

11217
842eJ

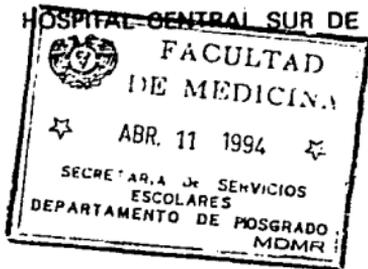


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN
LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DRA. MARY YVETTE GUTIERREZ ROMERO



MEXICO, D. E.

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 DE POSTGRADO
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD
DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A
DRA. MARY YVETTE GUTIERREZ ROMERO .**

MEXICO D.F. 1994.

PETROLEOS MEXICANOS

**HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**"ESTROGENOTERAPIA COMPLEMENTARIA EN
PACIENTES PERIMENOPAUSICAS CON INCONTINENCIA
URINARIA DE ESFUERZO"**

AUTOR:

DRA MARY YVETTE GUTIERREZ ROMERO.

TUTOR:

DR. ARMANDO ORTIZ BRAVO.

ASESORES:

DRA. LAURA MORENO ALTAMIRANO.

DR. JORGE CARREON GARCIA.

MEXICO D.F. MARZO 1994.

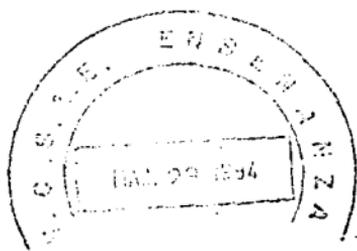
Dr. José de Jesús González Jasso y Silva
Director del Hospital Central Sur de Alta
Especialidad PEMEX

Dr. Oscar Mendizabal González
Jefe del Servicio de Ginecología

Dra. Laura Moreno Altamirano
Jefe del Departamento de Investigación

Dra. Judith López Zepeda
Jefe del Departamento de Enseñanza

Dr. Armando Enrique Ortiz Bravo
Tutor de Tesis. Médico Adscrito de Gineco-Obstetricia



Gracias:

A mi madre que con amor y dedicación logró impulsarme a ser cada día mejor.

A mi padre que con fuerza moral y rectitud fue un ejemplo a seguir.

A Daniel quien me apoya a buscar la superación como profesionista, ser humano y mujer enfatizando sobre el hecho de que dejar de luchar es empezar a morir.

A Aida, Arturo, Angélica, Ana y Elsa por su invitación a reflexionar y analizar las situaciones difíciles de la vida y por inducirme a dar lo mejor de mí a mis seres queridos.

A mis maestros que en la entrega profesional encuentran el gozo, el reto, la inquietud, la satisfacción de las necesidades básicas y superiores, los calores, la plenitud y la libertad.

A mis amigos cuya compañía se siente a pesar del tiempo y la distancia.

Mary Yvette Gutiérrez Romero.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACION	9
OBJETIVOS.....	10
HIPÓTESIS.....	11
METODOLOGÍA.....	12
RESULTADOS.....	18
CUADROS.....	23
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	28
BIBLIOGRAFÍA	44

INTRODUCCION

El síndrome de incontinencia urinaria de esfuerzo es muy conocido por el ginecólogo, en la forma de episodios de incontinencia que acompañan a incrementos repentinos de la presión abdominal. Suele surgir alrededor de la época del climaterio, aunque puede manifestarse por primera vez en la senectud. A menudo coexiste inestabilidad o hiperreflexia del músculo detrusor, relación que quizá no siempre se advierta en la valoración clínica. A pesar de éstas consideraciones, la incontinencia ha recibido poca atención, la paciente no le da importancia y por lo común, la tolera como parte de su envejecimiento, sin embargo, poco a poco se ha sabido que la incontinencia no es un acompañante inevitable de la senectud, si no que es un cuadro patológico que puede ser curado o cuando menos mejorado si se investiga y trata de manera adecuada.

ANTECEDENTES

La incontinencia urinaria se define como la salida involuntaria de orina , posterior a un esfuerzo que se presenta clínicamente como un síndrome de etiología múltiple, frecuentemente se documenta como: Incontinencia urinaria genuina o anatómica, u otros tipos no tan frecuentes incluidos en la incontinencia por desorden fisiológico como lo son: la incontinencia por rebozamiento en vejigas neurogénicas, espásticas o flácidas; la disinergia del detrusor, o la vejiga hiperrefléxica por infección ¹.

Los factores anatómicos pueden ser adquiridos debido al parto, cirugía previa o congénitos, las mujeres normales bajo tensión emocional, cuando llevan cinturón apretado, en climas cálidos o como resultado de movimientos bruscos, pierden de vez en cuando pequeñas cantidades de orina. Es el síntoma más frecuente en mujeres perimenopáusicas, posiblemente debido a la atrofia del sostén aponeurótico del piso pélvico y a los cambios resultantes de la privación estrogénica, se ha observado que las mujeres con vida sexual activa parecen estar menos afectadas.

Cuando hay cambios atróficos importantes en la uretra, la corrección de la deficiencia estrogénica, puede mejorar la pérdida involuntaria de orina con aumento de la actividad alfa adrenérgica

23

Muchas pruebas urodinámicas son utilizadas para el diagnóstico correcto del tipo de incontinencia, entre los más fáciles, accesibles y baratos se encuentra la cistometría de agua. La menopausia ocupa un tercio en la vida de la mujer, el cambio gradual de la función ovárica y la producción de estrógenos inicia antes de los 40 años de edad con un descenso progresivo en la producción hormonal hasta llegar a ser tan escasa que la estimulación endometrial y la función menstrual cesan, los síntomas vasomotores pueden iniciar antes del cese de la menstruación, y los síntomas de atrofia genital, pueden iniciar después de la menopausia, éstos cambios atróficos ocurren en la vulva, vagina, uretra y vejiga, aparece una reducción progresiva de la grasa subcutánea y del tejido elástico, adelgazamiento de la mucosa y reducción de la lubricación, ésto puede ser la causa de infecciones recurrentes, acortamiento y estrechamiento de los diámetros vaginales, dispareunia, relajación pélvica, aumento de la frecuencia urinaria y aparición de la incontinencia ².

La incontinencia urinaria genuina se presenta en casi el 40% de las mujeres perimenopáusicas, el mecanismo de la incontinencia no se conoce perfectamente, la fisiopatología es debida a la pérdida de elasticidad uretral ⁴, dentro de los factores se incluyen malformaciones congénitas del cuello de la vejiga, denervación del piso pélvico, trauma sobre el esfínter uretral, fibrosis asociada a cirugía del cuello vesical, relajación uretral o inestabilidad y privación estrogénica en la menopausia, en éste último caso la mejoría de los síntomas de incontinencia, urgencia, nicturia y polaquiuria, se observan con la terapia hormonal complementaria ⁵.

Los síntomas de atrofia genital responden bien a la terapia de reemplazo local o sistémico. En 1957 Puck y colaboradores demostraron el efecto clínico del estriol en mujeres y postularon la actividad selectiva de la sustancia en el tracto urinario bajo. De acuerdo a otros autores el estriol aparece como inócua en cuanto a la estimulación de hormonas sexuales, ligadura de proteínas, renina plasmática activa, factores de la coagulación, así como la concentración de colesterol total, HDL y los triglicéridos. La administración vaginal de estrógenos conjugados produce valores séricos similares a los obtenidos por la administración sistémica.

Se ha encontrado un buen efecto de la terapia estrogénica en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, por urgencia, hiperrefléxica o incluso en caso de datos de disinergia del detrusor.

La uretra, vejiga y vagina distal tienen un origen embriológico común (el seno urogenital) y son similarmente susceptibles al estímulo hormonal, los receptores estrogénicos están presentes en la uretra en concentración similar a la vagina, el incremento en el tejido de sostén y la presión uretral, junto con el mejoramiento de la transmisión de la presión de la uretra proximal, juegan un papel muy importante en el alivio de la incontinencia urinaria genuina ⁶.

Investigaciones recientes han mostrado que la uretra es un órgano blanco para los estrógenos, en experimentos animales se ha demostrado incremento en el número de alfa adrenoreceptores al doble o al triple, y los agonistas alfa adrenérgicos aumentan la presión uretral ^{7,8}.

Ciertamente el efecto dual sobre los factores más importantes en la continencia como lo son el incremento en el tono muscular de la uretra inducido por la estimulación de alfa adrenoreceptores y el reforzamiento de la mucosa por estimulación estrogénica

contribuyen como efecto positivo sobre la pérdida urinaria ⁹ En los pacientes que muestran respuesta clínica favorable a los estrógenos, presentan también un incremento significativo en la transmisión de la presión abdominal sobre el tercio proximal de la uretra sin evidenciar cambios en la transmisión de presión sobre la uretra media o distal ^{9,10} .

Debido a que en la perimenopausia se encuentra con mayor frecuencia la vejiga con patrón cistométrico hipertónico ¹¹, o del tipo de la disinergia del músculo detrusor se ha postulado que la hipoestrinia es uno de los factores etiológicos ¹² La disinergia del detrusor es la causa más común en la incontinencia urinaria femenina y como ya se mencionó su prevalencia se incrementa con la edad ¹³ La baja compliancia vesical puede representar una variante de la inestabilidad del detrusor y no una simple consecuencia de la rigidez tisular como resultado de los cambios histológicos ³ .

La proporción de mujeres con incontinencia, tratadas quirúrgicamente es baja en las de mayor edad, con respecto a la proporción de mujeres jóvenes, sin embargo la edad no es una contraindicación para el tratamiento quirúrgico ¹⁴ La causa podría

ser la alteración anatómica aunada a la baja presión de cierre uretral y por lo tanto a resultados postoperatorios pobres ¹⁵.

Se muestra en algunos estudios que el radio de transmisión de presión aumenta significativamente en las pacientes jóvenes en comparación con pacientes perimenopáusicas probablemente por la mayor elasticidad tisular y movilización de la fascia paravaginal consecuente ¹⁶.

Las pacientes con respuesta favorable al tratamiento estrogénico muestran un índice de maduración positivo del epitelio escamoso. Cambiando hacia células intermedias o superficiales por reemplazo de células de epitelio transcisional y en pacientes con pobre respuesta clínica no hay cambios significativos en la citología uretral ^{17,18}.

Arriba del 33% de la resistencia uretral total se da por el incremento de la presión uretral total y en las mujeres perimenopáusicas los cambios conducen a la incontinencia urinaria ¹⁹.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incontinencia urinaria en la población adulta femenina es un trastorno común. Esta entidad puede ser curada o cuando menos mejorada en grado significativo. En la incontinencia por esfuerzo se puede combinar la fisioterapia en forma de ejercicios de Kegel y el tratamiento quirúrgico, además del uso de estrógenos que ha demostrado incremento de la presión máxima de cierre uretral. Las técnicas de suspensión con aguja son particularmente atractivas en el tratamiento quirúrgico de la incontinencia en éste grupo de edad.

La operación de Pereyra y sus modificaciones posteriores tienen la ventaja de que se hacen por vía vaginal, el tiempo quirúrgico es breve, y sus resultados son excelentes ²⁰. Las operaciones de uretrosuspensión son utilizadas en pacientes con disminución en la presión de cierre del esfínter uretral.

JUSTIFICACION

Actualmente no existen protocolos para el tratamiento de pacientes con incontinencia urinaria en la etapa perimenopáusica. El uso de estrógenos locales o sistémicos en la incontinencia está aún en controversia, sin embargo algunos autores informan mejoría importante en pacientes sometidas a éste manejo, sin duda los estrógenos mejoran la irrigación local, revitalizan la fascia endopélvica, inducen la formación de receptores alfa adrenérgicos y mejoran las condiciones de la mucosa uretrovesical, por lo que se preconiza que la utilización de éstos y la corrección quirúrgica en pacientes perimenopáusicas dará mejoría importante o hasta la curación completa de la incontinencia.

OBJETIVOS

GENERAL. Valorar la eficacia de la terapia estrogénica complementaria en pacientes perimenopáusicas (entre los 38 y 60 años de edad) con incontinencia urinaria, en la consulta de Ginecología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad.

ESPECIFICOS:

- 1.- Valorar la eficacia de la terapia complementaria estrogénica mas tratamiento quirúrgico contra tratamiento quirúrgico sólo.
- 2.- Mostrar las ventajas del uso de terapia complementaria estrogénica en pacientes perimenopáusicas con incontinencia urinaria (mejoramiento de curva cistométrica, disminución de orina residual, aumento de la velocidad de flujo miccional).
- 3.- Identificar los cambios clínicos con el uso de la terapia complementaria estrogénica.
- 4.- Registrar los cambios hormonales con el uso de la terapia complementaria estrogénica.

HIPOTESIS

La terapia complementaria estrogénica aunada al tratamiento quirúrgico, tendrá ventaja sobre el tratamiento quirúrgico sólo, en el manejo de la incontinencia urinaria en pacientes perimenopáusicas: se observarán cambios citológicos y hormonales al término de la terapia.

METODOLOGIA

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se realizó un estudio con diseño experimental, prospectivo, comparativo, longitudinal y aleatorio.

DEFINICION DE LA ENTIDAD NOSOLOGICA

La incontinencia urinaria de esfuerzo es la salida involuntaria de orina, cuando la presión intravesical sobrepasa a la presión uretral en ausencia de actividad del músculo detrusor.

La perimenopausia incluye a aquellas pacientes entre los 38 y 60 años de edad (generalmente la menopausia se presenta entre éstas edades).

DEFINICION DE LA POBLACION

Se incluyeron pacientes de sexo femenino perimenopáusicas de la consulta de Ginecología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad con diagnóstico de incontinencia urinaria. Se formaron 2 grupos, el grupo "A" con pacientes tratadas quirúrgicamente y además con complemento estrogénico a base de estradiol en parches de absorción transdérmica, a dosis de 4mg con liberación de

aproximadamente 50mcg en 24 horas, por tres meses; se inició la terapia un mes antes del procedimiento quirúrgico y el grupo "B" pacientes tratadas sólo quirúrgicamente.

CRITERIOS DE SELECCION:

a).- Criterios de inclusion

Sexo femenino

Pacientes perimenopausicas

Incontinencia urinaria

b).- Criterios de exclusion

Vejiga neurogenica

Alteraciones anatomicas uretrales o vesicales

Presencia de fistulas genitourinarias

Desordenes fisiologicos

Pacientes sin seguimiento

c).- Criterios de eliminacion

Pacientes con malformaciones congenitas de vias urinarias

Pacientes con protocolo de estudio incompleto

VARIABLES

- a) examen general de orina
- b) urocultivo
- c) frotis cervicovaginal con indice estrogenico
- d) frotis uretral con indice estrogenico
- e) uretrocistograma
- f) cistometria de agua
- g) nivel serico de estradiol y fsh

UBICACION ESPACIO TIEMPO

Consulta externa de Ginecología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad, con captación de pacientes perimenopáusicas con incontinencia urinaria de esfuerzo, en los meses de septiembre y Octubre de 1993.

DISEÑO ESTADISTICO

*** MARCO DE MUESTREO**

Servicio de Ginecología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad.

*** TIPO DE ASIGNACION A CADA GRUPO Aleatorio.**

*** UNIDAD ULTIMA DE MUESTREO**

Paciente ginecológica perimenopáusica con incontinencia urinaria.

*** TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se incluyeron a 20 pacientes en total, 10 en cada grupo.

PROCEDIMIENTO

Se captó a las pacientes de la consulta externa de ginecología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad que cumplieran con los criterios de inclusión.

Se efectuaron todos los estudios del protocolo incluyendo: E.G.O., urocultivo, frotis cervicovaginal y uretral con índice estrogénico, uretrocistograma, cistometría de agua, niveles séricos de estradiol y FSH.

Al corroborar el diagnóstico se procedió a tratamiento quirúrgico adecuado para cada paciente en particular.

La terapia estrogénica se inició un mes antes del tratamiento quirúrgico. Se dió terapia estrogénica al azar (estradiol 4mg con liberación de 50mcg en 24 horas en forma de parches cutáneos).

El grupo control incluyó a pacientes con el mismo diagnóstico tratadas quirúrgicamente.

Posterior a tres meses de terapia se revaloró con Cuestionario de Hodkingson (cuya interpretación es la siguiente: para el grupo I enfermedades intrínsecas del tracto urinario, II.Disfunciones neuromusculares y III.Factores anatómicos alterados); exploración física, cistometría de agua, citología cervical y uretral y niveles séricos de estradiol y FSH.

DEFINICION DE VARIABLES

variable	tipo	escala	medida
edad	cuantitativa	numerica	años
antecedentes personales patologicos			
cirugia previa	cualitativa	nominal	tipo de cirugia
antecedentes gineco obstetricos			
gestas	cuantitativa	numerica	no.Embarazos
paras	cuantitativa	numerica	no.Partos
cesareas	cuantitativa	numerica	no.Cesareas
forceps	cuantitativa	numerica	frecuencia
f.U.M.	Cuantitativa	numerica	en tiempo
calificacion de hodkingson			
grupos	cualitativa	ordinal	grupo

variable	tipo	escala	medida
exploracion fisica			
insuf. Perineal	cuantitativa	numerica	grado
cistocele	cuantitativa	numerica	grado
rectocele	cuantitativa	numerica	grado
isopo	cuantitativa	numerica	grado de inclinacion
flujometria	cuantitativa	numerica	ml/segundo
cistografia			
ang. Inclinacion	cuantitativa	numerica	grados
angulo posterior	cuantitativa	numerica	grados
cistometria			
tipo de curva	cualitativa	nominal	tipo
tecnica qx	cualitativa	nominal	tipo
citologia	cuantitativa	numerica	porcentaje cervicovaginal
citologia uretral	cuantitativa	numerica	porcentaje
estradiol serico	cuantitativa	numerica	pg/mililitro
fsh serica	cuantitativa	numerica	mlu/mililitro

RESULTADOS

Se estudió a un total de 20 pacientes divididas aleatoriamente en dos grupos de 10 integrantes cada uno. El grupo "A" formado por pacientes a quienes se dió terapia estrogénica desde un mes antes de la intervención quirúrgica y el grupo "B" por las pacientes manejadas sólo con cirugía.

En cuanto a la variable de edad para el grupo "A" la media fué de 48.8 ± 7.4 y para el grupo "B" la media fué de 47 ± 7.8 con una $p:0.609$ (gráfica 1 y 2)

El número de partos para el grupo "A" con una media de 2.4 ± 1.1 y para el grupo "B" de 3.1 ± 1.7 $p:0.304$.

En cuanto al año de la última menstruación para el grupo "A" la media fué al año 89.2 ± 5.5 y para el grupo "B" el año 90.9 ± 5.3 , con una $p:0.502$ (gráfica 3)

Por medio de la valoración de Hodkingson se encontró a 8 pacientes con calificación de I y III y dos pacientes con calificación de III en cada grupo. (cuadro 1)

El grado de cistocele, rectocele e insuficiencia perineal no tuvo diferencia estadísticamente significativa en la valoración preoperatoria. (cuadros 3,4 y 5)

Se efectuó también valoración de ángulo uretrovesical posterior y ángulo de inclinación uretral por uretrocistograma, mediante éste estudio se descartaron malformaciones del tracto urinario bajo, las mediciones tuvieron los siguientes resultados: para el ángulo de inclinación uretral una media de 46 ± 15 grados para el grupo "A" y para el grupo "B" de 52.5 ± 21.1 grados, $p:0.541$ y el ángulo uretral posterior de 145.8 ± 23.7 grados para el grupo "A" y 154 ± 15.5 grados para el grupo "B" $p:0.227$. (gráficas 4 y 5)

La flujometría y la prueba del isopo con resultados preoperatorios muy similares, el primer parámetro con una media de 11.7 ± 5.5 ml/seg para el grupo "A" y para el grupo "B" de 13.6 ± 5.9 ml/seg $p:0.522$.

La prueba del isopo en grupo "A" mostró una media de 62.5 ± 18.5 grados y para el grupo "B" de 66.5 ± 16.5 grados $p:0.622$ (gráfica 6)

La medición de orina residual para la valoración preoperatoria la media para el grupo "A" fué de 33.3 ± 26.3 ml y para el grupo "B" de 22.9 ± 18.2 ml, $p:0.318$ (gráfica 7)

La curva cistométrica mostró características similares para ambos grupos y la técnica quirúrgica utilizada fué la de Pereyra en 4 pacientes de cada grupo y Burch en 6 pacientes de cada grupo.(gráfica 8)

El índice estrogénico por citología cervicovaginal fué para el grupo "A" menor que para el grupo "B" la media fué de 50.5+23% y 59+18% respectivamente $p:0.624$.El índice estrogénico uretral mostró el mismo patrón, el grupo "A" presentó una media de 53.5+21.7% y para el grupo "B" 58.5+14.1% $p:0.556$ (cuadros 6A, 6B, 7A y 7B)

La determinación de Estradiol sérico mostró valores menores para el grupo "A" que en el grupo "B", y los valores de FSH fueron mayores para el grupo "A" que para el grupo "B" concluyendo así que el hipoestrogenismo fué mayor para el grupo "A", las medias fueron las siguientes:Estradiol 22.7+19.9 para el grupo "A" y 74.8+84.3 para el grupo "B" $p:0.069$ y de FSH de 101.4+103mlU/ml para el grupo "A" y 50.3+64.2mlU/ml para el grupo "B" $p:0.197$.(gráficas 9 y 10)

En cuanto a la valoración postquirúrgica (tres meses después) se evaluaron los siguientes parámetros: cistocele, rectocele e insuficiencia perineal no se encontró diferencia significativa (cuadro 3,4 y 5)

Por medio del cuestionario de Hodkingson se observó mejoría mayor en la sintomatología urinaria en el grupo "A" que en el grupo "B" (cuadro 1)

La cistometría de agua mejoró parcialmente en las pacientes a quienes se dió terapia estrogénica complementaria (cuadro 2) Los parámetros en los que se observó mayor cambio fueron: el índice estrogénico tanto cervicovaginal como uretral, en el primero incremento para el grupo "A" a $68 \pm 17\%$ y disminuyó levemente en el grupo "B" que fué de 53.5 ± 15.5 , se presentó incremento del porcentaje de células superficiales y decremento del porcentaje de células parabasales en el grupo "A" (gráficas 11, 12, 13 y 14)

El índice estrogénico uretral mostró el mismo patrón de cambio, con una media para el grupo "A" de $66.5 \pm 15.6\%$ y para el grupo "B" de 54 ± 16.4 $p: 0.095$ con incremento en el porcentaje de células superficiales y decremento en el porcentaje de células parabasales (gráficas 15, 16, 17 y 18)

La determinación hormonal mostró cambios sobre todo disminución leve de los niveles de FSH para el grupo "A" con una media de 75.5+80.2% y para el grupo "B" de 68.4+79.6% p:0.838 y estradiol con una media de 39.8+18.2% para el grupo "A" y de 67+85.5% para el grupo "B" p:0.659 (gráficas 9 y 10)

CUADROS

Cuadro 1 Incontinencia urinaria en perimenopausicas interrogatorio de Hodkingson

A PREO. B PREO. A POST. B POST.

SIN INCONTINENCIA	0	0	9	3
GRUPO I	0	0	0	2
GRUPO II	0	0	0	0
GRUPO III	2	2	1	2
GRUPO I Y III	8	8	0	3

Cuadro 2 Curva cistométrica

A PREO. B PREO. A POST. B POST.

NORMAL	3	1	3	1
HIPOTONICA	5	3	0	2
HIPOTONICA LEVE	0	0	5	1
HIPERTONICA	2	6	0	3
HIPERTONICA LEVE	0	0	2	3

Cuadro 3 Incontinencia urinaria en perimenopausicas grado de cistocele pre y postoperatorio

PREOPERATORIO	GRUPO A	GRUPO B	TOTAL	
GRADO I	1	1	2	
GRADO II	9	7	16	p:0,324
GRADO III	0	2	2	
POSTOPERATORIO				
GRADO 0	6	10	16	
GRADO I	4	0	4	

Cuadro 4 Grado de rectocele pre y postoperatorio

PREOPERATORIO	GRUPO A	GRUPO B	TOTAL	
GRADO 0	2	3	5	
GRADO I	3	3	6	p:0,855
GRADO II	5	4	9	
POSTOPERATORIO				
GRADO 0	10	9	19	
GRADO I	0	1	1	

Cuadro 5 Incontinencia urinaria en perimenopausicas grado de insuficiencia perineal pre y postoperatoria

PREOPERATORIO	GRUPO A	GRUPO B	TOTAL
GRADO 0	1	0	1
GRADO I	3	3	6 p:0.572
GRADO II	6	6	12
GRADO III	0	1	1
POSTOPERATORIO			
GRADO 0	5	5	10
GRADO I	5	4	9
GRADO II	0	1	1

Cuadro 6 Incontinencia urinaria en perimenopausicas indice estrogenico cervicovaginal

PREOPERATORIO	GRUPO A	GRUPO B	p
	x±DS	x±DS	
CELULAS SUPERFICIALES	25.00±21.73	30.50±24.31	0.606
CELULAS INTERMEDIAS	51.00±26.43	57.50±22.51	0.567
CELULAS PARABASALES	24.00±30.62	12.00±18.13	0.300

Cuadro 7 Índice estrogénico cervicovaginal

POSTOPERATORIO	GRUPO A	GRUPO B	p
CELULAS SUPERFICIALES	43.00±25.5	24.00±16.66	0.061
CELULAS INTERMEDIAS	48.00±23.59	60.00±21.73	0.251
CELULAS PARABASALES	9.00±19.12	15.00±21.21	0.521

Cuadro 8 Incontinencia urinaria en perimenopausicas índice estrogénico uretral

PREOPERATORIO	GRUPO A	GRUPO B	p
	x±DS	x±DS	
CELULAS SUPERFICIALES	25.50±21.14	34.00±18.22	0.649
CELULAS INTERMEDIAS	56.50±21.08	53.00±22.63	0.724
CELULAS PARABASALES	18.00±26.99	13.00±18.13	0.637

Cuadro 9 Índice estrogénico uretral

POSTOPERATORIO	GRUPO A	GRUPO B	p
	x±DS	x±DS	
CELULAS SUPERFICIALES	39.50±24.88	29.00±13.08	0.251
CELULAS INTERMEDIAS	55.50±23.50	56.50±20.00	0.916
CELULAS PARABASALES	5.00±12.69	14.50±21.66	0.245

CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria es más frecuente en la etapa perimenopáusica debido a que el proceso anatómico alterado se suman los cambios histoquímicos propios de esas edades tales como, disminución importante en la cantidad de hormonas ováricas sobre todo de los estrógenos. La incontinencia urinaria aumenta proporcionalmente en frecuencia en relación al incremento de peso corporal de la paciente, al número de partos y a la utilización de fórceps por la atención de partos, además otro factor importante es el peso mayor a 3.500kg de los productos al nacimiento.

En éste trabajo se observó que en las pacientes perimenopáusicas con incontinencia urinaria el tratamiento hormonal previo al manejo quirúrgico proporciona mejores resultados en el postoperatorio, se observó durante éste menor cantidad de orina residual posterior al retiro de la sonda, por otro lado brindó la posibilidad de manejar más fácilmente los tejidos durante el transoperatorio, evitando con ésto el riesgo de accidente que se presenta cuando los tejidos son poco elásticos o inclusive fibróticos.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

La posibilidad de que las pacientes perimenopáusicas presenten retención urinaria después de cirugía está presente, sobre todo en aquellos casos en que la misma hipopestrinia conduce a curva cistométrica hipotónica, por lo anterior se puede afirmar que el uso de estrógenos antes de la cirugía en éstas pacientes debe tomarse como medida preventiva.

Las características anatómicas al momento de la valoración postoperatoria no mostraron diferencia estadísticamente significativa, sin embargo los cambios histoquímicos a largo plazo son evidentes desde el punto de vista clínico.

Los resultados a largo plazo en pacientes con tratamiento combinado se identifican e inclusive en éstas pacientes se espera menor porcentaje de enfermedades intrínsecas del tracto urinario.

La curva cistométrica mejora y tiende a la normalidad con el uso de estrógenos, confirmando como el antecedente de haber tenido antes de la terapia patrón cistométrico hipotónico o hipertónico, por lo que en éstos casos está indicado su uso antes del manejo quirúrgico.

El índice estrogénico mejora aunque con tres meses de terapia

complementaria, la diferencia apenas alcanza significancia estadística, esto muestra que con su uso por mayor tiempo probablemente mejore los resultados.

Los niveles séricos de FSH disminuyeron con la estrogenoterapia y aumentaron en forma leve cuando no se usaron en tres meses, fué no significativa la diferencia para éste tiempo. Lo mismo que para los niveles de estradiol probablemente con mayor tiempo de uso si se alcanzará la diferencia estadística.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- **Mattlingly T. Te Linde Ginecología Operatoria. 1a Edición. México D.F. Edit. Médica Panamericana. 1990. 71-76.**
- 2.- **Gallo D. Urología Ginecológica. 7a edición. Madrid España. Editorial El Manual Moderno. 1992. 805-831.**
- 3.- **More KH, Goldstein M, Douglas H. El tratamiento de la inestabilidad del detrusor en la mujer postmenopáusica con clorhidrato de oxibutina. Estudio doble ciego con grupo control. British Journal of Obstet and Ginecol. Noviembre 1990;97;1063-1064.**
- 4.- **Ferguson KL, Mckey PL, Bishop KR, Dougherty MC, Kloen P. Incontinencia urinaria de stress con efecto de los ejercicios de los músculos pélvicos. Obstet Ginecol. Abril 1990;75(4);671-675.**
- 5.- **Heimer GM. Estriol en la menopausia. Acta Obstet Ginecol. SCAND. 1987. Suppl. 139; 23.**
- 6.- **Losif CS. Efecto de la administración de supositorios de estriol en el tracto urinario bajo, en la mujer postmenopáusica. Arch Ginecol Obstet. 1992; 251;115-120.**
- 7.- **Koonings P, Bergman A, Ballard Ch. Prostaglandinas para**

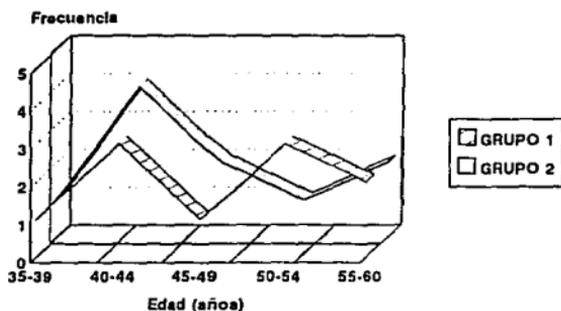
el mejoramiento de la función del detrusor después de la cirugía por incontinencia urinaria en la mujer. *Journal of Reprod Medicine*. 1990;35(1);1-5.

- 8.- Ahlström K, Sandahl B, Sjöberg B, Ulmsten U, Stormby N, Lindskog M. Efecto del tratamiento combinado de fenilpropanolamina y estriol comparado con estriol sólo, en la mujer postmenopáusicas, con incontinencia urinaria de stress. *Ginecol Obstet Ginecol*. 1990;30; 37-43.
- 9.- Fantl JA, Wyman F, Anderson R, Matt Dennis W, Bump MR. Incontinencia urinaria postmenopáusicas. Comparación entre mujeres con y sin suplemento estrogénico. *Obstet and Ginecol*. Junio 1988;71 (6) Parte 1; 823-828.
- 10.- Narender N, Bhatia MD, Bergman A, Karram M. Efectos de los estrógenos en la función uretral en mujeres con incontinencia urinaria. *A.M. Journal Obstet Ginecol*. 1989;160(1);176-181.
- 11.- Diokno AC, Normolle DP, Brown MB, Herzog AB. Pruebas urodinámicas para pacientes geriátricas con incontinencia urinaria. *Urology*. Noviembre 1990;36 (5); 431-439.
- 12.- Sand PK, Brubaker L. Tratamiento no quirúrgico de la inestabilidad del detrusor en la mujer postmenopáusicas. *Journal of Reprod Medicine*. Agosto 1990;35 (8); 758-764.

- 13.- Cuchi AS, Matteo P. Aceleración de la flujometría y prueba de la inestabilidad del detrusor en la mujer con incontinencia urinaria. Am.B. Journal of Urology. Enero 1990: 65 (1); 17-19.
- 14.- Bergman A, Koonings P, Ballard Ch. Prueba de Q-tip negativo con factor de riesgo para la falla quirúrgica de la incontinencia en la mujer. Journal of Reprod Medicine. Marzo 1989: 34 (3); 193-197.
- 15.- Karram M, Narender NB. Prueba de Q-tip. Estandarización de la técnica y su interpretación en mujeres con incontinencia urinaria. Obstet and Ginecol. Junio 1988: 71 (6) Parte 1; 807-811.
- 16.- Ron El R, Neuman M, Pansky M, Bukovski El, Caspi R, Langer A. Colposuspensión para la incontinencia urinaria de stress en mujeres pre y postmenopáusicas. Ginecol and Obstet. Julio 1990: 171: 13-16.
- 17.- Bergman A, Karram M, Narender N. Cambios en la citología uretral encontrados con la administración de estrógenos. Ginecol Obstet Invest. 1990: 29; 211-213.
- 18.- Ulmsten U, Stormby N. Evaluación de la mucosa uretral antes y después del tratamiento estrogénico en la mujer postmenopáusica con una nueva técnica de toma. Ginecol

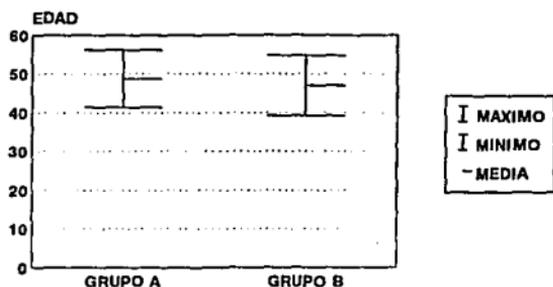
- Obstet Invest. 1987: 24; 208-211.
- 19.- Semmens JP, Tsai L, Semmens CE, Loadholt BC. Efectos de la terapia estrogénica en la fisiología vaginal durante la menopausia. *Obstet Ginecol.* 1985; 66; 15-18.
- 20.- Pereyra AJ. Un procedimiento quirúrgico simplificado en la corrección de la incontinencia urinaria de stress en mujeres. *Journal Surgical Obstet Ginecol.* 1959; 67; 223-226.
- 21.- Urología ginecológica. *Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales.* Diciembre 1989; 16 (4); 1-35.

**INCONTINENCIA URINARIA EN PERIMENOPAUSICAS
DISTRIBUCION POR EDAD**



GRAFICA 1

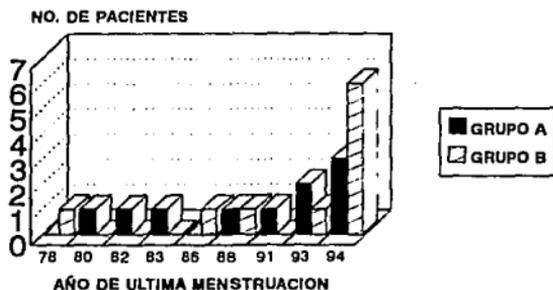
**INCONTINENCIA URINARIA EN PERIMENOPAUSICAS
DISTRIBUCION POR EDAD**



H.C.S.A.E.

GRAFICA 2

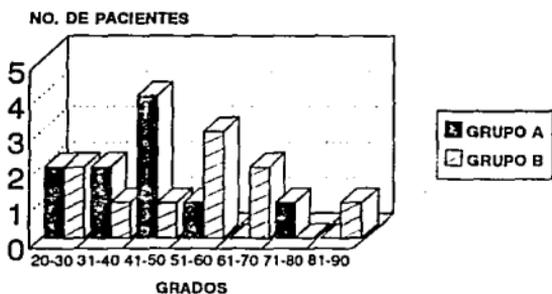
**INCONTINENCIA URINARIA EN PERIMENOPAUSICAS
FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION**



H.C.S.A.E.

GRAFICA 3

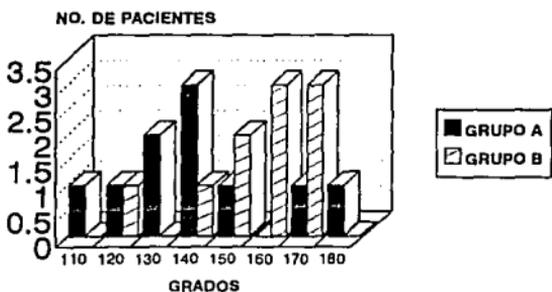
**INCONTINENCIA URINARIA EN PERIMENOPAUSICAS
CISTOGRAFIA ANGULO DE INCLINACION URETRAL**



GRAFICA 4

H.C.S.A.E.

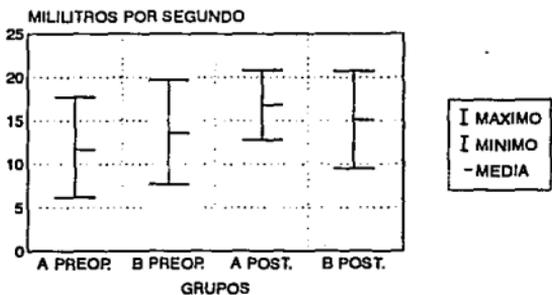
**INCONTINENCIA URINARIA EN PERIMENOPAUSICAS
CISTOGRAFIA ANGULO POSTERIOR**



GRAFICA 5

H.C.S.A.E.

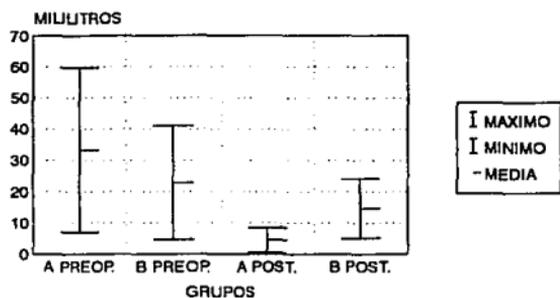
**INCONTINENCIA URINARIA EN PERIMENOPAUSICAS
FLUJOMETRIA**



GRAFICA 6

H.C.S.A.E.

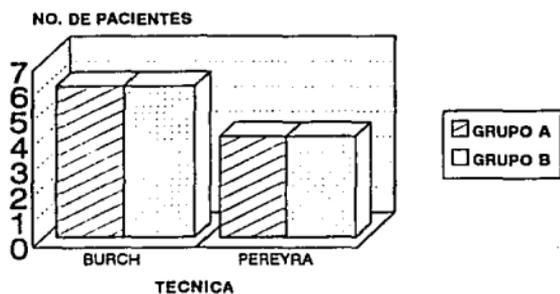
**INCONTINENCIA URINARIA EN PERIMENOPAUSICAS
ORINA RESIDUAL**



GRAFICA 7

H.C.S.A.E.

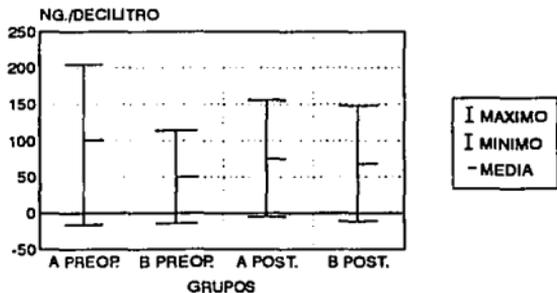
**INCONTINENCIA URINARIA EN PERIMENOPAUSICAS
TECNICA QUIRURGICA**



GRAFICA 8

H.C.S.A.E.

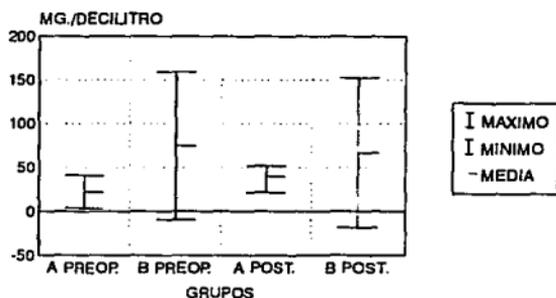
**INCONTINENCIA URINARIA EN PERIMENOPAUSICAS
FSH SERICA**



GRAFICA 9

H.C.S.A.E.

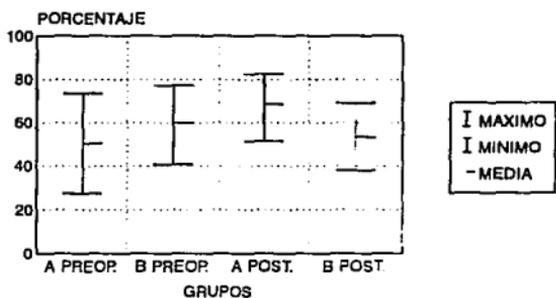
**INCONTINENCIA URINARIA EN PERIMENOPAUSICAS
ESTRADIOL SERICO**



GRAFICA 10

H.C.S.A.E.

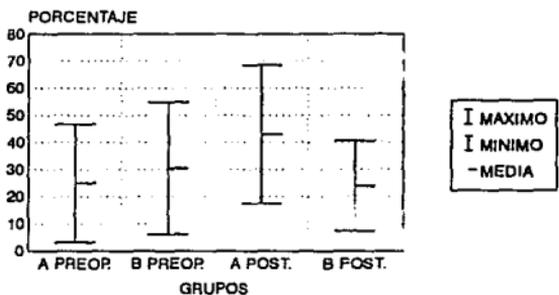
**INCONTINENCIA URINARIA EN PERIMENOPAUSICAS
INDICE ESTROGENICO CERVICOVAGINAL**



GRAFICA 11

H.C.S.A.E.

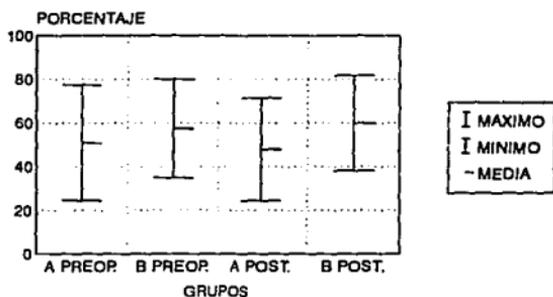
**INCONTINENCIA URINARIA EN PERIMENOPAUSICAS
CELULAS SUPERFICIALES CERVICOVAGINALES**



GRAFICA 12

H.C.S.A.E.

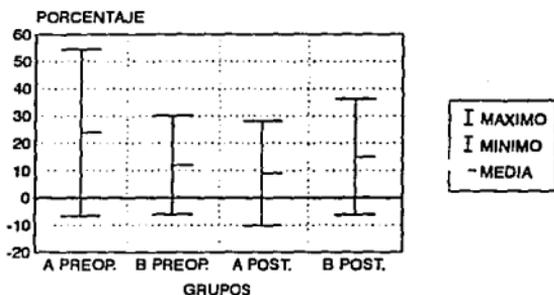
**INCONTINENCIA URINARIA EN PERIMENOPAUSICAS
CELULAS INTERMEDIAS CERVICOVAGINALES**



GRAFICA 13

H.C.S.A.E.

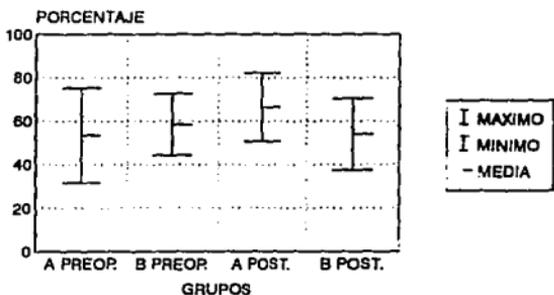
**INCONTINENCIA URINARIA EN PERIMENOPAUSICAS
CELULAS PARABASALES CERVICOVAGINALES**



GRAFICA 14

H.C.S.A.E.

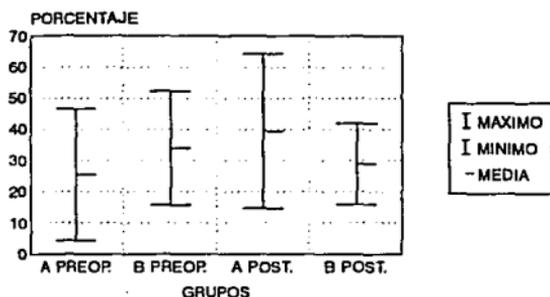
**INCONTINENCIA URINARIA EN PERIMENOPAUSICAS
INDICE ESTROGENICO URETRAL**



GRAFICA 15

H.C.S.A.E.

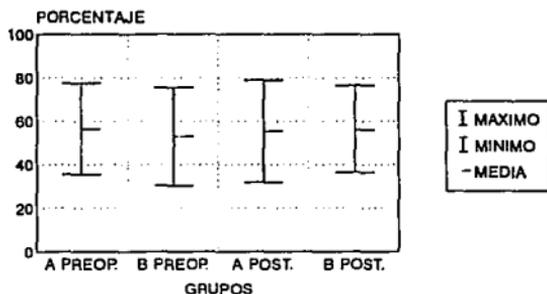
**INCONTINENCIA URINARIA EN PERIMENOPAUSICAS
CELULAS SUPERFICIALES URETRALES**



GRAFICA 16

H.C.S.A.E.

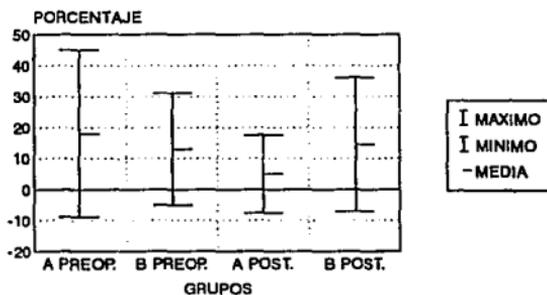
**INCONTINENCIA URINARIA EN PERIMENOPAUSICAS
CELULAS INTERMEDIAS URETRALES**



GRAFICA 17

H.C.S.A.E.

**INCONTINENCIA URINARIA EN PERIMENOPAUSICAS
CELULAS PARABASALES URETRALES**



GRAFICA 18

H.C.S.A.E.