



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

**MEJORÍA POSTERIOR A LA OPERACIÓN DE BURCH EN
PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO
EN LA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA.**

NUMERO DE REGISTRO: R-2007-3504-17

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. JUAN CARLOS TREJO ROMERO.

ASESOR.

DR. MARIO MANUEL MATUTE GONZÁLEZ.



MEXICO, D.F. AGOSTO DEL 2007



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 esta 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 POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NUMERO 3

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS.

**MEJORÍA POSTERIOR A LA OPERACIÓN DE BURCH EN PACIENTES CON
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN LA UNIDAD MEDICA DE ALTA
ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No. 3 CENTRO MEDICO
NACIONAL LA RAZA**

Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz

DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

Dr. Santiago Roberto Lemus Rocha

JEFE DE DIVISION DE EDUCACION EN SALUD

Dr. Manuel Mario Matute González.

ASESOR DE TESIS

Agradecimiento.

A mi esposa Laura Melissa , a mis hijos Juan Carlos y Fernando.
Gracias por su amor, comprensión y paciencia.
Por ser el estímulo más importante para lograr mis metas.

Gracias.

A mis padres por su amor, apoyo y confianza a lo largo de mi formación como persona y profesional.

A mi asesor, Dr. Manuel Matute.

Gracias por su apoyo y confianza e interés en la formación académica.

A Enrique Rodríguez Villasana.

Gracias por su amistad y apoyo durante estos años de residencia.

A todos mis maestros.

Gracias por contribuir a mi formación como médico y como persona

INDICE

I. INDICE.....	2
II. RESUMEN.....	3
III. ANTECEDENTES.....	4
IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	6
V. JUSTIFICACIÓN.....	6
VI. HIPOTESIS.....	6
VII. OBJETIVO DEL ESTUDIO.....	7
A). OBJETIVO GENERAL.....	7
B). OBJETIVO SECUNDARIO.....	7
VIII. MATERIAL Y METODOS.....	8
1. CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO.....	8
2. DISEÑO	8
3. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	8
4. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	9
5. DEFINICION DE LAS VARIABLES.....	9
6. DESCRIPCION DEL ESTUDIO.....	15
7. ANALISIS DE DATOS.....	15
IX. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.....	15
X. RECURSOS HUMANOS, FISICOS, FINANCIEROS.....	15
XI. RESULTADOS.....	16
XII. CONCLUSIONES.....	16
XIII. BIBLIOGRAFIA.....	22

RESUMEN

TITULO: MEJORÍA POSTERIOR A LA OPERACIÓN DE BURCH EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN LA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No. 3 LA RAZA.

ANTECEDENTES: La incontinencia urinaria es un problema frecuente que afecta entre el 17 al 45% de las mujeres adultas, y puede comprometer severamente su vida social. La falla del mecanismo de esfínter que produce la incontinencia urinaria de esfuerzo corresponde al 50% de los casos de incontinencia. La posición del cuello vesical y la uretra proximal es uno de los factores más importantes y factible de tratamiento quirúrgico. La mayoría de los ginecólogos y uroginecólogos consideran a la operación de Burch como el estándar de oro para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Se ha observado una tasa de éxito general para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria del 65% aproximadamente.⁷ La tasa de curación subjetiva es del 52%, la tasa de éxito quirúrgico del 84% y la tasa de satisfacción en términos de continencia es del 86%. Aunque no exista corrección absoluta de la incontinencia urinaria de esfuerzo en estas pacientes se ha descrito que la disminución en el uso de protectores para mantenerse seca y la satisfacción que la paciente refiera subjetivamente en el postoperatorio es suficiente para considerar al tratamiento como un éxito.

OBJETIVO: Determinar si el resultado de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo tratadas con operación de Burch es bueno.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño: será a través de un estudio clínico retro y prolectivo, observacional, descriptivo. Muestra: no probabilística por conveniencia, incluyendo a todas las pacientes operadas de Burch en el periodo de enero 2004 a diciembre 2005. Descripción del estudio: Se recabará la información de los expedientes clínicos de las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, posteriormente se hará una entrevista vía telefónica para recabar la información de la sintomatología urinaria posterior a la cirugía.

RESULTADOS: Se incluyeron 29 pacientes con promedio de edad de 49 años, IMC 28.1. los resultados posquirúrgicos: mejoría objetiva de 79.3%, mejoría subjetiva de 61% y repercusión en su vida cotidiana de 41%.

CONCLUSIÓN: Los resultados obtenidos muestran una adecuada mejoría clínica, sin embargo a pesar de ello el impacto de la incontinencia urinaria persiste, por lo que se debe de considerar tanto el aspecto clínico como la calidad de vida para una adecuada valoración postoperatoria.

ANTECEDENTES.

La incontinencia urinaria es un problema frecuente que afecta entre el 17 al 45% de las mujeres adultas, y puede comprometer severamente su vida social. La incontinencia urinaria asociada al aumento de la presión abdominal, o incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), comúnmente afecta a las mujeres de sus últimos años de su vida reproductiva hasta avanzada edad.^{1,2} La incontinencia urinaria impone un impacto psicosocial negativo en la vida de las pacientes y sus familias. Disminuye la autoestima y la habilidad de tener una vida independiente. La incontinencia provoca aislamiento de las pacientes, impide las salidas de su casa, su interacción social con amigos y familiares y su actividad sexual.

Menos de la mitad de las personas con incontinencia buscan atención, porque tiene pocas esperanzas de mejoría o no cuentan con información sobre las opciones terapéuticas

Con el aumento de la expectativa de vida a nivel mundial, se espera por lo tanto que aumenten progresivamente la cantidad de pacientes con este problema. La falla del mecanismo de esfínter que produce la incontinencia urinaria de esfuerzo corresponde al 50% de los casos de incontinencia.^{3,4}

La continencia en las mujeres es un equilibrio multifactorial de varias fuerzas. La posición del cuello vesical y uretra proximal y una contracción suficiente del piso pélvico, así como el control neurológico y hormonal, y otros factores menos estudiados.³ La posición del cuello vesical y la uretra proximal es uno de los factores más importantes y factible de tratamiento quirúrgico. Por lo tanto se asume que la corrección del defecto a este nivel debería de resultar en una tasa de continencia en el postoperatorio muy alta.^{5,6,7}

Posiblemente el factor pronóstico más importante para el buen resultado del tratamiento de la incontinencia urinaria es el diagnóstico diferencial adecuado del tipo de incontinencia.⁷ El estudio de la paciente incontinente inicia siempre con el interrogatorio para identificar de que tipo de incontinencia se trata, para ello se han elaborado múltiples cuestionarios para ayudar en el diagnóstico diferencial de estos padecimientos.⁸ Posteriormente la exploración física, con identificación de trastornos de la estática pélvica y pruebas sencillas como la prueba del hisopo, y complementado actualmente con estudios de urodinamia ayudan a identificar que tipo de tratamiento es el ideal para cada paciente.⁷

Actualmente se utilizan múltiples formas de tratamiento para afrontar este problema, incluyendo dieta, ejercicio, medicamentos y tratamiento quirúrgico. Los tratamientos no quirúrgicos,

incluyen ejercicios del suelo pélvico, y se utilizan ampliamente como el tratamiento inicial para la IUE.^{5,6,9,10} Se han ideado muchas cirugías diferentes para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria, pero la cirugía ideal aún no se ha encontrado. El número de pacientes con incontinencia urinaria que no son tratadas exitosamente continúa siendo muy alto.¹¹ Esto se debe a múltiples factores, incluyendo una evaluación preoperatoria inadecuada de estas pacientes, falta de información urodinámica, seguimiento corto y una inexistencia de criterios objetivos para definir los resultados.⁷ Las cirugías más comunes que actualmente se utilizan para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo son la uretropexia retropúbica (siendo la operación de Burch la más frecuente), suspensión del cuello vesical con agujas y los cabestrillos suburetrales (como la colocación del TVT).^{5,6,9,10}

La mayoría de los ginecólogos y uroginecólogos consideran a la operación de Burch como el estándar de oro para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Frecuentemente esta operación se encuentra asociada a otras cirugías ginecológicas. Actualmente con la aceptación de más procedimientos con abordaje laparoscópico, la operación de Burch no ha sido la excepción y ya se está practicando en algunos centros quirúrgicos pero aún en periodo de estudio.⁴

El peso de la paciente influye de forma importante para la aparición de la incontinencia urinaria de esfuerzo y para el éxito del tratamiento, especialmente el tratamiento quirúrgico, por lo tanto se considera a la obesidad como factor de riesgo para la falla del tratamiento.⁵ Aunque existen otros estudios que no apoyan esto.¹³

El objetivo de todo tratamiento antiincontinencia principalmente es mejorar la calidad de vida de la paciente, ya que como se había mencionado previamente, el principal problema de las pacientes incontinentes es la afectación que tiene este padecimiento en su vida cotidiana.¹²

Se ha observado una tasa de éxito general para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria del 65% aproximadamente.⁷ La tasa de curación subjetiva es del 52%, la tasa de éxito quirúrgico del 84% y la tasa de satisfacción en términos de continencia es del 86%.⁶

Aunque no exista corrección absoluta de la incontinencia urinaria de esfuerzo en estas pacientes se ha descrito que la disminución en el uso de protectores para mantenerse seca y la satisfacción que la paciente refiera subjetivamente en el postoperatorio es suficiente para considerar al tratamiento como un éxito.¹²

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿En las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, la operación de Burch, tiene buenos resultados?

JUSTIFICACION.

Conocer el resultado de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo nos permite modificar las técnicas y desarrollar nuevos procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de esta patología.

A) OBJETIVO GENERAL.

- Determinar si el resultado de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo tratadas con operación de Burch es bueno.

B) OBJETIVOS SECUNDARIOS.

- Determinar la proporción de pacientes que refieren mejoría o curación seis meses o más después de la cirugía.
- Conocer la disminución en la frecuencia de pérdida de la orina seis meses o mas después de la cirugía.
- Conocer la disminución en el número de toallas que utiliza la paciente seis meses o más después de la cirugía.
- Determinar la disminución el la intensidad de la sintomatología urinaria de esfuerzo seis meses o mas después de la cirugía.
- Conocer los cambios en la sintomatología urinaria de urgencia seis meses o más después de la cirugía.

MATERIAL Y METODOS.

CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO.

El estudio se realizara en el Hospital de Ginecoobstetricia número 3 Centro Médico la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de tercer nivel, en el servicio Ginecología.

DISEÑO.

El tipo de diseño será a través de un estudio clínico retro y prolectivo, observacional, descriptivo.

CRITERIOS DE SELECCION.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Pacientes a las que se les haya realizado operación de Burch.
2. Cuestionario urológico realizado previo a la cirugía.
3. Descripción detallada de la técnica quirúrgica.
4. Teléfono donde se pueda localizar a la paciente.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

1. Pacientes que no se puedan localizar.
2. Pacientes que no desean participar en el estudio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se incluyó a todas las pacientes operadas de cirugía de Burch en el periodo de enero 2004 a abril 2005. No se realizó cálculo de tamaño de la muestra por ser un estudio descriptivo

ANÁLISIS DE DATOS.

La captura de datos se realizó en una base de datos de excel para las pruebas estadísticas. Se calcularán los porcentajes de los diversos factores de riesgo. En las variables cuantitativas se calcularán medidas de tendencia central y de dispersión

RESULTADOS.

Se incluyeron 31 pacientes a quienes se realizó cistocolposuspensión con técnica de Burch, se excluyeron 3 pacientes por no localizarse para realizar el cuestionario para valoración posquirúrgica ; las características demográficas de la población en estudio se muestran en la tabla 1; 13.79% de las pacientes tenían antecedentes de cirugía antiincontinencia.

Del total de grupo 55.17% presentaban comorbilidad asociada siendo las mas frecuentes diabetes mellitus tipo 2 (10.34%) e hipertensión arterial sistémica crónica (31.03%).

Se realizó cirugía Burch en 21 pacientes (72.41%), operación burch mas histerectomía total abdominal en 2 pacientes (6.89%), operación Burch mas Moschowitz en 5 pacientes (17.24%) y operación Burch mas histerectomía total abdominal y Moschowitz en 1 paciente.

Características demográficas de la población en estudio .

Tabla 1.	Promedio.	Moda	Desv. Std	Rango
Edad.	49.3 a		+8	
Talla		1.55	0.06	
IMC	28.1		3.07	
Gesta		4		1 a 13
Partos		3		0 a 11

Resultados posquirúrgicos.

Mejoría objetiva. Inicialmente tenían pérdida de orina mayor a 2 toallas en 24 horas, después de la cirugía el 79.3% de las pacientes utilizaban menos de 2 toallas en 24 horas.

Mejoría clínica. Inicialmente el 100% de las pacientes tenían pérdida de orina al realizar actividades de su vida cotidiana o mínimos esfuerzos después de la cirugía; el 14% de las pacientes refirieron pérdida en estas condiciones.

La repercusión inicialmente el 100% de las pacientes refirieron repercusión en su vida cotidiana y en el postoperatorio el 59% de las pacientes refieren mejoría en este aspecto.

Al preguntarle a la paciente el como considera el resultado de la cirugía, el 10.3% contestaron estar peor: el 37.9% sin cambios y el 61% refirió alguna mejoría.

En el nictímero se observa una reducción en 24 hrs de 12 a 5, en la noche disminuyo de 4 a 2. Las diferencias no tienen significancia estadística, sin embargo al acudir con menor frecuencia a orinar hay mejoría clínica.

Se presento un caso de urgencia de novo.

Conclusiones.

En el grupo de estudio las características demográficas de la población muestran paciente con sobrepeso sin llegar a la obesidad con IMC de 28.1; el número de gestaciones a disminuido en la población, en el grupo el número de embarazos es de 4 con 3 partos en promedio lo cual refleja el cambio en la paridad de la población actual, reflejando el impacto de las campañas de planificación familiar en nuestro medio.

En los años cuarenta la valoración postquirúrgica en pacientes sometidas a cirugía antiincontinencia consistía en la valoración del ángulo vesicouretral posterior, en años posteriores han establecido diferentes formas de realizar esta evaluación con medición de la longitud funcional de la uretra, perfilometría entre otras, sin embargo aun evidenciando los resultados de mejoría funcional las pacientes no presentan a la par mejoría, por lo que el cuestionario urológico es una herramienta de gran utilidad para complementar la valoración de resultados postquirúrgicos.

En el servicio de ginecología desde hace 6 años se utiliza el cuestionario en la evaluación pre y posquirúrgica en la pacientes con incontinencia urinaria en donde se incluye aspectos clínicos para determinar la severidad de la incontinencia, así como aspectos de calidad de vida. Los resultados obtenidos en relación a la mejoría general de éxito quirúrgico (61%) es similar lo reportado por Haluck 65%; en lo que respecta a los resultados objetivos obtenidos por el cuestionario los cuales muestran mejoría en 80%, sin embargo en 20% persiste la sintomatología, por lo que se debe de ofrecer alternativas de tratamiento como electromiografía, fortalecimiento de los músculos de piso pélvico, individualizando cada caso.

BIBLIOGRAFIA.

1.Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *Br. Med. J.* 1980; 281:1243–53.

2.Jolleys JV. Reported prevalence of urinary incontinence in women in a general practice. *Br. Med. J.* 1998; 296: 1300–2.

3.Hakan Kilicarslan, y cols. Comparison of outcomes of three different surgical techniques performed for stress urinary incontinence. *Int J Urology* (2003)10,126–130.

4.Yusuf Üstün Yaprak Engin-Üstün Mete Güngör Sevgi Tezcan. Randomized Comparison of Burch Urethropexy Procedures Concomitant with Gynecologic Operations; *Gynecol Obstet Invest* 2005; 59:19–23.

5.S.W. Bai y cols. Comparison of the efficacy of Burch colposuspension, pubovaginal sling, and tension-free vaginal tape for stress urinary incontinence; *Int J Gyn Ob* (2005) 91, 246—251

6.Haluk Kpınar, y cols. Long-term results of Burch Colposuspension; *Int J Urol* (2000) 7, 119-125.

7.Urinary incontinence treatment network design of the stress incontinence surgical treatment efficacy trial. *Urology* 66: 1213–1217, 2005.

8.Catherine S. Bradley, y cols. A new questionnaire for urinary incontinence diagnosis in women: Development and testing; *Am J Obstet Gynecol* (2005) 192, 66-73

9.Johanne Drouin, y cols. Burch colposuspension: long-term results and review of published reports; *Urology* 54: 808–814, 1999.

10.Anne M. Weber, Mark D. Walters. Burch Procedure Compared With Sling for Stress Urinary Incontinence: A Decision Analysis; *Obstet Gynecol* 2000;96:867–7

11.Giorgio Quadri, y cols. Marshall-Marchetti-Krantz urethropexy and Burch colposuspension for stress urinary incontinence in women with low pressure and hypermobility of the urethra: Early results of a prospective randomized clinical trial; *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:12-8.

12.Thomas Filbeck y cols. Correlation of persistent stress urinary incontinence with quality of life after suspension procedures: is continence the only decisive postoperative criterion of success? *Urology* 54: 247–251, 1999

13.Franjo Zivkovic y cols; Body Mass Index and Outcome of Incontinence Surgery. *Obstet Gynecol* 1999; 93:753– 6.

14.Karl F. Tamussino, y cols. Five-year results after anti-incontinence operations; *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:1347-52.

15.International Continence Society Committee on Standardization. The standardization of terminology of lower urinary tract function recommended by the International Continence Society. *Int Urogynecol J* 1990; 1: 45-58.

16.Feyereisl J, Dreher E, Haenggi W, Zikmund J, Schneider H. Long-term results after Burch colposuspension. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 647-652.

17.Wall LL, Versi E, Norton P, Bump R. Evaluating the outcome of surgery for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 877-9.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

Cuestionario vía telefónica.

Nombre de paciente. _____

NSS. _____

1.- ¿Cuántas veces durante el día va a orinar? _____

2.- ¿Cuántas veces durante la noche va a orinar? _____

3.- Total en 24 horas. _____

4.- Cuantificación de la pérdida de orina:

Perdida de orina:

1.- solo cuando esta enferma de gripa.

2.- mensualmente.

3.- semanalmente

4.- diario.

5.- ¿Cuántos protectores utiliza al día para mantenerse seca? _____

6.- ¿Pierde orina cuando _____?

1.- Tose o estornuda.

2.- Cuando levanta objetos pesados.

3.- Cuando corre o hace ejercicio.

4.- Cuando realiza labores de su casa o camina.

7.- URGENCIA.

a) ¿Durante las relaciones sexuales tiene salida de orina?

1.- Si 0.- No

b) ¿Cuando tiene deseos de orinar tiene dolor o debe correr al baño?

1.- Si 0.- No

c) ¿Alcanza a llegar sin perdida de orina?

1.- No 0.- Si

d) Si c) es positiva: esta orina que pierde es:

1. Poca 2. Regular 3. Mucha

TOTAL. _____

8.- Después de la cirugía, usted considera que se encuentra

1.- Peor 2. Igual 3. Mejor 4. Curada.