

Trastornos uroginecológicos en la Mujer Climática.

En la etapa del climaterio se presentan diversos trastornos en el aparato urogenital en la mujer que comprometen su calidad de vida. Algunos de estos estrechamente relacionados por la disminución de los niveles estrogénicos circulantes otros asociados a la edad. Entre ellos podemos encontrar:

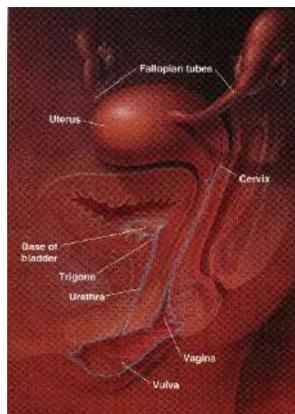
- a. Atrofia urogenital
- b. Trastornos vesicales:
 - 1. Durante la fase de llenado
 - 2. Durante la fase miccional
- c. Infecciones urinarias recurrentes

Atrofia urogenital

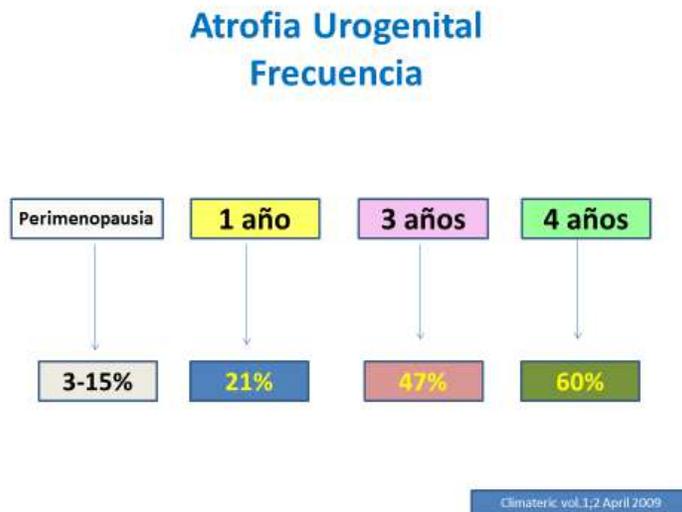
Generalidades:

Existen receptores para estrógenos en la vagina, trigono y uretra, órganos pélvicos que al disminuir los niveles circulantes inician cambios que se hacen más evidentes con forma pasa el tiempo y que pueden alterar en forma importante la calidad de vida.

Entre las funciones de los estrógenos a este nivel se encuentran: mantener la adecuada irrigación submucosas, mantiene el tejido conectivo fuerte y elástico, mantiene un epitelio grueso, hidratado y resistente, y además mantener una coaptación uretral efectiva.



Estos cambios los podemos observar desde la perimenopausia y persistir hasta la senectud, y el manejo de ellos de mantenerse.



Clínica:

Los signos y síntomas pueden ser muy variados tanto en la forma de presentación los cuales pueden ser muy inespecíficos como en la intensidad.

Entre los más frecuentes tenemos la resequeidad vaginal, dispareunia, infecciones urinarias bajas o vaginales recurrentes, disuria, incontinencia urinaria y prolapso urogenitales de diversos grados.

Diagnóstico:

Para realizar un diagnóstico adecuado debemos tener en cuenta:

1. Historia clínica: En este apartado es importante considerar que una gran cantidad de pacientes no refieren los síntomas en forma espontánea durante la consulta, por lo que el médico debe dirigir las preguntas explorando exhaustivamente los síntomas urinarios, sexuales y rectales (Dispareunia, incontinencia urinaria y fecal, disminución libido, impactación). Por lo anterior, hacer historia dirigida es fundamental en el éxito de la atención en estas pacientes.
2. Examen físico: examen ginecológico completo valorando los signos de atrofia como color de la vagina, escoriaciones, signos de irritación. La presencia de carúncula uretral se asocia con

deficiencia estrogénica. Se debe descartar patología asociada. Además toma de muestras de rutina como la citología y otros exámenes de acuerdo a la edad de la paciente.

3. Laboratorio: No es necesario realizar los niveles sanguíneos hormonales ni citología funcional, sin embargo si se realiza encontraremos células parabasales e intermedias abundantes. El Ph vaginal puede estar elevado.

Manejo:

El manejo ***debe ser integral*** , por lo que es requisito abordar los tres hábitos de la patología de piso pélvico (urinaria, sexual y rectal) tanto en la historia clínica, examen físico y plan de tratamiento.

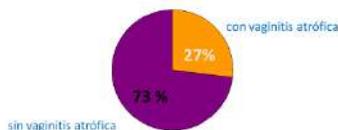
Cada médico debe definir claramente hasta donde quiere abordar a la paciente pero lograr un diagnóstico integral es un requisito que todo medico sin importar su especialidad.

Se debe tomar en cuenta en el momento de las recomendaciones las expectativas de la paciente y del médico para que el tratamiento sea individualizado y de mayor éxito.

Entre las recomendaciones de manejo tenemos:

1. Valoración individualizada e integral. Diseñar un esquema de manejo y referir a los profesionales afines necesarios.
2. Valorar tratamiento hormonal sistémico y/o local de acuerdo a la valoración completa de la paciente.
3. Tratamiento con estrógenos vaginales: puede ser crema vaginal estradiol o estrógenos conjugados equinos.
4. Manejo de las lesiones específicas encontradas.
5. Valorar tratamientos alternativos en pacientes con contraindicaciones absolutas a la terapia estrogénica. ejemplo. terapia láser, gel lubricante en base en agua,

Vaginitis atrófica en mujeres con TRH



10-25% ameritan terapia local con estrógenos

Nicolovitz M et al. Obst & Gynecol.2002; 99:556-562

Estradiol vaginal vs estrógeno conjugado crema en síntomas urogenitales.

Estudio prospectivo randomizado abierto

Table 2. The percentage and mean scores of women with urogenital symptoms after treatment

Symptoms	Estradiol vaginal tablet					
	Week 0		Week 4		Week 12	
	%	$\bar{x} \pm SD$	%	$\bar{x} \pm SD$	%	$\bar{x} \pm SD$
Dryness	100	2.13 ± 0.45	79.2	0.83 ± 0.48*	50.0	0.50 ± 0.51*
Burning/pain	83.3	1.13 ± 0.66	29.2	0.29 ± 0.46*	0	0.00 ± 0.00*
Dyspareunia	87.5	1.88 ± 0.90	58.3	0.79 ± 0.78*	33.3	0.45 ± 0.72*
Frequency	79.2	0.92 ± 0.65	41.7	0.58 ± 0.58*	12.5	0.13 ± 0.34*
Nocturia	83.3	1.04 ± 0.62	70.8	0.75 ± 0.53*	45.8	0.46 ± 0.51*
Stress incontinence	70.8	0.71 ± 0.46	66.7	0.67 ± 0.48	54.2	0.54 ± 0.51

Symptoms	Conjugated estrogen cream					
	Week 0		Week 4		Week 12	
	%	$\bar{x} \pm SD$	%	$\bar{x} \pm SD$	%	$\bar{x} \pm SD$
Dryness	100	1.92 ± 0.58	70.8	0.71 ± 0.46*	10.7	0.17 ± 0.38**
Burning/pain	79.2	1.00 ± 0.72	29.2	0.29 ± 0.46*	0	0.00 ± 0.00*
Dyspareunia	79.2	1.79 ± 1.06	33.3	0.42 ± 0.65*	12.5	0.12 ± 0.33**
Frequency	83.3	1.04 ± 0.62	33.3	0.46 ± 0.72*	20.8	0.21 ± 0.47*
Nocturia	83.3	1.21 ± 0.83	70.8	0.83 ± 0.70*	45.8	0.54 ± 0.66*
Stress incontinence	66.7	0.75 ± 0.61	58.3	0.67 ± 0.48	58.3	0.67 ± 0.48

J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol 27, No 5, 255-260, 2001

Trastornos vesicales en la mujer climática

Los trastornos vesicales más frecuentes en la mujer climática son: la incontinencia urinaria, infecciones urinarias a repetición, vejiga hiperactiva, nicturia, frecuencia y urgencia

Como una forma didáctica para poder realizar mejor la evaluación podemos dividirlos en problemas en la fase de llenado y problemas en la fase de micción.

Mujer climatérica

Incontinencia Urinaria	30 % ²
Infección urinaria recurrente	25 % ³
Vejiga Hiperactiva	30 % ¹
Nicturia	38 % ¹
Frecuencia	30 % ¹
Urgencia	30 % ¹

¹ Menopause 2003 May-Jun; 10(3): 203-8
² 3era consulta Internacional sobre incontinencia. París, 2004
³ Infect. Dis Clin N Am 2003 17: 227-241.

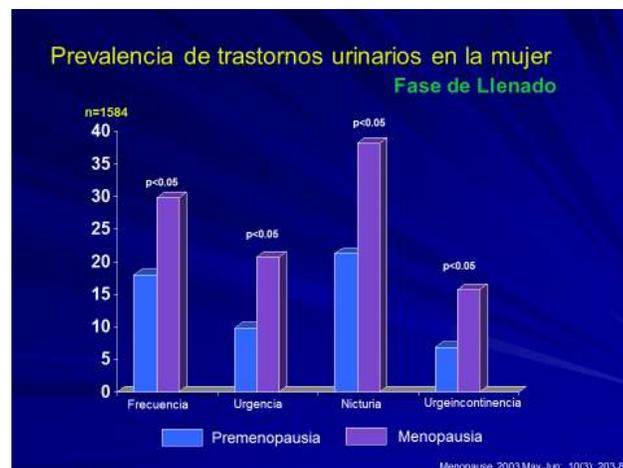
Trastornos vesicales en fase de llenado

Generalidades

Los trastornos urinarios de la fase de llenado más frecuentes en la mujer menopáusica son frecuencia, nicturia, urgencia, e incontinencia.

Cambios que la mujer muchas veces nota que van en aumento, sin embargo, consulta en forma tardía porque es un tema incómodo para hablarlo con el médico y /o en ocasiones por que ha tratado de recibir atención, y el personal de salud tiene una respuesta negativa por menosprecio del síntoma o por asociarlo con algo “normal” por la edad, sin tomar en cuenta la afectación de la calidad de vida de la mujer.

Estos cambios pueden estar asociados a los cambios en el músculo del detrusor por la edad y/o por el hipoestrogenismo presente.



Diagnóstico:

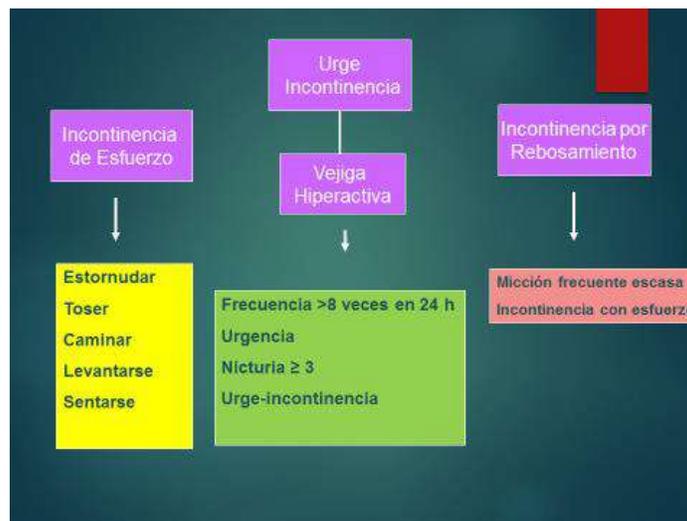
- 1- Historia clínica: hacer historia dirigida por los síntomas y valorar la afectación de calidad de vida.
- 2- Diario miccional: excelente herramienta para poder objetivizar los síntomas referidos por la mujer y evaluar posible afectación de su calidad de vida además de servir de instrumento para valorar impacto del tratamiento.
- 3- Examen físico: examen ginecológico completo valorando los signos de atrofia como color de la vagina, escoriaciones, signos de irritación y descartar patología asociada. Además toma de muestras de rutina como la citología. Descartar patología de la estática pélvica que podría estar asociada como los prolapso.
- 4- Laboratorio: Examen general de orina. Urocultivo.
- 5- Ultrasonido de vías urinarias: es muy valioso para valorar vías urinarias en su estructura, valorar el residuo miccional, descartar patología asociada
- 6- Urodinamia: debe realizarse cuando no haya respuesta a tratamiento o cuando el cuadro clínico no sea claro previo al inicio de tratamiento o la valoración quirúrgica.

Manejo:

1. Recomendaciones generales: sobre estilos de vida, ingesta de líquidos, hábitos miccionales etc.
2. Ejercicios de piso pélvico: Kegel y/o ejercicios hipopresivos.
3. Valorar fisioterapia. Biofeedback y electroestimulación
4. Valorar tratamiento hormonal sistémico y/o local de acuerdo a la valoración completa de la paciente.
5. Tratamiento con estrógenos vaginales: puede ser crema vaginal estradiol o estrógenos conjugados equinos.
6. Manejo de las lesiones específicas encontradas.
7. Valorar inicio de anti muscarínicos en pacientes con cuadros sugestivos o diagnósticos de vejiga hiperactiva o de acuerdo al cuadro clínico de la paciente.
8. Valorar tratamiento quirúrgico en caso de incontinencia urinaria de esfuerzo y sin respuesta a tratamiento conservador.
9. Valorar tratamientos alternativos en pacientes con contraindicaciones absolutas a la terapia estrogénica. ejemplo. terapia láser

Incontinencia Urinaria

Debemos realizar la clasificación clínica para poder tener un mejor abordaje



Exámen Físico

	Incontinencia de Esfuerzo	Urge Incontinencia	Incontinencia por Rebosamiento
Exámen abdominal	-	-	Globo vesical
Exámen vaginal	Salida de orina		
	Cistocele-Rectocele	-	-
	Prolapsos		
Exámen neurológico	-	+/-	+

Laboratorio

	Incontinencia de Esfuerzo	Urge Incontinencia	Incontinencia por Rebosamiento
Exámen general de orina	-	+/-	+
Urocultivo	-	+/-	+

Estudios de gabinete

	Incontinencia de Esfuerzo	Urge Incontinencia	Incontinencia por Rebosamiento
Ultrasonido	Normal	Normal	Residuo
Urodinamia*	Presión de Incontinencia	Contracciones	Residuo

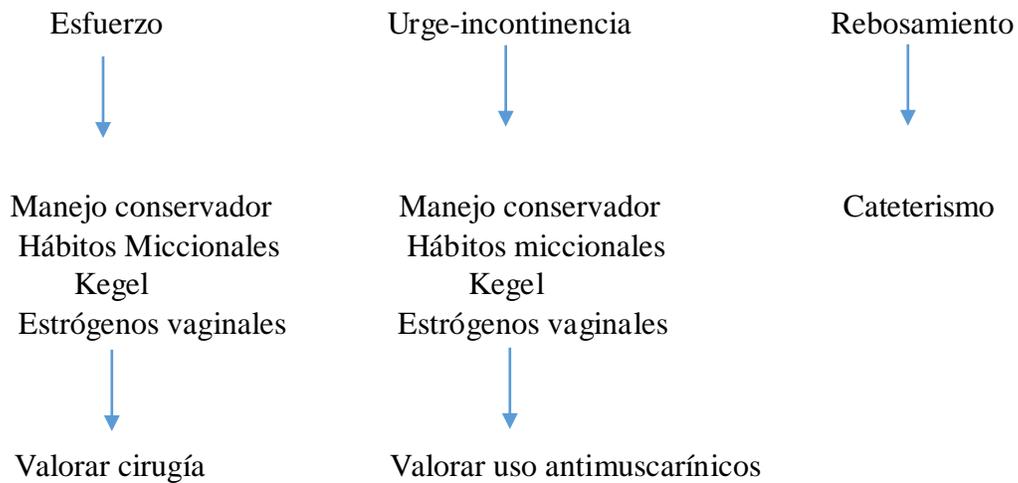
* estudio opcional

Incontinencia Urinaria Evaluación

Historia Clínica.	
Exámen Físico.	● Siempre
Ultrasonido (Orina Residual).	
Laboratorio.	
Cistoscopia.	
Radiografía.	● Opcional
Urodinamia.	

No todos los pacientes requieren todos los estudios.

Manejo de la incontinencia Urinaria



Trastornos vesicales en fase de micción

Generalidades

Los trastornos urinarios de la fase de micción más frecuentes en la mujer menopáusica son titubeo de chorro. Chorro débil, micción acompañada de pujo, chorro intermitente y vaciamiento incompleto vesical.



Estos cambios generalmente pasan desapercibidos por la paciente y su presentación es muy solapada, puede ser que pase mucho tiempo hasta que ella consulte.

Estos cambios también pueden estar asociados a los cambios propios del detrusor por la edad como el aumento de fibrosis entre las fibras del detrusor o por el hipoestrogenismo presente.



Diagnóstico:

- 1- Historia clínica: hacer historia dirigida por los síntomas y valorar la afectación de calidad de vida.
- 2- Diario miccional: excelente herramienta para poder objetivizar los síntomas referidos por la mujer y valorar posible afectación de su calidad de vida además de servir de instrumento para valorar impacto del tratamiento
- 3- Examen físico: examen ginecológico completo valorando los signos de atrofia como color de la vagina, escoriaciones, signos de irritación y descartar patología asociada. Además toma de muestras de rutina como la citología. Descartar patología de la estática pélvica que podría estar asociada como los prolapsos
- 4- No es necesario realizar los niveles sanguíneos hormonales ni citología funcional.
- 5- Laboratorio: examen general de orina. Urocultivo.
- 6- Ultrasonido de vías urinarias: es muy valioso para valorar vías urinarias en su estructura, valorar el residuo miccional.
- 7- Urodinamia: es una herramienta muy útil en este tipo de padecimientos porque nos da una visualización del comportamiento de la fase de micción con la flujometría.

Manejo:

1. Recomendaciones generales: sobre estilos de vida, ingesta de líquidos, hábitos miccionales etc.
2. Valorar fisioterapia. Biofeedback y electroestimulación
3. Valorar tratamiento hormonal sistémico y/o local de acuerdo a la valoración completa de la paciente.
4. Tratamiento con estrógenos vaginales: puede ser crema vaginal estradiol o estrógenos conjugados equinos.
5. Manejo de las lesiones específicas encontradas.
6. Valorar cateterización fija o intermitente en casos severos de vaciamiento incompleto
7. Valorar uso de medicamentos con efecto colinérgico, tipo betanecol

Infecciones urinarias recurrentes.

Generalidades

Infección urinaria se define como la presencia de microorganismos patógenos dentro del tracto genitourinario que producen síntomas.

Las infecciones recurrentes se clasifican en

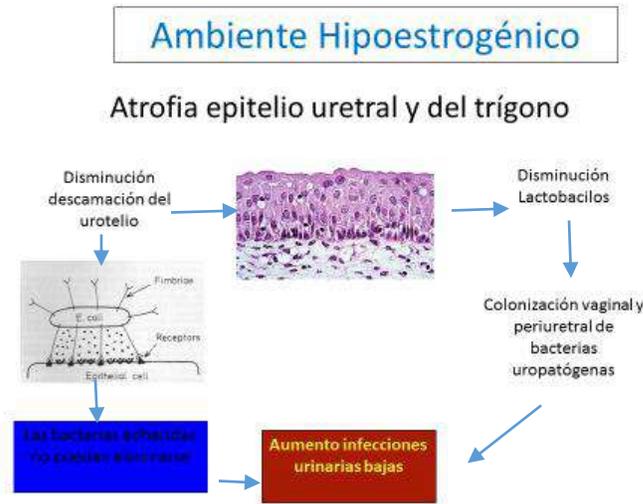
- a. Infección por reinfección
- b. Infección por persistencia bacteriana

La reinfección se presenta en el 95% de los casos y solo el 5% es por persistencia bacteriana.

Es importante tener en cuenta que 20% de las mujeres con presenten una primer Infección urinaria otra, de estas, el 30% de estas tendrán otra y de este último grupo el 80% tendrán infecciones urinarias recurrentes

Entre los factores de riesgo para tener infecciones urinarias recurrentes se encuentran:

- a- Anatómicos: uretra corta
- b- Alteraciones de los mecanismos de defensa: entre estos se encuentra el hipoestrogenismo
- c- Relaciones sexuales
- d- Cuerpo extraño: sonda etc



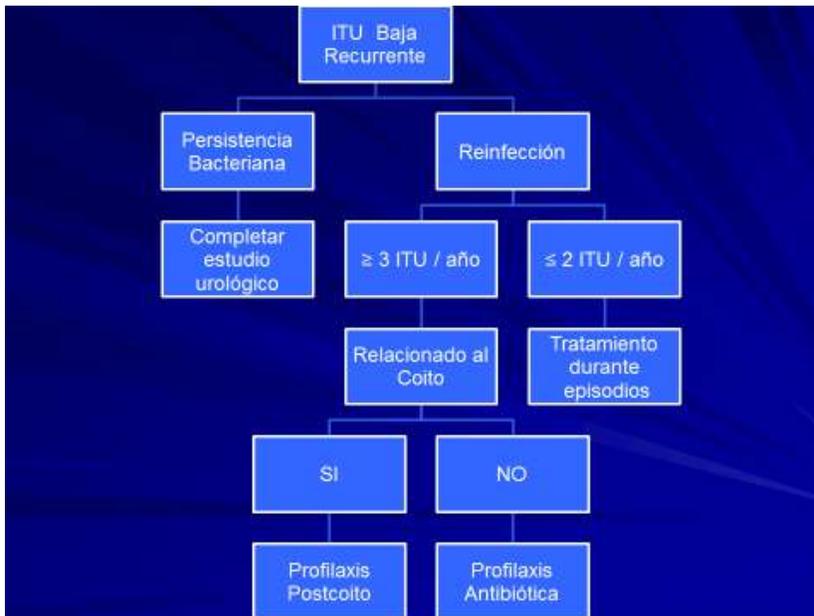
Diagnóstico.

1. Historia clínica
2. Examen físico: valorar el estado estrogénico de la vagina y/o patología asociada como prolapsos
3. Orina general
4. Urocultivo + PSA
5. Ultrasonido de vías urinarias
6. Para hacer el diagnóstico diferencial entre reinfección y persistencia debe hacerse un urocultivo al terminar el tratamiento

Manejo:

1. Recomendaciones de hábitos miccionales

2. Tratamiento con estrógenos vaginales en crema: “La administración intravaginal de estriol previene la infección urinaria recurrente en la mujer postmenopáusica, probablemente por modificación de la flora vaginal” N Engl J Med 1993 Set; 329(11): 753-6
3. Tratamiento antibiótico pos coito si se corrobora que la infección se presenta luego del coito.



Profilaxis

Asociado a Relación Sexual

SI



Quinolona, Nitrofurantoína
Post coito

NO



Quinolona, Nitrofurantoína
HS
Fosfomicina c/ 10 días