



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD No 4

“LUIS CASTELAZO AYALA”



“FRECUENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO OCULTA EN ESTADIOS AVANZADOS DE PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS”

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE:

SUBESPECIALISTA EN UROLOGIA GINECOLOGICA

PRESENTA:

DRA. FABIOLA GONZALEZ VILLARREAL

ASESORES:

DRA. EDNA CORTES FUENTES

DR. JUAN CARLOS MARTINEZ CHEQUER

GENERACION 2013-2015

MEXICO D.F FEBRERO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Tesis para obtener el Título de Subespecialista en Urología Ginecológica

* Frecuencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta en estadios avanzados de prolapso de órganos pélvicos*.

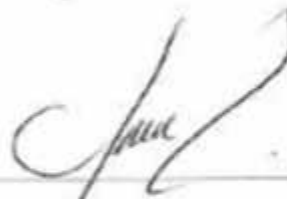
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DEL GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 4
" LUIS CASTELAZO AYALA"



Dr. Oscar Martínez Rodríguez
Director General
UMAE Hospital "Luis Castelazo Ayala"



Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer
Director de Educación e Investigación en Salud
UMAE Hospital "Luis Castelazo Ayala"



Dra. Edna Cortes Fuentes
Asesor de Tesis
Unidad Médica de Alta especialidad
"Luis Castelazo Ayala"

DATOS DEL ALUMNO

Apellido paterno: González

Apellido materno: Villarreal

Nombre: Fabiola

Universidad:- Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad: Facultad de Medicina

Urología Ginecológica

Número de Cuenta: 523235298

DATOS DEL ASESOR

Apellido paterno: Cortes

Apellido materno: Fuentes

Nombre: Edna

DATOS DE LA TESIS

Título: Frecuencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta en estadios avanzados de prolapso de órganos pélvicos.

Año: 2015

Número de páginas: 27



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3606
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA, D.F. SUR

FECHA 02/09/2014

DRA. EDNA CORTÉS FUENTES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Frecuencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta en estadios avanzados de prolapso de órganos pélvicos

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-3606-40

ATENTAMENTE

DR.(A). OSCAR ARTURO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3606

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

A MI FAMILIA: Por su capacidad infinita de amar, de comprender, de aceptar, por ser incondicionales en mi vida.

A MIS AMIGOS: Por las caminatas vespertinas, las risas, los cambios, por seguirnos encontrando a través del tiempo.

A MIS MAESTROS: Dra. Edna Cortes, Dra. Caisapanta, Dra. Janet Marín, Dr. García Bárcenas, Dr. Delgado, Dr. Raúl Herrera por haber compartido sus conocimientos, sencillamente por hacer de estos dos años algo especial.

INDICE

RESUMEN.....	6
ANTECEDENTES.....	7
MATERIAL Y METODOS.....	11
RESULTADOS.....	13
DISCUSION.....	21
CONCLUSION.....	22
BIBLIOGRAFIA.....	23
ANEXOS.....	26

RESUMEN

Título. Frecuencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta en estadios avanzados de prolapso de órganos pélvicos.

Introducción. El prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria de esfuerzo, son condiciones comorbidas comunes; la pérdida de orina puede quedar oculta por un prolapso de órganos pélvicos en estadio avanzado.

Objetivo. Determinar la frecuencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta en estadios avanzados de prolapso de órganos pélvicos.

Material y métodos. Diseño observacional, prospectivo y descriptivo. Se tomó como universo de trabajo a todas las pacientes de la consulta de urología ginecológica en la UMAE núm. 4 “Luis Castelazo Ayala” del IMSS en el periodo comprendido del 01 de julio al 01 de diciembre del 2014; previo consentimiento Informado se realizó una historia uroginecológica, examen físico uro ginecológico completo, que incluyó la prueba de barrera para lo cual se llenó la vejiga con 300 cc de solución fisiológica, así como estudio urodinámico multicanal que consistió en una flujometría espontánea, cistometría con prolapso reducido con tapón vaginal, perfilometría estática y dinámica del cual se obtuvieron los datos de incontinencia urodinámica de esfuerzo, se realizó la recolección de variables y analizó con medidas de tendencia central.

Resultados. Se realizó detección de IUO en 75 mujeres con prolapso genital estadio III-IV en la unidad Médica de Alta Especialidad Numero 4 “Luis Castelazo Ayala” del 01 de julio al 01 de diciembre del 2014. La frecuencia de los estadios de prolapso de órganos pélvicos se reportaron en Estadio III BA 37%, Estadio IV C 30%, Estadio III C 20%, estadio IV BA 9%, Estadio IIIBP 4%. La frecuencia de IUO fue de 43 % en estadio IIIBA (6), estadio IV BA 28% (4), estadio IIIC 22% (3), y un 7% (1) en estadio IV C. Se realizó diagnóstico de IUO en 14 pacientes (19%). El 100% (14) fue mediante una prueba de barrera positiva, y solamente se encontró IUE urodinámica en un 29% (4).

Conclusión. La frecuencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta en estadios avanzados de prolapso de órganos pélvicos fue del 19 %.

Palabras clave: Prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria oculta, prueba de barrera.

ANTECEDENTES

De manera tradicional medimos los tratamientos solo en base a la clínica y la sintomatología que nos manifiesta el paciente, sin priorizar su calidad de vida^{1, 2}. El término calidad de vida ha sido para muchos relacionado con bienestar y satisfacción del paciente en el consenso real debe medir el aspecto psicológico, el aspecto físico, la discapacidad por dolor entre otras para que nos dé una verdadera dimensión del aspecto de la salud de un paciente.^{3, 4} Una de las patologías que son estudiadas en su calidad de vida es el prolapso de órganos pélvicos. Aunque esta patología no supone un riesgo vital para las pacientes, sus consecuencias sociales y económicas pueden ser importantes; sus síntomas pueden causar alteraciones significativas e interferir con las actividades de la vida diaria incluyendo la capacidad de funcionamiento físico, social y sexual.⁵

Se ha establecido que el parto vaginal y la edad son factores de riesgo importantes para el prolapso de órganos pélvicos.^{6, 7} Más que un solo factor es más probable que una paciente con prolapso de órganos pélvicos tenga combinaciones de factores anatómicos, fisiológicos, genéticos, estilos de vida y factores reproductivos, los cuales interactúan entre sí para producir un desorden en el piso pélvico⁸

En el prolapso de órganos pélvicos podemos distinguir el prolapso de pared vaginal anterior, posterior, prolapso uterino o de cúpula vaginal en las pacientes hysterectomizadas. No existe una definición exacta de esta patología debido a la falta de criterios que distingan entre el soporte normal y patológico del tracto genital en la población, esto dado principalmente por la gran frecuencia con que se encuentra en pacientes asintomáticas. La mayoría de las veces estos defectos no ocurren en forma aislada sino que se combinan⁹

En los EEUU se ha reportado una prevalencia del 30% en mujeres en edad mediana. En ese país anualmente se llevan a cabo aproximadamente 200.000 procedimientos quirúrgicos en pacientes que padecen prolapso de órganos pélvicos, estimándose que una mujer durante toda su vida tiene un riesgo de ser llevada a cirugía por prolapso de órganos pélvicos del 11.1%¹⁰

La incontinencia urinaria de esfuerzo se considera a la pérdida involuntaria de orina con el esfuerzo, como la tos, la risa o el ejercicio físico. Afecta del 10-30% de las mujeres en edad adulta. De acuerdo a la asociación internacional de urología ginecológica (IUGA) y la sociedad internacional de continencia (ICS), el diagnóstico es clínico basado en los síntomas y signos documentados en la historia clínica. ¹¹

El prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria de esfuerzo son condiciones comorbidas comunes. La hipótesis de que el daño a estructuras anatómicas similares conduce a la pérdida tanto del soporte pélvico como de la continencia. Cassiano (2011) determinó que las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo previa a la reparación del prolapso tenían más síntomas de las vías urinarias bajas, lo que sugiere que la IUE concomitante con el prolapso de órganos pélvicos representa un trastorno del piso pélvico más severo. ^{12, 13}

La incontinencia urinaria de esfuerzo oculta se trata de un falso equilibrio, en que el mismo prolapso puede producir una alteración en la posición de la uretra, causando un estado de falsa continencia, que quedará desenmascarada y se hará evidente al restituir la anatomía normal. A esto se le denomina incontinencia urinaria de esfuerzo oculta. La teoría integral de la continencia nos ha demostrado que defectos anteriores o posteriores, pueden producir incontinencia. ¹⁴

El diagnóstico se realiza mediante la exploración física al hacer evidente la fuga urinaria con reducción del POP, o mediante el estudio urodinámico al determinar incontinencia urinaria de esfuerzo urodinámica. Se han utilizado diversos medios para reducir el prolapso, entre ellos el uso de pesario, pinzas de anillos, tapones vaginales, y espejos vaginales. La prueba de esfuerzo positiva con reducción del prolapso, identifica claramente a una población con aumento del riesgo de IUE postoperatoria. Sin embargo no son pruebas perfectas, ya que algunas mujeres desarrollan IUE postoperatoria con pruebas negativas. Por lo cual algunos autores han recomendado el uso de parámetros urodinámicos.

Las tasas de incontinencia urinaria oculta varían del 10- 80% dependiendo del método diagnóstico. ¹⁵

La coexistencia de incontinencia urinaria de esfuerzo con prolapso de órganos pélvicos en estadios iniciales (I-II) es del 55%, con un decremento del 33% en estadios avanzados (III-IV). Hasta el 80% de las mujeres con POP no se quejan de incontinencia urinaria ^{17, 18}

Lore Schierlitz y cols, realizaron un estudio multicéntrico controlado aleatorizado con colocación de cinta libre de tensión TVT, en pacientes con prolapso de órganos pélvicos en estadios avanzados, la prevalencia de la incontinencia de esfuerzo oculta en este estudio fue de 17 %. ¹⁹

Roovers y Oelke estiman que en el 50% de los prolapsos de órganos pélvicos avanzados hay incontinencia urinaria de esfuerzo oculta. ²⁰

En el estudio (CARE), la detección preoperatoria de incontinencia urinaria oculta con la reducción de prolapso con, varió con el método diagnóstico ; reportándose con pesario (6 %) , manual, (16 %), fórceps (21 %), hisopo (20 %) , y espéculo (30 %) ²¹

La incontinencia urinaria de esfuerzo postoperatoria de la paciente previamente continente, es frustrante tanto para el paciente como para el cirujano.

Varios estudios han abordado la combinación de un procedimiento anti incontinencia concomitante a la cirugía por prolapso de órganos pélvicos ya sea por vía abdominal, vaginal o laparoscópica.

Actualmente la cirugía antiincontinencia de mínima invasión aunada a la corrección del prolapso de órganos pélvicos en estadios avanzados para prevenir la IUE postoperatoria en pacientes en quienes se detectan IUE oculta ha ganado terreno por las tasas bajas de complicaciones, y buenas tasas de éxito .Las complicaciones postoperatorias globales reportadas por Schraffordt fueron del 20,9% ²² Muchas de estas complicaciones son menores, pero incrementa la morbilidad cuando se combinan con la cirugía para prolapso de órganos pélvicos.

Una de las piezas que falta en el rompecabezas de la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta, es el efecto curativo de la cirugía vaginal dado que influye en las tasas de IUE postoperatoria.

Una revisión de Cochrane demostró que la reparación de la pared vaginal anterior tiene hasta un 62% de control de la IUE.²³

La incidencia de IUE postoperatoria no se relaciona con las tasas de Incontinencia urinaria oculta por variables como el impacto de la cirugía vaginal en la corrección del POP. Los métodos para la reducción del prolapso han mostrado valores predictivos variables del 5- 39% de sensibilidad y del 74- 96% en especificidad, no sabemos la verdadera incidencia de IUO.²⁴

El manejo de la cirugía antiincontinencia asociado a la reparación del prolapso de órganos pélvicos es aun controversial. No contamos con estadísticas en nuestro país comparables con otros estudios. Conocer nuestra incidencia, nos permitirá normar nuevas líneas de investigación y determinar guías de práctica clínica.

METODOLOGIA

DESCRIPCION DE LAS VARIABLES

Variable independiente: Incontinencia urinaria de esfuerzo oculta.

Variable dependiente: Prolapso de órganos pélvicos en estadios avanzados.

Prolapso de órganos pélvicos en estadios avanzados: Cuando el punto que más prolapsa en valsalva está a más de 1 cm del himen

Incontinencia urinaria de esfuerzo oculta: Es aquella emisión involuntaria de orina mediante la reducción del prolapso de órganos pélvicos en pacientes sin antecedentes de síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo.

Factores asociados:

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha.

Escolaridad: Grado de estudios.

Ocupación: Actividad que realiza la paciente.

Prueba de barrera: Prueba de esfuerzo con prolapso reducido.

Se realizó un estudio observacional, prospectivo y descriptivo. Se tomó como universo de trabajo a todas las pacientes de la consulta de urología ginecológica en la UMAE núm. 4 "Luis Castelazo Ayala" del IMSS en el periodo comprendido del 01 de julio al 01 de diciembre del 2014; previo Consentimiento Informado (Anexo 1) donde se explicó a la paciente los beneficios del examen y una vez aceptado, se realizó una historia uroginecológica, examen físico

uroginecológico completo, que incluyó la prueba de barrera, para lo cual se llenó la vejiga con 300 cc de solución fisiológica, así como un estudio urodinámico multicanal el cual consistió en una flujometría espontánea, cistometría con prolapso reducido con tapón vaginal, perfilometría estática y dinámica del cual se obtuvieron los datos de incontinencia urodinámica de esfuerzo así como la PMCU, se realizó la recolección de otras variables como escolaridad, ocupación, para conocer las características demográficas de la población de estudio, antecedentes ginecoobstétricos y el grado de prolapso genital (Anexo 2). Como criterios de inclusión: pacientes con prolapso de órganos pélvicos estadios III-IV, ser derechohabientes sin síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo. Criterios de exclusión: pacientes con trastornos neurológicos de la vejiga, diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo y retiro voluntario de la paciente del estudio. El tamaño de muestra y muestreo fue no probabilístico, ya que se tomaron a las pacientes por conveniencia conforme acudieron a la consulta externa de urología ginecológica en un período de 6 meses. El análisis estadístico se efectuó con medidas de tendencia central, mediante medias y desviación estándar para variables cuantitativas y para cualitativas fueron representadas por números absolutos y relativos en gráficas o cuadros.

RESULTADOS

Se realizó búsqueda de incontinencia urinaria oculta en 75 mujeres con prolapso genital estadio III- IV sin síntomas previos de incontinencia urinaria de esfuerzo en la unidad Médica de Alta Especialidad Numero 4 “Luis Castelazo Ayala” en el periodo comprendido del 01 de julio al 01 de diciembre del 2014.

Al analizar las variables sociodemográficas de este grupo de pacientes, se reportó una edad promedio de 66 ± 8 años. Con respecto al grado de escolaridad, el 68% de las mujeres habían completado la primaria, y el 16% tenían nivel preparatoria. Al analizar la ocupación de las pacientes, se encontró que 84% se dedicaban al hogar, 11% eran empleadas y 5% comerciantes (Tabla 1 y 2)

Dentro de los antecedentes ginecoobstetricos se encontró que el 46% de este grupo de pacientes tuvieron cinco o más embarazos, 29% cinco o más partos y solamente el 16 % tenían antecedente de cesárea (Tabla 3)

El grado de prolapso de esta cohorte de pacientes por estadios fue : Estadio III BA 37%, Estadio IV C 30%, Estadio III C 20%, estadio IV Ba 9%, Estadio IIIIBP 4% (Gráfica 1)

La frecuencia de IUO con respecto al grado de prolapso, fue 43 % en estadio IIIIBA (6), 28% el estadio IV BA (4) , 22% en el estadio IIIC (3) , y un 7% en estadio IV C (1). (Grafica 1)

De las 75 mujeres estudiadas 14 se diagnosticaron con IUO (19%). De estas, el 100% (14) fue mediante una prueba de Barrera positiva, y solamente se encontró IUE urodinámica en un 29% (4) (Grafica 2 y 3)

TABLA 1
ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES CON DETECCION DE INCONTINENCIA URINARIA OCULTA

ESCOLARIDAD	FRECUENCIAS n=75
Analfabeta	4 % (3)
Primaria	68 % (51)
Secundaria	11 % (8)
Bachillerato	16 % (12)
Licenciatura	1 % (1)

Fuente: pacientes de la Unidad Médica de Alta Especialidad Numero 4 “Luis Castelazo Ayala”

TABLA 2
OCUPACION DE LAS PACIENTES CON DETECCION DE INCONTINENCIA URINARIA OCULTA

OCUPACION	FRECUENCIAS n=75
Hogar	84 % (63)
Empleada	11 % (8)
Comercio	5 % (4)

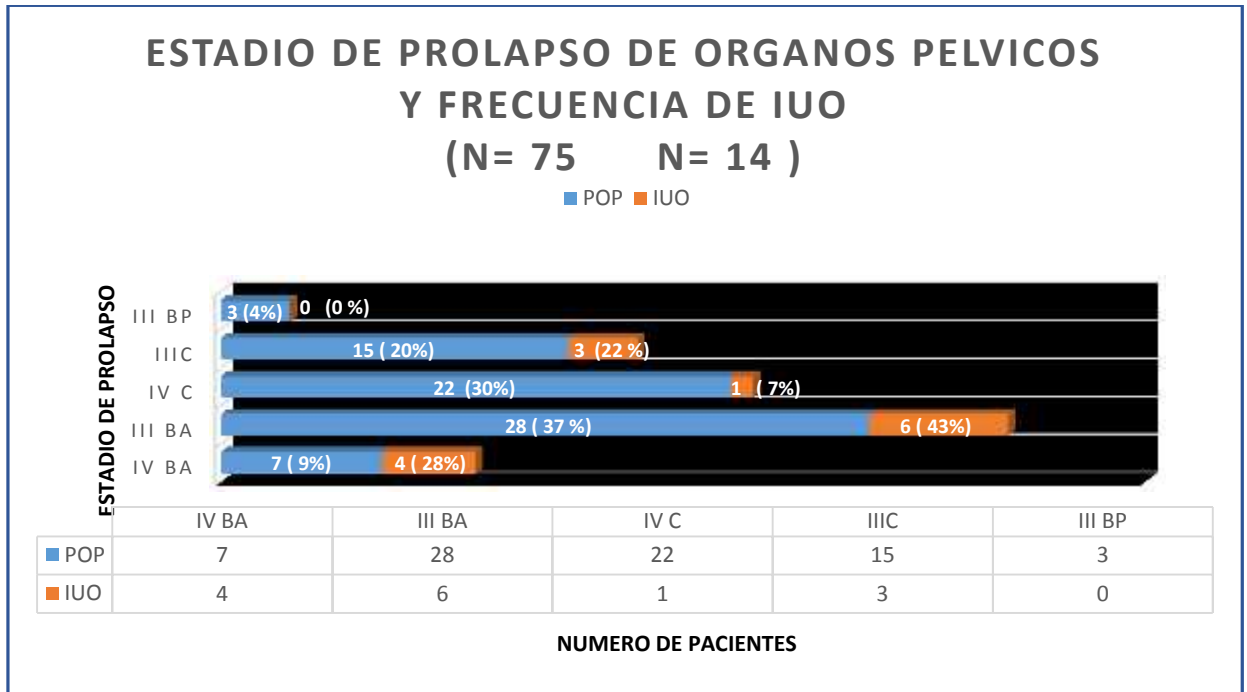
Fuente: pacientes de la Unidad Médica de Alta Especialidad Numero 4 "Luis Castelazo Ayala"

TABLA 3
ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS
DE LAS PACIENTES CON DETECCION DE
INCONTINENCIA URINARIA OCULTA

ANTECEDENTES	FRECUENCIAS n= 75
NUMERO DE GESTACIONES	
Uno	3% (2)
Dos	13% (10)
Tres	21% (16)
Cuatro	17% (13)
Cinco o más	46% (59)
NUMERO DE PARTOS	
Cero	3% (2)
Uno	1% (1)
Dos	21% (16)
Tres	23% (17)
Cuatro	23% (17)
Cinco o más	29% (53)
NUMERO DE CESAREAS	
Cero	84% (63)
Uno	12% (9)
Dos	4% (3)
NUMERO DE ABORTOS	
Cero	64% (48)
Uno	29% (22)
Dos	7% (5)

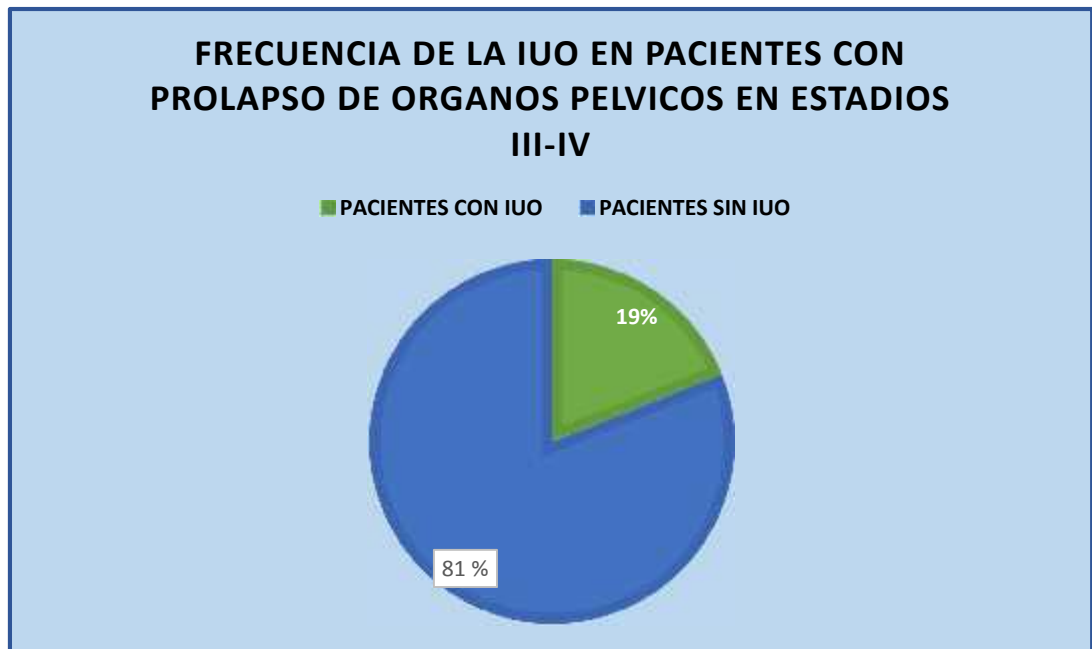
Fuente: pacientes de la Unidad Médica de Alta Especialidad Numero 4 "Luis Castelazo Ayala"

GRAFICA 1



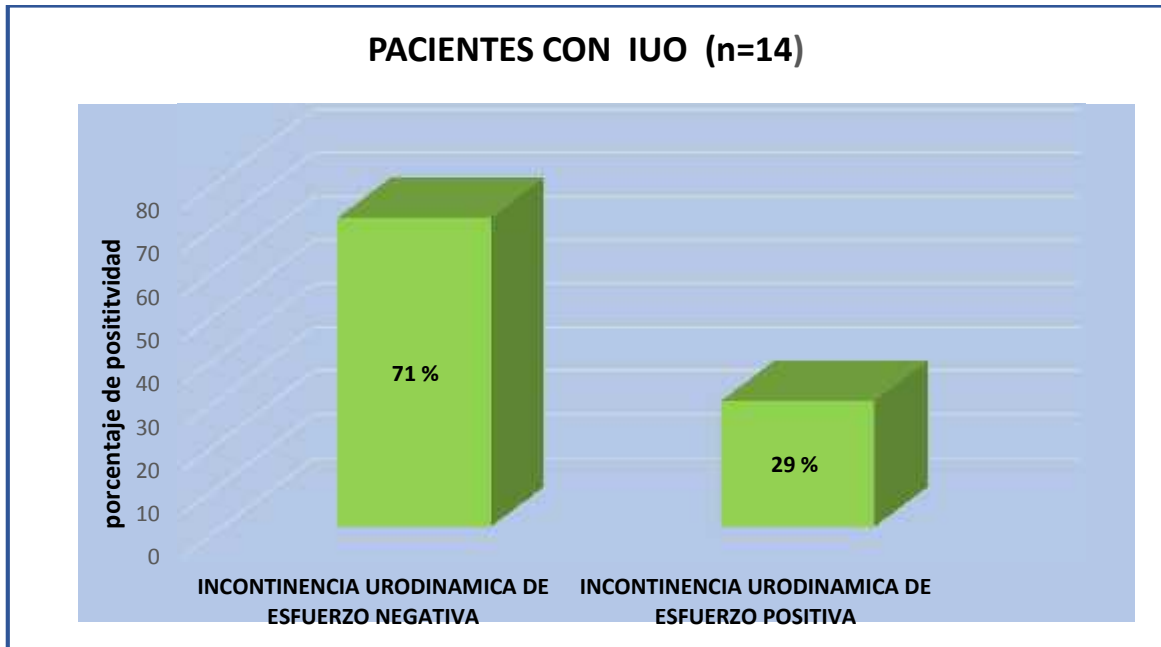
Fuente: pacientes de la Unidad Médica de Alta Especialidad Numero 4 "Luis Castelazo Ayala"

GRAFICA 2



Fuente: pacientes de la Unidad Médica de Alta Especialidad Numero 4 "Luis Castelazo Ayala"

GRAFICA 3



*Todas las pacientes con IUO tuvieron una prueba de barrera positiva.

Fuente: pacientes de la Unidad Médica de Alta Especialidad Numero 4 "Luis Castelazo Ayala"

DISCUSION

Hasta el 80% de las mujeres con POP no se quejan de incontinencia urinaria. Esto a pesar de que en la exploración física o el estudio urodinámico se evidencia la fuga de orina con reducción del prolapso. Este fenómeno se conoce como incontinencia urinaria de esfuerzo oculta. La frecuencia de la incontinencia urinaria oculta en la población de pacientes estudiadas en la Unidad médica de alta especialidad Luis Castelazo Ayala fue del 19% lo cual se corresponde con lo reportado en la literatura por Lore Schierlitz y cols, quienes realizaron un estudio multicéntrico controlado aleatorizado con colocación de cinta libre de tensión TVT, en pacientes con prolapso de órganos pélvicos en estadios avanzados reportando una prevalencia de IUO del 17 %.

C. Reena y cols (2007) detectaron una tasa de IUO preoperatoria de 67.9% en 78 pacientes con prolapso de órganos pélvicos, sin encontrar asociación con la paridad de la paciente²⁶ Nuestro estudio no evaluó la correlación de los antecedentes obstétricos en relación a IUO, lo cual se considerara para futuras investigaciones.

Por otra parte Bandr y colaboradores (2013) evaluaron las tasas de IUE de novo postoperatorias en pacientes sometidas a reparación de prolapso de órganos pélvicos, reportando una tasa del 4% al año de seguimiento de los cuales 94% fueron defectos de pared vaginal anterior, siendo el grado más frecuente el estadio II (52.5%) seguido del estadio III (28.5%) similar a lo reportado en nuestro estudio donde el estadio más frecuente fue el de la pared vaginal anterior (IIIBA) con una tasa del 37%.

Así mismo Michael L. y colaboradores evaluaron los cambios urodinámicos en pacientes con y sin reducción del prolapso de órganos pélvicos con taponamiento vaginal, detectando una frecuencia de IUO del 50% siendo la mayor incidencia de IUO en estadios con defectos apicales,³⁰ no concordando con los hallazgos de nuestro estudio donde la tasa de defectos apicales fue del 50% global, al realizar el análisis de la concordancia del tipo de prolapso y el diagnóstico de IUO los defectos de pared vaginal anterior tuvieron una tasa

global de 71% (estadios IIIBA , IV BA) Esto apoya el hecho de que el acodamiento del ángulo de la uretra condiciona de forma directa la IUO.

En relación a la detección de IUO con prueba de barrera Steven Kleeman y cols detectaron IUO en 1.9% de 53 pacientes, con un predominio del 33.85 % de grado III de acuerdo a escala de badén y Walker de pared vaginal anterior, lo cual no concuerda con lo reportado en nuestro estudio donde la tasa de detección fue del 19%, esto puede deberse al tamaño de la muestra de nuestro estudio. En base a nuestros resultados postulamos que la IUO detectada en nuestra población concuerda con lo reportado en la literatura.

CONCLUSION

La importancia de conocer la frecuencia de la Incontinencia urinaria de esfuerzo oculta en las pacientes con prolapso de órganos pélvicos estadios III-IV, nos sirve para replantear la cirugía y evitar que se presente IUE postoperatoria como han señalado diversos autores en la literatura científica. Aunque aún existe controversia en cuanto al manejo de la misma en la literatura mundial, el beneficio para la paciente sería indudable al mejorar su calidad de vida, dado que la presencia de incontinencia urinaria en una paciente previamente continente es frustrante tanto para el médico como para la paciente. En nuestro medio acuden un gran número de pacientes por disfunción del piso pélvico y el personal médico tiene un pobre conocimiento para la detección de IUO. Nuestro estudio concluye que la frecuencia de IUO en nuestra población es del 19% con detección mediante taponamiento vaginal. Los resultados serán la base de estudios de investigación prospectivos, que estén obligados a responder a la pregunta de la incidencia de IUE postoperatoria en pacientes previamente continentes después de la reparación de POP y que contribuyan con datos que sustenten guías de práctica clínica para el manejo de esta patología que sería una herramienta útil para el médico y en beneficio de nuestra población derechohabiente.

BIBLIOGRAFIA

1. Tiesca Molina R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2005; 21: 76-86.
2. Badia Xavier, García A F. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud. En: La Investigación de Resultados en Salud. Barcelona: Edimac; 2000. 61:78.
3. Ballina García, F Javier. Medición de la calidad de vida en la artritis reumatoide. Rev Esp Reumatol. 2002; 29:56-64. - vol.29 núm 02
4. Carr AJ, Thompson PW, Kirwan JR. Quality of life measures. Br J Rheumatol 1996; 35:275-81.
5. Burrows L, Meyn L, Walters M, Weber A. Pelvic symptoms in women with pelvic organ prolapse. ObstetGynecol 2004; 104(5):982-8.
6. Swift SE. Pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol. 183:277–285; 2000.
7. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P *et al*. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J ObstetGynecol 1996;175:10-7.
8. R. Ann Word, SujathaPathi, Joseph I. Schaffer Pathophysiology of Pelvic Organ Prolapse. Obstet Gynecol Clin N Am 36 (2009) 521–539.
9. Marambio A., Sandoval S., Valdevenito R., Naser M., Manriquez V., Guzmán R., Lecannelier J., Abedrapo M., Jans J., Aguilera A. Prolapso Genital. Etiopatología, Diagnóstico y tratamiento. Rev Hosp Clín Univ Chile 2011; 22: 211 – 20.
10. Life span model causal factors of pelvic. floor disorders. Am J Obstet Gynecol 2008.
11. B.T Haylen, D de Ridder, R.M Freeman, S.E Swift, B. Berghmans. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) Join report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. IntUrogynecol J (2010) 21: 5-26.
12. KavenBaessler, Christopher Maher. Pelvic organ prolapse surgery and bladder function. Int Urogynecol J (2013) 24:1843–1852.

13. Espejo Maldonado E, Carmona Salgado M, Tallada Buñuel M, Cózar Olmo JM, Vicente Prados FJ. Stress urinary incontinence. Integral repair of pelvic floor defects. *Arch Esp Urol*, 2002;55:1049- 55.
14. E.R. Casiano, J. B Gebhart, C. J Klingele, E.C. Trabuco. Does concomitant prolapse repair at the time of midurethral sling affect recurrent rates of incontinence? *IntUrogynecol J* (2011) 22: 819-825.
15. Sinha D, Arunkalaivanan AS. Prevalence of occult stress incontinence in continent women with severe genital prolapse, 2007; 27:174-6.
16. P. Ricci, V. Solá y J. Pardo. Incontinencia de orina oculta en mujeres con prolapso genital severo. *Archivos Españoles de Urología*, vol. 63, núm. 3, 2010, pp. 188-194
17. Veronikis DK, Nichols DH, Wakamatsu MM (1997) The incidence of low-pressure urethra as a function of prolapse-reducing technique in patients with massive pelvic organ prolapse (maximum descent at all vaginal sites). *Am J ObstetGynecol* 177(6):1305–1313, discussion 1313–1314.
18. Chaikin DC, Groutz A, Blaivas JG (2000) Predicting the need for anti-incontinence surgery in continent women undergoing repair of severe urogenital prolapse. *J Urol* 163(2):531–534
19. Lore Schierlitz, P. L. Dwyer. Pelvic organ prolapsed surgery with and without tension free vaginal tape in women with occult or asymptomatic urodynamic stress incontinence: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J* DOI 10. 1007/00192 -013-2150-7.
20. Roovers JP, Oelke M. Clinical relevance of urodynamic investigation test prior to surgical correction of genital prolapsed: a literature review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2007; 18:455-60.
21. A.G Visco, L. Brubaker, I. Nygaard, H.E Richter, G. Cundiff. The role of preoperative urodynamic testing in stress-continet women undergoing sacrocolpopexy: the colpopexy and urinary reduction efforts (CARE) randomized surgical trial. *Int Urogynecol J* (2008) 19: 607-614
22. Mark malak, the role of antiincontinence surgery in management of occult urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J* (2012) 23: 823-825.
23. Glazener CM, Cooper K (2001). Anterior vaginal repair for urinary incontinence in women (review) .*Cochrane Database Syst Rev*: 1-32.

24. Romanzi LJ (2002) Management of the urethral outlet in patients with severe prolapse *Curr Opin Urol* 12 (4):339-344.
25. Ates Karateke, Niyazi Tug , Cetin Cam, Selcuk Selcuk, Mehmet Resit Asoglu, Concomitant surgical correction of occult stress urinary incontinence by TOT in patients with pelvic organ prolapse, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2011. 154 (2011) 105–107
26. C. Reena A.N. Kekre, N. Kekre Occult stress incontinence in women with pelvic organ prolapse, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2007) 97,31–34
27. Bandr A. Hafidh, Queena Chou, Mohamed M. Khalil. De novo stress urinary incontinence after vaginal repair for pelvic organ prolapse: one-year follow-up. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 168 (2013) 227–230.
28. Haessler AL, Lin LL, Ho MH, Betson LH, Bhatia NN. Reevaluating occult incontinence. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005; 17:535 40.
29. Lore Schierlitz, P. L. Dwyer. Pelvic organ prolapsed surgery with and without tension free vaginal tape in women with occult or asymptomatic urodynamic stress incontinence: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol*. 2013. J DOI 10. 1007/00192 -013-2150-7.
30. Michael L, Gallentine and R Duane Céspedes, Occult stress urinary incontinence and effect of vaginal vault prolapse on abdominal leak point pressures, *Urology* 57 (1) 2001

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Incidencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta en estadios avanzados de prolapso de órganos pélvicos"
Patrocinador externo (si aplica):	No
Lugar y fecha:	Jun-Dic en la UMAE núm. 4 "Luis Castelazo Ayala"
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar Frecuencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta en estadios avanzados de prolapso de órganos pélvicos
Procedimientos:	Mediante maniobras de exploración y urodinámica identificar la presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo oculta.
Posibles riesgos y molestias:	No hay molestias ni riesgos en los participantes
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar la frecuencia en las pacientes con prolapso severo de incontinencia urinaria de esfuerzo oculta
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará oportunamente sobre el resultado al Hospital Sede mediante una sesión general para que valore los resultados de este estudio y sea de beneficio al paciente para mejorar su Calidad de Vida
Participación o retiro:	No aplica
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá total hermetismo de los resultados recabados y discreción del Médico Investigador.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: Mejoría de la calidad de Vida e identificar la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Edna Cortes Fuentes

Colaboradores: Dra. Fabiola González Villarreal

Declaro libremente que acepto participar en el estudio "FRECUENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO OCULTA EN ESTADIOS AVANZADOS DE PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS" que se realiza en Hospital de Ginecoobstetricia UMAE num 4 "Luis Castelazo Ayala". Es de mi conocimiento que puede retirarse libremente de este estudio sin que esto implique una sanción o penalización para mi atención subsecuente cuando así lo desee. También se me ha informado que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio. Así mismo, los investigadores serán libres de cualquier responsabilidad sobre la salud de mi persona ocasionada por cualquier otra causa ajena a la presente investigación.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente.

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO 2

<u>Instrumento de recolección de datos</u>					
1.-Nombre y teléfono.					
2.-Edad:					
3.-Escolaridad	Primaria o menos	Secundaria	Bachillerato	licenciatura	Posgrado y más.
4.-Ocupacion	Hogar	Empleada	Obrera	Comerciante	Profesionista
5.-Gestas:	Partos:	Cesáreas:	Abortos:		
6.-Prueba de barrera	Positiva	Negativa			
7.-incontinencia urodinámica de esfuerzo	Positiva	Negativa	Observación: de ser positiva, especificar el punto número 8.		
8.-PMCU:					