

Síndrome metabólico e incontinencia urinaria

Julieta Rosas Medina*

El síndrome metabólico es caracterizado por resistencia a la insulina, alteración en el metabolismo de los carbohidratos y lípidos; hipertensión arterial y obesidad. Es en esta entidad donde el incremento de la presión intra-abdominal se asocia con alteraciones en la estructura del piso pélvico (distopias) que a su vez se relacionan en 30% a incontinencia urinaria que es definida como cualquier pérdida de orina que condiciona un problema social e higiénico.

El mecanismo de incontinencia está caracterizado por una fase de llenado, almacenamiento y descarga. Es regido por el sistema nervioso simpático, parasimpático y autónomo, así como por un mecanismo de presiones abdominales, intravesicales y de la uretra.

Es clasificada como de esfuerzo (29.2%) cuando ante el ejercicio, estornudo o tos se presenta fuga de orina. Es incontinencia de urgencia (27.3%) cuando se encuentra acompañada por sensación fuerte de micción; o bien, la combinación de ambas originan la incontinencia urinaria mixta (9.5%).

La obesidad y los cambios estructurales del tracto urinario relacionados con la edad, implican manifestaciones como el aumento de contracciones del músculo detrusor y el volumen de orina residual; disminuye la capacidad vesical, la presión de cierre uretral de la mujer y la posibilidad de posponer la micción.

Para la evaluación básica se utiliza la nemotecnia DIAPPERS (demencia, infección, atrofia, psicológicas, farma-

cológicas, restricción del movimiento, impactación fecal) buscando la causa original.

En el caso de la obesidad, se aumentan los costos de salud individual y social, se eleva el riesgo de generar enfermedades crónicas como la incontinencia de la mujer. El índice de masa corporal es el factor determinante para el grado de afectación, así como el aumento de presión abdominal que supera el mecanismo de incontinencia y da menor efectividad a largo plazo de una cirugía anti-incontinencia.

Por otra parte, el piso pélvico, que es el encargado de soportar las vísceras pélvicas mantiene también la continencia anal. La valoración clínica integral requiere que se hagan pruebas especiales como la de la tos, maniobras de Valsalva, medición de orina residual, prueba del cotonete que muestra la desviación del ángulo ultral y estudios de urodinamia.

REFERENCIAS

1. Ruiz RM, et al. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior. Grupo español de urodinamia y de ESINUG. Act Urol Esp 2005; 29(1): 16-30.
2. Chiang H, et al. Estandarización de la terminología de la función del tracto urinario inferior. Reporte del subcomité de estandarización de la International Continence Society (ICS). Rev Chil Urol 2006; 71(2): 79-94.
3. Gutiérrez E, et al. Estandarización de la terminología de la función del tracto urinario inferior. 32 Congreso de la Asociación Internacional de Uro-ginecología (IUGA). 2007.

* Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Juárez de México.