

11217

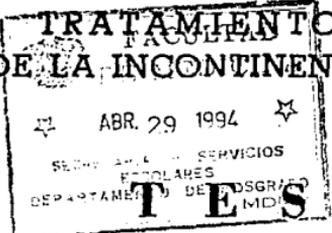


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

119
2ej

**TRATAMIENTO MEDICO
DE LA INCONTINENCIA URINARIA**



T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A :

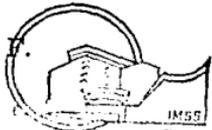
DR. TOMAS DE LA MORA CHAVEZ

**ASESORES:
DR. EUGENIO BARRERA PEREZ
DR. JORGE F. MENENDEZ VELAZQUEZ**

**JEFE DE DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ GARCIA**



HGO 4 L.C.A. MEXICO, D. F.



**ENSEÑANZA
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"
I.M.S.S.**

1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TRATAMIENTO MEDICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

TESIS DE POSTGRADO

QUE PRESENTA:

DR. TOMAS DE LA MORA CHAVEZ

ASESORES: DR. EUGENIO BARRERA PEREZ.

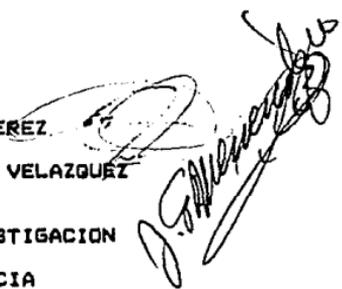
DR. JORGE F. MENENDEZ VELAZQUEZ

JEFE DE DIVISION DE ENBERANZA E INVESTIGACION

DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ GARCIA

MEXICO, D.F.

1994



AGRADECIMIENTOS

GRACIAS JEHOVA-DIOS
POR LA VIDA Y LA GUIA
QUE SIEMPRE HE RECIBIDO
Y CON TU LUZ SIGO MI CAMINO

A MI MADRE:
POR DARME LA VIDA
POR SU AMOR
POR SU FORTALEZA
POR SU SACRIFICIO
A MI PADRE:
A PESAR DE HABER SIDO MUY ESTRICTO CONMIGO

A MIS HERMANOS:
ALFONSO
ALVARO Y BLANCA
MARTEL E IRENE
MACARIO
ELVA Y ANTONIO
EMIDIO Y ROCIO
QUE SIEMPRE ME HAN APOYADO INCONDICIONALMENTE
CON MUCHO CARINO Y FRATERNAL AGRADECIMIENTO
MUCHAS GRACIAS

A TI.....SONY, POR TU AMOR, CONFIANZA, FIRMEZA DE CARACTER Y
APOYO INCONDICIONAL.

QUE SOLO A MI ME DISTE LAS
LLAVES QUE ABREN LA PUERTA
DE TU CORAZON, LAS CUALES
TIRE EN EL FONDO DEL OCEANO
PARA QUE NADIE LAS ENCUENTRE
Y SIEMPRE SEAS MI COMPAÑERA IDEAL

A TI.....JENNIFER, POR LA FELICIDAD QUE IRRADIAS, DIA A DIA.

A MIS SUEGROS:
CON CARINO
A TODAS MIS CUADAS Y SUS ESPOSOS:
ROSA Y DOMINGO.
SILVIA Y RODOLFO
ELSA Y ANDRES
FERNANDO Y JUDITH
A TODOS MIS SOBRINOS:
FOMENTANDOLES EL DEBARROLLO PERSONAL
AL ING. JOSE LUIS LOPEZ LARA, POR TRANSMITIR ESPIRITU DE SUPE-
RACION, A QUIENES LE RODEAN.
AL DR. EUGENIO BARRERA PEREZ POR SU GUIA EN LA REALIZACION DE
ESTA TESIS. CON SU PROFESIONALISMO Y HUMANISMO.
AL DR. S. IRIS DE LA CRUZ Y LA DRA E. RAMIREZ POR SU APOYO
A TODOS LOS MEDICOS DEL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA" Y HGZ 47 "VICENTE GUERRERO"
QUE ME MOTIVARON EN MI FORMACION COMO ESPECIALISTA
A LA BIOLOGA SONIA LOPEZ LARA Y AL ING. DOMINGO ESQUIVEL, POR SU
VALIOSA COOPERACION EN LA ORDENACION Y ELABORACION DE LA ESTRUC-
TURA FINAL DE ESTA TESIS..... MIL GRACIAS.

A MAESTROS, PARIENTES, Y AMIGOS.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES.....	3
MATERIAL Y METODOS.....	6
RESULTADOS.....	8
CONCLUSIONES.....	11
HOJA DE CAPTACION DE DATOS	
FIGURAS	
BIBLIOGRAFIA.....	15

INTRODUCCION

La incontinencia urinaria de esfuerzo es un padecimiento de la mujer, que implica trastornos higiénicos y sociales, que en la actualidad cobra mayor importancia por la creciente incorporación de la mujer a las actividades productivas laborales.

Es definida por la Sociedad Internacional de Continencia como "la pérdida involuntaria de orina en forma inmediata, durante el incremento de presión intraabdominal, sin evidencia de contracción del detrusor, que es objetivamente demostrable y que crea un problema higiénico y social" (1).

En el módulo de incontinencia urinaria y alteraciones de la estática pelvigenital del Hospital de Gineco-obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social, acude un considerable número de pacientes (20%), con pérdida involuntaria de orina, a las cuales se indican una variedad de tratamientos médicos y quirúrgicos (1,2). Se considera oportuno hacer un análisis de los casos que han sido objeto de tratamiento no quirúrgico y revisión de literatura al respecto.

El propósito de este estudio es conocer la frecuencia y efectividad del tratamiento médico en pacientes con incontinencia urinaria (medicamentos utilizados, dosis, incremento y respuesta).

El tratamiento médico con la aplicación de principios farmacológicos podría evitar procedimientos quirúrgicos innecesarios en pacientes con inestabilidad del detrusor; entonces; a).- el bromuro de propanetelina, puede ser una alternativa en las pacientes que presentan intolerancia o mala respuesta a la imipramina; b).- la asociación de la imipramina con estrógenos locales puede contribuir a mejoría franca, sobre todo en las pacientes perimenopáusicas con datos de hipoestrogenismo; c).- el manejo con imipramina a dosis de 50-75 mg al día por un período promedio de 3.7 meses supone una mejoría clínica considerable, lo que constituye una buena alternativa en el tratamiento de éstas pacientes.

Finalmente, y a través de una adecuada selección de las pacientes y la aplicación de los principios farmacológicos, podrían evitarse procedimientos quirúrgicos innecesarios en pacientes con inestabilidad del detrusor.

ANTECEDENTES

Se han propuesto tratamientos de carácter médico (estrógenos, locales u orales, ejercicios de Keggel, pesarios) y métodos quirúrgicos tanto por vía abdominal, vaginal o mixtos. Sin embargo, su tratamiento sigue siendo discutido, no encontrándose aún el tratamiento ideal para su curación.

Raz (3) ha sugerido que el mecanismo de continencia uretral femenino depende de la interacción de cuatro factores uretrales a).- presión de cierre uretral; b).- longitud de la uretra; c).- anatomía uretrogenital y, d).- recepción uretral de la presión intraabdominal.

A través del tiempo, los clínicos han apreciado que la atrofia de la mucosa vesical es un fenómeno que aparece simultáneamente con la de la mucosa vaginal en pacientes postmenopáusicas que no reciben estrógenos. Minini y col. (4) han observado que existen receptores de estrógenos y progesterona en el epitelio de la vejiga y uretra. Efectos secundarios; náuseas, cefalea, hipersensibilidad mamaria, hemorragia uterina. Cardoso y col. (5) advirtieron que la sensación de urgencia guarda relación con un nivel de estradiol circulante. Por otro lado, Versi

y col (6) advirtieron cambios significativos en algunos estudios urodinámicos de la uretra, en pacientes pre y postmenopáusicas.

El tratamiento médico es el más común. En algunas pacientes existen exacerbaciones y remisiones, que ameritan tratamientos prolongados e indicaciones específicas de adiestramiento vesical. Algunos diferentes tipos de droga han sido usados, tales como anticolinérgicos (imipramina), bloqueadores ganglionares (bromuro de propantelina), agentes músculo-trópicos (flavoxate), estimuladores beta adrenérgicos (orciprenalina), inhibidores de la síntesis de prostaglandinas (flurbiprofen) y antagonistas del calcio (10).

Los anticolinérgicos se usaron para combatir síntomas causados por inestabilidad vesical (hiperreflexia) o espasmo uretral). El bromuro de propantelina es un anticolinérgico de tipo amonio cuaternario cuyo problema principal es su absorción variable y desigual en vías gastrointestinales después de ser ingerido (11), la dosis es de 15 mg tres, veces al día y 30 mg a la hora de acostarse.

Sus efectos secundarios son resecaedad de boca, visión borrosa, oliguria, náuseas, constipación e hipotensión ortostática (11).

El clorhidrato de imipramina es otro antidepresor tricíclico

con acciones anticolinérgicas y antimuscarínicas potentes semejantes a la del doxepin. Ejerce un efecto antagonista alfa, inhibe el transporte de noradrenalina a las terminaciones nerviosas adrenérgicas y antagoniza la respuesta colinérgica muscarínica u alfa 1 adrenérgica, a los neurotransmisores (12).

La imipramina posee una acción colinérgica eficaz en el músculo detrusor y su uso sostenido, también estimula la contracción del músculo liso uretral a través de una correlación de acciones alfa 1 y alfa 2 (11), la dosis de imipramina es de 25 mg al día.

Entre los efectos secundarios mas comunes se encuentran; resequedad de boca, constipación, sedación, lasitud, sudor, trastornos de la acomodación visual y retención urinaria (11).

La prevención y el tratamiento temprano de la incontinencia urinaria se han visto limitados por la falta de conocimiento de la evolución natural del padecimiento. Se sabe que la incontinencia es modificada por edad, paridad, sexo y menopausia (7). Casi todos los estudios han mostrado que la prevalencia de la incontinencia no disminuye con la edad; más bien el tipo de incontinencia varía según el tipo etario. Yarnell y Col. (8), encontraron que el 45 % de una muestra de población añosa tuvo incontinencia urinaria; de ellas el 50 % tenían incontinencia de esfuerzo, 20 % de urgencia y 30 % síntomas combinados.

Brocklehurst y Col. (9) también encontraron que la prevalencia de incontinencia de esfuerzo disminuyó con la edad de manera concomitante con un aumento en los síntomas de urgencia y combinados.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza un estudio de tipo prospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional, el módulo de uroginecología del Hospital de Gineco-obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo comprendido entre marzo y agosto de 1993.

Se estudiaron todas las pacientes con incontinencia urinaria que se presentaron al módulo cumpliendo con los siguientes criterios:

Inclusión: pacientes con diagnóstico de inestabilidad del detrusor, cuando en la cistometría se observan contracciones espontáneas o provocadas durante el llenado vesical o cuando la contracción involuntaria del detrusor es mayor o igual a 15 cm de

agua, o menos de 15 cm con pérdida urinaria.

Exclusión: pacientes con cirugía uroginecológica, capacidad vesical disminuida (menos de 200 ml), alteraciones anatómicas, metabólicas, neurológicas, portadoras de fistulas, divertículos y hernias vesicales.

Mediante hoja de captación de datos (anexo 1), se recabó la información del grupo de estudio tal como; edad, cultivo de orina, cultivo de secreción vaginal, trastornos de estática pelvigenital, prueba de Q-tip, cistometría, tratamiento médico inicial, dosis, incremento, duración y respuesta.

Método estadístico; obtención de promedios, rango, media, desviación standard, t de student y presentación de los datos en gráficas de barras y de pastel.

RESULTADOS

El estudio comprendió un total de 78 pacientes con incontinencia urinaria que se presentaron al módulo de uroginecología del hospital donde se realizó el estudio, 31 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión mientras tanto 47 fueron excluidas de este estudio (fig. 1).

Las 31 pacientes que integran el grupo de estudio por inestabilidad del detrusor presentaron un promedio de edad de 48.5 años, con un rango entre 28 y 67 años. Mediante la distribución por grupos de edad, el mas afectado comprendió entre 48 y 55 años con 11 pacientes (35.5 %); seguido del grupo de 38 a 47 años con 9 pacientes (29 %), en tercer lugar el grupo de 28 a 37 años con 7 pacientes (22.6%) y por último de 58 a 67 años con 4 pacientes (12.9%) (fig. 2).

En todos los casos se realizó cultivo de secreciones genitales, siendo positivo en 5 pacientes (16.1 %) y negativo en 26 pacientes (83.9 %) (fig. 3).

Los resultados de estos cultivos arrojaron los siguientes datos: E. coli en 1 paciente, Gardnerella en 1 paciente, trichomona en 1 paciente y Candida en 2 pacientes (fig. 4).

El urocultivo resultó negativo en 28 pacientes (90.35 %) y positivo en 3 pacientes (9.7 %) (fig. 5).

Se reportó E. coli en 2 muestras y estafilococo en 1 muestra (fig. 6).

No se encontraron alteraciones de estática pélvica en 15 pacientes (48.3 %). Se presentó cistocèle I y/o rectocèle I en 13 pacientes (42 %) y cistocèle II y/o rectocèle II en 3 pacientes (9.7 %) (fig. 7).

La prueba de Q-tip se dividió en tres grupos de 0 a 30 grados encontrando un total de 23 pacientes (74.1 %), entre 31 y 60 en 6 pacientes (19.4 %) y entre 61 y 90 en 2 pacientes (6.5 %) (fig. 8).

El tratamiento médico se dividió en 3 grupos; el primero se manejó solamente con imipramina en 18 pacientes; el segundo solamente con bromuro de propantelina en 5 pacientes; y el tercero asoció imipramina con estrógenos locales.

La respuesta al tratamiento con imipramina (grupo 1) no fue adecuada en 6 pacientes (33.3 %) con una dosis promedio de 50 mg al día durante un periodo de 3 meses (fig. 9); teniendo una respuesta parcial en 3 pacientes (16.7 %), con una dosis promedio de 50 a 75 mg durante un periodo de 3.5 meses. Teniendo mejoría clínica en 9 pacientes (50 %) con una dosis promedio de 50 a 75

mg al día por 4 meses. general la respuesta inicial a la imipramina se observó a las 6 semanas (fig. 10).

El tratamiento con bromuro de propantelina (grupo 2), a una dosis de 60 mg al día en 5 pacientes mostró respuesta favorable al tratamiento a los 3 meses. El tratamiento con imipramina y estrógenos locales (grupo 3) se realizó en 8 pacientes a dosis de 0.625 mg al día durante un periodo de 3 meses.

CONCLUSIONES

1.- Se desconoce la prevalencia exacta de la inestabilidad del detrusor. Casi 35 % (del 10 al 63 %) de las mujeres incontinentes que buscan tratamiento tienen inestabilidad del detrusor (12). El promedio de edad de las pacientes fue de 48.5 años; la mayoría se encuentra entre 48 y 57 años de edad.

2.- Las pacientes con inestabilidad del detrusor, en el 16.1 % se asociaron a infecciones genitales cuyos microorganismos mas comunes son los habituales en la población general. El urocultivo resultó positivo en 3 pacientes (9.7 %) con o sin evidencia clínica; y es por lo tanto de gran importancia investigar infecciones asociadas en la paciente con pérdida involuntaria de orina por inestabilidad del detrusor.

3.- Existe un número considerable de pacientes con inestabilidad del detrusor; las cuales presentan alteraciones de la estática pélvica que no son candidatas al tratamiento quirúrgico y que por dicha alteración no se investiga el origen de la pérdida urinaria.

4.- A pesar de que la prueba de G-tip demostró estar en rango de 0 a 30 grados centígrados en un 74 % asociado con sensación de urgencia urinaria, en enuresis, ausencia de relajación de la pared vaginal anterior; debe descartarse una probable inestabilidad del detrusor y realizar todos los estudios urodinámicos complementarios que sean posible.

5.- la cistometría es el método diagnóstico preferente para la inestabilidad del detrusor, asociado al historial clínico, examen físico, cuestionario urológico, hallazgos pélvicos y síntomas urinarios.

Se dispone de varias técnicas para detectar sobreactividad del detrusor. La experiencia, frecuencia de uso, costo, disponibilidad y capacidad de interpretación; van a dar la eficacia del diagnóstico y por lo tanto, un tratamiento adecuado. Preferentemente ha de realizarse cistometría antes y después del tratamiento; sin embargo en el presente estudio se realizó solamente antes, debido al alto número de pacientes que acude al módulo de uroginecología y al tiempo en que este se llevó a cabo.

6.- El tratamiento médico de las pacientes con imipramina solamente a dosis de 50 a 75 mg al día por un periodo de 4 meses se consideró muy favorable; con mejoría parcial cuando se manejó

con un periodo de 3.5 meses y mala respuesta al tratamiento cuando se manejó a dosis de 50 mg en un periodo de tres meses. Los datos estadísticos demostraron que la imipramina es un buen medicamento para la inestabilidad del detrusor. Cabe mencionar, sin embargo, que una paciente demostró intolerancia a la imipramina y se trató con bromuro de propantelina, lo que constituye una buena alternativa en el tratamiento de estas pacientes y así reducir el número de cirugías innecesarias.

7.- El bromuro de propantelina puede ser una alternativa al tratamiento de la inestabilidad del detrusor en aquellos pacientes que presentaron intolerancia o mala respuesta a la imipramina.

8.- La asociación de la imipramina con estrógenos locales contribuyó a la franca mejoría en especial en aquellas pacientes que presentaron datos de hipoestrogenismo en paciente perimenopáusicas

HOJA DE CONCENTRACION DE DATOS I U E
 =====

Nombre _____	Cédula _____	Fecha _____
Edad _____	Gesta _____	Para _____
Aborto _____	Césarea _____	
Inestabilidad del detrusor:	Incontinencia de esfuerzo:	
Enuresis _____	al correr, estomudar,	
Edad _____	subir escaleras,	
Palaquiuria _____	cambios de posición,	
Nicturia _____		
Chorro débil _____	Goteo posterior _____	
Sugestivas de infección:	Dismenorrea congestiva,	
cistitis de repetición, disuria,	Dispareunia,	
incontinencia de urgencia.	Dolor pélvico variable.	

E X P L O R A C I O N

Con vejiga ocupada: Inspección:	Incontinencia: Mediata al toser
Cistocèle: I Uretrocèle	Inmediata al toser
II	III Protrusión del cuello vesical
Rectocèle: I	Palpación oimaneal. Dolor en:
II	Vejiga Trígono
III	Ureter 0 I Cuello

Cuello de vejiga en forma de embudo.

Calibre uretral: 20 F leve	Prueba del Q tip:	+	-
16 F moderada 12 F severa			

Cistoscopia: Trigonitis	Trabeculación	Oclusión de cuello:	Si	No
Cistometría: Presión base 15	15	Orina residual:	Si	No

Concentración de detrusor no terminal inhibida.

Sensación de urgencia sin contracción de detrusor.

Cistourtrografía: _____ EGO: _____
 _____ Urocultivo: _____

T R A T A M I E N T O

Dilatación: _____ Médico _____

Corrección quirúrgica cuello vesical:
 Vaginal . Abdominal.

Resultados:

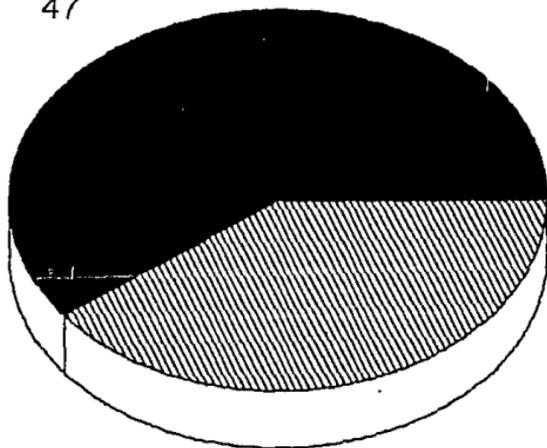
	B U E N O	M E D I A N O	M A L O
--	-----------	---------------	---------

6 meses	_____	_____	_____
1 año	_____	_____	_____
2 años	_____	_____	_____

TRAT. MED. DE LA INCONTINENCIA URINARIA

PACIENTES CON PERDIDA URINARIA

INC.URIN DE ESF.
47



INEST.DETRUSOR
31

Fig. 1

TRAT. MED. DE LA INCONTINENCIA URINARIA

DISTRIBUCION DE GRUPOS POR EDAD

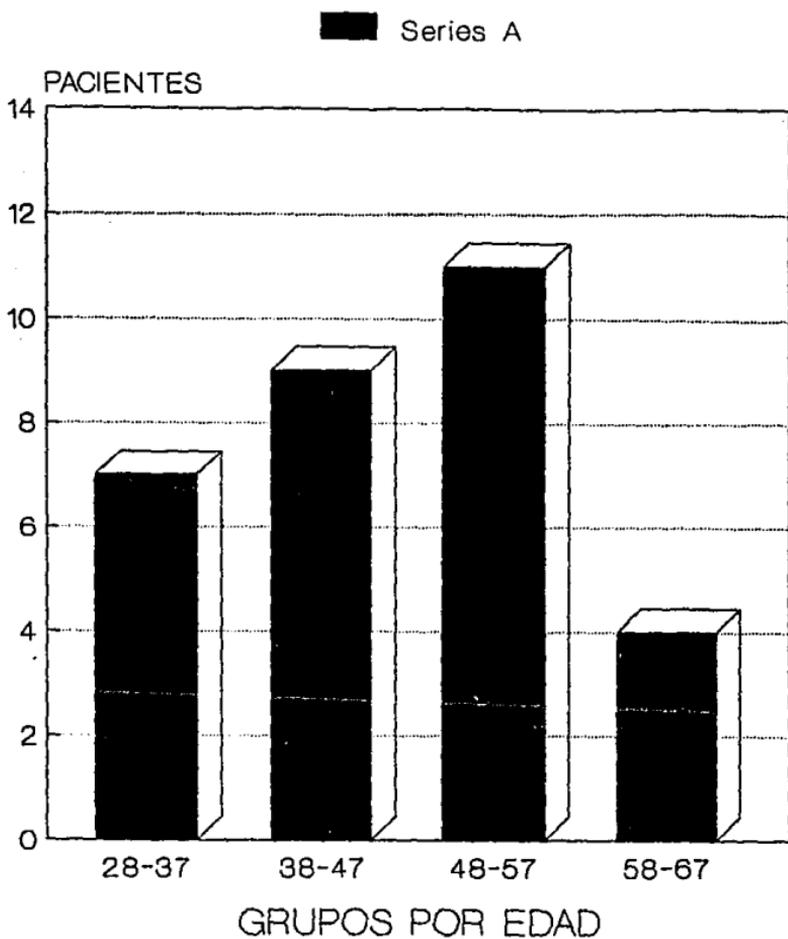


Fig. 2

TRAT. MED. DE LA INCONTINENCIA URINARIA

CULTIVO DE SECRECION GENITAL

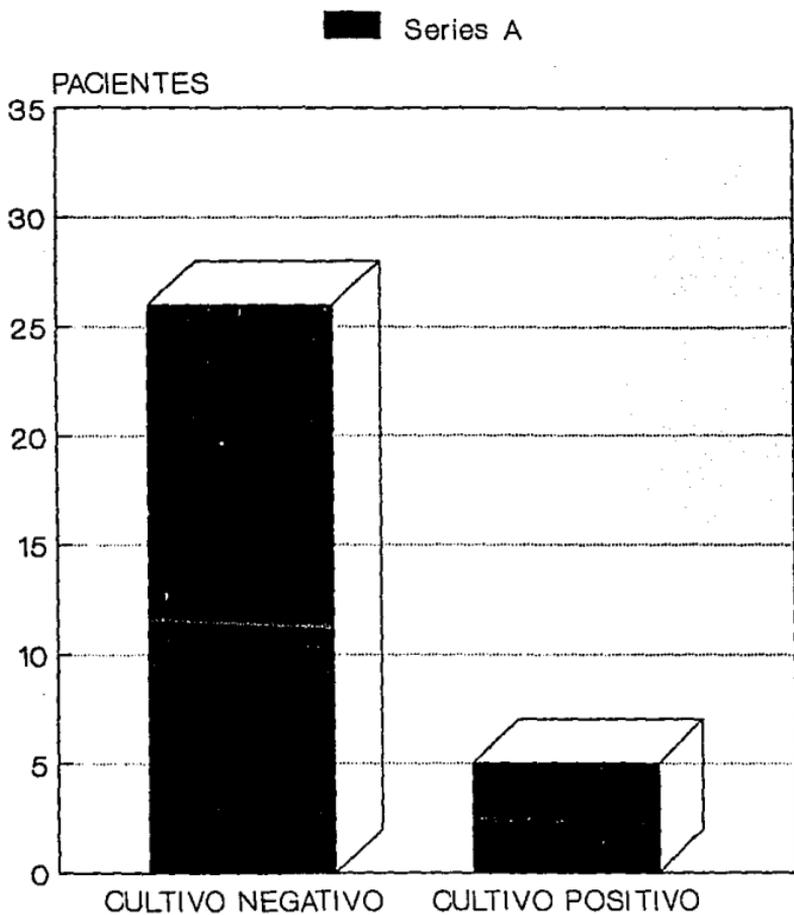


Fig. 3

TRAT. MED. DE LA INCONTINENCIA URINARIA

AGENTES INFECCIOSOS EN VAGINA

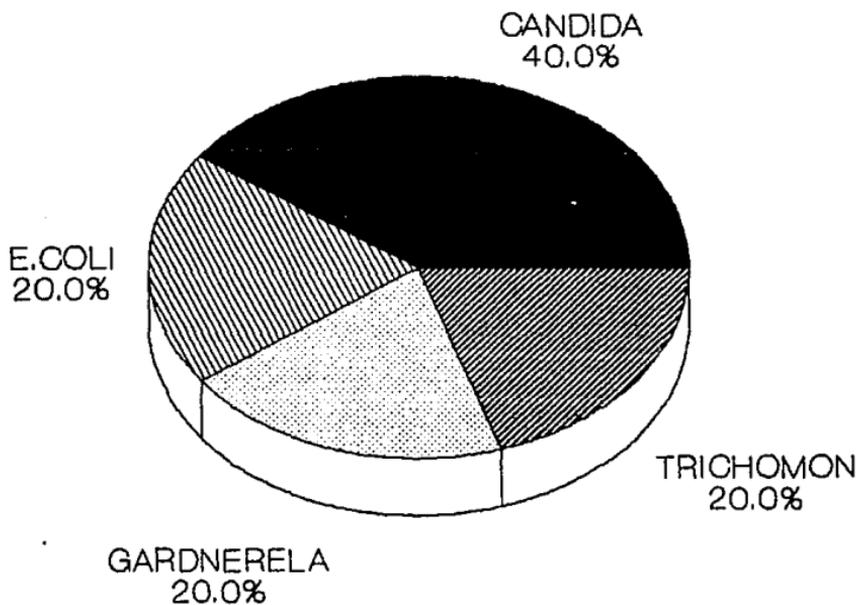


Fig. 4

TRAT. MED. DE LA INCONTINENCIA URINARIA

CULTIVO DE ORINA

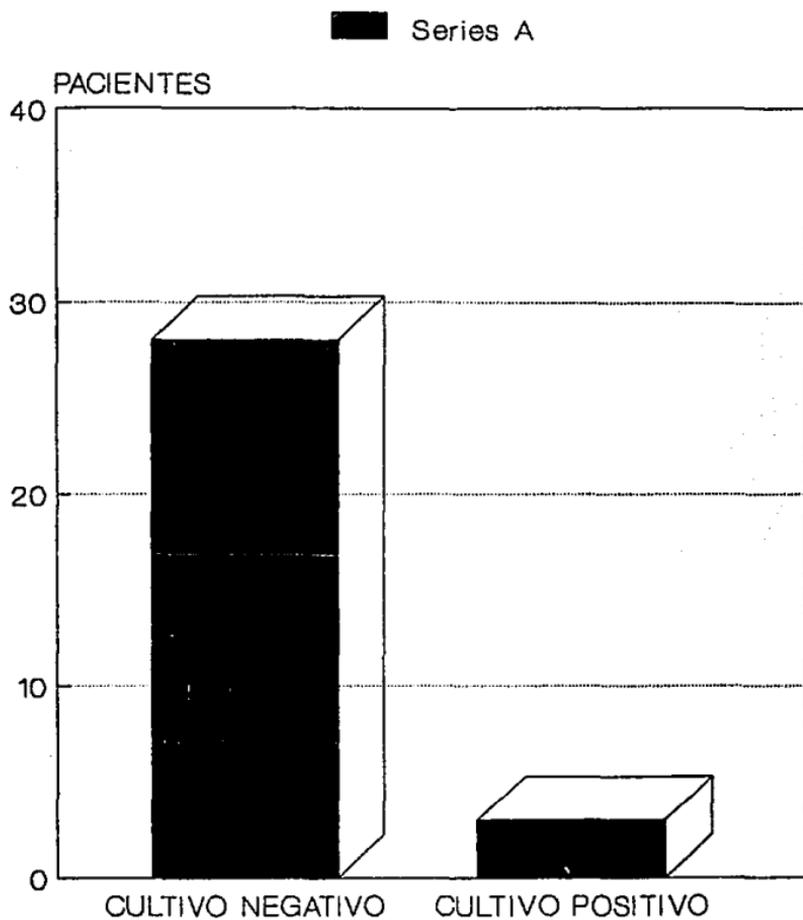


Fig. 5

TRAT. MED. DE LA INCONTINENCIA URINARIA

AGENTES INFECCIOSOS

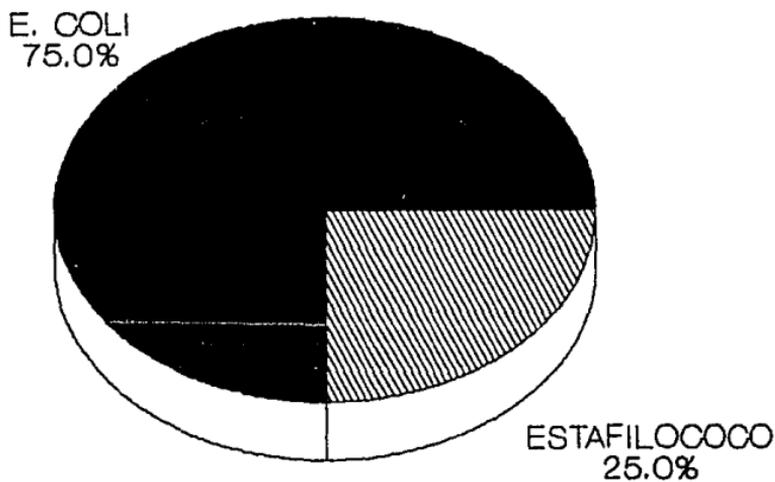


Fig. 6

TRAT. MED. DE LA INCONTINENCIA URINARIA

TRASTORNOS DE LA ESTÁTICA PELVICA

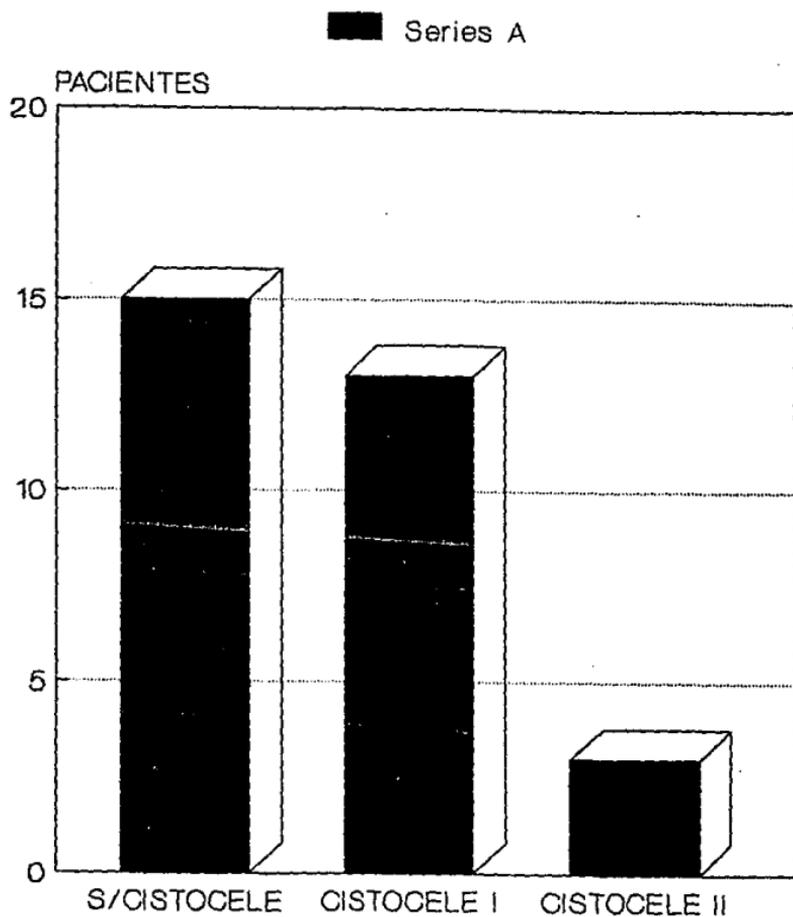


Fig. 7

TRAT. MED. DE LA INCONTINENCIA URINARIA PRUEBA DE " Q TIP "

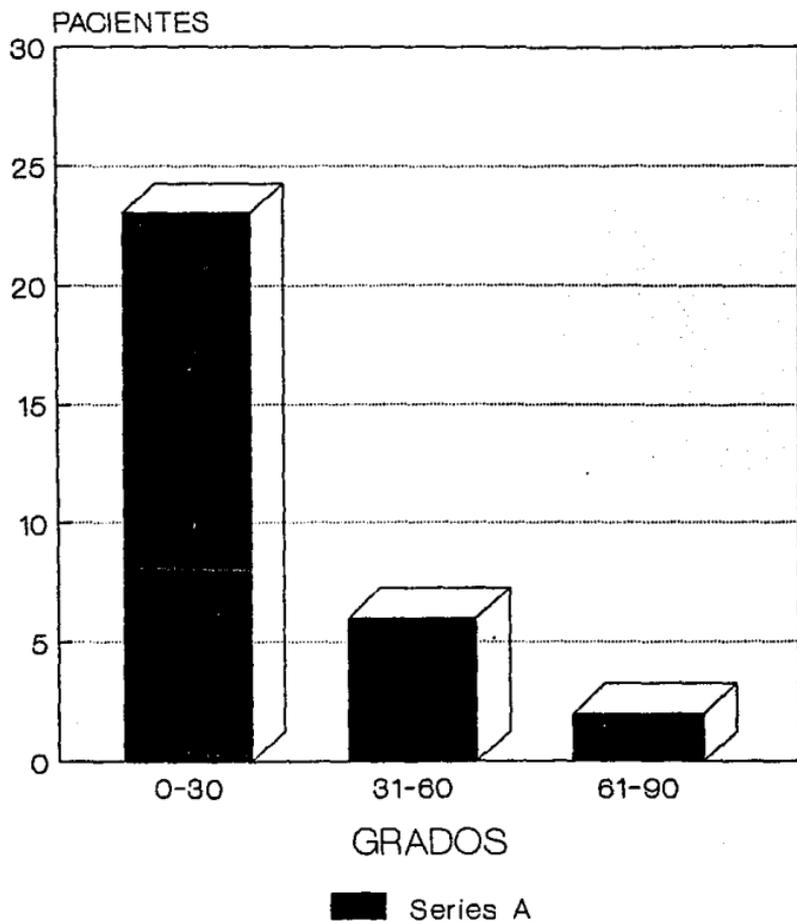


Fig. B

TRAT. MED. DE LA INCONTINENCIA URINARIA

TRATAMIENTO CON IMIPRAMINA

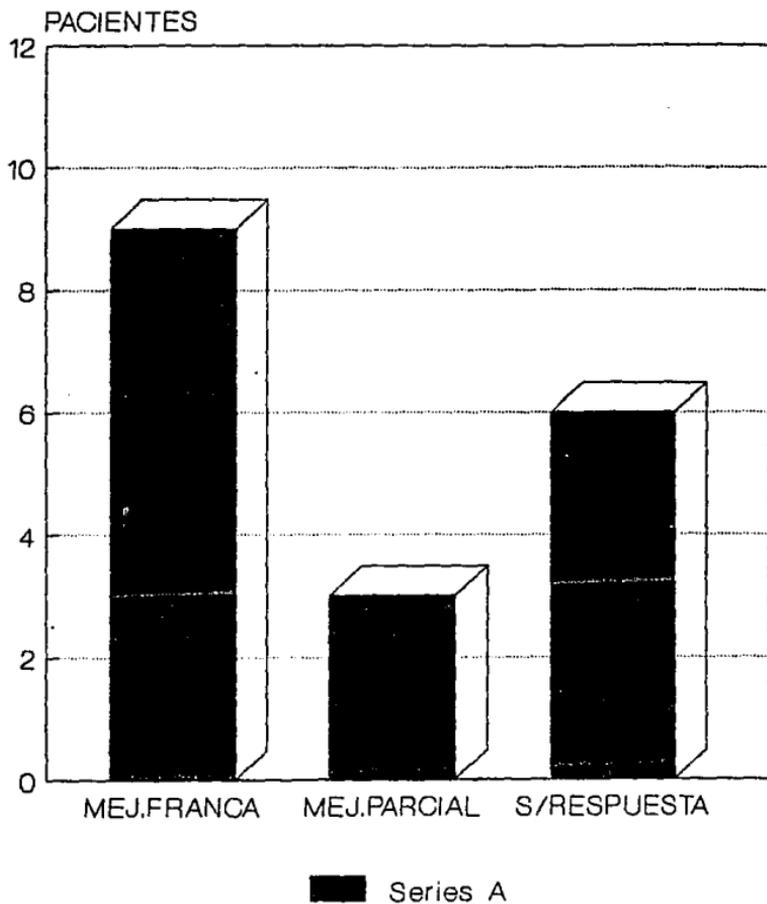


Fig. 9

TRAT. MED. DE LA INCONTINENCIA URINARIA

TRATAMIENTO MEDICO

■ Series A

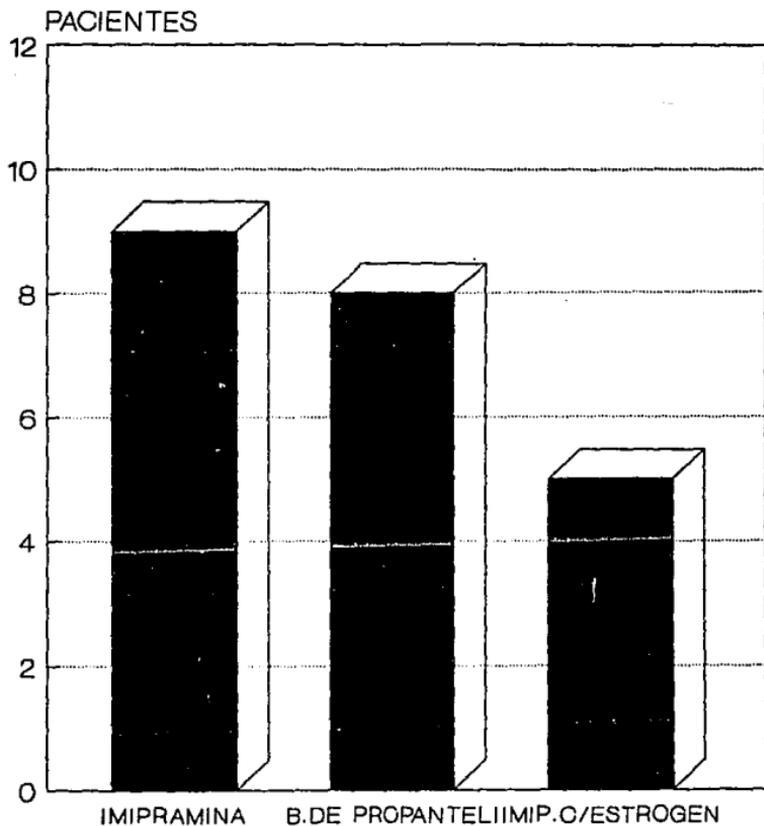


Fig. 10

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ochoa Gonzalez Sergio, TRATAMIENTO NO QUIRURGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER, Tesis de postgrado, HGO LCA IMSS, 1992.
- 2.- Sirahuan Neri Ruz E.etal, INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO MANEJO QUIRURGICO. Ginecologia y Obstetricia de Mexico 59.1991.
- 3.- Raz Citado en Novak Jones, Tratado de Ginecologia. Editorial Interamericana, Novena Edicion; 289 a 293.
- 4.- Minini G.F., Sineone C, etal, FEMALE URINARY BLADDLER AND URETRA STEROID RECEPTORS AND ENDOCRINE PATERNS. Proceedings International Continens Society and Urodynamic, Society Boston 1986, 13: 322 a 325.
- 5.- Cardozo L, Versi E, etal. ESTROGENS AND URGENCY. Proceedings of The International Continens Society And Urodynamic Society, Boston. 1986; 13: 148 a 152.
- 6.- Versi E. Cardozo L etal. DOES THE MENOPAUSE INFLUENCE THE SLOWER URINARY TRACT. Proceedings Internartional Continence Society And Urodynamic Society Boston 1986: 906 a 913
- 7.- Peggy A. Norton, PREVALENCIA E IMPACTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA. Clinicas Obstetricas y Ginecologicas de Norteamerica, Interamericana 1990; 2.

- 8.- Yarnell J. Voyle et al. THE PREVALENCE AND SEVERITY OF URINARY INCONTINENCE IN WOMEN. J. Epidemiol Community Health. 1981; 35: 71.
- 9.- Brockelhurst J. et al. URINARY INFECTION AND DISURIA IN WOMEN AGE 45-64 YEARS. THEIR RELEVANCE TO SIMILAR FINDINGS IN THE ELDERLY. Age Age 1972; 1: 41.
- 10.- Stanton Stuart. CLINICAL GYNECOLOGIC UROLOGY. Louis The C.V. Mosby Company 1984.
- 11.- Ostegart, Donald R. GYNECOLOGY UROLOGY AND URODINAMICS. Theory And Practice. 2Ed. Baltimore 1985.
- 12.- Webster GD, Sihelnik SA, Stone AR .FEMALE URINARY INCONTINENCE, IDENTIFICATION, AND CHARACTERICS OF DETRUSOR INSTABILITY. Neural Urodyn 1984; 3: 235.
- 13.- Ernest I. Kohorn, MD, Angela L. Scioscia MD, Phillippe Jeanty, MD, and Jhon C. Hobbins, MD. ULTRASOUND CYSTOURETHROGRPHY BY PENINEAL SACNNING FOR THE ASSESSMENT OF FEMALE STRESS URINARY INCONTINENCE. Obstetrics and Gynecology 1986; 2:269 a 272.
- 14.- David B. Hebert, MD. LARRYU N. FRANCIS, MD. DONALD R. OSTERGARD, MD. SIGNIFICANCE OF URETHRAL VASCULAR PULSATIONS IN GENUINE STRESS URINARY INCONTINENCE. Am J Obstet Gynecol 1992;7,147:828 a 835.

- 15.- Peter K. Sand MD, Larry W. Bowen, MD, and Donald R. Ostergard, MD. UNINHIBITED URETHRAL RELAXATION: AN UNUSUAL CAUSE OF INCONTINENCE *Obstet Gynecol* 1986; 68: 645 a 648.
- 16.- J. A. Low, MD, G. M. Mauger, RN, AND J. Dragovic, MD. DIAGNOSIS OF THE UNSTABLE DETRUSOR: COMPARISON OF AN INCREMENTAL AND CONTINUOUS INFUSION TECHNIQUE *Obstet Gynecol* 1995;65: 99 a 103.
17. J. Andrew Fantl, MD, Jean F. Wyman, PhD, RN, Randy L. Anderson, MS, Dennis W. Matt, PhD, AND Richard C. Bump, MD. POSTMENOPAUSAL URINARY INCONTINENCE: COMPARASON BETWEEN NON-ESTROGEN-SUPPLEMENTED WOMEN *Obstet Gynecol* 1998; 71: 823 a 828
- 18.- Bruce H. Stewart, Lynn H. W. Banowsky and Drogo K. Montague. STRESS INCONTINENCE: CONSERVATIVE THERAPY WITH SYMPATHOMIMETIC DRUGS *J. Urology* 1976;115: 558 a 559.
- 19.- Ivan Gilja, Marjan Radej, Marijan Kovacic and Josip Parazajder. CONSERVATIVE TREATMENT OF FEMALE STRESS INCONTINENCE WITH IMIPRAMINE *J. UROLOGY* 1984; 132: 911 A 912.
- 20.- Jacqueline V Jolleys. REPORTED PREVALENCE OF URINARY INCONTINENCE IN WOMEN IN A GENERAL PRACTICE . *British Medical Journal.Practice research* 1988.
- 21.- P.D Wilson, T. Al Samarra, M. Deakin, E. Kolbe, A.D.G. Brown. AN OBJETIVE ASSESSMENT OF PHYSIOTHERAPY FOR FEMALE GENUINE STRESS INCONTINENCE *British Journal Obstetrics and Gynecology* 1987;94:575 a 582.

22.- Arnold H. Kegel, MD., La Angeles. PHYSIOLOGIC THERAPY FOR URINARY STRESS INCONTINENCE J.A.M.A.1971.

23.-Ramirez M.E., Iris de la C.S., "Luis Castelazo Ayala", IMSS, TRATAMIENTO CONSERVADOR EN LA INCONTINENCIA URINARIA, (IV CONGRESO NACIONAL DE GINECO Y OBSTETRICIA).Rev. MEX.G.OBST. MEXICO 1993;61 Sup. 1. 10.17.