



22
Ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Ginecoobstetricia
"Luis Castelazo Ayala"

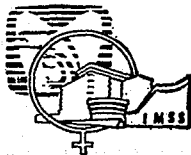
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO
EN LA PACIENTE POSTMENOPAUSICA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Titulo de Especialista en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a

DR. MARIO CANO MORENO



Tutor de Tesis.
DR. SEBASTIAN IRIS DE LA CRUZ

MEXICO, D. F. ABRIL DE 1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
CLASIFICACION	4
ETIOLOGIA	6
FISIOPATOLOGIA	7
COMPLICACIONES	8
MANEJO	9
OBJETIVOS	11
MATERIAL Y METODOS	12
METODOLOGIA	14
RESULTADOS	16
ANALISIS Y DISCUSION	20
CONCLUSIONES	31
BIBLIOGRAFIA	32

INTRODUCCION

Durante toda la vida las mujeres sufren más problemas de las vías urinarias que los varones dadas las características de sus vías urinarias. Pocos son los sistemas orgánicos que se afectan con tanta frecuencia o que son tan potencialmente desquiciantes para el estilo de vida independiente, social y funcional del paciente como las vías urinarias en la vejez; desde otro punto de vista, la gama de dolencias urológicas en la mujer postmenopáusicas son semejantes a las que aparecen en años más tempranos, sólo que éstas se amplian influidos por el proceso natural de envejecimiento a ritmo acelerado y a la deficiencia de estrógenos. (4,6,7,9,12)

El proceso fisiológico de envejecimiento se acelera después de la menopausia y el efecto más importante es la carencia de estrógeno. Varios investigadores han demostrado que la falta de estrógenos afecta al tejido conectivo y específicamente al de los ligamentos cervicales cardinales o de Mackenrodt y uterosacros, con la consiguiente pérdida de apoyo para los órganos de la pelvis, provocando el prolapso de dichos órganos, mismos que pueden obstaculizar los mecanismos de continencia o inhibir totalmente el vaciamiento de la vejiga. (1,2,6,7,9)

Carlson (1949) descubrió una lentitud en la división y crecimiento celulares, lo cual originó infiltración grasa, atrofia e hiperpigmentación celular. Después de la menopausia el epi-

telio vaginal muestra un menor número de células, es más delgado y hay disminución de tejido elástico, ello origina atrofia y acortamiento de la vagina, asimismo se ha observado que el epitelio de la uretra y el trigono al depender de estrógenos al igual que el epitelio vaginal, se vuelve atrófico, rígido y friable, asimismo se encontró que los estrógenos ensanchan el cuadruple la luz vascular de los vasos periuretrales submucosos, aumentando la presión de cierre uretral.

Estos efectos fisiológicos sugieren que existen dos mecanismos importantes de la continencia, a saber, el ángulo uretrovesical y la presión de cierre uretral, que pueden alterarse en la menopausia.

El contenido de glucógeno del epitelio vaginal, baja después de la menopausia ocasionando disminución del nutriente necesario para el metabolismo del ácido láctico por los lactobacilos normales de la vagina y un aumento del pH de la secreción vaginal, lo cual provoca la proliferación de patógenos coliformes gram negativos. De acuerdo a los cambios en el epitelio y pared uretral, el flujo urinario no logra eliminar estos microorganismos patógenos, los cuales pueden subir fácilmente hasta la vejiga y provocar infecciones frecuentes de las vías urinarias. (1,2,3,5,6,7,8,9)

En la mujer la continencia depende del tono del cuello de la vejiga, del ángulo uretrovesical y de la presión de cierre uretral, además de las diferencias de presiones entre la vejiga

y la uretra, de ahí que una alteración en estos factores aunado a los aumentos en la presión intraabdominal provocados por tos, estornudos, risa o el esfuerzo para levantar algo pesado condiciona la pérdida de orina. Además de los factores mencionados, debemos mencionar otros tales como los traumatismos obstétricos, edad, raza, paridad, etc., los cuales pueden influir en la intensidad del proceso.

La incontinencia por debilidad del esfínter uretral se describe mejor con el término "Incontinencia Genuina por Esfuerzo", de acuerdo a la (International Continence Society; 1976), y es la causa más común de incontinencia en las pacientes ginecológicas y su gravedad es variable desde un simple goteo hasta una pérdida considerable, algunos autores reportan una frecuencia del 40% en relación a otras causas, durante la postmenopausia.

Una observación muy importante es que se debe hacer el diagnóstico preciso de IUE para poder instituir el tratamiento correcto, de tal manera que en algunos casos exista la necesidad de estudios de gabinete independientemente de haberse realizado una historia clínica y exploración física integral y medidas anatómicas de la uretra.

En casi todos los casos, es posible evaluar con precisión los signos y curar o por lo menos mejorar la calidad de vida de la paciente. (4,6,7,9,10,11,12)

CLASIFICACION

La incontinencia urinaria de acuerdo a la Sociedad Internacional de Continencia (1979) se define o clasifica de la siguiente forma:

- Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (Genuina o Anatómica). Es la pérdida involuntaria de orina, la cual se produce cuando la presión intravesical excede la presión uretral máxima en ausencia de actividad del músculo detrusor. Refiriendo la paciente la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra inmediatamente después del aumento de la presión intra-abdominal, condicionado principalmente por un ejercicio físico, (tos, estornudo, risa, etc.). Pudiendo existir también enfermedades que pueden repercutir sobre la presión intra-abdominal, tales como obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc. (2,6,7,10,12,16,17)

De acuerdo a diferentes autores esta forma ocupa el 50% del total de las incontinencias.

- Incontinencia Urinaria por Inestabilidad del Detrusor (Detrusor Inestable). Es la pérdida involuntaria de orina asociada con un deseo imperioso de orinar; debido principalmente a contracciones no inhibidas del músculo detrusor entre una y otra micción, mientras la paciente está intentando inhibir la micción.

De acuerdo a diferentes investigadores, esta forma ocupa -

aproximadamente del 10 al 40% de las incontinencias. (6,7, 8,9,10,12)

- Otras formas de Incontinencia.

Incontinencia Refleja. Es la pérdida involuntaria de orina, debida a actividad refleja anormal de la médula espinal sin que exista la sensación habitualmente asociada con el deseo de orinar.

Incontinencia de Rebosamiento o sobreflujo. Es la pérdida involuntaria de orina que se produce cuando la presión intravesical excede a la presión uretral máxima, debido a una elevación de la presión intravesical asociada con una sobre distensión de la vejiga con o sin actividad del detrusor.

ETIOLOGIA

La IUE o Genuina se produce por debilidad del esfinter uretral, lo cual conlleva a una disminución de la presión intrauretral. Ieniéndose como factores predisponentes: traumatismos obstétricos, raza, edad, operaciones ginecológicas, deficiencia o ausencia de estrógenos, etc.

La IUID. (Detrusor inestable), se produce por el aumento rápido e inestable de la actividad del detrusor, en la cual hay incremento activo de las fuerzas expulsivas, causado por etiología neurológica, local o drogas terapéuticas, resultando principalmente de algún tipo de lesión del SNC, lo cual disminuye el control voluntario de la micción por interferencia en los diferentes circuitos y reflejos.

También intervienen factores locales tales como tumores de la vejiga, infecciones e inflamaciones.

FISIOPATOLOGIA

IUE. (Genuina). En el vaciamiento normal de la vejiga, la paciente aumenta voluntariamente la presión intraabdominal, y relaja los músculos elevadores con el consiguiente descenso de una pequeña cantidad de orina a la uretra proximal, iniciando al parecer la contracción refleja del músculo detrusor y se lleva a cabo una relajación adicional de los músculos voluntarios del diafragma urogenital.

En la mujer la continencia depende del tono del cuello de la vejiga, del ángulo uretrovesical y de las presiones de cierre uretral.

En pacientes con IUE se ha demostrado que el ángulo uretrovesical ocupa una posición más baja, "pero el defecto básico es la alteración en la relación de las presiones vesicouretrales en la cual la primera rebasa a la segunda, lo cual ocurre a menudo después de trauma obstétrico, deficiencia de estrógenos sobre los ligamentos pélvicos (produciéndose estrechez de la luz vascular periuretral, relajación muscular y atrofia epitelial, etc.) disminuyendo la presión de cierre uretral.

En la IUID. La incontinencia depende básicamente de alguna lesión del SNC, así como de factores locales o drogas.

En el primer caso, existe lesión de neurona motora superior. La anomalía básica es un reflejo hiperexcitable de la mic-

ción que puede comprender exceso de estimulación aferente o -
disminución de los impulsos eferentes provenientes de centros
superiores integrados en diversos sistemas de circuitos y de-
rivaciones del SNC; que están interrelacionados y la función
perfecta de uno depende de la integridad y respuesta de todos
ellos. (6,9,10)

Dentro de las causas sensoriales: Se mencionan principalmente
la poliaquiuria nicturia, lo cual puede estar dado por infec-
ción bacteriana o inflamación abacteriana, así como tumores -
de la vejiga, cálculos, etc., que provocan estimulación local.
(6,7,9,10,12)

COMPLICACIONES

Indistintamente del tipo de incontinencia urinaria, pero en la
IUE, la principal complicación se da en el aspecto social e -
independencia de la mujer, de acuerdo a la gravedad de la in-
continencia, lo cual puede tener consecuencias sociales deso-
ladoras y también puede acabar en problemas físicos graves co
mo infección y úlceras por decúbito.

MANEJO

El tratamiento y pronóstico depende de la etiología de la incontinencia.

De ahí que una historia clínica detallada, examen físico exhaustivo, estudios de laboratorio y gabinete completos permiten establecer la etiología y en base a ésta se decidirá el tratamiento a instituir y el pronóstico futuro.

Básicamente la IUE casi siempre requerirá de manejo quirúrgico, el cual se seleccionará individualizando cada paciente de acuerdo al caso específico y/o alteraciones concomitantes, en vista de existir una amplia variedad de técnicas quirúrgicas, para tratar de corregir y curar en forma definitiva la alteración o defecto presente en todas y cada una de las pacientes, siendo el objetivo la elevación del cuello vesical y uretra proximal.

Sin embargo, no deben soslayarse algunas medidas que si se dejan de lado, el éxito quirúrgico podría no ser del todo satisfactorio, dadas las características de las pacientes.

Por lo tanto, no debe olvidarse el efecto benéfico que tienen los estrógenos locales o sistémicos a nivel urogenital, los cuales juegan un papel preponderante en pacientes postmenopáusicas con IUE, otras medidas juegan un papel secundario tales como los ejercicios perineales y algunas drogas.

Otras formas de manejo de la IUE, tales como (estimulación eléctrica, cojincillos y dispositivos locales), pero ninguno de ellos con resultados satisfactorios para tomarse en consideración, los cuales muchas veces resultan ser molestos para las pacientes.

En la IUID: La cirugía se deja de lado, ya que sus resultados son desalentadores. Aquí básicamente se utilizan fármacos que actúan a diferentes niveles de control de la micción y brindan alivio sintomático, dentro de los cuales resaltan los anticolinérgicos dada la inervación parasimpática predominante del músculo detrusor (probutine, imipramina, clohidrato de favoxate, etc.), obteniéndose respuesta en 60 - 70% de las pacientes.

OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo son:

Establecer la frecuencia de la IUE o genuina en pacientes post menopáusicas.

Determinar la relación porcentual de la IUE de origen anatónico con aquéllas por inestabilidad del músculo detrusor, en pacientes postmenopáusicas.

Determinar el porcentaje de pacientes que para su tratamiento médico o quirúrgico, requirieron además de otras medidas tales como, la aplicación de estrógenos locales, sistémicos y - ejercicios perineales.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, comparativo de pacientes postmenopáusicas que cursaron con alguna forma de incontinencia urinaria siendo principalmente estudiadas las que cursaron con IUE o anatómica y pacientes con IU por inestabilidad del músculo detrusor.

El total de pacientes con incontinencia urinaria que acudieron al servicio de Ginecología Urológica fue de 1172 pacientes, en el período comprendido de enero de 1984 a junio de 1988, en la clínica de IUE, del Hospital de Ginecoobstetricia "Luis Castelazo Ayala" del I.M.S.S.

De el total, 600 fueron premenopáusicas, equivaliendo al 51%, 572 postmenopáusicas, equivaliendo al 49%.

De el total de (572) pacientes postmenopáusicas, 256 cursaron con IUE, 109 con IU por inestabilidad del detrusor, 94 con IU mixta (IUE más IUID) y 113 con IU originada por otras causas (IUU, etc.).

Los criterios de inclusión fueron basados tomando en cuenta a todas aquellas pacientes postmenopáusicas que cursaban con IUE y aquellas con IU por inestabilidad del detrusor, otras formas de IU se tomaron en cuenta sólo para establecer la relación porcentual, todas las pacientes debieron cumplir con los

parámetros clínicos que las clasificaron dentro de las dos formas principales de IU de acuerdo a las normas del servicio.

Los criterios de NO inclusión fueron tomadas para aquellas pacientes premenopáusicas con alguna forma de IU, o pacientes postmenopáusicas con antecedente de radioterapia pelvigenital o cirugía previa.

Los criterios de exclusión: fueron excluidas aquellas pacientes con inflamación o infección local, tumor local, o procesos sistémicos o degenerativos con repercusión a nivel genitourinario.

METODOLOGIA

De acuerdo a los criterios de inclusión a las pacientes del presente estudio, independientemente de la historia clínica detallada y exploración física minuciosa, se le realizaron a todas exámenes de laboratorio para descartar infección de las vías urinarias (EGO y UROCULTIVO), así como examen de papanicolau y cultivo de secreción genital, exámenes básicos, prueba de Q-Test y estudios de gabinete (Cistoscopia, Cistometría y Cistouretrografía).

Debe señalarse que los exámenes de laboratorio fueron realizados en todas las pacientes, así como la prueba de Q-Test.

Del total de las pacientes (256) con IUE, 36 de ellas tuvieron urocultivo positivo, en las cuales hubo necesidad de dar tratamiento antibiótico específico para eliminar patología infecciosa local, las otras pacientes (220) tuvieron urocultivo negativo desde el primer examen.

La prueba de Q-Test fue positiva en 217 pacientes con (IUE), en 39 fue negativa.

De los estudios de gabinete sólo fueron realizadas 29 cistoscopías y 30 cistouretrografías, así como 75 cistometrias.

Respecto a los trastornos de la estática pelvigenital, el trastorno que con más frecuencia se presentó fue el cistocele (233

casos), seguido del uretrocele en (197 casos), el retrocele en (172 casos) y por último el descenso uterino en (44 casos).

Para el tratamiento de la IUE genuina, se seleccionó el procedimiento quirúrgico más adecuado para cada paciente en base al trastorno vesicouretral presente, así como a trastornos de la estática pélvica concomitante.

El tratamiento médico en la IUID (inestabilidad del detrusor), se centró básicamente en el empleo de fármacos anticolinérgicos dada su acción predominante del músculo detrusor.

RESULTADOS

En el estudio de 572 pacientes postmenopáusicas se obtuvieron los siguientes resultados, distribuidos como sigue:

El total de pacientes con IUE fueron 256, que equivale al 44.7% del total de las pacientes con IU del presente estudio. (Ver gráficas 1 y 2), equivaliendo a una frecuencia de 1 de cada 2 pacientes postmenopáusicas.

El total de pacientes con IUID (inestabilidad del detrusor) - fue de 109, que equivale al 19%. (Ver gráficas 1 y 2), frecuencia de 1 de cada 5 pacientes postmenopáusicas, una relación del 40% en base a las pacientes con IUE.

El total de pacientes con IU mixta (IUE más IUID) fue de 94, que equivale al 16.4%. (Ver gráficas 1 y 2), frecuencia 1 de cada 6 pacientes.

El total de pacientes con IU originada por otras causas (IUU, etc.) fue de 113, que en conjunto equivalen al 19%, pero que si se realizan en forma separada representan porcentajes mucho menores a los anteriormente mencionados. (Ver gráficas 1 y 2).

El promedio de edad de las pacientes fue de 46 años con un rango de 43 a 49 años, predominando el grupo de 45-46 años.

La prueba de Q-Test fue positiva en 217 pacientes con IUE, lo

que equivale al 84.7% del total de las pacientes con IUE. (Ver gráfica 3).

En el 15.3% de las pacientes con IUE, la prueba de Q-Test fue negativa, es decir en 39 pacientes.

El urocultivo fue negativo en 218 pacientes desde el primer estudio, lo que equivale al 85.2% de las pacientes con IUE. (Ver gráfica 4).

En 38 pacientes con IUE el urocultivo fue positivo, equivaliendo al 14.8%.

De los estudios de gabinete que se realizaron el que con mayor frecuencia se realizó fue la cistometría (75 casos), equivaliendo al 29% de las pacientes con IUE, seguido de la cistourotrografía con 30 casos, equivaliendo al 11.7% y por último la cistoscopia con 29 casos equivaliendo al 11.3% de las pacientes. (Ver gráfica 5).

De los trastornos de la estática pélvica-genital de acuerdo a su presencia, la frecuencia fue de la siguiente manera:

El cistocele estuvo presente en 233 de las pacientes con IUE, equivaliendo al 91% de las pacientes, seguido del uretrocele (197 casos), equivaliendo al 77% el rectocele en 172 casos, equivalente al 67% y por último el descenso uterino en 44 casos, equivaliendo al 17% de los casos. (Ver gráfica 6).

De los procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la

IUE, el procedimiento más empleado fue la operación de Pereyra, combinada con colporrafias, la cual fue realizada en 115 pacientes, equivaliendo al 45% del total de las pacientes, se guida de la operación de Pereyra (sin combinación con otro - procedimiento), habiéndose realizado en 51 pacientes, equivaliendo al 11%, seguidas de colporrafia más plastia de Kelly e histerectomía total vaginal más colporrafia con 20 casos para cada procedimiento, equivaliendo al 7.8% de las pacientes en cada caso, procedimientos como BURCH y M.M.K fueron menos utilizados. (Gráfica 7).

De las pacientes con IUE, en total 256; 246 requirieron de tratamiento quirúrgico, equivaliendo al 96.1%, 10 pacientes sólo requirieron tratamiento médico, equivaliendo al 3.9%. (Ver gráfica 8).

En el noventa por ciento de las pacientes con IUE, fueron administrados estrógenos en forma local y/o sistémica, siendo - administrados éstos principalmente en las pacientes que requirieron tratamiento médico, en estas últimas les fueron indicados también los ejercicios perineales o de (KEGEL).

La respuesta de las pacientes con tratamiento quirúrgico y/o médico (respuesta positiva) con seguimiento a un período de 2 años fue como se expresa:

Tratamiento quirúrgico:

A 1 mes (51 pacientes). 6 meses (81 pacientes).

A 1 año (19 pacientes). 2 años (5 pacientes).

Tratamiento médico:

A 1 mes (0 pacientes). 6 meses (2 pacientes).

A 1 año (5 pacientes). 18 meses (2 pacientes).

A 2 años (5 pacientes).

Cabe señalar que un buen número de las pacientes, se ignora - si hubo respuesta positiva con el Tx quirúrgico dado que no - asistieron para un control regular.

En el caso de las pacientes con IUID (inestabilidad del detrusor), éstas fueron manejadas a base de imipramina, propanolol, principalmente a dosis de 75 a 200 mg x día y de 10 a 15 mg 3 veces al día respectivamente.

De el total de las pacientes con tratamiento quirúrgico y/o - médico, en el 90% de ellas fue necesaria la administración de estrógenos locales y/o sistémicos, además de los ejercicios - perineales, siendo un número de 327, de un total de 365, habiéndose dejado de lado a las pacientes con incontinencia mixta y a aquéllas con IUU originadas por causas diversas (total 207). (Ver gráfica 9).

ANALISIS Y DISCUSION

En base a los resultados del presente estudio, debe señalarse que éstos, tanto en la frecuencia como en sus porcentajes, coinciden directamente con reportes vertidos en la literatura por diferentes autores.

Llamando la atención que la IUE, se presenta en una de cada 2 pacientes postmenopáusicas, teniendo un porcentaje del 44.7%, la IUID se presenta con menos frecuencia ocurriendo en un 19% de todas las pacientes, con una frecuencia de 1 a 5 en relación con las pacientes con IUE, relacionándose directamente con los reportes de la literatura.

Otras formas de IU se presentan con menos frecuencia, de tal manera que la IUE ocupa el primer lugar en frecuencia, siendo ocupado el segundo lugar por la IUID.

Los exámenes de laboratorio y gabinete son de gran apoyo y orientación en el diagnóstico dado que en muchas de las pacientes el problema es muy complejo, ya que un buen número de pacientes en muchas de las ocasiones, cursan con IU de tipo mixto, de ahí la importancia de estos estudios, además de la historia clínica y exploración detallada.

Desde otro punto de vista, los trastornos de la estática pélvica-genital son un factor importante de tomar en cuenta para -

seleccionar el tratamiento quirúrgico adecuado en primera instancia, para tratar de corregir trastornos uretrovesical, ya que es sabido que la primera intervención quirúrgica debe ser la que corrija el problema en la mayoría de las pacientes.

En cuanto al tratamiento médico para la IUE el 90% de las pacientes siempre requerirá de la aplicación de estrógenos locales y/o sistémicos.

Sólo en un 10% de las pacientes con IUE, no se requerirá de tratamiento quirúrgico, y sólo se manejan a base de la aplicación de estrógenos locales, sistémicos y ejercicios perineales.

De las pacientes con IUID, de acuerdo a las pacientes estudiadas y reportes de la literatura, el manejo se centra básicamente en el suministro de fármacos anticolinérgicos, pero en un buen porcentaje de casos se requiere también de el suministro de estrógenos, la cirugía en pacientes con IUID, prácticamente está proscrita dado que no corrige la causa básica, por lo cual están condenadas al fracaso.

De tal manera que antes de iniciar manejo alguno en pacientes con IU, debe establecerse la causa individualizando cada paso para poder ofrecer mejores resultados a nuestras pacientes y librarlas de las complicaciones que conlleva la incontinencia urinaria.

Frecuencia de la IUE, en pacientes postmenopáusicas.

Porcentaje de la IUE, en pacientes postmenopáusicas.

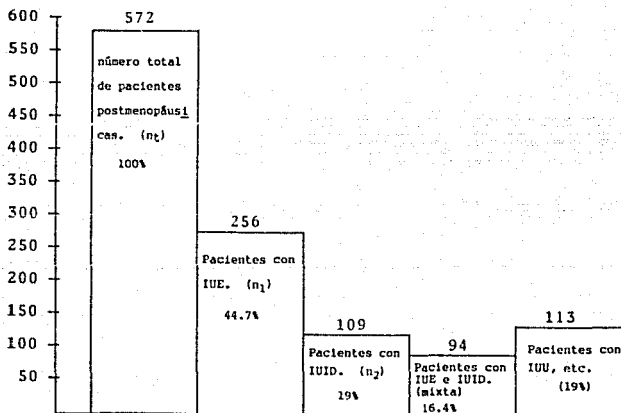
(n_t) Número total de pacientes postmenopáusicas.

(n_1) Número de pacientes con IUE.

(n_2) Número de pacientes con IUID (inestabilidad del detrusor).

- La frecuencia de la IUE en la paciente postmenopáusica corresponde a una de cada dos pacientes aproximadamente.

El porcentaje de pacientes con IUE en pacientes postmenopáusicas es de 44.7 en el presente estudio.



Gráfica # 1

Relación porcentual de la IUE de origen anatómico con la IUID (inestabilidad del detrusor).

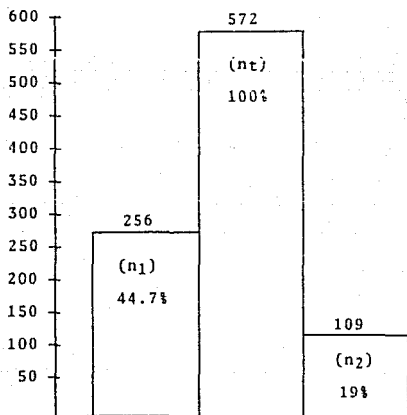
La relación porcentual de la IUE con la IUID es de (100%/40% respectivamente).

Presentando la IUID, frecuencia de una de cada cinco pacientes postmenopáusicas, (19% del total de las pacientes).

(nt) Número total de pacientes postmenopáusicas.

(n₁) Número de pacientes con IUE.

(n₂) Pacientes con IUID.



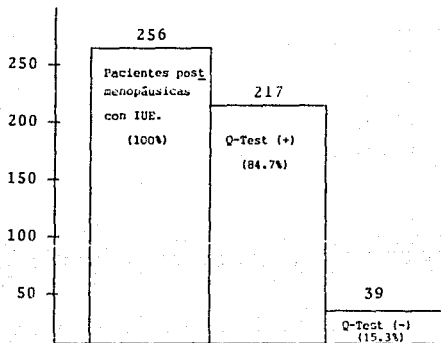
Gráfica # 2

Prueba de Q-Test, en pacientes con IUE.

Q-Test positiva (total 217) Porcentaje 84.7%

Q-Test negativa (total 39) Porcentaje 15.3%

(n), Número total de pacientes con IUE.



Gráfica # 3

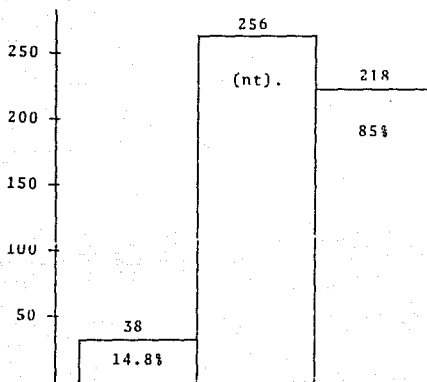
Resultado del urocultivo en pacientes con IUE.

Urocultivo negativo (total 218). Porcentaje 85%

Urocultivo positivo (total 38). Porcentaje 14.8%

(nt) Número total de pacientes.

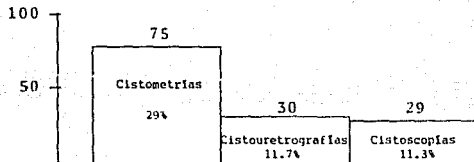
Estableciendo la presencia de infección en vías urinarias, en el 15% de las pacientes con IUE.



Gráfica # 4

Frecuencia de los estudios de gabinete realizados y porcentaje de cada uno.

Cistometrías	(total 75)	Porcentaje	29%
Cistouretrografía	(total 30)	Porcentaje	11.7%
Cistoscopías	(total 29)	Porcentaje	11.3%

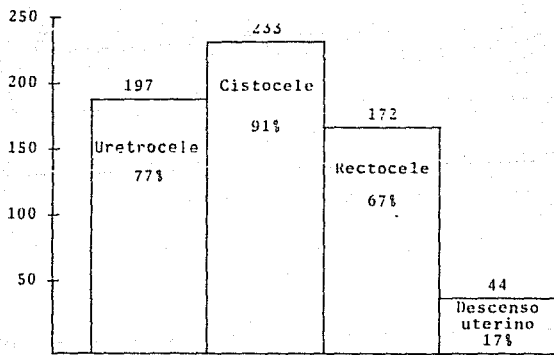


Gráfica # 5

Frecuencia de los trastornos de la estática pélvica-genital y su relación porcentual.

		Porcentaje
Cistocele	(total 233)	91%
Uretrocele	(total 197)	77%
Rectocele	(total 172)	67%
Descenso uterino	(total 44)	17%

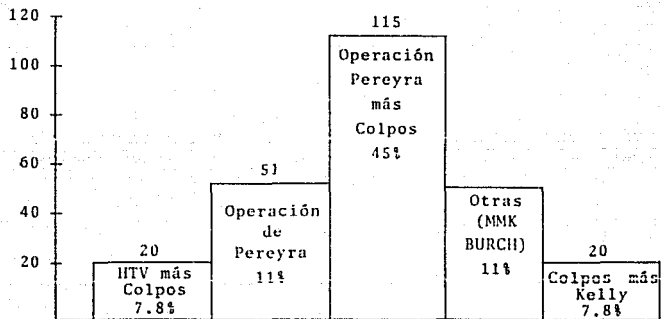
Los porcentajes representan la presencia de cada uno en relación al número total de las pacientes postmenopáusicas con IUE.



Gráfica # 6

Frecuencia de los diferentes procedimientos quirúrgicos realizados, porcentaje de los mismos.

		Porcentaje
Operación de Pereyra	(total 51)	11%
Operación de Pereyra más Colpos	(total 115)	45%
Colpos más Plastía de Kelly	(total 20)	7.8%
HTV más Colpos	(total 20)	7.8%
Otras (MMK, BURCH, etc.)	(total 50)	11%



Gráfica # 7

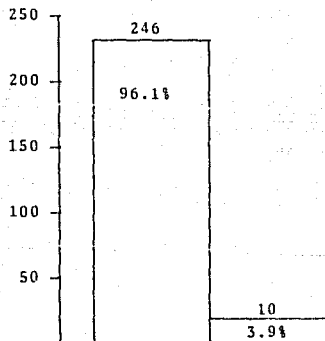
Porcentaje de pacientes que requirieron de la aplicación de estrógenos sistémicos y/o locales, ejercicios perineales.

Pacientes con IUE.

Número de pacientes (total 246) Porcentaje 96.1%

Porcentaje de pacientes que SI requirieron de la aplicación de estrógenos y sólo ejercicios perineales, pero sin Tx quirúrgico.

Número de pacientes (total 10) Porcentaje 3.9%



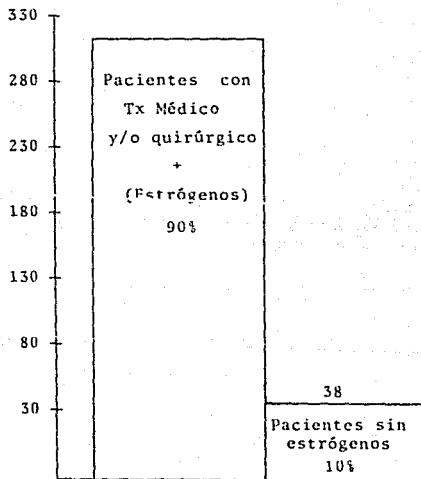
Gráfica # 8

ESTA TESIS DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Total de pacientes con Tx médico y quirúrgico que requirieron además de estrógenos locales y sistémicos, ejercicios perineales. (Pacientes con IUE y pacientes con IUID).

Número de pacientes (total 365).

Número de pacientes que sí requirieron de las medidas anotadas. (Total 327) Porcentaje 90%.



Gráfica # 9

CONCLUSIONES

La IUE o genuina es la causa más frecuente de incontinencia en la paciente postmenopáusica.

La IUID es la segunda causa de incontinencia urinaria en las pacientes postmenopáusicas.

El porcentaje de pacientes con IUE en la postmenopausia, corresponde al 44.7% en el presente estudio.

El porcentaje de pacientes con IUID, es del 19% en el presente estudio.

Los estudios de gabinete son de gran importancia para establecer un buen diagnóstico en las pacientes con IUE principalmente.

El 90% de las pacientes con IUE requieren de tratamiento quirúrgico.

Sólo el 10% del total de pacientes postmenopáusicas con IUE requieren de tratamiento médico local y ejercicios perineales.

El manejo de la IUID, se basa principalmente en la administración de fármacos anticolinérgicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Haney, A.F. Fisiología del climaterio. Clinicas Obstétricas y Ginecológicas, 1986. Volumen 2.
- 2.- Barbo, D.M. Fisiología de la Menopausia. Clinicas Médicas de Norteamérica. Volumen 1, 1987.
- 3.- Utian, W.H. The Fate of the Untreated Menopause. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Vol. 14. No. 1. March, 1987.
- 4.- Jones, H.W. Jones. G.S. Tratado de Ginecología de Novak. Décima Edición. Nueva Editorial Interamericana. México, D.F., 1988.
- 5.- Brown, K.H. and Hammond. Ch. B. Urogenital Atrophy. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Vol. 15, No. 1. March, 1987.
- 6.- Brown, A.D.G. Problemas de vías urinarias en la postmenopausia. Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. Abril, 1977.
- 7.- Coll, M.E. y Karafin, L.J. Trastornos de las vías urinarias inferiores en la mujer postmenopáusicas. Clinicas Médicas de Norteamérica. Vol. 1, 1987.

- 8.- Hooyman, N. Coben, H.J. Problemas Médicos relacionados con Envejecimiento (incontinencia de orina). Clinicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica. Vol. 2, 1986.
- 9.- Ostergard Dr. Gynecologic Urology and Urodynamics. Theory and Practice. 2nd. Ed. Baltimore Md. U.S.A.; Williams & Wilkins, 1985.
- 10.- De la Cruz. SI. Evaluación de la paciente con incontinencia urinaria. Ginecología y Obstetricia de México. - Volumen 56. Enero, 1988.
- 11.- Parker. RT. y Piscitelli J. Cirugía ginecológica en la paciente de edad avanzada. Clinicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol. 2, 1986.
- 12.- González M. Ginecología 3a. Edición, 1983. Editorial Salvat. Mallorca 41. Barcelona España.