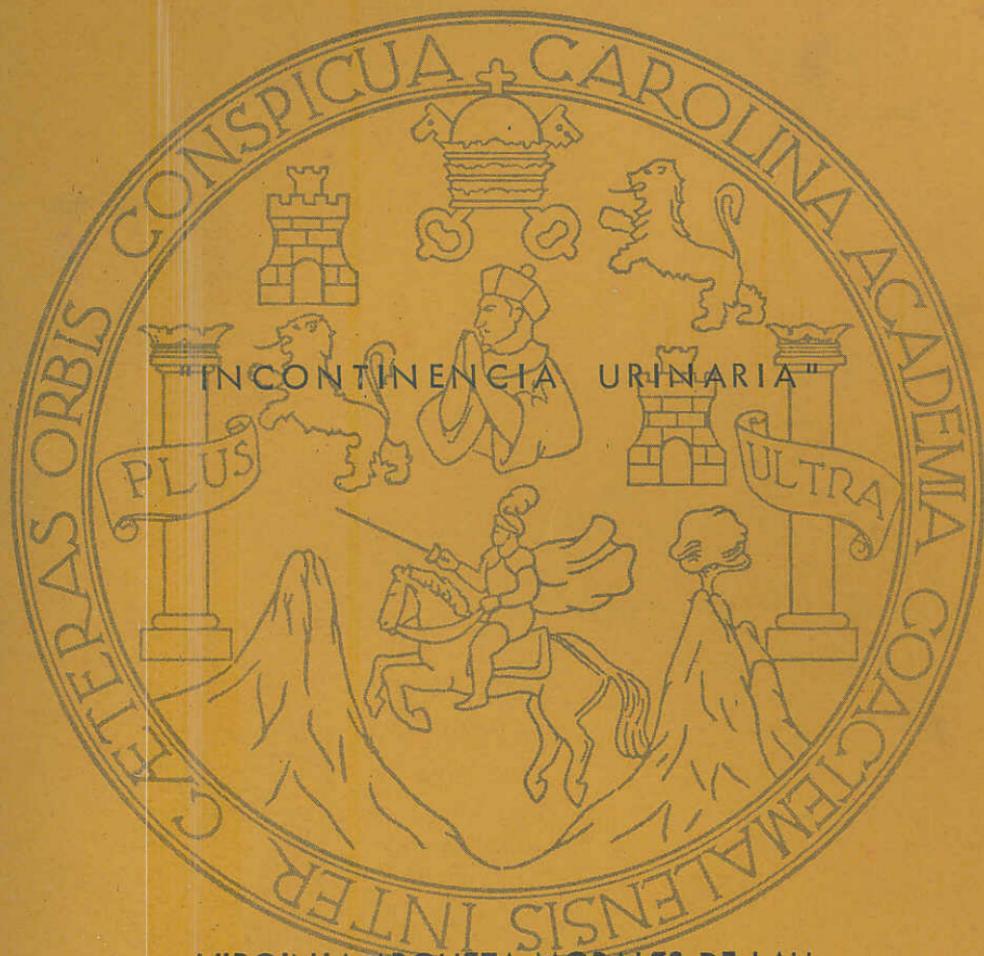


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



VIRGINIA ARGUETA MORALES DE LAU

GUATEMALA, FEBRERO DE 1980

PLAN DE TESIS

- 1- INTRODUCCION
- 2- OBJETIVOS
- 3- MATERIAL Y METODOS
- 4- DEFINICION
- 5- FISILOGIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA
- 6- ANALISIS ESTADISTICO
- 7- CONCLUSIONES
- 8- RECOMENDACIONES
- 9- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El tema de la Incontinencia Urinaria de esfuerzo ha sido tema de interés para ginecólogos y urólogos desde la antigüedad, sin embargo en Guatemala en revisiones hechas no se encuentran estudios previos al presente.

Con la idea de evaluar lo hecho hasta el momento; hemos considerado importante hacer una revisión retrospectiva de 3 años en el Depto. de Gineco-Obstetricia del Hospital San Juan de Dios.

Actualmente en dicho departamento se pretende crear la unidad de Incontinencia Urinaria, lo que nos permitirá posteriormente hacer un análisis comparativo de lo ya hecho y lo que se hará cuando ya exista mayor conocimiento de la Incontinencia Urinaria de esfuerzo.

O B J E T I V O S

1. Conocer la incidencia de Incontinencia Urinaria en pacientes atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Departamento de Gineco-Obstetricia.
2. Exponer las causas predisponentes de dicha enfermedad.
3. Exponer el manejo y tratamiento de los pacientes - con Incontinencia Urinaria, en dicho hospital.
4. Conocer nuevos patrones de tratamiento, según experiencias de autores extranjeros.
5. Descubrir a través de este estudio, cual es el mejor patrón a seguir en tratamiento para resolver el problema a las pacientes.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo está hecho en base a una revisión de 108 casos, de pacientes con Incontinencia Urinaria que, han sido atendidas en el Depto. de Gineco-Obstetricia del Hospital San Juan de Dios, que figuran en los registros de dicho hospital, durante los años de 1976 a 1978. Obteniendo Número de Historia Clínica, Edad, Oficio, Estado Civil, Fecha de Ingreso, Antecedentes, Número de Partos, Historia de la Enfermedad, Examen Físico, Diagnóstico definitivo y tratamiento Médico Quirúrgico.

La Incontinencia Urinaria, es un trastorno en el cual la expulsión involuntaria de orina constituye un problema social o higiénico y, se demuestra objetivamente. La salida de orina por conductos distintos de la uretra constituye la Incontinencia extrauretral.

La Incontinencia de esfuerzo verdadera es el escape involuntario de orina cuando la presión intravesical excede de la presión uretral máxima pero, sin que haya actividad del detrusor.

La Incontinencia con deseo de orinar es el escape involuntario de orina, concomitante con deseo intenso de orinar.

La Incontinencia con deseo de orinar puede clasificarse en dos grupos: MOTORA CONCOMITANTE con contracciones no inhibidas del detrusor y SENSORIAL que no depende de contracciones no inhibidas del detrusor.

La Incontinencia refleja es el escape involuntario de orina por actividad refleja anormal de la médula, sin que se experimente la sensación que suele guardar relación con el deseo de orinar.

La Incontinencia por derramamiento, es el escape involuntario de orina, cuando la presión intravesical excede de la presión uretral máxima a causa de aumento de la presión intravesical concomitante con estiramiento vesical, sin actividad del detrusor.

CONSIDERACIONES FISIOLÓGICAS

El tono en reposo de los elementos uretrales esfinterianos origina una fuerza de orientación central que ocluye el interior de la uretra y crea presión interna de cierta magnitud. Esta presión se puede medir en cualquier punto de la uretra, con una sonda.

Cuando la presión se mide a todo lo largo de la uretra se llama perfil de presión uretral, la magnitud de este perfil es manifestación directa de actividad uretral muscular.

El perfil de presión uretral diferirá en diversos niveles de la uretra según la actividad muscular y los esfuerzos.

ANALISIS ESTADISTICO

EDAD DE PACIENTES. Estudio retrospectivo de 108 casos de INCONTINENCIA URINARIA, en el Depto. de Ginecología del H.G.S.J. de D.

	No. de Casos	%
16 - 25	7	6.4 %
26 - 35	13	12. %
36 - 45	41	37.9 %
46 - 55	24	22.2 %
56 - 65	12	11.1 %
66 y más	11	10.1 %
108 Casos		

Se puede observar que el grupo comprendido entre los 36 y 45 años, se presentó la mayor incidencia de Incontinencia Urinaria.

OCUPACION DE LAS PACIENTES. Estudio retrospectivo de 108 casos de INCONTINENCIA URINARIA, en el Depto. de Ginecología del H.G.S.J. de D.

OFICIOS DOMESTICOS	98 Casos	90.7 %
COSTURERAS	4 Casos	3.7 %
MAESTRA DE EDUC.	1 Caso	1 %
NO REFIRIERON OCUPACION	5 Casos	4.6 %
108 Casos		

ESTADO CIVIL. Estudios retrospectivo de 108 casos de INCONTINENCIA URINARIA, en el Depto. de Ginecología del H.G.S.J. de D.

	No. de Casos	%
CASADAS	54 Casos	50 %
VIUDAS	11 "	10.2 %
SOLTERAS	13 "	12 %
UNIDAS	3 "	2.8 %
NO REFIRIERON	27 "	24.5 %
	<u>108 Casos</u>	

ANTECEDENTES REFERIDOS RELACIONADOS CON LA INCONTINENCIA URINARIA. Estudio retrospectivo de 108 casos de INCONTINENCIA URINARIA, en el Depto. de Ginecología del H.G.S.J. de D.

	No. de Casos	%
CORRECCION DE CISTOCELE	1	1
HISTERECTOMIA	6	5.5 %
CESAREA (C. S. T. P.)	3	2.7 %
NO REFIRIERON ANTECEDENTES	98	90.7 %
	<u>108 Casos</u>	

En este cuadro, en donde cerca del 10% de las pacientes presentan antecedentes quirúrgicos, nos hace pensar que la INCONTINENCIA URINARIA Yatrogenica; probablemente sea mayor puesto que si se investigará más adecuadamente los casos serían más.

REGISTRO DE PARTOS. Estudio retrospectivo de 108 casos de INCONTINENCIA URINARIA, en el Depto. de Ginecología del H.G.S.J. de D.

No. de Pacientes	No. de Partos	%
1 Paciente	14 Partos	12.9 %
2 Pacientes	12 "	11.1 %
2 "	16 "	14.8 %
5 "	11 "	10.1 %
5 "	6 "	5.5 %
8 "	4 "	3.7 %
8 "	7 "	6.4 %
8 "	9 "	8.3 %
8 "	10 "	9.2 %
9 "	8 "	7.4 %
10 "	1 "	1 %
11 "	3 "	2.7 %
13 "	5 "	4.6 %
18 "	2 "	1.8 %
108 Casos		

Como podemos observar la mayoría de pacientes son gran multiparas.

PARTOS EUTOSICOS	603	99.5 %
PAR TOS DISTOSICOS	3	.5 %

SINTOMAS PRINCIPALES RELACIONADOS CON LA INCONTINENCIA URINARIA. Estudio retrospectivo de 108 casos de INCONTINENCIA URINARIA, en el Depto. de Ginecología del H.G.S.J. de D.

SALIDA DE ORINA POST-CAIDA	2
SALIDA DE ORINA ACOMPAÑADA DE DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA	2
DOLOR EN HIPOGASTRIO CON IRRADIACION A REGION DORSO LUMBAR	2
DOLOR AL ORINAR	6
ARDOR AL ORINAR	7
SALIDA DE ORINA POST-PARTO	7
SALIDA DE ORINA AL MENOR ESFUERZO	12
SALIDA DE ORINA AL TOSER	20
NO REFIRIERON NINGUN SINTOMA RELACIONADO CON LA INCONTINENCIA	23
SALIDA DE ORINA INVOLUNTARIO	33
MASA EN ENTROITO VAGINAL	33

Observamos que hasta un 12% de los pacientes, refirieron sintomatología que se hacía imprescindible descartar una infección Urinaria, sin embargo en ningún caso, se encuentra un urocultivo; como es sabido no debe estudiarse Incontinencia Urinaria sin haber descartado Síndrome Uretral o Infección Urinaria. Además de lo anterior este cuadro nos demuestra que, la sintomatología de Incontinencia Urinaria no se investiga adecuadamente.

Por Ejemplo: 1- Hay deseo doloroso de orinar antes de la Incontinencia Urinaria?

2- La salida de orina causa un problema social e higiénico?

3- La salida de orina es provocado por el esfuerzo etc. etc. etc.

EXAMEN FISICO. Estudio retrospectivo de 108 casos de INCONTINENCIA URINARIA, en el Depto. de Ginecología del H.G.S.J. de D.

FONDO DE SACO DESCENDIDO	1	1	%
VAGINA MODERADA ESTENOSIS POST-CIRUGIA	1	1	%
URETRA CAIDA, CON PRESENCIA DE MASA	1	1	%
FONDO DE SACO PROLAPSADO	1	1	%
VAGINA HIPEREMICA	1	1	%
VAGINA, PARED POSTERIOR DESCENDIDA	2	1.8	%
CISTOCELE GRADO III	3	2.7	%
URETRA CAIDA	4	3.7	%
CISTOCELE GRADO II	6	5.5	%
VAGINA PARED ANTERIOR FLORIDO	6	5.5	%
VAGINA PARED ANTERIOR DESCENDIDA	8	7.4	%
VAGINA PARED POSTERIOR FLORIDO	12	11.1	%
VAGINA PARED POSTERIOR RELAJADA	12	11.1	%
PISO PELVIANO FLACIDO	16	14.8	%
VAGINA PARED POSTERIOR FLACIDA	17	15.7	%
VAGINA PARED ANTERIOR RELAJADA	20	18.5	%
VAGINA PARED ANTERIOR FLACIDA	20	18.5	%
PISO PELVIANO RELAJADO	26	24	%
VAGINA FLACIDA	32	29.6	%

Este cuadro nos demuestra que casi todas las pacientes tienen algún grado de relajación pélvica, lo cual es causa directa e indirecta de Incontinencia Urinaria, también se reporta un caso de Hiperemia Vaginal, lo cual podría ser una vaginitis senil, de ser así, antes de tratar la Incontinencia Urinaria sería aconseja

PROCEDIMIENTO EFECTUADO EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA. Estudio retrospectivo de 108 casos de INCONTINENCIA URINARIA, en el Depto. de Ginecología del H.G.S.J. de D.

Procedimiento efectuado	No. de Casos	%
NO SE INTERVINO POR RAZONES TECNICAS	1 Caso	1
REHUSO TX.	1 "	1
EJERCICIOS	2 "	1.8
Tx. MEDICO	2 "	1.8
NO SE ENCUENTRA REGISTRADO QUE CONDUCTA SE TOMO RESPECTO A LA INCONTINENCIA URINARIA	40 "	37
HISTERECTOMIAS VAGINALES MAS CORRECCIONES DE CISTOCÉLE	62 "	57.4
	<hr/> 108 Casos	

COMENTARIO: Creemos que los resultados obviamente son malos, en primer lugar no se encuentra anotado si existe una fórmula para seleccionar Tx., y en algo más de la tercera parte de los casos no se le da ninguna importancia a la Incontinencia Urinaria pues, no aparece reportada la conducta asumida. Suponemos que, los ejercicios a que se hace referencia, así como las otras conductas reportadas son pocas. Por lo anterior pensamos que, el procedimiento donde se hizo la revisión es bastante deficiente.

CONCLUSIONES

- 1- El total de pacientes que consulto el Dpto. de Ginecología-Obstetricia, en el período 1976-1978 fueron 909 casos de los cuales 108 pacientes presentaban sintomatología de Incontinencia Urinaria, siendo por lo tanto el 11.9%.
- 2- De los casos estudiados el 50% de las pacientes eran casadas y, el 24.5% no refirieron su estado civil. El 90.7% se dedican a los oficios domésticos.
- 3- El 100% de las pacientes tienen antecedentes de tener uno o más partos, de los cuales el 99.5% fueron eutócicos.
- 4- El 12% de las pacientes presentaban sintomatología que se hacía imprescindible descartar Infección Urinaria, no encontrando un solo urocultivo, tampoco se menciona si se dio tratamiento médico.
- 5- La mayor parte de las pacientes presentaban algún grado de relajación pélvica.
- 6- El 10% de las pacientes presentaban Incontinencia Urinaria de esfuerzo yatrogenica, aunque probablemente la incidencia sea mayor, tomando en cuenta que no se interrogan ni tienen un seguimiento adecuado.
- 7- De los casos estudiados entre los 36 y 45 años o sea el 37.9% se presentó la mayor incidencia de Incontinencia Urinaria, lo cual es un grupo importante; no apareció anotado en ningún caso que se haya dado tratamiento médico, antes del tratamiento quirúrgico.

- 8- Según lo revisado no existe ningún plan diagnóstico, ni terapéutico, ni seguimiento de pacientes; por lo que se hace imposible evaluar los resultados obtenidos.
- 9- De los 108 casos no se encuentra ni uno solo, estudiado adecuadamente.
- 10- Consideramos que la Incontinencia Urinaria es complicada y necesita mucha dedicación, siendo la Incontinencia de esfuerzo la más frecuente y la que mejores resultados tiene en cirugía, se entiende por tal razón que nuestra mayor atención debe de estar dirigida en atender este grupo mayoritario. Pensamos que la guía diagnóstica y terapéutica, por Marshall y Judd; son de fácil aplicación en nuestro medio.

RECOMENDACIONES

- 1- Estudiar a las pacientes con Incontinencia Urinaria, en una forma científica para que posteriormente encontremos la satisfacción de haber ayudado a este grupo tan grande de pacientes que se sienten humillados por los problemas higienicos y sociales que su enfermedad les crea.
- 2- Motivar entre los Ginecologos de Guatemala el interés para estudiar la Incontinencia Urinaria de esfuerzo e intentar estandarizar métodos diagnósticos y terapeuticos.
- 3- Fomentar por parte del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital San Juan de Dios, así como de la Sociedad de Gineco-Obstetricia de Guatemala; el estudio de Incontinencia Urinaria por medio de cursillos, simposios y congresos.

BIBLIOGRAFIA

Bates, C. P. (1971) Continencia e Incontinencia, *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 49, 18-35.

Doyle, P. (1-75) Historia Urodinamica en la Incontinencia Urinaria (Ed.-) Caldwell, K.P.S. pp. 45-58 London Sector.

Enhorning, C. (1961) Registro simultáneo de la presión intravesical e intrauretral. Estudio del cierre uretral en mujeres normales y con estress de Incontinencia Urinaria. *Acta Chirurgica Scandinavica, Supplement 276*, 1-68.

Hodgkinson, C.P. Ayers, M.A. Druker, B.H. (1963),. Disfunción del detrusor en mujeres aparentemente normales. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 44, 398-411.

Bek, R.P., Grove, B., Arnuch, D. & Harvey, J. (1974) Tratamiento común por stress de Incontinencia Urinaria, basada en el procedimiento de la Facia Lata. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 120, 613-624.

Green, T. H. 1962 Desarrollo de un plan para al diagnóstico y tratamiento de Incontinencia Urinaria por Stress. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 83, 632-648

Lapides, J. (1971) Operación Simplificada por Incontinencia Urinaria de Stress. *Journal of Urology*, 105, 262-264.

PROTOCOLO:

Guía de tratamiento quirúrgico en la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, por medio del uretrocistograma con cadena de cuentas metálicas. Depto. de Gineco-Obstetricia del Hospital San Juan de Dios. Dr. Mario Barrios Gonzáles. 1979.

Cistometría con agua, guía diagnóstica de la Incontinencia Urinaria, Depto. de Ginecología, Hospital San Juan de Dios. Dra. Amely Salazar. 1979.

Br. Virginia Argueta Morales de Lau
Virginia Argueta Morales de Lau

Mario Barrios
Asesor,
Mario Barrios.

[Signature]
Director de Fase III
Director A. Nuila E.

[Signature]
Revisor,
Rodolfo Robles.

[Signature]
Dr. Secretario
Raúl A. Castillo Rodas

[Signature]
Dr. Decano,
Rolando Castillo Montalvo.