



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

**EXPERIENCIA EN 5 AÑOS DEL MANEJO DE INCONTINENCIA URINARIA DE  
ESFUERZO MEDIANTE LA TÉCNICA DE SLING TRANSOBTURADOR EN EL  
HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ**

TESIS

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN

UROLOGIA PRESENTA:

DR. SANTIAGO DANIEL FULDA GRAUE

DIRECTOR DE TESIS:

DR. GUSTAVO MORALES MONTOR



MEXICO D.F. AGOSTO 2011



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.

Sling TOT Fulda - Graue

Este trabajo de Tesis con No. PROT- - -2010, presentado por el alumno Dr. Santiago Daniel Fulda Graue se presenta en forma con visto bueno por el tutor principal de la tesis Dr. Jorge Gustavo Morales Montor, y la División de Investigación Clínica a cargo de la Dra. Maria de Lourdes Suárez Roa con fecha del                    de 2011 para su impresión final.

División de Investigación Clínica  
Dra. Maria de Lourdes Suárez Roa

Tutor principal de la tesis  
Dr. Carlos Pacheco Gahbler

Autorizaciones

Dr. Alfonso Galván Montaña  
Dirección de Investigación  
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

---

Dr. Octavio Sierra Martínez  
Director de enseñanza  
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

---

**Dr. Carlos Pacheco Gahbler**  
Jefe de la División de Urología  
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

---

Dr. Gustavo Morales Montor  
Médico adscrito de la División de Urología  
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

---

Dr. Mauricio Cantellano Orozco  
Médico adscrito de la División de Urología  
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

---

Sling TOT Fulda - Graue

**EXPERIENCIA EN 5 AÑOS DEL MANEJO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO MEDIANTE LA TECNICA DE SLING TRANSOBTURADOR EN EL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ.**

Colaboradores:

Nombre: Dr. Carlos Pacheco Gahbler

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: Dr. Gustavo Morales Montor

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: Dr. Mauricio Cantellano Orozco

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: Dra. Margarita Torres Tamayo

Firma: \_\_\_\_\_

## CARTA DE PRESENTACIÓN

EXPERIENCIA EN 5 AÑOS DEL MANEJO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO MEDIANTE LA TECNICA DE SLING TRANSOBTURADOR EN EL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ.

La incontinencia urinaria de esfuerzo sigue siendo un problema de salud que afecta a millones de mujeres cada año. Se calcula que del 10 al 35% de los adultos mayores presentan incontinencia urinaria y en los pacientes geriátricos hasta el 50%. La técnica de sling vaginal transobturador (TOT) se han convertido en el tratamiento de elección en los pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo ya sea por hiper movilidad uretral o por deficiencia intrínseca del esfínter.

Sling TOT Fulda - Graue

EXPERIENCIA EN 5 AÑOS DEL MANEJO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO MEDIANTE LA TECNICA DE SLING TRANSOBTURADOR EN EL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ.

**FULDA GRAUE SANTIAGO D.**, HERNANDEZ CASTELLANOS VICTOR A., SANTANA RIOS ZAEI A., URDIALES ORTIZ ALEJANDRO., PEREZ BECERRA RODRIGO., CAMARENA REYNOSO HECTOR R., SANCHEZ TURATI GUSTAVO; MERAYO CHALICO CLAUDIO; SAAVEDRA BRIONES DORIAN: CANTELLANO OROZCO MAURICIO, PEREZ ORTEGA RAUL., MORALES MONTOR JORGE G., PACHECO GAHLER CARLOS.

División de Urología, Hospital General “Dr. Manuel Gea González SSA”, México D. F

**Santiago D. Fulda Graue. Av. Tlalpan 4800. Col. Sección XVI . Tlalpan. México DF.**

**Tel. 40003044. Correo fuldagraue@hotmail.com**

## RESUMEN

### Introducción

La incontinencia urinaria de esfuerzo sigue siendo un problema de salud que afecta a millones de mujeres cada año. Se calcula que del 10 al 35% de los adultos mayores presentan incontinencia urinaria y en los pacientes geriátricos hasta el 50% (1). La técnica de sling vaginal transobturador (TOT) se han convertido en el tratamiento de elección en los pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo ya sea por hipermovilidad uretral o por deficiencia intrínseca del esfínter (1,3). Las complicaciones son poco comunes, las cuales incluyen: Retención aguda de orina originado por la tensión excesiva de la malla sobre la uretra, sangrado por lesión del plexo venoso localizado a las 2 y 10 del cuello vesical al pasar la malla durante la punción(1,4,5), recurrencia o persistencia de la incontinencia urinaria reportado del 10 al 30% de los pacientes sometidos a cirugía donde las causas son: mala colocación del sling, degradación de la malla y la falta de tensión de la malla sobre la uretra. La erosión de la uretra e infección de la malla siendo las más comunes.(4,6,7,8,12).

**Objetivo:** Evaluar los resultados y complicaciones transquirúrgicas y posquirúrgicas con el uso del Sling transobturador en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo en nuestra institución en un periodo comprendido de 5 años.

**Método:** Se analizaron 41 pacientes sometidos a sling TOT por incontinencia urinaria de esfuerzo en un periodo de 5 años en nuestra institución. Se reviso el grado de incontinencia urinaria con escala de Sandvick's preoperatorio, así como mediante estudio urodinámico el tipo de incontinencia urinaria de esfuerzo con LPPA. Las variables analizadas fueron: número de partos vaginales, complicaciones transquirúrgicas, complicaciones posquirúrgicas inmediatas o tardías, grado de incontinencia posquirúrgica a los 6,12 y 36 meses mediante el cuestionario internacional de incontinencia SF.

**Resultados.** El promedio de edad de los pacientes fue de 56 años, con partos vaginales promedio de 3, el tipo de incontinencia urinaria no tuvo predilección estadística. El 54% de los pacientes contaban con incontinencia moderada y 24% con incontinencia severa. El tipo de incontinencia de esfuerzo mediante el LPPA mostro en tipo I,II y II de 39%,22%, 39% respectivamente sin ser un factor determinante en el éxito de la cirugía. No se encontró ninguna complicación transquirúrgicas, solo una paciente presento cuadro de retención aguda de orina y 24% de los pacientes presentaron algún tipo de complicación siendo la mas común dolor uretral y vaginal en 12% de todas las complicaciones. La tasa de éxito reportada en nuestro estudio a los 6,12 y 36 meses fue del 90%,85%y82% con continencia al 100%.

**Conclusión.** El sling transobturador ha venido sustituyendo las demás cirugías de incontinencia urinaria ya que es un método seguro y efectivo para las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo sin importar el tipo de incontinencia. Con tasas de morbilidad aceptable para el procedimiento.



## SLING TRANSOBTURADOR TAPE FOR STRESS URINARY INCONTINENCE A 5 YEAR OUTCOME.

### SUMMARY

**Introduction.** Stress urinary incontinence continues to be a health problem that affects millions of women every year. It's been calculated between 10 to 35% of all adult women present a certain degree of incontinence and 50% of geriatric women. The sling transobturador tape (TOT) technique has become the treatment of choice in patients with stress incontinence independent of its cause whether urethral hypermobility or intrinsic sphincter deficiency. Complications are uncommon, but may include: Bladder urinary retention originated by the excessive tension of the mesh to the urethra, injury to the venous plexus located at 2 and 10 of bladder neck, recurrence or persistence of incontinence from 10 to 30% of all patients going under surgery, caused by: bad positioning of sling, degradation of the mesh and the lack of tension of the mesh to urethra. The erosion of urethra and infection of the mesh are the most common complications.

**Objective:** To evaluate the surgery outcomes in our institution as well as complications during and after surgery with the use of the transobturador Sling in patients with urinary stress incontinence during a 5 year period.

**Methods:** 41 patients with stress urinary incontinence were submitted to sling TOT in a 5 year period. We analyzed the degree of urinary incontinence with the Sandvick's scale before surgery, as well as the type of stress incontinence with ALPP (abdominal leak point pressure) through an urodynamic study. The variables analyzed were: number of vaginal delivery, surgical complications, immediate or delayed postsurgery complications and the degree of postsurgery incontinence at 6, 12 and 36 months using the international questionnaire of incontinence SF.

**Results.** The average age of the patients was 56 years, vaginal delivery average were 3, the type of urinary incontinence did not have statistical predilection, 54% of the patients were classified with moderate incontinence and 24% with severe incontinence. The type of stress incontinence shown by ALPP for I, II and III was 39%, 22%, 39% respectively, without being a determining factor in the success of the surgery. We did not find any complications during surgery, a single patient presented acute urinary retention after surgery, 24% of the patients presented some type of complication being the most common urethral and vaginal pain in 12% of all complications. The cure rates reported in our study within 6, 12 and 36 months was 90%, 85% y 82%.

**Conclusion.** Sling TOT has become replacing other stress incontinence surgeries for its safe and effective method without concerning the type of stress incontinence and acceptable rates of morbidity for the procedure.

**Key words:** stress urinary incontinence, sling transobturador tape, complications sling.

## Introducción

La incontinencia urinaria de esfuerzo sigue siendo un problema de salud que afecta a millones de mujeres cada año. Se calcula que del 10 al 35% de los adultos mayores presentan incontinencia urinaria y en los pacientes geriátricos hasta el 50% <sup>(1)</sup>. Existen tres tipos de incontinencia de esfuerzo: La tipo I es incontinencia leve en ausencia de hiper movilidad uretral. La tipo II es la pérdida de orina con presencia de hiper movilidad uretral y la tipo III se define como la pérdida de orina con deficiencia intrínseca del esfínter, siendo esta última la más grave <sup>(2)</sup>. El diagnóstico se puede realizar midiendo el punto de presión máxima abdominal que genera fuga urinaria. Una presión menor de 60 cm H<sub>2</sub>O para generar fuga es considerada tipo III, una presión de 90 a 120 cm H<sub>2</sub>O es considerada tipo II y presiones mayores de 120 cm H<sub>2</sub>O es tipo I <sup>(1,13)</sup>. La indicación quirúrgica para someter a un paciente a sling es incontinencia urinaria de esfuerzo que afecte en forma directa su calidad de vida <sup>(1,2)</sup>. La técnica de sling vaginal transobturador (TOT) se han convertido en el tratamiento de elección en los pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo ya sea por hiper movilidad uretral o por deficiencia intrínseca del esfínter <sup>(1,3)</sup>.

Las complicaciones son poco comunes, las cuales incluyen:

Retención aguda de orina originado por la tensión excesiva de la malla sobre la uretra.

Sangrado por lesión del plexo venoso localizado a las 2 y 10 del cuello vesical al pasar la malla durante la punción <sup>(1,4,5)</sup>.

Recurrencia o persistencia de la incontinencia urinaria reportado del 10 al 30% de los pacientes sometidos a cirugía donde las causas son: mala colocación del sling, degradación de la malla y la falta de tensión de la malla sobre la uretra.

La erosión de la uretra e infección de la malla siendo las más comunes <sup>(4,6,7,8,12)</sup>.

La técnica de sling cuyo fundamento se basa en la teoría integral de Petros y Ulmsten, así como en la teoría de transmisión de la presión de Enhoerning fue introducida en 1978 por McGuire y Lytton quienes utilizaban fascia latta para la suspensión de la uretra <sup>(3)</sup>. El uso de materiales sintéticos no degradables como el polipropileno permite mantener la tensión sobre la uretra durante varios años <sup>(3,9,10)</sup>. El procedimiento de sling se enfoca a crear una hamaca alrededor de la uretra, dando así un soporte extra para evitar la movilidad de la misma <sup>(1,2)</sup>. En 1998 Nickel y colaboradores en Holanda reportaron el primer procedimiento con éxito del uso de una cinta de poliéster que recorría a través de la fosa del obturador y alrededor de la uretra en el tratamiento la incontinencia urinaria de esfuerzo, realizado en perros. En Francia en el 2001 Delorme introdujo en seres humanos el procedimiento de Sling Transobturador el cual evita mayor disección retropúbica y cistoscopia. Dargent en el 2002 reportó el procedimiento en 71 pacientes con resultados a corto plazo comparados con el sling pubovaginal <sup>(1,2,3,4)</sup>.

## OBJETIVO

Evaluar los resultados y complicaciones transquirúrgicas y posquirúrgicas con el uso del Sling transobturador en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo en nuestra institución en un periodo comprendido de 5 años.

## METODO

Se revisaron 48 expedientes de pacientes sometidos a sling transobturador por incontinencia urinaria de esfuerzo secundario y con incontinencia urinaria mixta sometidos a intervención quirúrgica, en el periodo comprendido de enero del 2005 hasta enero del 2010. Se incluyeron a los pacientes con expediente completo que contaron con todas las variables analizadas. Se excluyeron los pacientes con expedientes incompletos, sin evaluación clínica o urodinámica aceptable para el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, así como expedientes de pacientes quienes no contaban con por lo menos 6 meses de seguimiento.

El grupo de análisis incluyó 41 pacientes. Las variables analizadas fueron la edad del paciente, número de partos, tipo de incontinencia de esfuerzo o mixta; grado de incontinencia según la escala de Sandvick's (leve, moderada, severa y muy severa) (Tabla 1), tipo de incontinencia de esfuerzo según LPPA (punto de presión máxima abdominal que genera fuga urinaria) obtenido mediante estudio urodinámico preoperatorio, presencia de prueba de Marshall clínico; complicaciones transquirúrgicas y posquirúrgicas inmediatas (dentro de las primeras 24 hrs) o tardías (posterior a las 24 hrs).

Se realizó el cuestionario internacional de incontinencia urinaria SF (ICIQ- SF)(Tabla 2) de seguimiento a los 6 , 12 y 36 meses de la cirugía para medir el grado de incontinencia así como el grado de satisfacción del paciente. Se realizó un estudio, abierto, observacional, transversal y retrolectivo. Se llevo a cabo el análisis con estadística descriptiva.

## RESULTADOS.

Se analizaron 41 pacientes del sexo femenino con una edad promedio de 56 años (45-78). Se operaron 21(51%) pacientes con incontinencia solo de esfuerzo y 20 (49%) con incontinencia mixta. Se encontró 3 (8%) pacientes sometidos a sling TOT con incontinencia leve (escala de Sandvick's), 21 (51%) con incontinencia moderada, 10 (24%) con severa y 7 (17%) con muy severa (Grafica 1). De los pacientes con incontinencia severa a muy severa 21 (51%) tenían más de 3 partos vaginales. Todos los pacientes sometidos a cirugía tenían la prueba clínica de Marshall positiva. Se encontró que 16 (39%) pacientes tenían deficiencia intrínseca del esfínter con un LPPA menor a 60 cm H<sub>2</sub>O preoperatorio, 9 (22%) pacientes con hiper movilidad uretral con LPPA de 60 a 120 cmH<sub>2</sub>O y 16 (39%) pacientes sin movilidad uretral con LPPA mayor de 120cmH<sub>2</sub>O (Gráfico 2). Con respecto a las complicaciones se encontró solo un paciente que presento cuadro de retención aguda de orina en el posoperatorio inmediato la cual contaba con LPPA de 135cmH<sub>2</sub>O y con incontinencia leve. No se encontró complicaciones posquirúrgicas tardías en 31 (76%) pacientes. Las complicaciones tardías más comunes fueron dolor uretral o vaginal en 5 (12.2%) pacientes con presentación promedio de 6.6 meses, un paciente con dolor suprapúbico crónico y 4 pacientes con extrusión de la malla manejado con retiro de la misma en promedio a los 8 meses (Gráfico 3). Se encontraron 5 (12%) pacientes quienes presentaron urgencia de novo. Al aplicar el cuestionario de incontinencia se encontró que 37 (90.2%) pacientes a los 6 meses se encontraban sin ningún dato de incontinencia y con satisfacción al 100% de la cirugía y 4 (9.7%) pacientes con algún síntoma de incontinencia, donde solo 2 pacientes no presentaron mejoría del 50% de

los síntomas de incontinencia urinaria. De los pacientes con continencia urinaria al 100% solo 35 (85%) continuaron igual al año y 3 presentaron algún grado leve de incontinencia. A los 3 años 33 (82%) pacientes continuaron con continencia al 100%. Al final del estudio se encontró que 9 pacientes presentaron algún grado leve de incontinencia donde solo 4 (9.7%) pacientes no presentaron mejoría de los síntomas en más del 50% (Grafico 4).

## DISCUSIÓN

Shlomo Raz (2003) en la Universidad de California reporta una tasa de éxito del sling transobturador del 89% con un seguimiento a 1 año donde sus resultados fueron analizados mediante cuestionarios de incontinencia, el éxito de la cirugía se definía como el mejoramiento de los síntomas en más del 50% <sup>(9)</sup>. Bajo esta definición de tasa de éxito nosotros solo obtuvimos 7 pacientes en quienes no mejoraron los síntomas en más del 50% a los 3 años, con tasa de éxito de 90.2% a los 6 meses, 85% a los 12 meses y 82% a los 36 meses.

Steven P. en un estudio de la Mayo Clinic en 40 pacientes sometidos a Sling, reporta un índice de recurrencia menor del 14 %, con 12 % de complicaciones posquirúrgicas <sup>(11)</sup>. En comparación con nuestro análisis las complicaciones posquirúrgicas fueron reportadas en 23% de los pacientes. Darshan en el 2003 reporta su experiencia de 5 años de sling con 49 pacientes, donde demuestra tasas de éxito del 81% a 59 meses de seguimiento. Con complicaciones solo del 4% <sup>(10)</sup>.

Baessler.(2005). Revisa las complicaciones del sling en 4 hospitales europeos encontrando que la complicación más frecuente que conlleva al retiro de la malla fueron

infecciones de la malla quirúrgica así como absceso retropúbico. Como complicaciones menos severas y más comunes fueron dispareunia, descarga vaginal crónica y síndrome de dolor pélvico <sup>(5)</sup>. Al revisar las complicaciones tardías en nuestros pacientes encontramos que el dolor uretral y dolor vaginal fueron las complicaciones más frecuentes y con 4 retiros de malla por rechazo de la misma.

## CONCLUSION

El sling transobturador ha venido sustituyendo las demás cirugías de incontinencia urinaria ya que es un método seguro y efectivo para las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo sin importar el tipo de incontinencia. Con tasas de morbilidad aceptable para el procedimiento.

## BIBLIOGRAFIA

- 1- McGuire EJ, O'Connell HE. Pubovaginal Slings. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, eds. *Campbell's Urology*. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 2007:1103-8.
- 2- Zaragoza MR. Expanded indications for the pubovaginal sling: treatment of type 2 or 3 stress incontinence. *J Urol*. Nov 1996;156(5):1620-2.
- 3- Sarver R, Govier FE. Pubovaginal slings: past, present and future. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 1997;8(6):358-68.
- 4- Kobashi KC, Dmochowski R, Mee SL. Erosion of woven polyester pubovaginal sling. *J Urol*. Dec 1999;162(6):2070-2.
- 5- Baessler, Kaven MD 1; Hewson, Severe Mesh Complications Following Intravaginal Slingplasty. *Obstetrics & Gynecology*. 106(4):713-716, October 2005.

- 6- Olsson I, Kroon U. A three-year postoperative evaluation of tension-free vaginal tape. *Gynecol Obstet Invest.* 1999;48(4):267-9
- 7- Schierlitz L, Dwyer PL, Rosamilia A, Murray C, Thomas E, De Souza A, et al. Effectiveness of tension-free vaginal tape compared with transobturator tape in women with stress urinary incontinence and intrinsic sphincter deficiency: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* Dec 2008;112(6): 1253-61.
- 8- Cross CA, Cespedes RD, McGuire EJ. Our experience with pubovaginal slings in patients with stress urinary incontinence. *J Urol.* Apr 1998;159(4):1195-8.
- 9- Raz, S. and Erickson. Prospective analysis of patients treated with a distal urethral polypropylene sling for symptoms of stress urinary incontinence: surgical outcome and satisfaction. *Journal of Urology* . Vol. 170. 857 Sept. 2003.
10. Darshan k. Shah, Elliot m. Paul, Broad based tension-free synthetic sling for stress urinary incontinence: 5-year outcome. *Journal of urology.* vol. 170, 849–851, September 2003.
11. Steven P. Petrou. Complications and initial continence rates after a repeat pubovaginal sling procedure for recurrent stress urinary incontinence. *the Journal of Urology* vol. 165, 1979–1981, june 2008
12. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 1996;7(2):81-5.
13. Avery K, Donovan J, Abrams P. Validation of a new questionnaire for incontinence: the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ). abstract nº 86 of



Sling TOT Fulda - Graue

the International Continence Society 31st annual meeting. Seoul, Korea. *Neurourol Urodynamics* 2001;20:510-1.

14. Groutz, A., Blaivas, J. G. and Rosenthal, J. E.: A simplified urinary incontinence score for the evaluation of treatment outcomes. *Neurourol Urodyn*, 19: 127, 2000

## Tablas

### 1. Incontinence Severity Index (Sandvik's)

A. ¿Cuántas veces experimenta pérdidas urinarias?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez por mes
- 2. Unas pocas veces al mes
- 3. Unas pocas veces a la semana
- 4. Cada día y/o noche

B. ¿Qué cantidad de orina pierde cada vez?

- 0. Nunca
- 1. Gotas
- 2. Pequeños chorros
- 3. Chorros grandes

Puntuación total = Valor de A x Valor de B

Puntuación Leve = 1 a 2, Moderada de 3 a 6, Severa 7 a 9, muy severa 10 a 12

### 2. CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE CONTINENCIA URINARIA SF

Con que frecuencia pierde orina?

- 1- Una vez por semana o menos
- 2- Dos veces o tres veces a la semana
- 3- Una vez al día
- 4- Varias veces al día
- 5- Todo el tiempo

Que cantidad de orina pierde con cada episodio?

- 2. Una pequeña cantidad (goteo)
- 4. Una moderada cantidad (salpicado)
- 6. Una gran cantidad (presenta chorro de orina)

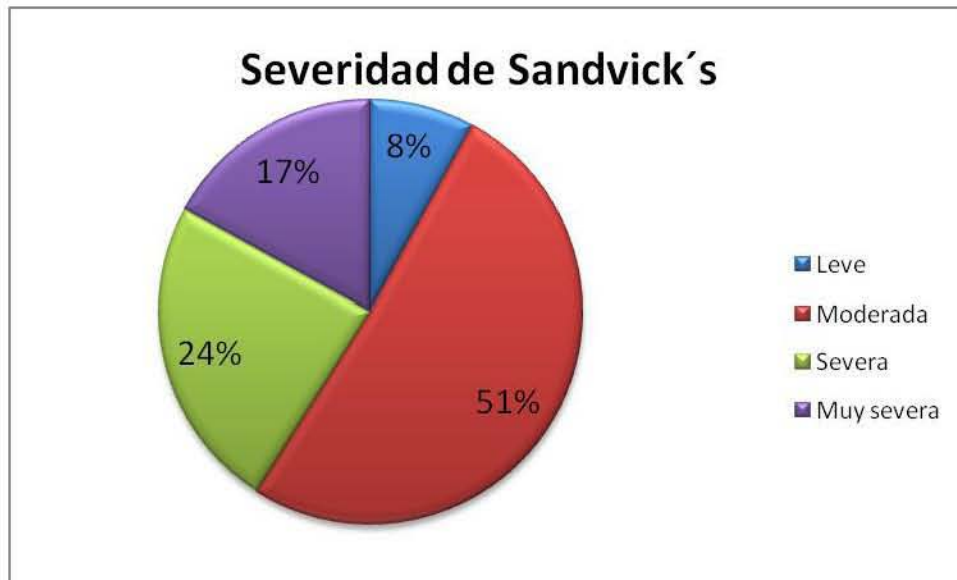
En general cuando pierde orina como interfiere en su calidad de vida tomando 0 como no interfiere y 10 cuando interfiere mucho?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Score. Suma de las tres preguntas en numero. \_\_\_\_\_

## GRAFICAS

### 1. Gráfico



### 2. Gráfico

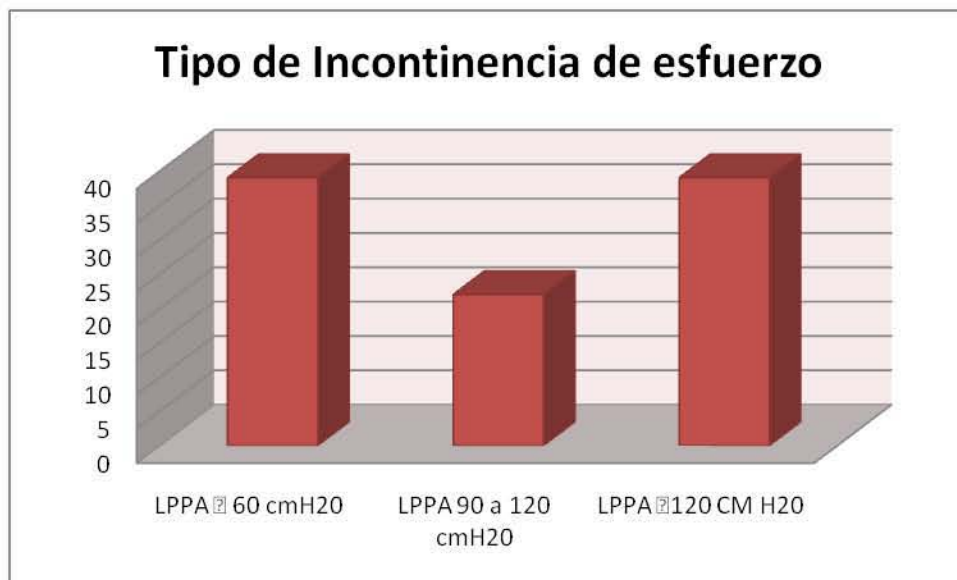
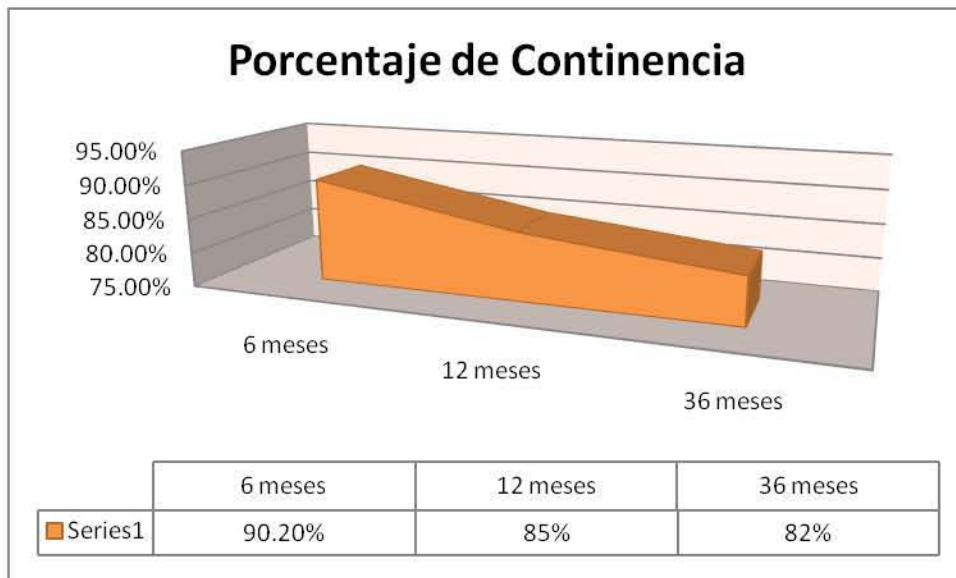


Grafico de Complicaciones:

Grafico 3



Grafico 4



Sling TOT Fulda - Graue

Este trabajo fue realizado en el Hospital General Dr. Manuel Gea González en el Servicio de Urología, y en la Sección de Estudios de Postgrado e Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México bajo la Dirección del Dr. Carlos Pacheco Gahbler.