

BIBLIOGRAFIA

1. M1. Sociedad Vallecaucana de Obstetricia y Ginecología. Segundo Simposio Nacional sobre menopausia. Cali, mayo 7-9 de 1993.
2. Ji-Fan, Hi-He Zhao et al. Dietary Calcium and bone density among middle-aged and elderly woman in China. Am J Clin Nut 1993; 58: 219-227.
3. Fundación Europea de Osteoporosis y enfermedades óseas. Osteoporosis post-menopáusica. La epidemia silenciosa. Editorial Handeldtrykkeriet Aps. Dinamarca. 1990.
4. Uriel S, MA. Bronx New York. Estrogens in the prevention and Treatment of post-menopausal osteoporosis. The American Journal of Medicine Volume 85, 1998.
5. Edwin L, Bierman and John A. Glomset. Disorders of Lipid Metabolism.
6. American College of Physicians-Ann int. Guidelines for counselling Postmenopausal Women about preventive hormone therapy. Med. 1992; 117: 1038-1041.

SINDROME UROGENITAL EN LA POST-MENOPAUSIA DEFINICION Y MANEJO DEL MISMO

Oscar Hernando Angel Villalobos, M.D.

Director Unidad de Urodinamia

Clínica de Marly

Santafé de Bogotá, D.C.

El síndrome urogenital son todos aquellos cambios fisiológicos que se producen en la post-menopausia y que tienen repercusión en el aparato genital y urológico, trayendo consigo una serie de alteraciones que comprometen el funcionamiento normal de las pacientes.

En el estado post-menoapáusico se alteran las estructuras del tracto urinario bajo, el control neurológico de la micción, y el patrón de producción de orina con limitaciones consecuentes para realizar la micción.

Con la edad se produce una pérdida de las propiedades del tejido elástico, un aumento del tejido graso, atrofia celular y degeneración nerviosa. Al caer el estímulo estrogénico disminuye el tejido conectivo y la vascularidad en la submucosa uretral; se altera el glicógeno celular de la vagina y disminuye la presión uretral.

Todos estos cambios se reflejan en la clínica urinaria de esfuerzo, inestabilidad del detrusor, aumento en la frecuencia de las infecciones urinarias y el síndrome uretral.

Los síntomas más comunes son la urgencia, incontinencia de esfuerzo y/o urgencia, nocturna, polaquiuria, disuria y sensación de no desocupar totalmente la vejiga.

Para su diagnóstico es importante la historia clínica que esclarezca y cuantifique los síntomas su repercusión sobre el medio social; un examen físico completo y uno ginecológico que valore la movilidad uretrovesical y relajación pélvica, una valoración neurológica con énfasis en S2 a S4; endoscopia del tracto urinario bajo estudio urodinámico.

El tratamiento es la primera línea de elección, enfatizando la importancia de suplencia hormonal, seguido de farmacoterapia, ejercicios vesicales y como último recurso el quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

1. Ouslander JG, Palmer MH, Rovner BW, German PS. urinary incontinence in nursing homes: Incidence, remission and associated factors. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 1083.
2. Wein AJ, Pharmacologic treatment of incontinence. J Am Geriatr Soc 1990; 38: 317-325.
3. Hilton P, Tweddell AL, Mayne C. Oral and intravaginal estrogens alone and in combination with alpha adrenergic simulation in genuine stress incontinence. International Urogynecology Journal 1990; 1: 80-86.
4. Bergman A, Kooning PP, Ballard CA. Primary stress urinary incontinence and pelvic relaxation: Prospective randomized comparison of three different operations Am J Obstet Gynecol 1989; 161: 91-101.