

GUÍA PARA LA MUJER
**SOBRE LA
INCONTINENCIA
URINARIA DE
ESFUERZO**





CONTENIDO

¿Qué es la Incontinencia Urinaria?

Causas

Síntomas

Opciones de Tratamiento

Su Procedimiento

Su Cabestrillo Quirúrgico

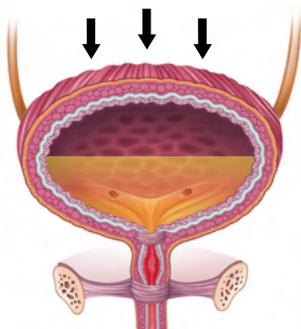
Día de la Cirugía

Recuperación

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

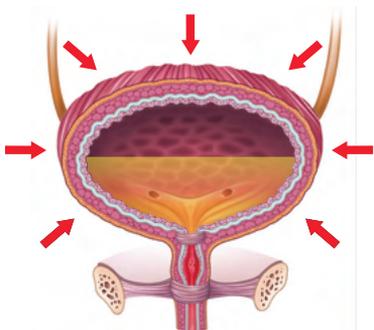
¿QUÉ ES LA INCONTINENCIA URINARIA?

La vejiga y la uretra están sostenidas por un grupo de músculos pélvicos y tejido conectivo. A medida que estos músculos se debilitan, la vejiga y la uretra pierden su soporte y se mueven fuera de posición, lo que permite que la orina gotee. Se cree erróneamente que es parte normal del envejecimiento. De hecho, puede ocurrir a cualquier edad y es común, pero no normal.



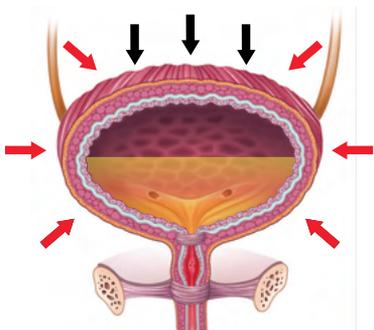
Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE)

Pérdida involuntaria de orina debido al aumento de la presión sobre la vejiga por actividades físicas, como toser, estornudar, reír y levantar objetos pesados.



Incontinencia de Urgencia

Pérdida involuntaria debido a un impulso súbito e intenso de orinar.



Incontinencia Mixta

Una combinación de incontinencia de esfuerzo e incontinencia de urgencia.

¿QUÉ CAUSA LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO?



**EMBARAZO
Y NACIMIENTO**



MENOPAUSIA



OBESIDAD



**CIRUGÍA
PÉLVICA
ANTERIOR**



FUMAR



**ACTIVIDADES DE
ALTO IMPACTO
A LARGO PLAZO**

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO?

Si responde “**SÍ**” a cualquiera de las preguntas a continuación, es posible que esté viviendo con incontinencia.

¿Tiene pérdidas de orina inesperadamente?

¿Tiene pérdidas de orina al toser, estornudar, reír, agacharse o levantar objetos?

¿Tiene pérdidas de orina continuamente con poco movimiento?

¿Evita la intimidad porque podría orinar?

¿Usa toallas para protegerse de las pérdidas?

¿Evita determinadas actividades por miedo a las pérdidas?

OPCIONES DE TRATAMIENTO

A continuación, se presentan algunas opciones que pueden considerarse para el tratamiento de la IUE. Hable con su médico sobre qué opción de tratamiento funcionará mejor para usted.

Una opción de autocuidado es realizar ejercicios de **Kegel**, que consisten en una serie de ejercicios pélvicos para ayudar a aumentar la fuerza del suelo pélvico. Esto puede ayudar en casos leves de incontinencia.

Un **pesario** es un dispositivo removible que se inserta en la vagina contra la pared vaginal y la uretra para sostener el cuello de la vejiga. Esto ayuda a reposicionar la vejiga y/o la uretra para reducir la IUE.

Los **agentes de relleno** consisten en una sustancia biocompatible que se inyecta alrededor de la uretra para estrecharla. Los efectos de un agente de relleno suelen ser temporales y las tasas de curación son más bajas en comparación con la cirugía.

La cirugía se utiliza para ayudar a reconstruir y restaurar el soporte debajo de la vejiga y la uretra mediante un implante de cabestrillo. La cirugía tiene el mayor éxito y la tasa de curación más alta en comparación con otras opciones de tratamiento.

SU PROCEDIMIENTO

Su procedimiento de cabestrillo mediouretral mínimamente invasivo utiliza una tira de malla de media pulgada de ancho debajo de la uretra para ayudar a reconstruir el soporte y evitar las pérdidas de orina. El procedimiento se realiza con mayor frecuencia como una cirugía ambulatoria y generalmente toma menos de 30 minutos. El tipo de cabestrillo Desara® utilizado y el método de colocación dependerán de su afección y de la preferencia de su médico.

Los productos de cabestrillo Desara® se pueden colocar de tres formas generales:

RETROPÚBICOS



TRANSOBTURADORES



UNA SOLA INCISION



Los cabestrillos mediouretrales Desara® estándar se colocan con una sola incisión vaginal y dos incisiones externas en la piel, ya sea en la parte inferior del abdomen, justo por encima del hueso púbico, (Retropúbicos) o en el área de la ingle cerca de la línea del bikini (Transobturadores).

El cabestrillo de una sola incisión (SIS, por sus siglas en inglés) Desara® One requiere sólo una incisión en la vagina y no requiere incisiones externas en la piel. Además, el SIS Desara® One tiene una longitud mucho más corta en comparación con un cabestrillo mediouretral Desara® estándar. Los cabestrillos de una sola incisión pueden tener una tasa de curación más baja en comparación con los cabestrillos mediouretrales estándar.

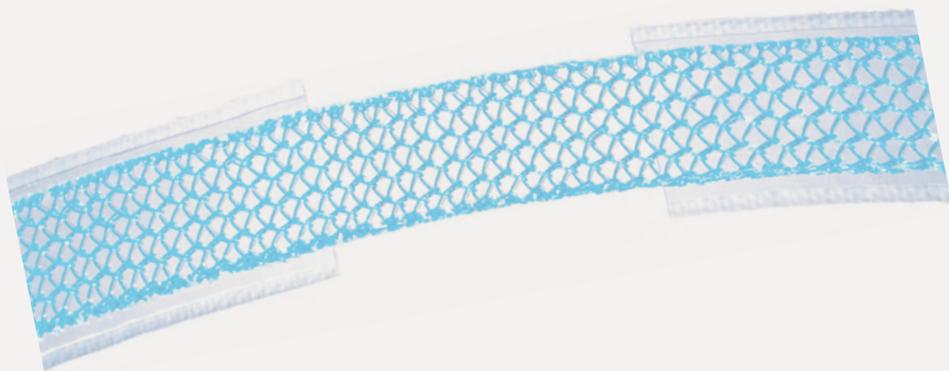
Para colocar el Desara®, se utilizan instrumentos para pasar el Desara® a través de la incisión vaginal y colocarlo dentro de su abdomen, en donde descansará justo debajo de su uretra, creando un soporte. Así como su colchón necesita un somier como soporte, su uretra también necesita un respaldo firme para mantener el control de la vejiga. El cabestrillo Desara® actúa como un andamio para que crezca su propio tejido. El cabestrillo y el crecimiento de tejido brindarán apoyo a la uretra y le ayudarán a recuperar la continencia.

¿EL PROCEDIMIENTO ES SEGURO Y EFECTIVO?

El procedimiento mínimamente invasivo de cabestrillo mediouretral es la cirugía más estudiada y se considera el procedimiento estándar para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo con más de 2.000 artículos publicados al respecto^{1,2}. El procedimiento ha demostrado su eficacia^{1,3,5} y la satisfacción del paciente⁵.

SU CABESTRILLO QUIRÚRGICO DESARA®

El cabestrillo de malla quirúrgica que se utiliza en su procedimiento se llama Desara®. Es un cabestrillo hecho de polipropileno (PP), que es un material bien aceptado y comúnmente utilizado para implantes quirúrgicos. Este material se ha utilizado en la mayoría de las especialidades quirúrgicas (incluyendo cirugía general, cirugía cardiovascular, cirugía de trasplantes, oftalmología, otorrinolaringología, ginecología y urología) durante más de cinco décadas, en millones de pacientes en todo el mundo⁶ y ha tenido un impacto significativo y favorable en el campo de la cirugía^{7,8}. La gran mayoría de los hilos de sutura están hechos de polipropileno⁶.



¿POR QUÉ UTILIZAR UN IMPLANTE DE MALLA?

Los implantes se utilizan en prácticamente todos los campos de la medicina para reforzar el tejido debilitado⁶. Los implantes se utilizan para la reparación de ligamentos y tendones, injertos vasculares, reconstrucción craneofacial, aumento del contorno facial, materiales de sutura e implantes articulares y de columna⁶.



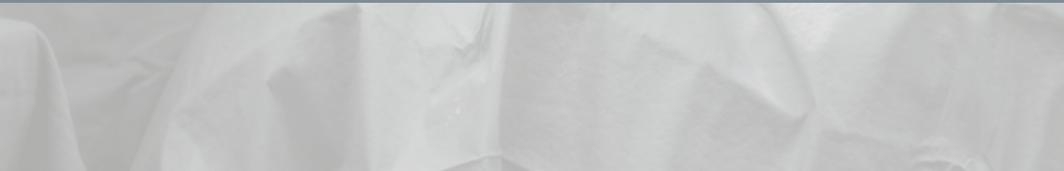
DÍA DE LA CIRUGÍA

Las cirugías con cabestrillo mediouretral son comúnmente cirugías ambulatorias realizadas bajo sedación por vía intravenosa (IV) o anestesia general, ya sea en el hospital o en un centro de cirugía ambulatoria. La mayoría de los pacientes pueden irse a casa el mismo día de la cirugía, pero algunos pueden requerir pasar la noche en el hospital. Esto depende de su salud y de si su procedimiento con cabestrillo fue parte de una cirugía mayor (como corregir un prolapso).



DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

Después de la cirugía, estará en una sala de recuperación durante un par de horas hasta que desaparezca el efecto de la anestesia y sea capaz de vaciar la vejiga. Si tiene problemas para vaciar la vejiga, es posible que deba usar una sonda temporalmente. Es común que los pacientes tengan problemas para vaciar la vejiga después de la cirugía, pero esto suele ser solo temporal.



CUIDADO POSTOPERATORIO

Usted acaba de someterse a una operación de cabestrillo mediouretral para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Ahora está en el camino hacia la recuperación y un nuevo estilo de vida de continencia. Usted juega un papel fundamental en su recuperación y en el éxito a largo plazo de la cirugía.

El cabestrillo está hecho de un material de malla de polipropileno tejido holgadamente. Durante las próximas semanas, sus propios tejidos crecerán y se convertirán en el material del cabestrillo y lo harán mucho más estable y seguro. Este proceso de "crecimiento de tejido" comienza unos días después de su procedimiento y dura semanas. Por lo tanto, se recomienda que restrinja su actividad durante al menos 4 semanas después de la operación. Las restricciones e instrucciones especiales para este período posoperatorio se enumeran a continuación:

Si aún no tiene una cita de seguimiento, llame al consultorio de su médico para programar una en algún momento entre 2 a 4 semanas después de la cirugía.

ORINAR

La mayoría de los pacientes podrán orinar antes de salir del hospital. Si tiene que irse a casa con una sonda, se le pedirá que regrese al consultorio de su médico a la mañana siguiente para una "prueba de micción".

ACTIVIDAD

Las actividades de rutina, como vestirse, afeitarse las piernas, etc., están bien. El ejercicio de bajo impacto como estiramiento, yoga "fácil", movimientos de pilates y caminar está bien. Evite nadar, andar en bicicleta y hacer ejercicios aeróbicos de alto impacto durante 4-6 semanas.

LEVANTAMIENTO PESADO

Durante 4 a 6 semanas no debe levantar, empujar ni tirar de ningún objeto que pese más de 8 a 10 libras (aproximadamente el peso de un galón de leche). No debe llevar comestibles, la canasta de ropa sucia u operar una aspiradora durante este tiempo.

INTERACCIÓN SEXUAL

No tenga relaciones sexuales, no haga lavados ni coloque nada en la vagina durante seis semanas después de la cirugía, o hasta que su cirujano lo autorice.

EVACUACIONES INTESTINALES

No se esfuerce al intentar defecar. Es posible que deba usar un ablandador de heces después de la cirugía. Si tiene estreñimiento y necesita sugerencias sobre cómo tratar el estreñimiento, por favor consulte a su médico.

DESCARGA

Es normal tener una cantidad mínima de flujo vaginal, que puede durar hasta seis semanas después de la cirugía. Esta secreción puede ser sanguinolenta o de color amarillo. Llame a su médico si cree que es excesiva o si le preocupan las incisiones.

HIGIENE

Puede ducharse cuando llegue a casa, pero no tome baños ni vaya a nadar durante 4 a 6 semanas después de la cirugía.

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

¿Los embarazos futuros ¿afectarán los resultados de mi cabestrillo?

Los embarazos futuros pueden anular el resultado de su procedimiento de cabestrillo. Puede ser necesario otro procedimiento para recuperar la continencia.

¿Tendré que quedarme en el hospital después del procedimiento?

Por lo general, no se requiere hospitalización para este procedimiento; sin embargo, según su afección, su médico puede solicitarle que se quede a pasar la noche. Si le van a realizar otro procedimiento al mismo tiempo, es posible que deba quedarse más tiempo. Pregúntele a su médico qué puede esperar.

¿Cuánto dura el procedimiento del cabestrillo?

El material de la malla es permanente; sin embargo, la durabilidad de la reparación con malla para la incontinencia urinaria depende de muchos factores. La mayoría de los estudios clínicos han recopilado datos de resultados durante sólo 1-2 años; estos estudios sugieren que la mayoría de las mujeres que se someten a la reparación con malla para la incontinencia reportan que sus síntomas son menos molestos en comparación con antes de la cirugía. El cabestrillo mediouretral se ha estudiado durante tanto tiempo como cualquier otro procedimiento para la IUE y ha demostrado una seguridad y eficacia superiores. Esto incluye un estudio reciente de seguimiento de 17 años.

¿Se puede rehacer el procedimiento?

Sí, un procedimiento de cabestrillo se puede repetir si es necesario. Debido a la cicatrización después de su procedimiento original de reparación con malla, las cirugías repetidas pueden ser más complicadas.

¿Cuándo verá los resultados?

En la mayoría de los casos, verá resultados inmediatamente después del procedimiento con poco dolor o malestar. Muchas mujeres pueden volver a sus actividades diarias en algunos días.

¿Qué hay sobre la información que he escuchado sobre el uso de mallas?

La Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) ha suspendido recientemente la venta de una malla transvaginal utilizada en un procedimiento quirúrgico distinto, llamado reparación de prolapso de órganos pélvicos (POP) después de considerarla equivalente⁹, pero no superior a otras alternativas¹⁰. La malla transvaginal utilizada para el prolapso vaginal es más grande y se coloca en un sitio diferente al de la malla de cabestrillo mediouretral. Debido a que en ambos procedimientos se utiliza malla, una malla transvaginal para el prolapso y una malla de cabestrillo mediouretral para el tratamiento de la incontinencia, puede existir cierta confusión sobre el uso del término "malla".

La malla transvaginal para POP ya no está disponible debido a la decisión de la FDA, pero los cabestrillos mediouretrales NO se han visto afectados y la FDA ha determinado que son seguros y eficaces¹¹.

Los cabestrillos mediouretrales fueron aprobados en Europa en 1990 y en los Estados Unidos en 1998, ayudando a millones de mujeres con IUE a recuperar el control de sus vidas desde entonces. Los estudios prospectivos han seguido a pacientes con cabestrillos mediouretrales implantados durante 17 años, lo que demuestra una excelente durabilidad y seguridad del procedimiento¹².

Este procedimiento es probablemente el avance más importante en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en los últimos 50 años y cuenta con el apoyo total de las principales organizaciones de Medicina Pélvica Femenina de EE. UU. (AUGS y SUFU)¹³ y está siendo utilizado por >99% de sus miembros¹⁴.

Riesgos

La cirugía conlleva algunos riesgos. Si experimenta secreción vaginal, enrojecimiento o dolor en los sitios de la incisión, dolor intenso o que dura más de lo esperado, micción con flujo lento o incapacidad para orinar, puede ser un signo de complicaciones. Comuníquese con su médico inmediatamente. Debe conversar con su médico su proceso de recuperación, los resultados esperados y las posibles complicaciones asociadas con un procedimiento de Desara[®].

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES

Las posibles reacciones adversas son las asociadas con la cirugía que utiliza materiales de malla implantables de este tipo, que incluyen hematomas, incontinencia urinaria, retención/obstrucción urinaria, disfunción miccional, dolor, potenciación de la infección, dehiscencia de la herida, inflamación, formación de fístula y exposición, erosión o extrusión* de la malla. Pueden ocurrir perforaciones o laceraciones de vasos, nervios, vejiga, uretra o intestino durante la colocación de la malla y pueden requerir reparación quirúrgica.

*La extrusión de la malla en la vagina es uno de los eventos adversos más comunes. Es posible que pueda recibir tratamiento en el consultorio de su médico. En algunos casos, el tratamiento puede ocurrir en el quirófano. Asegúrese de conversar todas las opciones de tratamiento con su médico. Si la malla está expuesta en la superficie de la vagina, las relaciones sexuales pueden ser dolorosas tanto para usted como para su pareja.

Los procedimientos de cabestrillo no deben realizarse en:

Pacientes que están embarazadas o que planean embarazos futuros.

Pacientes con infección del tracto urinario o con infección en el campo operatorio.

Bebés, niños o cualquier paciente con potencial de crecimiento futuro.

1. Ogah, J., J.D. Cody, and L. Rogerson, Minimally invasive synthetic suburethral sling operations for stress urinary incontinence in women. [Operaciones de cabestrillo suburetral sintético mínimamente invasivas para incontinencia por esfuerzo en mujeres] Cochrane Database Syst Rev [Rev. del sistema de base de datos Cochrane]. 2009(4): p. CD006375.
2. American Urogynecologic Society (AUGS) and Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction (SUFU). [Sociedad Uroginecológica Estadounidense (AUGS) y Sociedad de Urodinámica, Reconstrucción Urogenital y Medicina Pélvica Femenina (SUFU). Frequently Asked Questions by Patients Mid-urethral Slings for SUI [Preguntas frecuentes para pacientes Cabestrillos mediouretrales para SUI]. https://www.augs.org/assets/1/6/Patient_FAQs_MUS_for_posting.pdf
3. Novara, G., et al., Updated systematic review and meta-analysis of the comparative data on colposuspensions, pubovaginal slings, and midurethral tapes in the surgical treatment of female stress urinary incontinence. [Revisión sistemática y meta-análisis actualizados de los datos comparativos en colposuspensiones, cabestrillos pubovaginales y cintas mediouretrales en el tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria femenina por esfuerzo] Eur Urol [Urología europea], 2010. 58(2): p. 218-38.
4. Ward, K. y P. Hilton, Prospective multicentre randomised trial of tension-free vaginal tape and colposuspension as primary treatment for stress incontinence. [Potencial ensayo aleatorizado multicéntrico de cinta vaginal y colposuspensión como tratamiento primario para la incontinencia por esfuerzo] BMJ, 2002. 325(7355): p. 67.
5. Richter, H.E., et al., Retropubic versus transobturator midurethral slings for stress incontinence. [Cabestrillo retropubico versus cabestrillo mediouretral transobturador para incontinencia por esfuerzo] N Engl J Med, [Revista Médica N. Ing.] 2010. 362(22): p. 2066-76.
6. M.F. Maltz. Applications of synthetic polymers in clinical medicine. [Aplicaciones de polímeros sintéticos en medicina clínica] Biosurface and Biotribology [Biosuperficie y biotribología] Volumen 1, Edición 3, septiembre 2015, páginas 161-176
7. Cobb, W.S., K.W. Kercher, y B.T. Heniford, The argument for lightweight polypropylene mesh in hernia repair. [El argumento para el uso de malla de polipropileno liviano en la reparación de hernia]. Surg Innov [Cirugía Innovadora], 2005. 12(1): p. 63-9.
8. Scott, N.W., et al., Open mesh versus non-mesh for repair of femoral and inguinal hernia. [Reparación de hernia femoral e inguinal con malla abierta versus sin malla]- Cochrane Database Syst Rev [Rev. del sistema de base de datos Cochrane], 2002(4): p. CD002197.
9. Kim-Fine S., Occhino JA, Gebhart JB. Vaginal prolapse repair—Native tissue repair versus mesh augmentation. [Reparación de prolapso vaginal: reparación de tejido nativo versus aumento de malla] Lo más reciente no siempre es lo mejor [publicado en línea antes de su impresión el 17 de enero de 2013]. Curr Bladder Dysfunct Rep. [Rep. actual de vejiga disfuncional 2013(1)]: 25-31doi:10.1007/s11884-012-0170-7.
10. Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. Comunicado de prensa de la FDA: La FDA toma acciones para proteger la salud de las mujeres, ordena a los fabricantes de mallas quirúrgicas con el fin de reparaciones trans vaginales o de prolapso de órganos pélvicos que dejen de vender todos los dispositivos. Silver Spring, MD: FDA, 2019. <https://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm636114.htm>
11. Page 4 of FDA Panel Summary, Sept. 2011. <https://wayback.archive-it.org/7993/20170404140420/https://www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/MedicalDevices/MedicalDevicesAdvisoryCommittee/ObstetricsandGynecologyDevices/UCM271769.pdf>
12. Nilsson, C.G., et al., Seventeen years' follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for female stress urinary incontinence. [Diecisiete años de seguimiento de procedimiento de cinta vaginal libre de tensión para incontinencia urinaria femenina por esfuerzo]. Int Urogynecol J [Revista Médica Uroginecológica Int.], 2013. 24(8): p. 1265-9.
13. Declaración de postura de AUGS/SUFU en relación con los cabestrillos mediouretrales. https://www.augs.org/assets/7/6/AUGS-SUFU_MUS_Position_Statement.pdf
14. Clemons, J.L., et al., Impact of the 2011 FDA transvaginal mesh safety update on AUGS members' use of synthetic mesh and biologic grafts in pelvic reconstructive surgery. [Impacto de la actualización de seguridad de 2011 de las mallas trans vaginales de la FDA sobre el uso por parte de los miembros de la AUGS de la malla sintética e injertos biológicos en la cirugía pélvica reconstructiva]. Female Pelvic Med Reconstr Surg [Cirugía reconstructiva médica pélvica femenina], 2013. 19(4): p. 191-8.
15. Sitio web de implantes de malla quirúrgica uroginecológica: <https://www.fda.gov/medicaldevices/urogynecologic-surgical-meshimplants/considerations-about-surgical-mesh-sui>