

LA INCONTINENCIA DE ORINA EN LA MUJER

ENRIQUE ALCAZAR LUQUE
Jefe de la Clínica de Urología del Hospital
Provincial, por oposición.

De los muchos y variados procesos de la patología ginecológica, es la incontinencia urinaria uno de los que más frecuentemente encuentra el urólogo; y uno de los más aflictivos para las enfermas que la padecen.

Es una de las afecciones más frecuentes en las mujeres adultas que han tenido hijos, pudiéndose calcular que sólo el 80 % de las mujeres son perfectamente continentes. Ahora bien, la mayor parte de las pacientes padecen una incontinencia muy ligera, tan sólo la salida de unas gotas de orina durante los esfuerzos, por lo que no refieren este síntoma si no se les hace un interrogatorio minucioso. Existe un menor número de pacientes en las que la incontinencia es más intensa, y son las que justifican un tratamiento activo para obtener su curación.

El grado de incontinencia varía pues, desde un ligero e involuntario escape de orina en los esfuerzos o ejercicios, hasta una falta completa del control del vaciamiento vesical. Dependiendo del estado social, ocupaciones, factores psicológicos, etc., las repercusiones sobre la paciente de una incontinencia urinaria persistente pueden variar desde una mayor o menor indiferencia hasta un complejo de inferioridad o total postración del organismo femenino.

La incontinencia de orina puede aparecer ocasionalmente en algún momento de la vida de la mujer. Puede ocurrir durante el postpartum, sobre todo cuando ha habido un trauma obstétrico o quirúrgico. Con menos frecuencia se observa también en la infancia, usualmente en asociación con algunas anomalías congénitas del tracto

urinario, y también en la senectud, constituyendo una parte de una relajación general del tono, frecuente a esta edad.

Hay muchos tipos y grados de incontinencias, dependiendo de los variados factores etiológicos que pueden ocasionarlas. En el estudio de este proceso debemos tener en cuenta un detalle anatómico importante, y es que en la mujer el mecanismo esfinteriano de la vejiga es distinto al del hombre, y además fácilmente vulnerable a los traumatismos obstétricos o a la acción de ciertas afecciones genitales. En efecto, la mujer carece de un esfínter estriado potente como el hombre, en el cual además hay una serie de elementos musculares del periné, como son las fibras del elevador del ano, transversos del periné e isquiocavernoso, que rodean la uretra y coadyuvan a la perfecta continencia. Por el contrario, ésta en la mujer está condicionada por una serie de pequeños factores estáticos y dinámicos que precisan estar en perfecta armonía. Estos factores, además del esfínter liso del cuello vesical y de los músculos del periné, están constituidos por la resistencia que brinda la uretra a la distensión, merced a su trayecto irregular en S, la compresión del plexo cavernoso, la retracción de la pared vaginal anterior a nivel de paso de la uretra por el diafragma urogenital, y finalmente por la implantación angular de la uretra en la vejiga.

Vamos a presentar brevemente a continuación una clasificación etiológica de la incontinencia femenina y su diagnóstico, para finalmente revisar el tratamiento eficaz empleado hoy día, tanto médico como quirúrgico.

CLASIFICACION ATENDIENDO A LOS FACTORES ETIOLÓGICOS

1.º—*Anomalías congénitas del tracto urinario*: Son en general poco frecuentes, y pueden ser causa de una incontinencia más o menos grande. Las anomalías más importantes son las ectopias ureterales, en las cuales el uréter desemboca en vulva, vagina, etc., las extrofias de vejiga, los divertículos uretrales congénitos, la estrechez uretral, las válvulas congénitas de la uretra y los defectos de desarrollo de la musculatura y del esfínter vesical. Todos estos trastornos producen síntomas precoces en la infancia, menos los últimos citados, generalmente asociados a espina bífida oculta, que pueden no producir incontinencia hasta la pubertad o edad adulta.

2.º—*Lesiones del sistema nervioso*: Las más frecuentes son la esclerosis múltiple, la tabes, mielitis transversa, traumatismos medulares y la enfermedad de Pott. Pueden producir la llamada «vejiga medular», con su aspecto trabecular típico; el resultado de ella es la incontinencia paradójica, con vejiga repleta y goteo continuo por rebosamiento.

3.º—*Lesiones intrínsecas del cuello vesical*: Todos los procesos que asientan a este nivel pueden interferir el mecanismo normal del esfínter. Tenemos entre ellos los tumores, cálculos, esclerosis del cuello, trigonitis crónicas, etc. Su acción puede ser puramente mecánica o debida más bien a la reacción inflamatoria de la vejiga o uretra.

4.º—*Causas extrínsecas*: Las lesiones de órganos próximos a la vejiga pueden influir en el vaciamiento de ésta; entre los que pueden causar incontinencias tenemos los tumores del cuello y cuerpo uterino, neoplasias o inflamaciones de los anexos, diverticulitis o cáncer de recto. El efecto de todos estos procesos puede ser debido bien a efectuar presión sobre la vejiga, o directamente, por invasión del proceso inflamatorio o neoplásico sobre la pared vesical.

5.º—*Fístulas*: Constituyen una causa definida de incontinencia. El trayecto fistuloso por lo general pone en comunicación el aparato urinario con el genital; pueden ser la consecuencia de traumatismos obstétricos, y en este caso suelen estar producidas por la necrosis ocasionada por el prolongado trabajo del parto y presión de la cabeza fetal sobre la vejiga comprimiéndola contra el pubis; raras veces se ocasiona por lesión instrumental de la vejiga. Los tipos más frecuentes de fístula son: vesico-vaginal y uretro-vaginal. Las fístulas operatorias son mucho menos frecuentes, pudiendo encontrarse después de la histerectomía total, y por lo general son uretero-vaginales. El carcinoma del cuello, en sus últimas etapas, puede producir también fístulas vesico-vaginales, y lo mismo ocurre en la irradiación excesiva de aquél.

6.º—*Falsa incontinencia*: Incluimos aquí este proceso a pesar de no tratarse en realidad de una incontinencia sino de una micción imperiosa, unida a un mayor aumento en la frecuencia de la micción. Sus causas son muy variadas, siendo la más frecuente la infección, principalmente de la uretra y cuello vesical; puede ocurrir en cualquier edad de la vida, y generalmente es debida a una infección ascendente por trichomonas, monilia o cualquier tipo de bacterias. Puede haber inflamación asociada del cuello uterino, vagina o anexos.

En este grupo de falsa incontinencia se puede incluir también la poliuria intensa, que puede simular una incontinencia; el factor causal suele ser endocrino, verbigracia la diabetes mellitus o insípida. O bien la esclerosis renal, que se acompaña siempre de isostenuria y poliuria.

7.º—*Función imperfecta del mecanismo esfinteriano*: Este grupo final es el más importante y clínicamente el más numeroso. La imperfección es casi siempre debida a un trauma obstétrico o quirúrgico, y la incontinencia resultante es del tipo al esfuerzo. En los últimos 20 años se han hecho una larga serie de trabajos en el campo experimental y clínico, en un intento de demostrar exactamente el mecanismo causante de esta disfunción, en los que han intervenido, entre otros muchos, MILLIN, KELLY, KENNEDY, etc.

De una evaluación de los trabajos experimentales y de los resultados de gran número de intervenciones, se ha demostrado que la función peculiar de las vías urinarias inferiores se mantiene, como decíamos al principio, por una combinación de factores, el más importante de los cuales es la acción continuada del esfínter interno, ayudado por los músculos voluntarios del suelo de la pelvis. De estos últimos, el más importante es la acción de las fibras anteriores del elevador del ano. Precisamente estas fibras son las que suelen sufrir más daño en los traumatismos obstétricos, y en menor grado el resto de los músculos del periné y las fibras del esfínter liso.

Puede seguir también la incontinencia a intervenciones vaginales para corrección de fístulas, cistoceles o prolapso; aquí la causa es distinta, pues suele ser debida a la formación de cicatrices postoperatorias que dan lugar a distorsión de la uretra por bandas de adherencias, o bien a fallos en la reconstrucción de las estructuras pélvicas suprayacentes.

Sin embargo, puede haber también incontinencias de este tipo en mujeres nulíparas, y en éstas se ha demostrado que el defecto básico es un mal desarrollo de las fibras del esfínter, probablemente asociado a defectos de desarrollo de la fascia pélvica y músculos del cuello de la vejiga y alrededor de la uretra. Este defecto en el mecanismo esfinteriano, ya sea de tipo congénito o adquirido por trauma, puede no producir incontinencia hasta una edad relativamente tardía de la vida, lo cual puede ser adecuadamente explicado por la laxitud de tono que sobreviene en la edad avanzada, proceso que afecta también naturalmente, a los músculos del suelo de la pelvis y fascias asociadas. A consecuencia de ello hay una relajación del soporte del cuello y de la base de la vejiga y se produce la incontinencia, que en este estado suele ir aumentando a medida que aumenta la edad.

En este grupo pueden incluirse las multiparas que normalmente tienen buena continencia, pero que aquejan incontinencia al esfuerzo durante los embarazos, a veces en un grado tal que las incapacita. Se produce en estos casos la incontinencia por la suma de un número de factores, entre los cuales están el aumento de tamaño del contenido pélvico, disminución de la capacidad vesical, aumento de la presión sobre el suelo de la pelvis y relajación general de las fascias y músculos pélvicos que acompañan al embarazo.

Finalmente hay que añadir los factores anatómicos que pueden aumentar una incontinencia por lesión del mecanismo esfinteriano. En general, todas las lesiones de las vías urinarias inferiores y de las genitales, pueden agravar una incontinencia, como ocurre con los cistoceles en los cuales suele haber alguna cantidad de orina residual, cuya infección puede agravar el cuadro. Estas mujeres pueden tener también laceraciones del cuello de útero, con endocervicitis crónicas, que pueden dar origen a un cierto grado de infección urinaria. Así mismo la falta de control vesical puede estar aumentada por el cre-

cimiento de tumores pélvicos, ováricos o uterinos, especialmente miomas de útero.

DIAGNOSTICO

Revisando la clasificación etiológica presentada, podemos darnos cuenta que raramente la incontinencia urinaria es producida por un solo factor, sino que corrientemente es el resultado de la suma de varios factores que actúan juntos. Si no hay un conocimiento de este principio, fracasarán muchos métodos de corrección de este proceso. Es esencial por tanto llegar a un exacto conocimiento de la causa o causas, y a este fin cada paciente debe ser estudiada aisladamente.

El punto de partida para el diagnóstico etiológico será una cuidadosa anamnesis, que abarcará el tipo de incontinencia, el periodo de tiempo en que se ha presentado, la concurrencia de otros síntomas de disfunción vesical, sus relaciones con pasados embarazos, operaciones, infecciones y enfermedades del sistema nervioso. A este interrogatorio seguirá una exploración general completa, junto con los análisis de laboratorio que se consideren necesarios, lo que nos puede descubrir la existencia de trastornos endocrinos o del sistema nervioso central que sean el origen de la dolencia.

Se hará después el examen vaginal con espéculum, el cual puede mostrar lesiones que causen la incontinencia; y sistemáticamente hay que practicar una cistoscopia, mediante la cual investigamos con seguridad el estado de la vejiga y del mecanismo esfinteriano uretrovesical, y determinar al mismo tiempo la posible existencia de factores intrínsecos determinantes, tales como cistitis, cálculos, neoplasias, úlceras de HUNNER, etc. Si se presenta una fistula o un defecto congénito, su trayecto puede apreciarse con claridad rellenándola con una sustancia de contraste, o en radiografía rellenándola con sustancia opaca. Puede ser necesaria también la exploración radiológica para localizar un uréter ectópico. Si hay infección vesical, la cistoscopia es también indispensable para determinar su exacta localización y ayudar a la búsqueda de los gérmenes causales.

Es muy útil en la exploración de la incontinencia al esfuerzo el distender parcialmente la vejiga llenándola con líquido estéril y hacer después que la paciente tosa o haga esfuerzos en pie y en decubito, pudiendo precisarse de esta manera el grado de incontinencia que padece. MARCHETTI y MARSHALL describieron una prueba que consideraron como un requisito para la operación, prueba que consiste en levantar manualmente todo lo posible el cuello de vejiga y base, y entonces decir a la paciente que se incline hacia abajo. Si durante la prueba, que hay que hacer con la vejiga llena, la enferma está continente, esto prueba que el mecanismo esfinteriano está defectuoso y que puede ser corregido mediante una intervención.

TRATAMIENTO

Se han descrito una multitud de tratamientos médicos y quirúrgicos de la incontinencia femenina, que no es nuestro propósito describir en detalle, sino que nos vamos a limitar a hacer un sumario del tratamiento de acuerdo con los factores etiológicos. Puesto que el grupo más numeroso y clínicamente más importante es el de las incontinencias debidas a imperfecto funcionamiento del mecanismo esfintérico, es al que principalmente nos referiremos.

En primer lugar hay que considerar que es falso establecer el que la única esperanza de la corrección estriba en la intervención quirúrgica. El tratamiento preventivo es de definitivo valor; y puesto que la mayoría de los casos la dolencia está ocasionada por traumas durante el parto, las medidas profilácticas son del mayor valor cuando son establecidas durante el puerperio. Entre los métodos profilácticos tenemos que señalar el de KEGEL, que ha inventado un aparato al cual ha llamado «perineometer», cuyo fin es ayudar a la paciente puerperal en un ejercicio voluntario de los músculos del suelo de la pelvis; a consecuencia de este ejercicio hay una restauración más completa de la función de estos músculos. El perineometer es también de valor para preparar a la paciente para la intervención cuando se va a realizar una intervención correctora en una incontinencia de esfuerzo ya establecida, obteniéndose con este método buenos resultados aun en el caso de que la paciente haya sufrido ya alguna operación infructuosa. Esta forma de tratamiento da más resultados en mujeres jóvenes. Aun sin disponer de este aparato, se consiguen buenos efectos profilácticos haciendo ejercer a la paciente movimientos activos voluntarios y continuados de los músculos del periné, aunque sin llegar a producir cansancio, lo que tendría efectos contraproducentes.

Otro detalle importante en la prevención de la incontinencia es el buen cuidado de la vejiga puerperal, previniendo la infección, que se puede presentar fácilmente tanto en los partos normales como en los distócicos.

En el tratamiento de la incontinencia ya establecida es de gran importancia la curación de la infección, si existe, en primer lugar porque puede producir por sí sola la incontinencia, y además porque puede dar origen a la llamada falsa incontinencia, con integridad del esfínter. Eliminando sistemáticamente las infecciones, veremos que algunas incontinencias curan sólo con este tratamiento, y aun en casos que necesiten un tratamiento corrector, se obtiene ya un efecto favorable de mejoría con la eliminación de la infección urinaria o genital. Estas infecciones, principalmente la uretritis, pueden resultar muy resistentes al tratamiento. Aparte de la terapia con antisépticos, quimioterápicos, etc. se obtienen muy buenos resultados con las dilataciones uretrales forzadas. RASHEBAUM y MENDELBAUM han tratado con éxito muchas de estas uretritis rebeldes con dilataciones semanales se-

guidas de la aplicación de nitrato de plata al 5 % en uretra, cuello de la vejiga y trigono.

La causa de este buen resultado de las dilataciones uretrales forzadas en la incontinencia por uretritis, resultado al parecer paradójico, ya que a primera vista parece que al dilatar la uretra debía aumentar la incontinencia, se debe a que los dilatadores, especialmente los metálicos, efectúan una dilatación y expresión de las glándulas uretrales infectadas, al mismo tiempo que abren sus conductos de excreción, y por tanto facilitan la curación de la infección. Es un proceso semejante al que se efectúa en el hombre afecto de uretritis posterior crónica, en el que el uso de los beniquéis, facilitando el vaciamiento de las glándulas infectadas, da lugar a una rápida mejoría de su proceso infeccioso.

Finalmente hemos de señalar en el tratamiento médico de la incontinencia, que dada la importancia que pueda tener la deficiencia estrogénica cuando el proceso sobreviene pasada la menopausia, se ha intentado en estos casos una medicación hormonal sustitutiva. En general, esta terapéutica, usada en los casos en que está indicada, ha influido favorablemente en el resultado obtenido con el tratamiento, si bien ha sido asociándola con un tratamiento endoscópico o quirúrgico, pues suele fracasar cuando se emplea aisladamente en incontinencias marcadas.

TRATAMIENTO OPERATORIO

Consideramos el tratamiento endoscópico como el más benigno y sumamente eficaz en los casos menos graves de incontinencia urinaria.

La electrocoagulación del cuello fué practicada por primera vez en 1913 por GASPAR, y seguida y elogiada después en el tratamiento de la incontinencia de orina, por multitud de autores, entre los que debemos mencionar por más conocidos a GLINGER, THIELEN, CHAWALLA y recientemente ERCOLE y ARREDONDO.

Se puede practicar con cualquier uretroscopio operador o con un panendoscopio tipo MAC CARTY. Consiste en efectuar varias electrocoagulaciones poco profundas en varios puntos de la mucosa del cuello. Nosotros, siguiendo la técnica recomendada por ERCOLE, practicamos tres electrocoagulaciones equidistantes alrededor del orificio del cuello, en puntos que coinciden con las cuatro, ocho y doce horas del reloj. Utilizamos un electrodo fino, haciendo la electrocoagulación en una profundidad de 2 milímetros. Esta electrocoagulación la hacemos en la vertiente uretral del cuello y no en el borde libre, pues si lo hiciéramos en éste podríamos hacer una sección completa del cuello, con lo que aumentaría la incontinencia. Lo que se busca en la electrocoagulación es provocar la formación de una escara en

profundidad, con la consiguiente formación de una retracción cicatricial en torno al cuello. Esto es prácticamente lo mismo que se consigue por todos los procedimientos quirúrgicos de la vía vaginal.

Es una operación sencilla, rápida, normalmente muy bien tolerada por la paciente. No suele ser necesaria ninguna anestesia, siendo suficiente en todo caso una analgesia de base (morfina). No suele tampoco ser necesaria la colocación de sonda permanente, y si conviene en cambio administrar quimioterápicos o antibióticos para prevenir la infección vesical y en el sitio de la electrocoagulación.

Cuando fracasa la electrocoagulación endoscópica, se debe repetir después de un intervalo de un mes. Si fracasa después de efectuar dos o tres veces, se debe pensar en un tratamiento quirúrgico más radical.

Al plantear éste, se deben tener en cuenta ciertos principios fundamentales para obtener el máximo beneficio de un proceder quirúrgico. Entre ellos tenemos como esencial la buena curación de la herida operatoria, esencial para el éxito de cualquier operación reparadora, sobre todo en las efectuadas por vía vaginal. Para conseguir esta curación hay que darle mayor importancia al factor local, que radica en la asepsia, hemostasia adecuada, el conseguir al mismo tiempo la menor cantidad posible de tejidos necrosados por reducción al mínimum de las suturas necesarias para la buena coaptación, y uso profiláctico de quimioterápicos y antibióticos. Los factores generales de más importancia estriban en la corrección de la anemia o mala nutrición, caso de que las hubiera.

Antes de emprender la corrección de la incontinencia restaurando el mecanismo esfinteriano, puede ser necesario tratar algunos estados asociados, tales como los procesos intrínsecos pélvicos, miomas, inflamaciones anexiales, etc. No se debe hacer tampoco un tratamiento quirúrgico de una incontinencia, como hemos dicho antes, sin haber tratado la infección urinaria y genital, principalmente uretritis, vaginitis y endocervicitis.

Se han descrito una enorme cantidad de técnicas quirúrgicas para la corrección de la incontinencia femenina al esfuerzo. Todas estas técnicas se pueden agrupar en tres tipos distintos: Las que abordan el problema por vía vaginal, las que lo hacen por vía suprapúbica y las que emplean ambas vías. No vamos a describir con detalle ninguna de estas técnicas, sino sólo citar de pasada algunas de las más usadas.

OPERACIONES POR VIA VAGINAL

Marión: Decolamiento uretrocervical, reparando sobre sonda de PEZZER la uretra y el cuello.

Stoeckel: Liberación de adherencias, disección de las fibras del esfínter, suturándolas.

Kennedy: Plegamiento del tabique vesicovaginal.

OPERACIONES POR VIA SUPRAPÚBICA

Marshall: Sutura vesicouretral al pubis, con puntos para-uretrales.

Millin: Plastia con bandas aponeuróticas de los rectos, que, rodeando la uretra, procuran su angulación.

OPERACIONES COMBINADAS

Goebell-Stoeckel: Plastia con el músculo piramidal y aponeurosis vecinas, con plicatura vaginal cerca del cuello.

Aldridge y Studdiford: Soporte con una banda aponeurótica del abdomen, que sutura en la cara posterior, más unos puntos de sutura junto al cuello vesical.

Un principio cardinal es la elevación y fijación del cuello vesical y trigono, por la construcción de un soporte fijo. En la operación combinada hipogástrica y vaginal se hace además una restauración de la longitud y calibre uretrales normales, mediante una plicatura.

Sin embargo, cada caso individualizado plantea un problema distinto y debe ser considerado aisladamente. En general, todos los autores consideran que los procedimientos más complicados sólo deben usarse cuando han fracasado la electrocoagulación del cuello y las técnicas vaginales, más benígnas.

EVALUACION DE RESULTADOS

El porcentaje de la mayoría de los cirujanos que utilizan la electrocoagulación del cuello en el tratamiento de la incontinencia femenina al esfuerzo, es del 40%, de curaciones totales, obteniendo un 30% de mejorías ostensibles y otro 30% de fracasos en los que hay que recurrir a otro tipo de intervención.

Mediante las técnicas vaginales, se acepta generalmente el hecho de que el porcentaje de curaciones es alrededor del 75%, despreciando el procedimiento usado. Sin embargo, individualizando cada caso, empleando la técnica vaginal adecuada para cada uno y usando una terapia complementaria, los éxitos pueden llegar hasta el 90% de los casos. La terapia complementaria consiste, como hemos dicho

antes, en la completa curación de la infección urinaria o genital, tratamiento de los trastornos pélvicos asociados y empleo de ejercicios voluntarios de los músculos del periné, usando, si es necesario, el procedimiento de KEGEL.

Hay algunos factores que pueden hacer fracasar las operaciones vaginales; entre ellos se incluyen las cicatrices de anteriores intervenciones, la existencia de cistocelos, pared anterior de vagina congénitamente corta, atrofia de la pared anterior en pacientes de edad, etc. En algunas de estas pacientes se ha obtenido buen resultado con un método de tratamiento que consiste en abrir la pared anterior de vagina, separar la uretra y cuello vesical de la vagina y piel y elevación de estas estructuras con un pelotón de gasa. Esta técnica sin embargo está en desacuerdo con el principio expuesto anteriormente de obtener una curación limpia y rápida de las heridas, por lo que es preferible recomendar en estos casos se haga una intervención por vía alta, que está indicada siempre que ha habido fracasos anteriores en operaciones vaginales.

MARCHETTI, MARSHALL y KRANTZ, con su intervención de suspensión uretral por vía retropúbica, señaló un 75 % de curaciones completas y 18 % de mejorías. Muchos de sus casos habían sufrido operaciones vaginales previas seguidas de fracaso. MILLIN y KEAD señalan un 90 % de éxitos con su operación de sostén retropúbico.

TRATAMIENTO DE OTRAS VARIEDADES DE INCONTINENCIA

En el tratamiento de las fistulas urinarias causadas por un traumatismo obstétrico o quirúrgico, se obtienen muy buenos resultados cuando en la técnica operatoria se siguen los siguientes principios:

- 1.º—Postponer el tratamiento quirúrgico corrector a los 6 meses aproximadamente del traumatismo.
- 2.º—Mantener una adecuada exposición y aproximación de los tejidos.
- 3.º—Procurar una buena movilización de la vejiga, a fin de que las suturas no queden a tensión. Se deben hacer dos o tres capas de suturas de catgut, procurando que la mucosa vesical se cierre a diferente nivel que el defecto vaginal.

En aquellos casos en que la incontinencia se debe a defecto de innervación del mecanismo esfinteriano, sea congénito o adquirido, se pueden utilizar, con probabilidades de éxito, las técnicas suprapúbicas, principalmente las de MILLIN o GOEBEL-STECKER. Si además existe un epispadias, puede ser necesaria la reconstrucción de la uretra.

En la extrofia vesical se requiere por lo general la implantación de los uréteres en el recto.

El uréter ectópico puede ser tratado mediante implantación en la vejiga, si no hay infección del riñón correspondiente. Si existe ésta, habrá que tratarla primero, pero si el riñón está grandemente afectado y la función del otro es normal, el proceder de elección es la nefrectomía.

Las lesiones intrínsecas de la vejiga, neoplasias, cálculos, etc., deben ser tratadas quirúrgicamente, usando en cada caso las técnicas transuretrales o transvesicales indicadas.

CONCLUSIONES

La forma de incontinencia urinaria que se encuentra más frecuentemente en la mujer es la de esfuerzo o ejercicio, debida las más de las veces a trauma ocurrido durante un parto. Por esto, el mejorar la ayuda a la paciente en el trabajo del parto, principalmente cuando hay una distocia, combinado con el adecuado cuidado puerperal, disminuye grandemente la frecuencia de este molesto proceso.

Se puede esperar una reducción en el número de incontinencias provocadas por traumas quirúrgicos, con un mayor conocimiento anatómico y mejoría de las técnicas en las intervenciones practicadas en la vecindad de la vejiga urinaria y uretra.

Para lograr el mayor número de éxitos en el tratamiento, cada caso debe ser objeto de particular estudio para determinar su naturaleza y factores etiológicos. Los buenos resultados futuros dependen de una cuidadosa elección del proceder operatorio, combinado con buenos cuidados pre y postoperatorios, incluyendo la curación de la infección urinaria o genital, y ejercicios voluntarios para restaurar la función de las estructuras del suelo de la pelvis.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- BRACK; *The Urol. and Cut. Rev.* año 1942. pag. 273.
ERCOLE Y ARREDONDO; *Arch. Esp. de Urol.* T. VI n.º 4.
MILLIN; «*Retropubic Urinary Surgery*». Año 1947.
PAGANO Y LEEN; *The Urol. and Cut. Rev.* año 1951. pag. 612.