

APPO

Asociación de Pacientes con Pérdidas de Orina y Urgencia Miccional

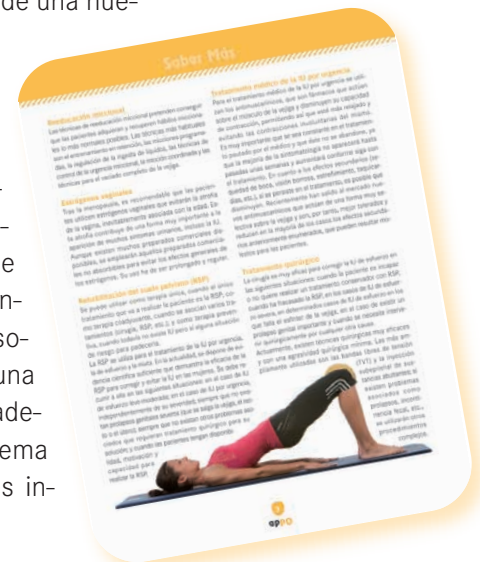
En este nuevo número de **appo** se quiere incidir sobre las particularidades de la incontinencia urinaria en el varón, tema que se aborda en el apartado **Saber más**, en el que se presta especial atención a la incontinencia urinaria secundaria a la cirugía de próstata, tan común en el hombre. También se comentan las alternativas que existen para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en el hombre.

En **Información y consejos** se dan algunos consejos generales para ayudar a prevenir la incontinencia urinaria, además de hacer referencia a las diferentes situaciones de riesgo de sufrir algún tipo de incontinencia y a los medicamentos que pueden provocarla, aspectos que deben tenerse en cuenta a efectos de prevención.

En el ámbito quirúrgico de la incontinencia urinaria y del suelo pélvico, se están imponiendo con fuer-

za los abordajes menos invasivos pero que aportan mayor eficacia. Son avances que también benefician a los varones, aunque la patología les afecte en menor proporción. Éste es el tema que se aborda en **Hemos leído**, donde se comentan las nuevas técnicas presentadas en el III Curso Internacional de Cirugía de Incontinencia Urinaria y Suelo Pélvico- I Curso de Cirugía Robótica Urológica, celebrados en el Hospital Clínico de Madrid: cirugías vaginales mínimamente invasivas que han sustituido a las abiertas en el abordaje de la incontinencia en la mujer, entre las que destaca la presentación de las mallas Mini Sling; inyecciones periuretrales; implantación de neuromoduladores; vía de abordaje perineal trans-obturatriz para la colocación de una malla en la incontinencia urinaria del varón secundaria a prostatectomía radical; implantación de microbalones periuretrales.

Por último, en la sección **appo informa** se comunica la puesta en marcha de una nueva campaña informativa sobre incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva que se celebrará en cinco ciudades españolas. Esta iniciativa se enmarca en la vocación de **appo** de informar y concienciar a la sociedad sobre la importancia de una atención y tratamiento adecuados para este problema de salud, muchas veces infravalorado.



Sumario

- **Saber Más** **Pág. 2**
- **Información y Consejos** **Pág. 4**
- **Hemos leído** **Pág. 6**
- **appo informa** **Pág. 6**
- **Noticias de la Asociación** **Pág. 7**
- **Glosario** **Pág. 8**

Incontinencia urinaria en el varón

La incontinencia urinaria (IU) es un problema frecuente en la población general, aunque su incidencia es variable según el sexo (es más frecuente en las mujeres) y la edad (afecta más a las personas en edad infantil y a las ancianas).

Los varones padecen menos este trastorno, con la excepción de los mayores de 65 años, especialmente si están hospitalizados o viven en instituciones residenciales. De acuerdo con los diferentes estudios epidemiológicos realizados, se calcula que de un 10% a un 20% de los varones mayores de 65 años podrían padecer IU, porcentaje que llegaría al 35%-40% en los varones de esa edad hospitalizados, especialmente en los de larga estancia, y hasta el 62% en los que viven en instituciones residenciales.

También hay que tener en cuenta que un número nada despreciable de varones que padecen este trastorno no lo tiene diagnosticado porque, debido a un equivocado sentido del pudor o de la vergüenza, no acuden al médico a consultar el problema.

Tipos de IU

La **incontinencia aguda**, transitoria o reversible, es la que tiene un comienzo repentino y dura menos de cuatro semanas. Suele acompañar a un cuadro clínico o a una enfermedad aguda, como una infección urinaria, una uretritis (inflamación de la uretra), procesos catarrales que se acompañan de tos intensa, delirio o estado de confusión agudo.

La **incontinencia crónica** o persistente es la que no aparece de manera repentina y dura más de cuatro semanas. A esta categoría pertenecerían los siguientes tipos de IU:

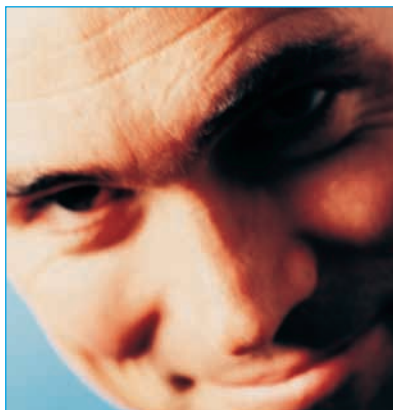
● **IU de esfuerzo.** Es la que se produce ante cualquier actividad física como resultado de una presión de cierre insuficiente en la uretra durante el esfuerzo físico (levantar pesos, toser, estornu-

dar, correr). No está asociada a deseo miccional, ni se nota sensación previa al escape de orina. Puede oscilar desde unas pocas gotas hasta incluso un chorro. En general, la causa suele radicar en una alteración importante del mecanismo esfinteriano, como la que acontece en ocasión de una extirpación completa de la próstata.

● **IU de urgencia.** Esta incontinencia se asocia a un fuerte deseo de orinar (micción imperiosa), de manera que la persona es incapaz de retener la orina una vez que percibe que la vejiga está llena. Por lo general, el individuo tiene conciencia previa de que se va a producir la pérdida de orina. En estos casos, la problemática puede radicar en la propia vejiga (vejiga hiperactiva) o en la próstata (cuando está aumentada de tamaño, bloquea la vejiga y la vuelve irritable y demasiado “activa”). Otra posible causa de irritación vesical pueden ser las infecciones urinarias, también comunes en el caso de agrandamiento prostático.

● **IU por rebosamiento.** Es la pérdida de orina asociada a una vejiga distendida cuando la presión en el interior de la vejiga es superior a la máxima presión en la uretra, pero sin que intervenga el músculo detrusor, que es el encargado de abrir la uretra para que se produzca el vaciado de la misma. La incontinencia se produce por goteo, gota a gota o en chorro fino sin fuerza. Puede manifestarse por síntomas irritativos (polaquiuria), obstructivos, dificultad al orinar, goteo posmiccional o con pérdida de orina más o menos continua por goteo o en pequeños chorritos. En algunas ocasiones la persona se siente siempre mojada sin tener claro el momento de la fuga. Es más frecuente en varones que en mujeres y en muchas ocasiones se asocia a un crecimiento excesivo del tamaño de la próstata (hiperplasia prostática).

● **IU funcional.** Es la que da lugar a episodios de pérdida de orina sin que la persona sea incontinente, y suele producirse cuando la persona no tiene acceso a un lugar adecuado para miccionar.



● **IU mixta.** Cuando coinciden dos o más tipos de incontinencia.

IU y cirugía de próstata

En la mayor parte de los casos, la IU en el varón se produce como consecuencia de una intervención quirúrgica sobre la próstata, la uretra o la vejiga. De entre todas ellas, la cirugía de próstata es, sin duda, la que más frecuentemente la causa.

La cirugía de próstata es un tratamiento muy frecuente en el varón y se utiliza tanto para el cáncer de próstata como para la hiperplasia benigna. La IU tras la cirugía de próstata es una complicación que tiene una frecuencia variable. Cuando se trata de una patología benigna se produce en alrededor del 1% de los operados, mientras que si se trata de un proceso maligno se eleva a un 2,5%-87% si se trata de una prostatectomía radical.

En el varón sano, la continencia depende del mecanismo esfinteriano proximal (el músculo liso del cuello vesical y la uretra preprostática), los mecanismos de soporte uretral y el mecanismo esfinteriano distal (músculo liso de la uretra).

La cirugía de próstata altera el equilibrio entre el detrusor vesical y el sistema esfinteriano. La conservación del esfínter externo (en el caso de una patología) y la reconstrucción del cuello vesical (en el caso de enfermedad maligna) van a preservar la continencia tras una cirugía, aunque en algunos casos el método falla.

Factores prequirúrgicos que condicionan la incontinencia tras la cirugía

- El 44% de los pacientes presentan urgencia miccional y goteo posmiccional.
- El 50% de los enfermos con hiperplasia benigna de próstata presentan contracciones involuntarias del detrusor, sólo el 50%-75% de los casos mejoran con la cirugía.
- La hipotonía del detrusor antes de la cirugía de próstata secundaria a una obstrucción prostática mantenida es responsable de la mitad de los casos de retención urinaria posoperatoria, lo que lleva a incontinencia por rebosamiento.
- El crecimiento apical de la próstata y los procesos infecciosos pueden alterar la integridad del esfínter externo, lo que conduce a incontinencia tras la cirugía.

¿Qué alternativas existen para el tratamiento de la IU de esfuerzo en el hombre?

- **Inyección de colágeno alrededor de la uretra.** Se realiza bajo anestesia local. En algunos casos, son necesarias varias inyecciones para poder obtener resultados satisfactorios. Algunos especialistas refieren mejorías de hasta el 70%.
- **Esfínter urinario artificial.** Se utiliza en los casos graves de incontinencia secundaria a la extirpación radical de la próstata. Tiene tres componentes: un manguito que se coloca alrededor de la uretra, un mecanismo de bomba que se coloca dentro del escroto (estructura en forma de bolsa que alberga a los testículos) y un pequeño dispositivo colocado en el abdomen para contener el líquido.
- **Procedimiento de Stamey ("cabestrillo masculino").** Se utiliza para resolver una IU importante después de una prostatectomía radical. Se compone de tres tubos de un material especial (Dacron®) que se colocan transversalmente para sostener la uretra realizando una incisión en la parte interior del escroto, fijándolos luego a los músculos abdominales.
- **Almohadillas o paños absorbentes y ropa interior especial.** En el mercado existen una gran variedad de modelos que se adaptan a diferentes necesidades.
- **Colocación de una sonda de Foley en la uretra.** La sonda llega a la vejiga. Ese procedimiento se utiliza sólo en casos muy particulares, por las molestias que ocasiona y por el riesgo de infecciones.

¿Qué se puede hacer para prevenir la incontinencia urinaria?

La incontinencia urinaria (IU) constituye un trastorno de salud importante con serias repercusiones para la persona que la sufre y para el propio sistema sanitario, sobre el que genera un elevado coste económico, tanto por los recursos asistenciales como por los materiales que consume.

Dada la frecuencia con la que se da la IU y teniendo en cuenta los problemas de tipo higiénico y social que ocasiona, como la frecuencia de urgencias miccionales, la percepción de mal olor, el aislamiento social progresivo, la pérdida de autoestima o la demanda por parte de la familia de ingresos en instituciones sanitarias

de los afectados por este problema, es del todo razonable y aconsejable poner en práctica medidas para detectarla, tratarla y, desde luego, prevenirla.

No hay duda de que la medida más eficaz es la prevención, ya que no solamente actúa sobre la sintomatología objetiva (pérdida de orina), sino que también ayuda a evitar el deterioro en la calidad de vida y la autoestima de la persona que padece este trastorno.

A efectos de prevención, es fundamental tener en cuenta las situaciones de riesgo de sufrir algún tipo de incontinencia (Tabla I) y los medicamentos que pueden provocarla (Tabla II).

Tabla I. Situaciones de riesgo que pueden dar lugar a una IU

Antecedentes ginecológicos en la mujer:

- Número de partos.
- Episiotomías (corte en el orificio de la vulva en el momento del parto) practicadas.
- Antecedentes de partos complicados que han requerido mucha manipulación.
- Intervenciones quirúrgicas.

Actividades diarias:

- Toser.
- Estornudar.
- Defecar.
- Saltar.
- Gritar.
- Forma de vestir.
- Consumo frecuente de bebidas estimulantes (té, café, colas, alcohol...).
- Algunas actividades deportivas.
- Deportes de alta competición que puedan provocar lesiones del suelo pélvico.

Enfermedades que sufre la persona:

- Tos crónica (asma, EPOC, tabaquismo...).
- Obesidad.

- Estreñimiento.
- Vómitos frecuentes.
- Diabetes.
- Enfermedades traumatológicas.
- Enfermedades neurológicas.
- Malformaciones.
- Hipertensión arterial en tratamiento con diuréticos.
- Infecciones urinarias de repetición.
- En general, toda persona que toma muchos medicamentos.
- Personas que toman infusiones de hierbas medicinales con una acción diurética y depurativa, dado que pueden dar lugar a una urgencia miccional.

Mermas funcionales por la edad:

- Envejecimiento.
- Disminución de la coordinación de los movimientos.
- Alteraciones en los ejes de fuerza de la columna vertebral.
- Marcha lenta.
- Barreras arquitectónicas.

Tabla II. Medicamentos y sustancias que pueden provocar IU

Medicamento	Efecto
Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)	Retención de orina. IU por desbordamiento
Alfaagonistas	Retención de orina. IU por desbordamiento
Alfabloqueantes	Relajación uretral
Antagonistas del calcio	Retención de orina. IU por desbordamiento
Anticolinérgicos	Retención de orina. IU por desbordamiento
Antidepresivos	Retención de orina. IU por desbordamiento. Sedación
Antihistamínicos	Retención de orina. IU por desbordamiento
Antipsicóticos	Retención de orina. IU por desbordamiento
Antiespasmódicos	Retención de orina. IU por desbordamiento
Sedantes	Sedación y retención de orina
Betaagonistas	Retención de orina. IU por desbordamiento
Diuréticos (también plantas medicinales como la mazorca de maíz, la ortiga blanca, la cola de caballo, la alcachofa...)	Urgencia miccional Aumento del volumen y de la frecuencia de la micción
Narcóticos	Sedación e impactación fecal
Relajantes musculares	Relajación uretral
Simpaticolíticos	Relajación uretral

A continuación, se ofrecen unos consejos generales para ayudar a prevenir la IU:

- Mantener la higiene personal diaria y después de cada micción para evitar posibles infecciones y lesiones en la piel.
- Ir al lavabo a intervalos no superiores a tres horas durante el día.
- Facilitar el acceso al lavabo a las personas con problemas de movilidad.
- Vestir con ropas cómodas y fáciles de quitar para evitar posibles pérdidas por urgencia miccional.
- Evitar el estreñimiento.
- Consumir un volumen normal de líquidos, puesto que las orinas muy concentradas pueden actuar como irritantes de la vejiga.
- En la cena, se deben evitar los alimentos con gran cantidad de agua, como sopas y frutos con mucho zumo.

- Evitar tomar sustancias estimulantes como té, café, bebidas con cola o chocolate.
- El alcohol produce urgencia miccional, por lo que conviene evitarlo.
- No se deben tomar diuréticos si no es por prescripción médica.
- Evitar tomar diuréticos después de las seis de la tarde.
- Es preciso conocer los efectos que tienen las hierbas medicinales que se toman habitualmente, ya que algunas pueden actuar sobre el ritmo y el volumen de la orina.

Para la prevención específica de la IU de esfuerzo, además de seguir las normas generales que se acaban de exponer, hay que realizar ejercicios para fortalecer los músculos del suelo pélvico.

Menos invasión y más eficacia en la cirugía de la incontinencia

III Curso Internacional de Cirugía de Incontinencia Urinaria y Suelo Pélvico-I Curso de Cirugía Robótica Urológica

En el ámbito quirúrgico de la incontinencia urinaria y del suelo pélvico, se están imponiendo con fuerza los abordajes menos invasivos pero que aportan mayor eficacia. Estos avances también benefician a los varones, aunque la patología les afecte en menor proporción.

La cirugía abierta era lo que primaba en el abordaje de la incontinencia en la mujer, pero el panorama actual ha dado un giro completo con el desarrollo de cirugías vaginales mínimamente invasivas que han sustituido a las abiertas, según han explicado Ángel Silmi y Jesús Moreno, jefe y miembro del Servicio de Urología del Hospital Clínico de Madrid, directores del *III Curso Internacional de Cirugía de Incontinencia Urinaria y Suelo Pélvico-I Curso de Cirugía Robótica Urológica* celebrados en el citado hospital.

Destaca la presentación de las mallas Mini Sling, que permiten mediante una pequeña incisión en la cara anterior vaginal introducir la malla en la membrana obturatriz sin necesidad de realizar cicatrices en la ingle, y con un resultado fisiopatológico igual al de la técnica estándar.

Para incontinencias leves de esfuerzo, aparecen también los tratamientos con inyecciones periuretrales que no hipotecan la colocación futura de mallas en caso de recidiva y que permiten que el paciente pueda irse a casa en el mismo día. Un tratamiento novedoso es la implantación de un neuro-

modulador, que es un marcapasos urológico muy útil para disfunciones urinarias basado en la introducción de electrodos en las raíces sacras. Cuando se comprueba su buen funcionamiento durante un tiempo, se procede a la implantación definitiva del marcapasos en el glúteo.

En relación con la incontinencia urinaria en el varón debida a un tratamiento previo de prostatectomía radical, normalmente por cáncer prostático, o de cualquier cirugía prostática, la única opción terapéutica hasta hace pocos años era la colocación de un esfínter urinario artificial para esta incontinencia de esfuerzo, lo que actualmente se mantiene para las de carácter grave. En las leves y moderadas se propone utilizar la vía de abordaje perineal transobturatriz para, al igual que en la mujer, colocar una malla. Aún se dispone de escasa experiencia a largo plazo con esta terapia, pero se indica en esta patología por su escasa agresividad.

Otra opción en la incontinencia leve-moderada puede ser la implantación de microbalones periuretrales. En el Hospital Clínico se ha estado realizando con control de radioscopia, lo que dificulta la colocación de los balones. En este curso, el profesor Andrea Gregori, de la Universidad de Milán, en Italia, ha presentado la implantación con ayuda de control por vía ecográfica, lo que aumenta la eficacia del abordaje.

Nueva campaña informativa de appo

La **Asociación de Pacientes con Pérdidas de Orina y Urgencia Miccional (appo)** ha puesto en marcha un ciclo de **Reuniones Informativas sobre Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva** con un doble objetivo: ayudar a todos aquellos que conviven con estos síntomas y que quizá no encuentran respuestas a sus múltiples preguntas, y concienciar a la sociedad sobre el impacto de la enfermedad y las necesidades que ello genera en nuestro colectivo. Las reuniones, que se celebrarán en Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla y Valencia durante el mes de diciembre, consistirán en **charlas-coloquio** impartidas por médicos especialistas, al final de las cuales los asistentes podrán realizar preguntas o comentar los aspectos que más les inquieten.

Entrega de los premios ONI 2009, concedidos por el Observatorio Nacional de la Incontinencia

appo recibió un diploma que reconoce su labor

El Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI) ha entregado los Premios ONI 2009, cuyo objetivo es reconocer la labor de las personas e instituciones que han demostrado su compromiso con los casi 6 millones de personas que padecen incontinencia urinaria en España.

Este año se han concedido premios en tres categorías: pacientes, sociedades científicas y divulgación. Durante el acto, que tuvo lugar el pasado 24 de septiembre en Madrid, appo recibió un diploma que reconocía su labor como sociedad activa dentro de ONI.

Díniz Almeida, secretario de appo, fue el encargado de recoger el reconocimiento a la labor y contribución de la asociación para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen incontinencia urinaria.

El Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI) es una entidad española de carácter plural y multidisciplinar que contempla al **paciente** como objetivo principal. El ONI es un referente en materia de incontinencia urinaria en España, que crea un nexo entre los diferentes sectores sociales implicados en la enfermedad: los pacientes y sus familiares, profesionales sanitarios, la Administración y los demás colectivos interesados.



Díniz Almeida, secretario de appo, recoge el diploma de manos de Cristina Villanueva, conductora del acto y presentadora de la Sexta Noticias.

Asociación de Pacientes con Pérdidas de Orina y Urgencia Miccional

Secretaría Técnica: Telf: **616 800 299** (lunes y miércoles de 17.00 a 19.00h)

Appo. José Ortega y Gasset, 25. 28006 Madrid - www.appo.es

Nombre y Apellidos

Fecha de nacimiento Sexo: Hombre Mujer Indique su situación: Paciente Familiar

Teléfono E-mail DNI No obligatorio

Dirección

Localidad

Código Postal Provincia

*Para formalizar su inscripción es indispensable que nos dé su consentimiento para incorporar sus datos al fichero de socios. Para ello marque la siguiente casilla , y firme en el espacio indicado.

Con su firma Vd. autoriza expresamente a la "Asociación de Pacientes con Pérdidas de Orina y Urgencia Miccional" a tratar los datos e información contenidos en el presente formulario.

Firma

"De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos que nos facilita serán integrados en el Fichero de Asociados, cuyo responsable es la "Asociación de Pacientes con Pérdidas de Orina y Urgencia Miccional" con la finalidad de informarle de las actividades de la asociación y remitirle información que pueda resultar de su interés. A tales efectos, será imprescindible que facilite su consentimiento marcando la correspondiente casilla*. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos personales, dirigiéndose por escrito a la Secretaría Técnica de la Asociación, José Ortega y Gasset, 25. 28006 Madrid Si.Ud. no desea recibir la información que le facilite la Asociación por medio de correo electrónico o cualquier otro medio de comunicación electrónica equivalente, marque la siguiente casilla

Glosario

Esfínter distal de la vejiga. Mecanismo de cierre y apertura compuesto por el músculo liso de la uretra.

Esfínter proximal de la vejiga. Mecanismo de cierre y apertura compuesto por el músculo liso del cuello vesical y la uretra preprostática.

Detrusor. Músculo de la vejiga que cuando se contrae permite que la vejiga se vacíe y reduzca su tamaño significativamente. Se trata de una serie de haces musculares distribuidos de forma irregular por toda la vejiga, que se contraen de forma simultánea cuando se desencadena el reflejo de la micción.

Hiperplasia benigna de próstata. Crecimiento excesivo en el tamaño de la próstata a expensas del número de células.

Incontinencia urinaria. Fallo en el control de la evacuación de la vejiga.

Músculo detrusor. Es el encargado de abrir la uretra para que se produzca el vaciado de la misma.

Músculo elevador del ano. Es el músculo principal del suelo de la pel-

vis. Se trata de un músculo en forma de cazoleta que cierra la cavidad abdominal en su porción inferior, permitiendo el paso del recto, la vagina y la uretra. Contribuye a mantener las vísceras pélvicas en su posición intraabdominal y a mantener la continencia fecal y urinaria.

Nicturia. Síntoma urinario que consiste en orinar por las noches. En condiciones normales, no resulta necesario levantarse para vaciar la vejiga por las noches, ya que durante las horas de sueño disminuye muchísimo el ritmo de producción de orina. Hay tres circunstancias que pueden contribuir a que aparezca la nicturia: 1) que la vejiga no se vacíe correctamente, quedando siempre un residuo significativo; en estos casos, con poca orina que se forme, se sentirá la sensación de repleción y se desencadenará el deseo miccional; 2) que la vejiga no tenga capacidad para almacenar suficiente cantidad de orina, generalmente por tener las paredes muy engrosadas, lo

que impide que pueda distenderse como un globo; 3) que por las noches se siga produciendo orina al mismo ritmo, lo que es muy frecuente en las personas con problemas renales o cardíacos, que acumulan durante el día líquido en las piernas y en otros tejidos. Este líquido se reabsorbe al colocarse el sujeto en decúbito supino, y obliga al riñón a seguir formando orina al ritmo habitual.

Polaquiuria. Síntoma urinario que consiste en orinar con frecuencia. Se considera patológica una frecuencia superior a diez micciones al día. La frecuencia miccional normal estaría entre tres y seis micciones diarias. Si se tiene en cuenta que la capacidad vesical normal es de unos 250-350 mL, con tres micciones habremos orinado 750-1.050 mL y con seis micciones 1.500-2.100 mL.

Vagina. Tubo muscular que conecta el útero con el exterior. Es el órgano de la cópula en la mujer y puede dilatarse notablemente para permitir la salida del feto al exterior.

¡anítese a hacerse socio y comience ya a disfrutar de los servicios que ofrece la asociación!

Como regalo de bienvenida para los nuevos socios, recibirá en la dirección* que nos indique el “Manual appo sobre incontinencia”

**No olvide cumplimentar las casillas con su dirección completa, localidad y código postal*

Para inscribirse como socio, cumplimente el boletín, y envíelo a la dirección indicada

www.appo.es

appo

asociación de pacientes
con pérdidas de orina
y urgencia miccional

Appo. José Ortega y Gasset, 25
28006-Madrid