



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACTULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO

HOSPITAL GENERAL ACAPULCO

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE LA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**MEJORIA EN CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST CIRUGÍA ANTI
INCONTINENCIA CON TÉCNICA DE BURCH MODIFICADA POR
TANAGHO**

Presenta:

Dra. Tania Ramírez Flores

Asesor metodológico:

Dr. Raymundo Cruz Segura

Asesor conceptual:

Dr. Jorge Luis Nájera Mónica

Acapulco, Guerrero, Mayo 2017



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.

**MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST CIRUGÍA
ANTI INCONTINENCIA CON TÉCNICA DE BURCH MODIFICADA POR
TANAGHO**

DR. CARLOS DE LA PEÑA PINTOS
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO

DRA. MARIBEL OROZCO FIGUEROA
SUBDIRECTOR DE ENSEÑZA E INVESTIGACION
DE LA SECRETARIA DE SALUD

DR. FELIX EDMUNDO PONCE FAJARDO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL ACAPULCO

**MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST CIRUGÍA
ANTI INCONTINENCIA CON TÉCNICA DE BURCH MODIFICADA POR
TANAGHO**

DR. MARCO ANTONIO ADAME AGUILERA
JEFE DE ENSEÑANZA
HOSPITAL GENERAL ACAPULCO

DR. MANUEL SAENZ CABRERA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL ACAPULCO

Agradecimientos

Dios tu amor y bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda y cuando caigo y me pones a prueba aprendo de mis errores y me doy cuenta que los penes en frente mío para que mejore como ser humano y crezca de diversas maneras.

Este trabajo de tesis ha sido una gran bendición en todo sentido y te lo agradezco Padre, y no cesan mis ganas de decir que es gracias a ti que esta meta está cumplida. Cada momento que he vivido durante todos estos años son simplemente únicos, cada oportunidad de corregir un error, la oportunidad de que cada mañana puedo empezar de nuevo, gracias por estar presente no solo en esta etapa tan importante de mi vida, sino en todo momento ofreciéndome lo mejor y buscando lo mejor para mi persona

A mis padres por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien pero más que nada por su amor.

Al padre de mis hijas por su apoyo en cuidar a mis tesoros en todo momento ya que gracias a él pude concluir tranquilamente este sueño al saber que siempre mis hijas estaban muy bien cuidadas y que a pesar de mi ausencia por mis horarios el cubrió ese amor y dedico su tiempo a no permitir que mis muñecas resintieran mi ausencia.

A mis preciosas hijas por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

Al Dr. Francisco Salado Morales por su gran apoyo y motivación en cada etapa de este camino, su asesoría, sus conocimientos, sus enseñanzas y su dedicación fue una pieza clave para desarrollar y culminar con éxito mi especialidad

A mis compañeros de servicio quienes a través del tiempo fuimos fortaleciendo una amistad y creando una familia, muchas gracias por convivir todo este tiempo conmigo, por compartir experiencias, alegrías, frustraciones, llantos, tristezas, peleas, celebraciones y múltiples factores que ayudaron a que hoy seamos como una familia, por crecer juntos en este proyecto, muchas gracias.

INDICE

1. Resumen o introducción.....	7
2. Planteamiento del problema.....	8
3. Justificación.....	10
4. Fundamento teórico.....	11
5. Objetivos de investigación.....	31
6. Metodología.....	33
a) Definiciones operacionales (operacionalización)	
b) Tipo y diseño general del estudio	
c) Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis observación.	
d) criterios de inclusión y exclusión	
e) intervención propuesta (sólo para este tipo de estudios)	
f) procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos	
g) Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos	
7. Plan de análisis de los resultados.....	38
8. Referencias bibliográficas.....	59
9. Cronograma.....	64
10. Presupuesto.....	74
11. Anexos.....	64

Resumen

Antecedentes: Se calcula que en el mundo existen alrededor de 200 millones de mujeres viviendo con síntomas de incontinencia urinaria (esto es, alrededor del 30% de las mujeres mayores de 60 años) y se calcula que en Estados Unidos se gasta cada año alrededor de 16 billones de dólares en el cuidado de pacientes con incontinencia urinaria y alrededor de 1.1 billones de dólares en productos absorbentes para adultos lo cual determina un parámetro para la calidad de vida de las mujeres.

Objetivo: Determinar el cambio en la calidad de vida en pacientes post Cirugía anti incontinencia con técnica de Burch modificada por Tanagho en el Hospital General de Acapulco.

Metodología: Estudio de cohorte retrospectiva. Se utilizaron los expedientes para localizar e identificar a las pacientes operadas con técnica de Burch modificada por Tanagho y se les realizó el cuestionario King para identificar la calidad de vida antes y después del procedimiento.

Resultados: Se muestran un 80% de pacientes que reporta su estado de salud afectado de regular a muy malo y un 100% de afectación en algún nivel de las actividades de la vida cotidiana. La medición más afectada es la de la vida sexual, ya que el 100% de las que tenían pareja se sentían limitadas por la incontinencia y de estas, más del 80% se ve afectada en la relación con la pareja. El ámbito menos afectado fue la vida familiar (63%), aunque todas refirieron salir de su casa con pañales por alguna emergencia y cuidar la cantidad de líquido que bebían sobretodo.

Conclusiones: Un 95% de la población que se sometió al procedimiento tuvo una mejoría estadísticamente significativa en el cuestionario de calidad de vida.

Planteamiento del problema

La IU es un problema común y con grandes costos para la vida de la mujer, y se estima que afecta a cerca de 200 millones de personas a nivel mundial. La prevalencia de la IU en la mujer es variable dentro de la literatura, pero se ha reportado tan alta como de 55%. Incluso este número puede llegar a ser una infraestimación, debido a que la mitad de las mujeres tienden a no reportar la incontinencia urinaria a su médico, a menudo a causa de pena, falta de conocimiento acerca del tratamiento o por considerarlo una parte natural del envejecimiento.

La determinación de la calidad de vida (CDV) ofrece información útil sobre el impacto que la IU tiene sobre la vida de la mujer, indicando los efectos de las distintas estrategias de tratamiento, así como el enfoque de la situación. Aunque la calidad de vida corresponde a un concepto abstracto, es utilizado para describir la percepción individual del bienestar físico, psicológico y social de los pacientes. La dimensión de la CDV en las mujeres con IU es relevante para la sociedad. Normalmente las mujeres presentan dificultades en reconocer, asimilar y adaptarse a la pérdida involuntaria de orina, en particular cuando algunas respuestas psicológicas como la negación, la ansiedad y la tristeza que algunas de ellas padecen, hacen difícil la búsqueda de cuidados y la adhesión a los exámenes y tratamientos médicos.

Pregunta de investigación

La pregunta que nos planteamos contestar con la presente investigación es la siguiente:

¿Cuál es la diferencia entre la calidad de vida en pacientes antes y después de la Cirugía anti incontinencia con técnica de Burch modificada por Tanagho en el Hospital General de Acapulco?

Justificación

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es un problema importante que afecta hasta el 55% de la población femenina, con una prevalencia creciente a medida que la población sigue envejeciendo. La incontinencia coloca una gran carga sobre los individuos, y el efecto económico es grande. La incontinencia urinaria de esfuerzo ocurre cuando hay una fuga involuntaria de orina durante la tos, la risa, los estornudos o la actividad física, actividades de la vida cotidiana que pueden verse altamente afectadas.

Se puede diagnosticar durante el examen físico y mediante el uso de diagnósticos de oficina de bajo costo. Aunque los tratamientos no quirúrgicos proporcionan algún beneficio, las intervenciones quirúrgicas han demostrado superioridad con respecto a la curación subjetiva y objetiva y mejoramiento a largo plazo.

Los beneficios de este estudio servirán para fortalecer la importancia del manejo de las pacientes con incontinencia urinaria y mejorarles así su calidad de vida, ofrecerles un manejo eficaz que en estudios actuales sigue siendo el estándar de oro para el manejo de la incontinencia siendo su eficacia igual a la de las técnicas actuales, sin los costos de estas, lo cual no se mide en el presente estudio pero está claramente descrito y demostrado por estudios actuales, mejorando la calidad de vida de las pacientes. Los resultados de este proyecto se publicarán en una revista indexada con el objetivo de diseminar los aportes clínicos obtenidos.

Marco conceptual

Calidad de vida: "La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (Rodríguez 2012).

Incontinencia urinaria: La incontinencia urinaria (IU), según la definición dada por la *Internacional Continente Society* (ICS), se produce por una deficiencia de las estructuras y de la función del sistema génitourinario, que conlleva una limitación o restricción en el desempeño de las actividades. Por tanto, no se puede contemplar esta disfunción como si afectara únicamente a la esfera física, sino que ha de acometerse su estudio como el de una afección que abarca también las otras esferas que componen la globalidad del individuo que la padece (Haylen 2016).

Incontinencia de esfuerzo. La IU de esfuerzo (IUE) es la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (como toser, reír, correr o andar) (Haylen 2016).

Incontinencia Urinaria Mixta. Se trata de un tipo de incontinencia que se asocia a urgencia miccional y también a los esfuerzos, al ejercicio, a los estornudos o a la tos (Haylen 2016).

Insuficiencia urinaria “continua” Es la pérdida involuntaria y continua de orina. Puede deberse a una fístula vesicovaginal, a una desembocadura ectópica de un uréter en la vulva o a una lesión grave del sistema esfinteriano (lo que se ha denominado “deficiencia esfinteriana intrínseca”) (Haylen 2016).

Enuresis nocturna. Se refiere a cualquier pérdida involuntaria de orina durante el período de sueño (Haylen 2016).

Incontinencia urinaria por rebosamiento. Algunos autores la denominan “incontinencia urinaria inconsciente”. Es la IU que se aprecia en pacientes sin deseo miccional alguno. El enfermo presenta incontinencia que suele requerir al uso de absorbentes y que origina un cuadro también denominado “retención crónica de orina”. El motivo suele ser una obstrucción infravesical con dilatación de todo el tracto urinario, incluido el superior, y que suele acompañarse de insuficiencia renal postrenal (Haylen 2016).

Otros tipos de incontinencia urinaria. Otros tipos de IU son la que se produce durante el coito, tanto en la mujer como en el varón, o climacturia (sobre todo en pacientes intervenidos de prostatectomía radical), la incontinencia con la risa (giggle incontinence) y el goteo postmiccional (Haylen 2016).

Incontinencia por urgencia. La IE de urgencia (IUU) es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de “urgencia”. Entendemos por “urgencia” la

percepción por el paciente de un deseo miccional súbito claro e intenso, difícil de demorar y con miedo al escape (Haylen 2016).

Incontinencia “funcional”. Se puede denominar así al tipo de IU que se produce en pacientes cuyo aparato urinario no tiene problema alguno, pero que debido a trastornos físicos (movilidad reducida), cognitivos (demencia), arquitecturales (barreras arquitectónicas en pacientes con movilidad reducida) o al uso de determinados medicamentos no son capaces de llegar al baño. Este tipo de IU suele observarse en pacientes ancianos, en los que pueden coexistir diversos factores como delirio, infección urinaria, atrofia vaginal, factores psicológicos, fármacos (pharmacologic en inglés), movilidad restringida, exceso de diuresis (poliuria) o impactación fecal (stool impaction en inglés), que constituye la regla nemotécnica DIAPPRES (Haylen 2016).

Nicturia. Necesidad de ir al baño durante la noche durante una o más ocasiones (Haylen 2016).

Técnica de Burch modificada por Tanagho: La técnica de Burch es un procedimiento que involucra unir la fascia periuretral al ligamento iliopectinario con múltiples suturas para estabilizar la uretra. La cirugía puede ser llevada a cabo por medio de laparotomía o laparoscopia, e incluso, puede ser asistida por medio de un robot. La colposuspensión de Burch ha demostrado superioridad al tratamiento conservador, a la farmacoterapia, colporrafía anterior, suspensiones de aguja y el procedimiento de Marshall–Marchetti–Krantz (MMK) (Sivaslioglu 2011).

Marco Legal

No existe una norma oficial mexicana para el manejo de la incontinencia urinaria, sin embargo, existe una guía práctica clínica para su diagnóstico, tratamiento y seguimiento en pacientes mexicanas (GPC 2017).

Marco Teórico

Se encontraron alrededor de 20 mil artículos con el tema de incontinencia urinaria. Sin embargo, al agregar la frase “calidad de vida” los artículos se reducen a alrededor de 11 mil artículos. Al interponer los filtros de idioma inglés y español y que sean de los últimos 5 años, se reducen a 3910 artículos. Sin embargo, obtener el artículo completo se reduce bastante pues aquellos artículos del 2016 y 2017 en su mayoría no se encuentran libres. La muestra se volvió a reducir al eliminar aquellos artículos que hablen de incontinencia urinaria en enfermedades muy específicas como lo son cáncer de próstata. A continuación, se muestra la información encontrada:

Medición de calidad de vida en la incontinencia urinaria

La determinación de la calidad de vida (CDV) ofrece información útil sobre el impacto que la IU tiene sobre la vida de la mujer, indicando los efectos de las distintas estrategias de tratamiento, así como el enfoque de la situación. Debido a esto son cada vez más consideradas parte importante en la investigación sobre temas de salud pública. Aunque la calidad de vida corresponde a un concepto abstracto, es utilizado

para describir la percepción individual del bienestar físico, psicológico y social de los pacientes. La dimensión de la CDV en las mujeres con IU es relevante para la sociedad. Normalmente las mujeres presentan dificultades en reconocer, asimilar y adaptarse a la pérdida involuntaria de orina, en particular cuando algunas respuestas psicológicas como la negación, la ansiedad y la tristeza que algunas de ellas padecen, hacen difícil la búsqueda de cuidados y la adhesión a los exámenes y tratamientos médicos (Sandvik 1993).

La calidad de vida en pacientes con IU puede medirse con diversos instrumentos validados, como ICIQ-SF, PFIQ-7, UDI-6 y IIQ-7, entre otros. Estos miden diversos aspectos de afectación de las actividades de la vida diaria de las pacientes (Espuña. 2007 & Choi 2014).

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud, reconociéndose en ella 3 dimensiones que global e integralmente pueden resumirse como: a) dimensión física, percepción del estado físico o de salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento; b) dimensión psicológica entendida como la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye creencias personales, espirituales, religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento, y c) dimensión social, percepción del individuo de las relaciones interpersonales y rol social en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y

social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral entre otros (Sjöström 2012).

Sims et al. (Sims 2012) compararon la CVRS de 624 enfermeras con IU y 3110 enfermeras sin IU, encontrando en las mujeres con IU puntajes significativamente menores en las dimensiones función física, desempeño físico, dolor corporal, salud general, función social y salud mental.

Por su parte, Coyne et al. (Coyne 2011) en Chile, en un estudio de casos y controles encontraron puntajes significativamente menores en las mujeres con IU en las dimensiones función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental.

Los resultados de la evaluación de la CV en mujeres con IU, realizada mediante el ICIQLUSTqol, mostraron una mediana de 27, con un mínimo de 20 y un máximo de 52, menor a lo encontrado por Nascimento et al., en España, quienes encontraron un puntaje promedio de 33,6 con un mínimo de 21 y un máximo de 61 (Nascimento 2015).

En un estudio realizado en Cuba por Rodríguez Elsa, (Rodríguez 2013) encontró

“un porcentaje alto de mujeres obtuvieron los puntajes más bajos en la puntuación total alcanzada en el cuestionario de calidad de vida aplicado; entre 22 y 63 el 63,29 % de todas las pacientes, todas las mujeres se mantienen con acumulados bajos. En la incontinencia urinaria mixta y en la incontinencia urinaria permanente ninguna mujer alcanzó más de 105 puntos, en la IU permanente ninguna obtuvo más de 50 puntos. Analizando con más detalle cada

una de las incontinencias cuando se calcularon qué porcentajes representaban esas medias del total de puntos a alcanzar en la IU de esfuerzo, fue del 56 % de los puntos posibles a alcanzar en la dimensión de limitación de la actividad o conducta, 51,1 % para el efecto psicosocial y un 42 % en la preocupación social. Para la IU de urgencia el comportamiento fue algo similar: 56 % de los puntos posibles a alcanzar en limitación de la actividad o conducta, 49,5 % para el efecto psicosocial y un 45,6 % en la preocupación social. Las mujeres con IU mixta obtuvieron 50 % de los posibles puntos a alcanzar en limitación de la actividad, 46,8 % en efecto psicosocial y 34,8 % en preocupación social, mientras que las mujeres con IU permanente alcanzaron 23,25 % en limitación de la actividad o conducta, 27,3 % en efecto psicosocial y 17,2 en preocupación social”.

En España, un estudio realizado por Suárez Serrano y cols (Suárez 2010) encontraron:

“Las dimensiones: salud general, gravedad e impacto de la incontinencia son las más afectadas. La correlación entre la calidad de vida y los parámetros de severidad de los síntomas es baja, siendo el número de absorbentes usados al día, el que mejor correlaciona con 5 de las 9 dimensiones, destacando la dimensión limitaciones de la AVD ($r = 0,632$ para $p = 0,000$). Las dimensiones más afectadas en nuestras participantes fueron: la percepción del estado de salud general ($59,4 \pm 19,68$), seguida de la gravedad ($59,2 \pm 29,1$), el impacto de la incontinencia ($51,6 \pm 30,16$), las limitaciones físicas ($37,33 \pm 31,3$), y las limitaciones de las actividades de la vida diaria ($35,8 \pm 31,6$). Las relaciones personales se mostraron como las menos afectadas con una puntuación media

de $9,4 \pm 18$. Las dimensiones: limitaciones físicas, limitaciones de las actividades de la vida diaria, y gravedad, que fueron algunas de las más afectadas, correlacionaron con algunos de los parámetros de severidad clínica, sobre todo: con el número de absorbentes diarios utilizados, el estado en el que se los retiraban y el tipo de absorbentes”.

De manera interesante, Carreño y cols. (Carreño 2014) en Colombia

“No encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre las mujeres con y sin IU, sin embargo, ellos evaluaron solo mujeres con sobrepeso y obesidad. Los puntajes más elevados se obtuvieron en las dimensiones función social y física. En contraste, los puntajes más bajos fueron para las dimensiones vitalidad y salud general tanto en las mujeres sin IU como en las mujeres con IU de cualquier tipo. En la población de mujeres con IU ($n = 25$), en la puntuación del cuestionario ICIQ-LUSTqol, se obtuvo una mediana de 27 con un mínimo de 20 y un máximo de 52. Se resalta que en la pregunta “le hacen sentirse preocupada o nerviosa”, el 48 %, 12 % y 4 % respondió un poco, moderadamente o mucho, respectivamente. En la pregunta “tiene que cambiarse la ropa interior porque esta mojada”, el 48 %, 4 % y 16 % respondió a veces, a menudo y siempre, respectivamente”.

Kings Health Questionnaire (KHQ)

El KHQ es un cuestionario autoadministrado y está destinado específicamente a la evaluación de la calidad de vida de la mujer con IU mediante el análisis de las áreas física, social y mental. Consta de 21 ítems que se distribuyen conforme a 9 dimensiones de valoración: percepción del estado de salud general (1 ítem), afectación por problemas urinarios (1 ítem), limitaciones en las actividades cotidianas (2 ítems), limitaciones sociales (2 ítems), limitaciones físicas (2 ítems), relaciones personales (3 ítems), emociones (3 ítems), sueño/energía (2 ítems) e impacto de la IU (5 ítems). Cada ítem es valorado según una escala de respuesta tipo Likert que da la opción de 4 respuestas posibles. El rango de puntuaciones de cada dimensión va de 0 (que reflejaría el menor impacto de la IU y, por tanto, una mejor CV) a 100 (mayor impacto y peor CV). Como resultado, este cuestionario nos permite obtener un valor integral de la CV de la paciente con IU, y también, otro valor más específico para cada dimensión dentro de la propia escala (Balci 2012).

El KHQ fue validado al español por Xavier Badía y cols y ha demostrado poseer los adecuados índices de validez y fiabilidad para poder valorar la CV de las mujeres con diferentes tipos de IU. Además, este cuestionario, en caso de que se quiera o se necesite saber el tipo de incontinencia de cada persona que lo realice, cuenta con un apartado destinado a los síntomas urinarios, que no se tiene en cuenta a la hora del cálculo de la puntuación global y de las dimensiones a las que afecta la IU, pero sí para saber de qué tipo de incontinencia hablamos (Espuña. 2007).

Definición, clasificación y epidemiología de incontinencia urinaria

Muchas son las disfunciones que se presentan relacionadas con la región pélvica de la mujer, por ejemplo, los prolapsos urinarios y genitales (descenso de los órganos urinarios y genitales), los partos distócicos (ej. retención del producto durante el parto) y las incontinencias fecal y urinaria (salida involuntaria de excremento y orina) (Kocaöz 2012).

Se calcula que en el mundo existen alrededor de 200 millones de mujeres viviendo con síntomas de incontinencia urinaria (esto es, alrededor del 30% de las mujeres mayores de 60 años) y se calcula que en Estados Unidos se gasta cada año alrededor de 16 billones de dólares en el cuidado de pacientes con incontinencia urinaria y alrededor de 1.1 billones de dólares en productos absorbentes para adultos (Coyne 2012).

En México se considera que la cifra de mujeres con síntomas de incontinencia urinaria puede oscilar entre un 15 y un 30%, sin embargo, existen pocos trabajos sistemáticos que muestren la prevalencia de incontinencia urinaria ni los costos que esta enfermedad implica. Por otra parte, es necesario conocer los factores intrínsecos (problemas fisiológicos o anatómicos) y extrínsecos (ej. partos y/o envejecimiento) que se encuentran relacionados con el desarrollo de la incontinencia urinaria (Sirls 2013).

En la literatura se menciona que para una adecuada contención y evacuación de la orina es necesario que todos los componentes anatómicos y fisiológicos que intervienen en estos procesos estén en buenas condiciones, es decir, sin patologías fisiológicas, por tanto, mucha investigación se ha centrado en el entendimiento de la micción y de los factores fisiológicos y anatómicos subyacentes a ésta (Cerruto 2013).

La micción es un reflejo que permite el vaciamiento de la vejiga urinaria cuando ésta ha alcanzado su límite de llenado e involucra el almacenamiento progresivo de orina en la vejiga hasta que ésta alcanza su umbral, desencadenando un reflejo nervioso llamado reflejo de micción; la vejiga se contrae y la orina fluye a través de la uretra. En el inicio y mantenimiento de dicho reflejo, así como en el proceso de contención de la orina intervienen la contracción coordinada del músculo detrusor (vejiga) y de los músculos de la pared abdominal, así como la relajación de los músculos del piso pélvico y de los esfínteres uretrales interno y externo, por lo que ambas estructuras están bajo un fino control nervioso central, periférico y autónomo tanto simpático como parasimpático permitiendo un adecuado cerrado uretral. Se ha descrito que en el cerrado uretral participan dos mecanismos: el permanente y el complementario. El cerrado permanente de la uretra está dado por la mucosidad secretada por la pared interna de la uretra, la cual incrementa la presión intrauretral, y por el tono tanto de la musculatura lisa como del esfínter uretral y posiblemente de los músculos del piso pélvico. Éste es favorecido por la posición anatómica tanto del cuello de la vejiga como de la uretra proximal durante el descanso, por tanto, para que la orina fluya a través de la uretra es necesario la relajación de los músculos del piso pélvico lo que provoca la abertura de la uretra (Minassian 2012).

La incontinencia urinaria es definida por la International Continence Society como la queja de cualquier salida involuntaria de orina. Se ha clasificado de acuerdo al nivel de afección y se estipula que básicamente existen dos orígenes: la intrauretral y la extrauretral. Entre las causas de incontinencia extrauretral se mencionan diferentes patologías como las fístulas genitourinarias, el uréter ectópico y el divertículo uretral. La

incontinencia urinaria intrauretral se ha relacionado con anomalías en músculo detrusor debidas a la pérdida del soporte anatómico de la uretra y de la unión uretrovesical, a la inestabilidad sensorial relacionada con alteraciones de origen neurológico y al aumento de la presión intravesical sobre la presión uretral, debida a la sobre distensión de la vejiga urinaria. Dentro de la incontinencia de origen intrauretral se encuentran que las variantes por esfuerzo (donde la orina sale por esfuerzos repentinos como toser o estornudar), de urgencia (donde repentinamente surge el deseo de orinar y no se puede contener la orina) y mixta se presentan con mayor prevalencia. Se han reportado otros tipos de incontinencia menos frecuentes como incontinencia por rebosamiento y permanente donde hay fluido constante de orina. En 2016 se decretó que la antigua definición era impráctica para estudios epidemiológicos a gran escala, los cuales usualmente se basan en cuestionarios validados o entrevistas. Sin embargo, la actual definición es demasiado permisiva y potencialmente pudiera incluir a cualquier paciente con incluso un episodio de IU en su vida. A pesar de esta discrepancia, los últimos reportes de la ICS mencionan que la IU debe ser descrita más a fondo especificando frecuencia, severidad, factores de riesgo, impacto social e higiénico, además de los efectos en la calidad de vida (Haylen 2016).

La IU es un problema común y con grandes costos para la vida de la mujer, se estima que afecta a cerca de 200 millones de personas a nivel mundial. La prevalencia de la IU en la mujer es variable dentro de la literatura, pero se ha reportado tan alta como de 55%. Incluso este número puede llegar a ser una infraestimación, debido a que la mitad de las mujeres tienden a no reportar la incontinencia urinaria a su médico, a menudo a causa de pena, falta de conocimiento acerca del tratamiento o por considerarlo una parte natural del envejecimiento (Norton 2006).

La prevalencia de la incontinencia urinaria mixta (IUM) (tanto IUE como IUU) puede variar del 14% al 61%. El costo de la IU en términos humanos y financieros es alto. La IU tiene un impacto negativo en la calidad de vida, y contribuye a condiciones como la depresión, caídas y admisión a asilos. El riesgo ajustado para admisión a asilos con IU es de 2.0 para mujeres y de 3.2 para hombres. El costo anual total de la incontinencia urinaria en los Estados Unidos de América se estima en cerca de \$32,000 millones de dólares (Cheater 2014).

Los factores de riesgo para la IU incluyen la historia de embarazos y partos previos, tanto por vía vaginal como cesárea, siendo la incidencia de IU en nulíparas de 10.1%, de 15.9% en mujeres con cesárea y de 21% en mujeres con partos vaginales, muy posiblemente debido a daños en la musculatura del piso pélvico y tejido conectivo. La histerectomía también se ha relacionado con la incontinencia urinaria, particularmente con la IUE, puesto que la histerectomía puede afectar los músculos del piso pélvico, contribuyendo al prolapso e incontinencia. Se han relacionado otros factores como las Infecciones recurrentes del tracto urinario, un alto índice de masa corporal (IMC), y la edad avanzada (Cerruto 2013).

Severidad de la incontinencia urinaria

Dado que en la mayoría de los estudios y pacientes la IU no es necesariamente demostrable de manera objetiva o cuantitativa, y aun así es necesario clasificar el cuadro dependiendo de la severidad y característica personal para un adecuado manejo existe una gran serie de indicadores de severidad que buscan estratificar a los

pacientes de acuerdo a la cantidad de líquido perdido o alteraciones a la calidad de vida (Andrade 2013).

Sandvick y colaboradores desarrollaron un índice de severidad que validaron al pesar la cantidad de orina que fugaba cada paciente a las 48 hrs. Encontró que, aunque 29.4% de su población estudiada presentaba fuga de orina, tan solo el 6% lo hacía en cantidades significativas como para considerarse una patología que alterara la calidad de vida, y así, considerarse un paciente potencial. Además, sus estudios demostraron un incremento de fuga con la edad. Y aunque, dicha herramienta fue desarrollada para evaluaciones epidemiológicas, se han propuesto modificaciones para evaluar los tratamientos en la práctica clínica general.

El índice de gravedad se basa en información sobre la frecuencia y la cantidad de fugas. En base al puntaje obtenido en el cuestionario se clasifica la incontinencia urinaria en leve, moderada, severa y muy severa (Sandvick 2000).

Diagnóstico de la Incontinencia Urinaria

Existen diversas formas de diagnosticar la IU, en donde la urodinamia es el estándar de oro, sin embargo, existen otras maneras de llevar a cabo el diagnóstico sin necesidad de realizar dicho procedimiento, los cuales se describirán a continuación:

Exploración física - uroginecológica

La exploración física debe estar perfectamente sistematizada. Se suele realizar en posición de litotomía dorsal o posición de Sims y con la vejiga llena. La exploración incluye:

- Exploración general:

- La evaluación de los prolapsos genitales asociados. La presencia o ausencia de celes de cualquiera de los tres compartimentos.
- Genitales externos, donde veremos el estado de la vulva y el periné, las posibles alteraciones congénitas o adquiridas por los partos como las cicatrices de las episiotomías o enfermedades infecciosas, así como trastornos tróficos como la presencia de liquen escleroatrófico.
- El meato uretral para descartar la presencia o ausencia de carúnculas uretrales y de prolapsos de la mucosa uretral.
- El estado y trofismo de la mucosa vaginal.
- Testing perineal. Consiste en valorar la integridad y la fuerza del músculo elevador del ano, para esto debemos de saber identificar éste que encontraremos a ambos lados y al fondo de la vagina. Después se manda a la enferma que contraiga con fuerza la musculatura perineal y valoraremos la intensidad según la escala de Oxford de 0 a 5. La debilidad en la contracción refleja déficit de la inervación o desgarros musculares. Escala de Oxford modificada:

0. Masa muscular ausente.

1. Muy débil. Contracción muy débil o fluctuante.

2. Débil. Aumento de la tensión.

3. Moderada. Tensión mantenida.

4. Buena. Tensión mantenida con resistencia.

5. Fuerte. Tensión mantenida con fuerte Resistencia.

- Una exploración neurológica básica de la zona lumbosacra, así como los reflejos bulbo-cavernoso y anocutáneo.

- La demostración del escape de orina debe hacerse primero en decúbito, haciendo toser a la paciente y observando el posible escape de orina por la uretra. Si no hay escapes debe repetirse con la paciente en bipedestación.

Prueba de Marshall-Bonney: Se manda a la enferma que tosa, observando la incontinencia urinaria acompañada o no de prolapso de la pared vaginal anterior y del teórico cuello de la vejiga. A continuación, se introducen con suavidad dos dedos lubricados en la vagina o la pinza de Marshall, colocándolos a la altura teórica del cuello vesical y se recomienda a la enferma que tosa de nuevo comprobando que al suspender el cuello de la vejiga se produce la ausencia de la pérdida de orina que si tenía antes de la suspensión. Un test de Bonney positivo nos augura un buen resultado quirúrgico.

- *Test de Ulmsten:* Consiste en colocar el dedo índice en la zona medio uretral de la pared vaginal anterior y sin tensión de éste, mandamos toser a la enferma y observamos si se produce la desaparición de la incontinencia urinaria de esfuerzo que antes presentaba, siendo como la prueba de Bonney una buena señal de la probable buena respuesta a las cirugías de las bandas uretrales libres de tensión.

- *Q-TIP test:* Se introduce un isopo o una sonda lubricada por la uretra hasta superar el esfínter uretral interno, y se mide el ángulo de éste en reposo y tras prensa abdominal

con respecto de la horizontal, la variación debe de ser menor de 30 grados si no existe hipermotilidad uretral y mayor si existe ésta.

Según sea la intensidad de la incontinencia de esfuerzo, se puede clasificar en: Grado 1: alta presión abdominal (estornudo intenso), Grado 2: moderada presión abdominal (correr, leve estornudo), Grado 3: leve presión abdominal (andar), Grado 4: cambios de posición (Hersh 2013).

Tratamiento

En la actualidad existen diferentes tratamientos, los cuales reportan un elevado éxito de recuperación entre los que destacan la terapia con medicamentos, tratamiento hormonal, la cirugía, así como los ejercicios de Kegel. Es claro que la eficacia de ellos aumentará en tanto haya más conocimiento sobre los mecanismos básicos de tal padecimiento. La literatura médica indica que existen una gran variedad de técnicas para el tratamiento de la incontinencia urinaria y éstas deberán ajustarse más al tipo de paciente que al tipo de incontinencia que padezca. Entre las diferentes técnicas de tratamiento existe el tratamiento conservador, farmacológico o quirúrgico. El tratamiento conservador es considerado en la actualidad como un elemento esencial en el abordaje terapéutico. Generalmente su aplicación es previa y/o simultánea a otras medidas farmacológicas o quirúrgicas e incluye las siguientes medidas generales: ingesta moderada de líquidos (1-1,5 l/día), evitar cafeína y alcohol y fortalecer la musculatura pélvica incluyendo técnicas de BF (bio-feedback) (Shamliyan 2012).

El empleo de fármacos, en el tratamiento de la incontinencia urinaria, se basa en la existencia de neuroreceptores colinérgicos, beta adrenérgicos y alfa adrenérgicos, que producen contracción o relajación vesicouretral en función del fármaco administrado (Shamliyan 2012).

El tratamiento quirúrgico es el adecuado en los pacientes en los que el tratamiento conservador ha fracasado o en aquellas personas con incontinencia urinaria de esfuerzo moderada-severa. Su propósito es incrementar la resistencia uretral para evitar el escape de orina por la uretra durante los aumentos de la presión intraabdominal, preservando el vaciamiento vesical completo a baja presión.

El propósito de las técnicas quirúrgicas es colocar el cuello vesical y la uretra proximal en una posición intraabdominal y lograr una compresión adecuada de la unidad esfinteriana. Las técnicas más utilizadas hasta el momento eran la colposuspensión de Burch o la técnica de Marshall-Marchetti-Krantz, sin embargo, ambas se han visto remplazadas con la aparición de las cintas suburetrales. Ulmsten y Petros fueron los primeros en describir la técnica con cinta vaginal libre de tensión y desde entonces se han convertido en unas de las técnicas quirúrgicas más utilizadas. Se ha demostrado que la utilización de dichas cintas posee una tasa de éxito mayor que otras técnicas quirúrgicas y que el tiempo de recuperación tras su colocación es menor que con la cirugía convencional (Björk 2014).

La evidencia médica indica que el tratamiento quirúrgico es considerado como el más efectivo para la resolución de la IUE, sin embargo, los efectos secundarios postoperatorios han favorecido la utilización de otros métodos menos agresivos para el tratamiento de la IUE siendo uno de los más utilizados actualmente la rehabilitación de

la musculatura del suelo pélvico mediante diversos métodos de entrenamiento (Nascimento 2012).

Técnica de Burch modificada por Tanagho

En una revisión de Cochrane acerca de las colposuspensiones retropúbicas abiertas, que incluyó 53 estudios (n=5,244), reporta una tasa de éxito global, entre 68.9- 88%.

Un metanálisis de ocho ensayos aleatorios que compararon la colporrafia anterior con otras técnicas retropúbicas abiertas demostró una tasa de fracaso subjetivo más alta para la colporrafia anterior que para la colposuspensión de Burch abierta tanto en el corto plazo (29% versus 14% en 12 meses; RR 1.89, 95% IC 1.39–2.59); y a largo plazo (41% versus 17% después de 12 meses; RR 2.50, 95% IC 1.92–3.26) (Glazener 2004).

Este metanálisis también revisó 12 ensayos (n = 1,260) comparando el procedimiento de Burch abierto con el procedimiento laparoscópico de Burch y no encontró diferencia significativa en la incontinencia reportada por el paciente entre 1 año y 5 años de seguimiento (RR 0,97, IC del 95% 0,75-1,03) (Schaffer 2012).

El éxito a largo plazo de la colposuspensión de Burch abierta fue demostrado por Sivaslioglu et al. en 262 pacientes con una tasa de éxito del 84% a los 7 años. Sin embargo, en el largo plazo las tasas de éxito disminuyen. Por otro lado, el seguimiento de 190 mujeres que se sometieron a una colposuspensión abierta de Burch demostró

incontinencia urinaria significativa en el 56% de los pacientes a los 14 años, mientras que sólo el 19% de las mujeres permanecieron completamente secas.

En general, la colposuspensión de Burch se ha documentado como una opción quirúrgica segura y efectiva para la IUE y puede considerarse para mujeres sometidas a un procedimiento abdominal abierto para cirugía concomitante (por ejemplo, cirugía de prolapso de órganos pélvicos) (Lapitan 2012).

Objetivos

General

- Determinar la mejoría de la calidad de vida en pacientes post Cirugía anti incontinencia con técnica de Burch modificada por Tanagho en el Hospital General de Acapulco

Específicos

- Determinar las características clínicas de la población evaluada
- Identificar los niveles de calidad de vida en los componentes físico y mental
- Identificar las limitaciones en las actividades diarias
- Identificar las limitaciones sociales
- Identificar los problemas en las relaciones personales

Hipótesis

Las pacientes post Cirugía anti incontinencia con técnica de Burch modificada por Tanagho tendrán mejoría en la calidad de vida

Hipótesis Nula

Las pacientes post Cirugía anti incontinencia con técnica de Burch modificada por Tanagho no tendrán mejoría en la calidad de vida

Pacientes y métodos

Diseño de estudio: El presente trabajo se plantea como un estudio cuasiexperimental

Lugar y fecha: Se llevó a cabo en un solo centro hospitalario en el hospital general de Acapulco, del Estado de Guerrero, México durante el período comprendido entre septiembre de 2016 a septiembre de 2017, sobre los expedientes y las pacientes del 2015 al 2017

Universo de trabajo:

Pacientes del servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital General de Acapulco

Unidad de análisis

Pacientes post Cirugía anti incontinencia con técnica de Burch modificada por Tanagho en el Hospital General de Acapulco

Selección y tamaño de la muestra

La muestra fue no probabilística, por medio del método de casos consecutivos a conveniencia.

Se tomó en un solo centro hospitalario, en el hospital general de Acapulco, del Estado de Guerrero, México durante el período comprendido entre septiembre de 2016 a septiembre de 2017, sobre los expedientes del 2015 al 2017. Todas las

pacientes que cuenten con los criterios de selección fueron llamadas para realizar el cuestionario vía telefónica.

Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

- ❑ Que acepten contestar el cuestionario
- ❑ Que tengan manera de localizarse telefónica o personalmente
- ❑ Entre 30 y 60 años
- ❑ Que hayan sido operadas bajo la técnica de Burch modificada por Tanagho

Criterios de no inclusión:

- ❑ Personas con discapacidad física y mental que le impida contestar la encuesta sobre CVRS.
- ❑ Pacientes que hayan estado hospitalizados dentro del primer mes antes de aplicar el instrumento para medir calidad de vida
- ❑ Pacientes con otras enfermedades en estadios terminales (cáncer, insuficiencia cardiaca, insuficiencia hepática, renal, etc.)

Criterios de Eliminación:

- ❑ Pacientes que no hayan contestado en forma completa el cuestionario.

Variables incluidas en el estudio

Variables dependientes:

- **Calidad de vida:** Grado de bienestar físico, emocional y social de la paciente en relación con los síntomas y severidad de la incontinencia urinaria. Se medirá con las escalas el Cuestionario King (Anexo 2)

Variable independiente:

- Cirugía anti incontinencia con técnica de Burch modificada por Tanagho

Procedimientos:

Los datos fueron obtenidos del expediente clínico de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión. Se aplicaron los cuestionarios de la calidad de vida a todas las pacientes de cirugía anti incontinencia urinaria con la técnica de colpo-suspension retro púbrica de Burch.

Análisis estadístico

En el caso de las variables dimensionales, los datos se muestran como promedio \pm desviación estándar (de) o mediana (percentilas 25-75%); las variables nominales se muestran como números o porcentajes. La evaluación del cambio entre la calidad de vida antes y después de la cirugía se realizó mientras la prueba de Wilcoxon. Un valor $p < 0.05$ se tomó como significativo. Los análisis se realizaron con el paquete SPSS para Windows en su versión 22.

Consideraciones éticas

Los aspectos éticos de la presente investigación se han establecido en los lineamientos y principios generales que el *Reglamento de la Ley general de Salud en Materia de Investigación para la Salud* se refiere (publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984), dando cumplimiento a los artículos 13 y 14 (fracción I, II, III, IV, V, VII, VIII) del TÍTULO SEGUNDO correspondiente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. De acuerdo al artículo 17 de este mismo título, el presente trabajo de investigación se considera una *INVESTIGACIÓN CON RIESGO MENOR AL MÍNIMO*, por lo que no es necesario la firma en la hoja de consentimiento informado por escrito. De cualquier manera, se mantendrá discreción en el manejo de la información y el anonimato de los pacientes.

Se respetarán los principios éticos de autonomía (ya que el paciente decidirá de forma libre si quiere participar), de beneficencia, no maleficencia (se evitará dañar al paciente en todo momento) y de justicia (se tratará a cada paciente que participe en la investigación de forma similar en circunstancias similares).

El protocolo será sometido al Comité de Investigación y Ética del Hospital General de Acapulco.

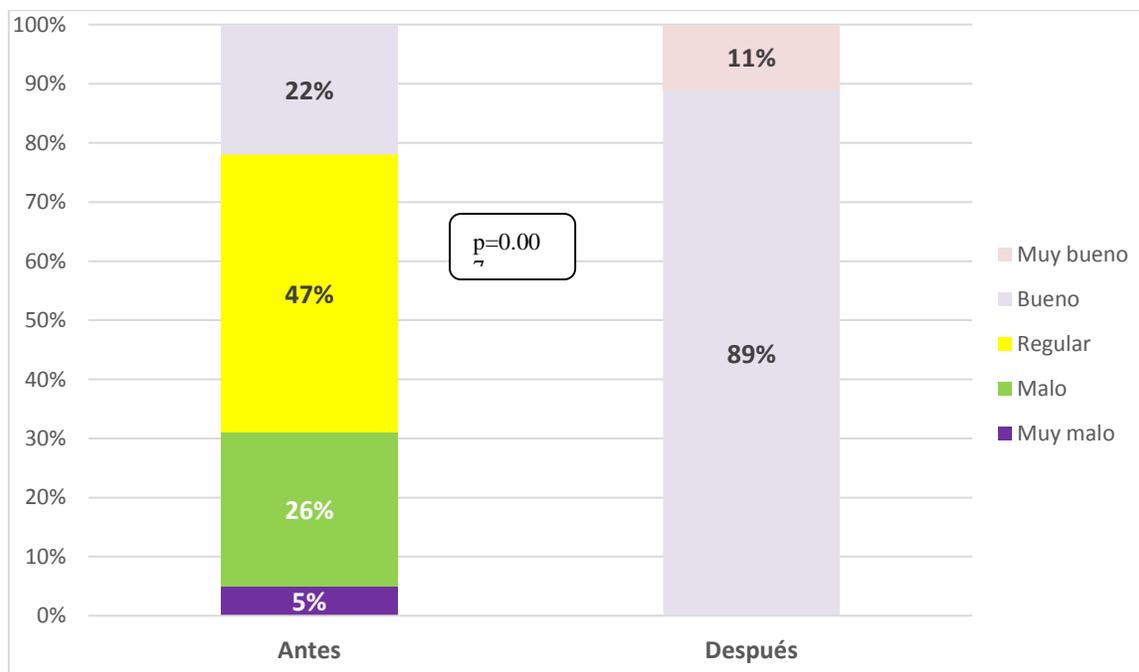
Resultados

Estado de salud

Se evaluaron 19 pacientes en total. La edad promedio de las pacientes fue de 47 años. A continuación, se presentan los resultados del cuestionario de calidad de vida y su comparación de antes y después.

En la pregunta sobre la descripción de su estado de salud, solo 4 (22%) pacientes se sentían bien, mientras que 15 pacientes tenían respuestas debajo de regular. Después de la cirugía, solo 2 pacientes tenían un estado de salud regular, y el resto se encontraba con en bueno o muy bueno (figura 1).

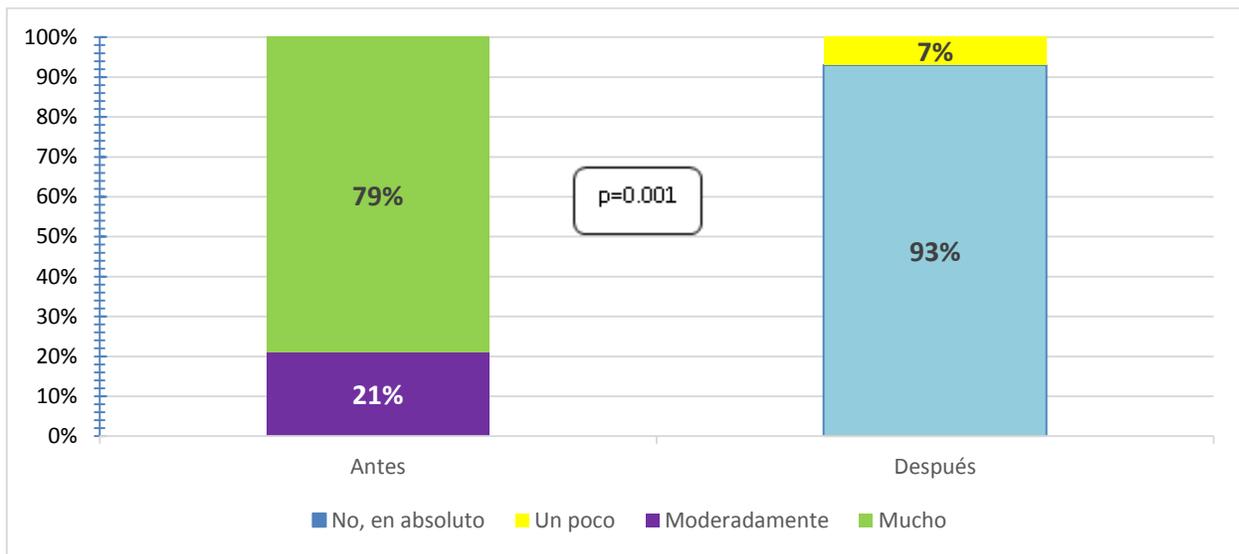
Grafico 1. Representación Del Estado De Salud



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

En la pregunta de hasta qué punto afectan su vida los problemas urinarios, antes del procedimiento, 79% de las pacientes respondió que se afectaba mucho; después, el 93% no se veía afectada en absoluto (figura 2).

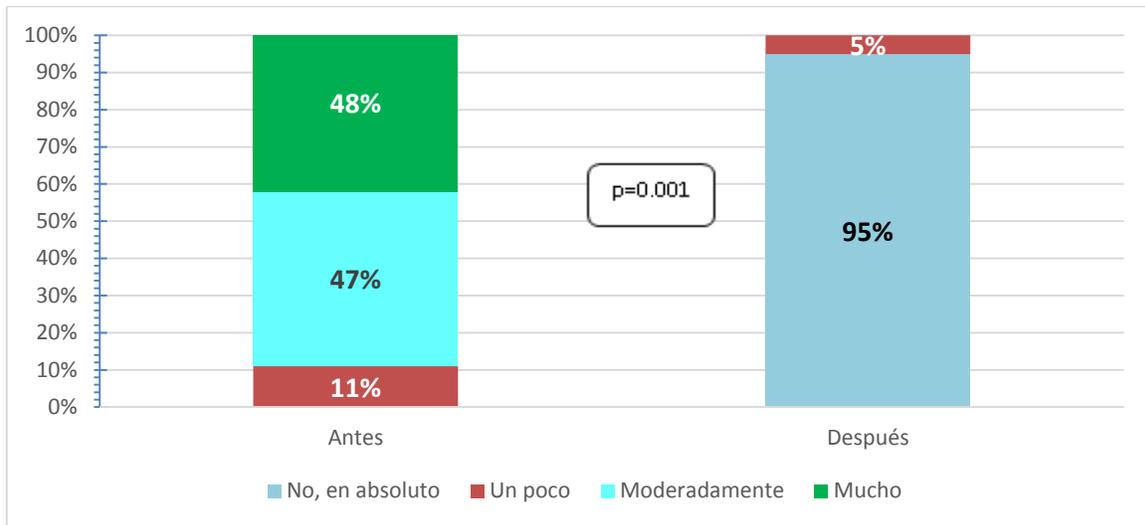
Grafico 2. Afección de vida de los problemas urinarios antes y después del procedimiento



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

En la pregunta de hasta qué punto afectan sus problemas las tareas domésticas, alrededor del 90% de las pacientes tenía limitaciones, mientras que, en la segunda medición, el 95% ya no las presentaba.

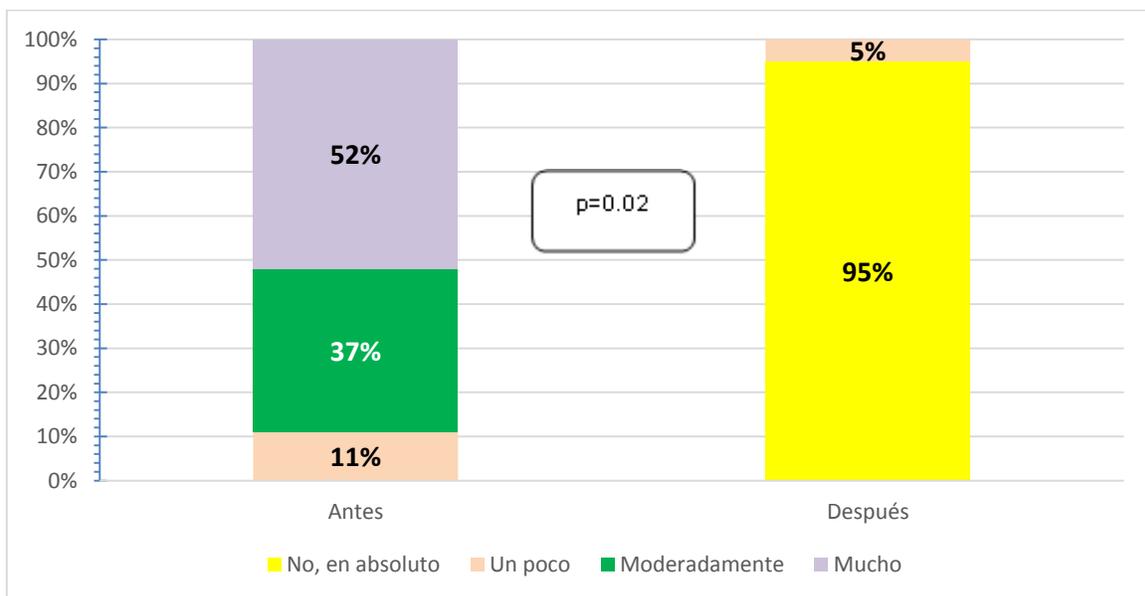
Grafica 3. Afección de las tareas domésticas antes y después del procedimiento



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

En las afecciones a su trabajo o actividades fuera de casa, el 90% tenía problemas al salir de casa, con un 37% moderadamente y un 52% mucho, sin embargo, después de la cirugía, 95% no se veía afectada en absoluto.

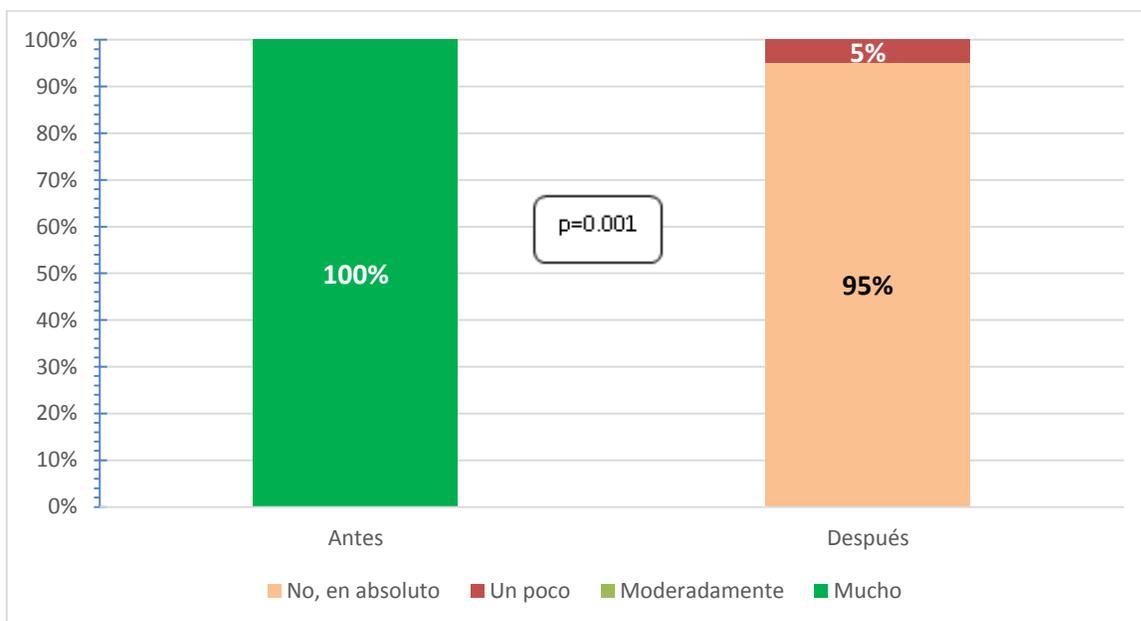
Grafica 4. Afección en el trabajo o actividades en el trabajo y fuera de casa



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

El 100% de las pacientes respondieron si a verse afectadas en salir de paseo, correr, y otras actividades, en la segunda medición el 95% ya no se encontraba afectado en lo absoluto.

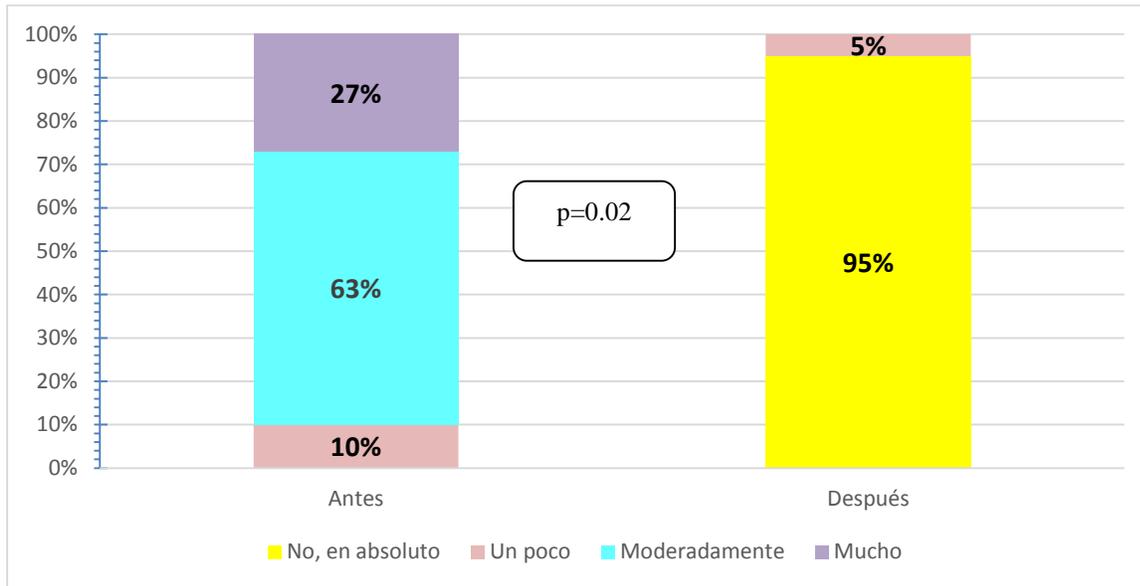
Grafica 5. Afección en actividades recreativas y deportivas



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

El 90% limitaba su capacidad para desplazarse en autobús, coche, etc., antes de la cirugía, mientras que, al finalizar, el 95% no tenía ningún problema en absoluto.

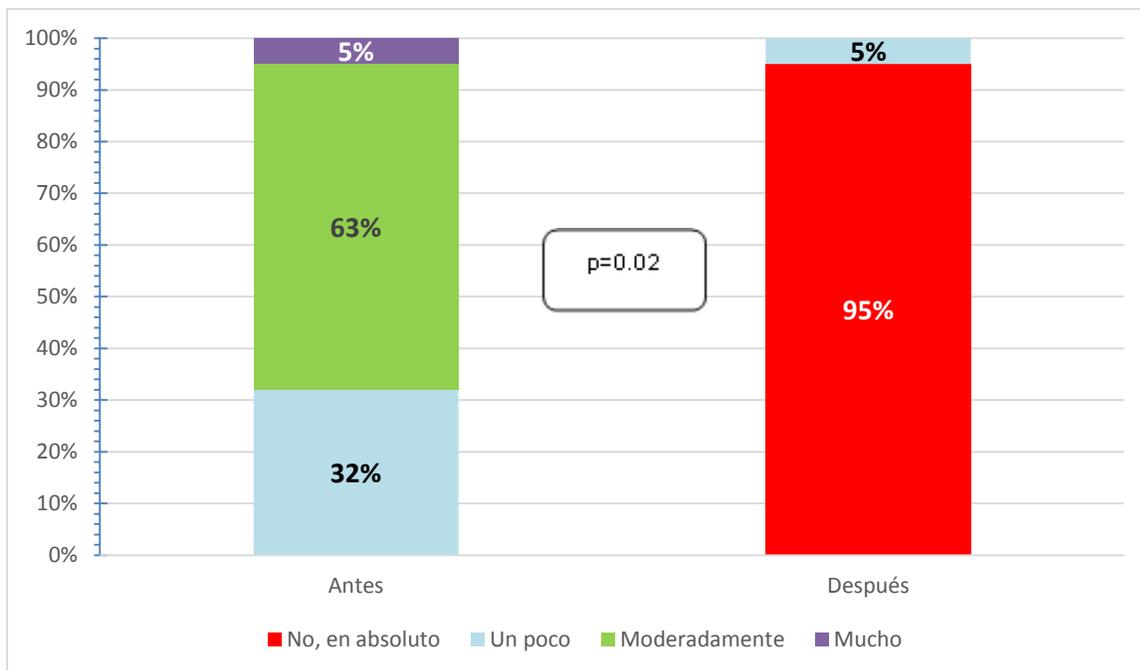
Grafico 6. Representación de la afcción para transportarse



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

En más del 50%, se vieron limitadas en su vida social, pero después del procedimiento, el 95%, no presento ningún problema en absoluto.

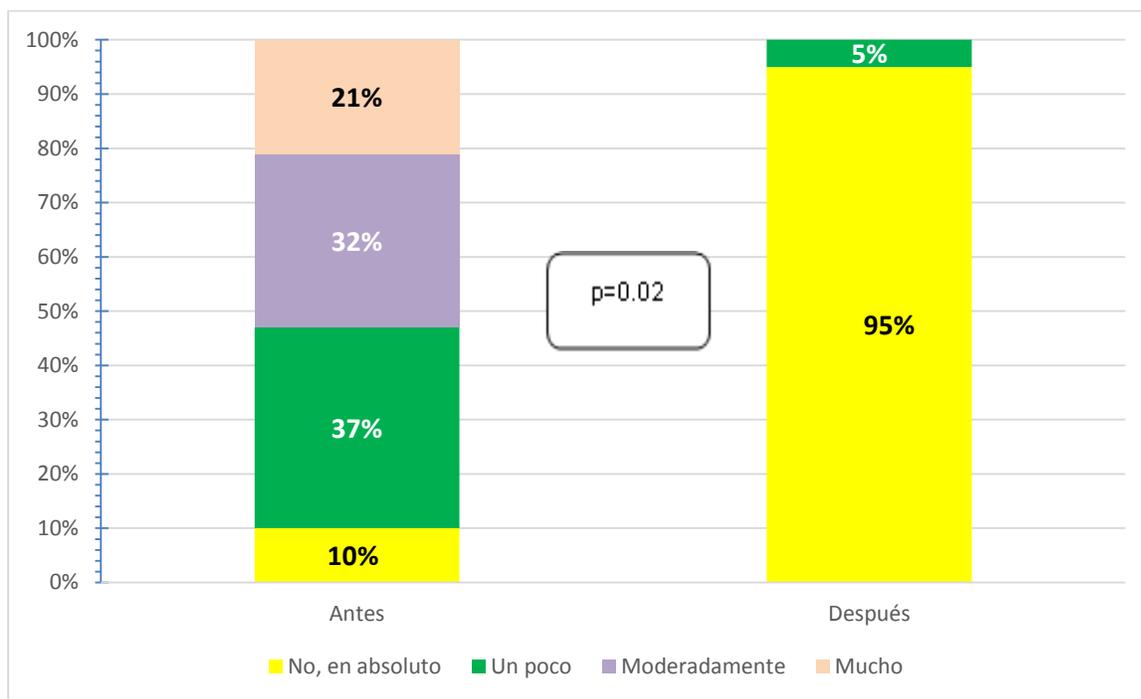
Grafico 7. Representación de la afcción de vida social



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

Las que contestaron que se ven afectadas en su capacidad de ver o visitar a los amigos fueron más del 50% de una manera moderada o mucho antes del procedimiento, y después el 95% no tenía molestias en absoluto.

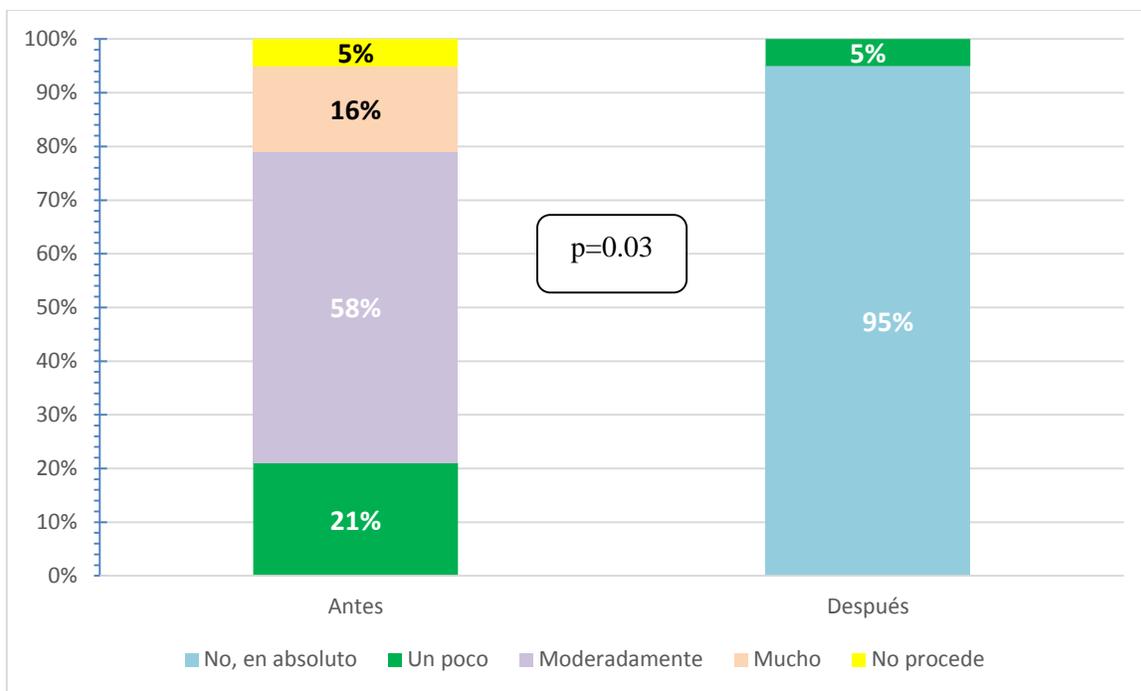
Grafico 8. Representación de la afección de la capacidad de ver o visitar a amigos



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

Más del 80% se ve afectada en la relación con la pareja, mientras que, en la segunda medición, el 95% no tenía problemas.

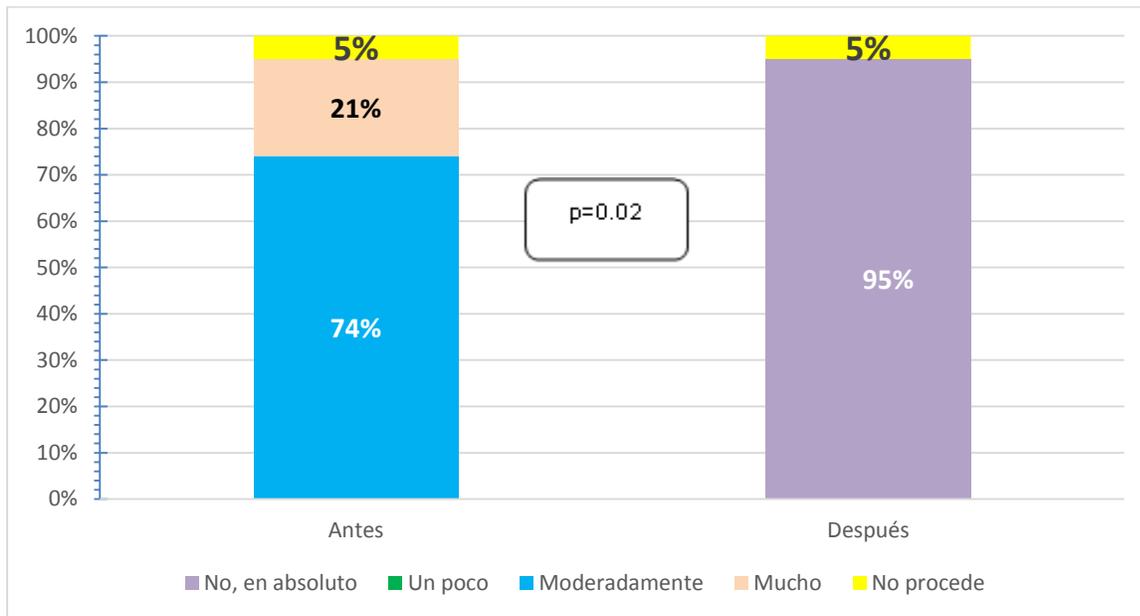
Grafico 9. Representación de la afección en la relación con la pareja



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

En cuanto a las que respondieron si se afecta su vida sexual, todas las pacientes que tenían vida sexual comentaron tener problemas, más al finalizar el procedimiento el 95% no tenía problemas.

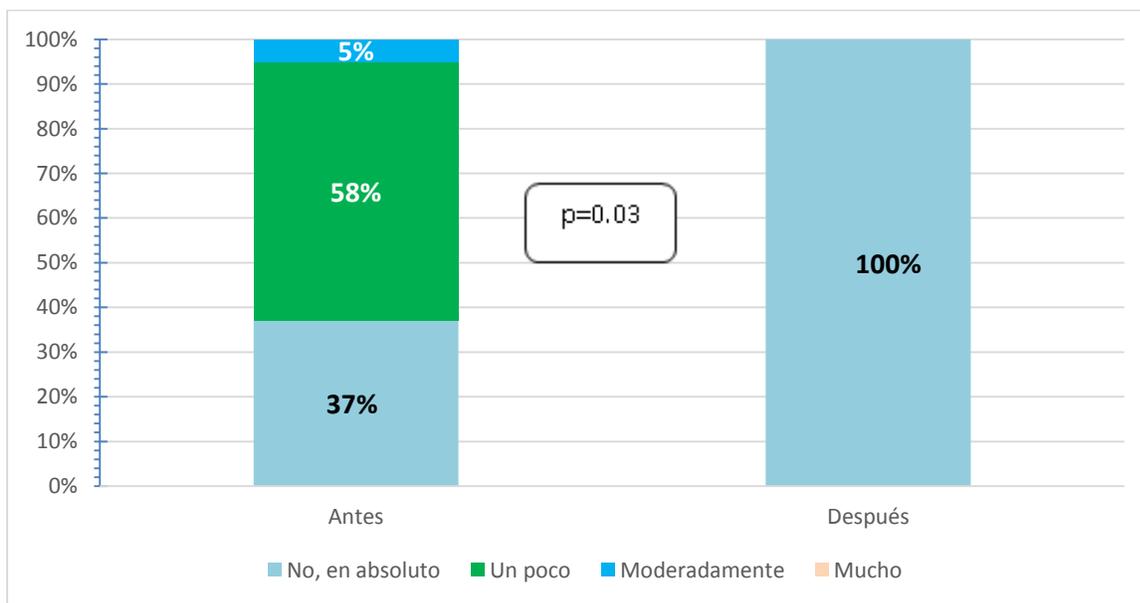
Grafico 10. Afección de vida sexual



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

Al preguntarles sobre si se afecta su vida familiar, más de la mitad de las pacientes tenía afectaciones; en la segunda medición ninguna tenía problemas de ese estilo.

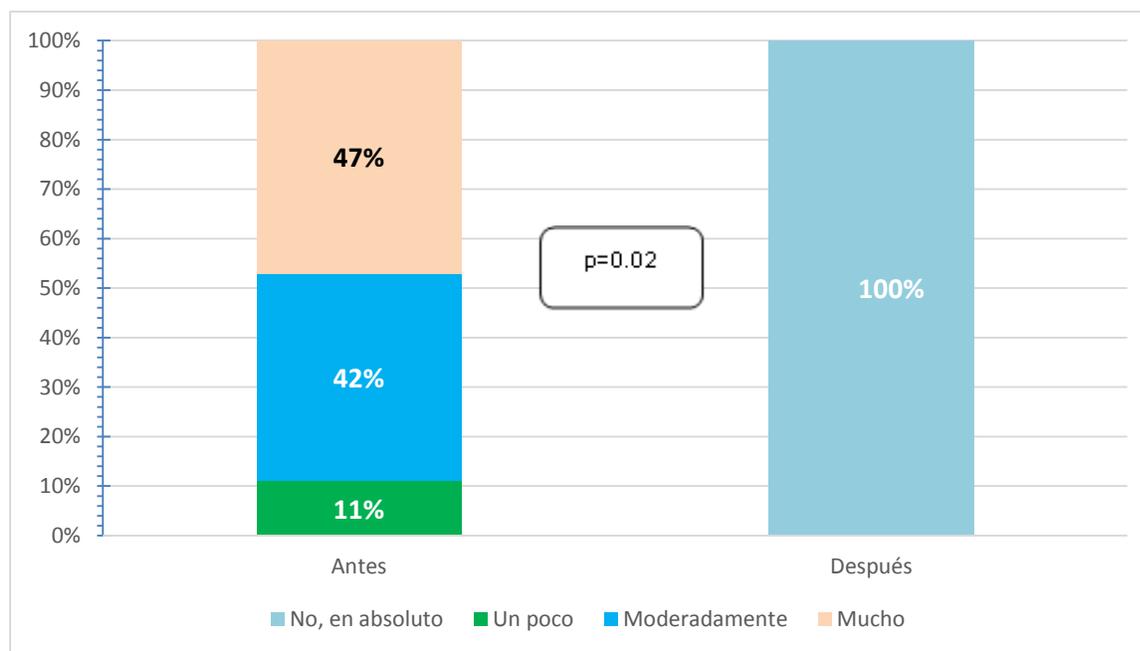
Grafico 11. Afección de la vida familiar



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

En las emociones, sobre sentirse deprimido, todos se sentían afectados en algún grado, mientras que al finalizar nadie reportó tener la molestia.

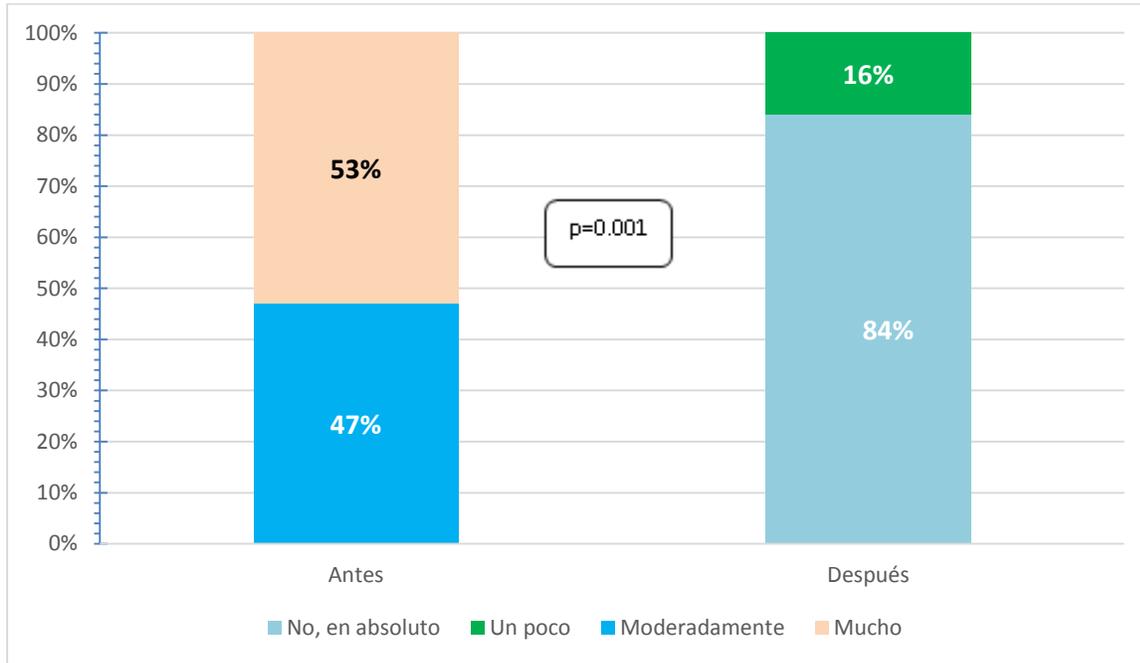
Grafico 12. Afección emocional



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

También mencionaron sentirse preocupadas o nerviosas debido a su incontinencia, lo cual, mejoró después del procedimiento.

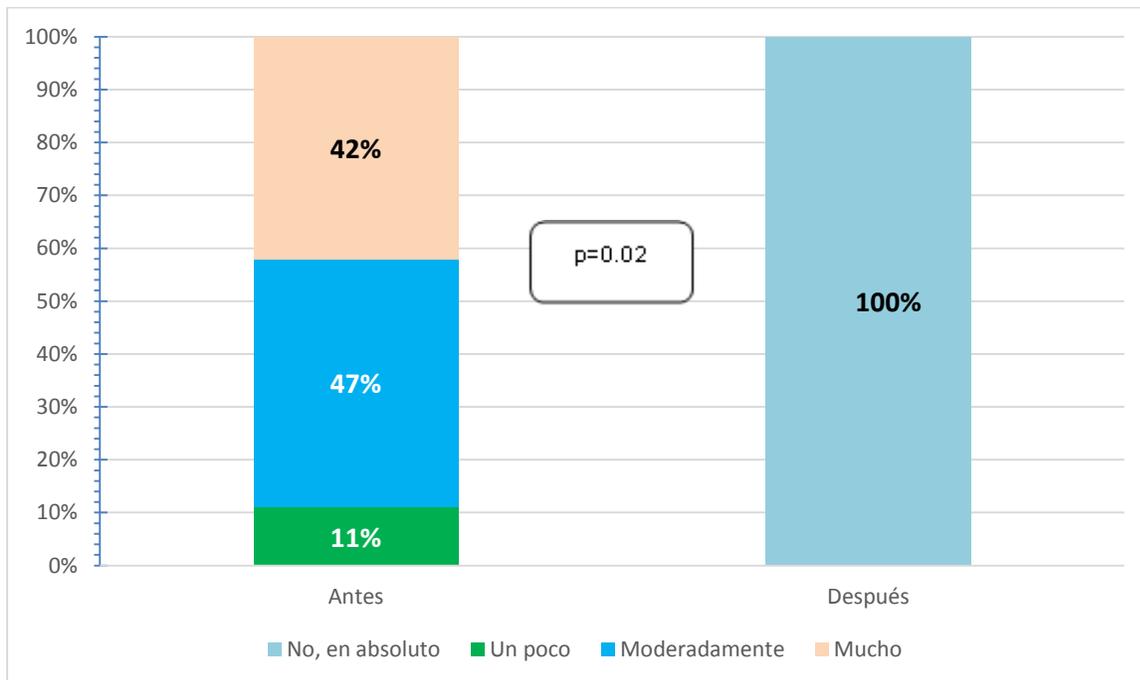
Grafico 13. Sensación de preocupación o nerviosismo



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

Por último, mencionaron sentirse mal consigo mismo en algún grado por la incontinencia, lo cual al evaluar la segunda vez había desaparecido.

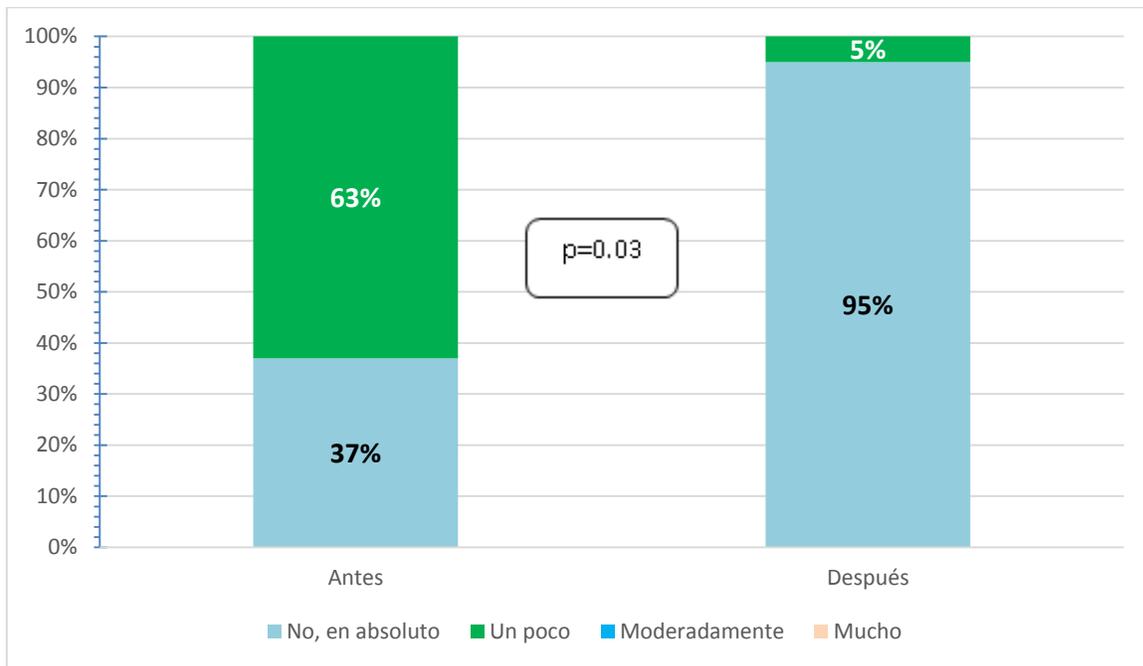
Grafico 14. Sensación de sentirse mal consigo mismo



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

En el ámbito de sueño, un 63% mencionó verse afectado al levantarse a orinar, y solo un 5% lo seguía presentando después de la cirugía.

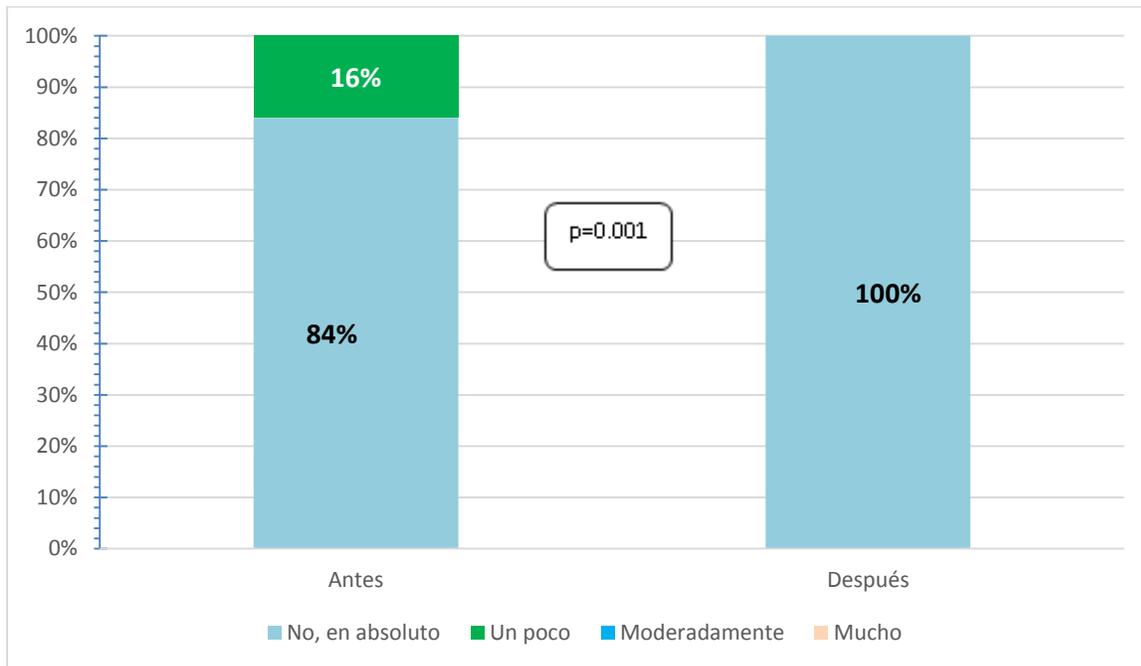
Grafico 15. Afección del sueño



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

Sentirse agotado o cansado no fue tan frecuente, ya que solo el 16% lo mencionó antes de la cirugía y nadie después.

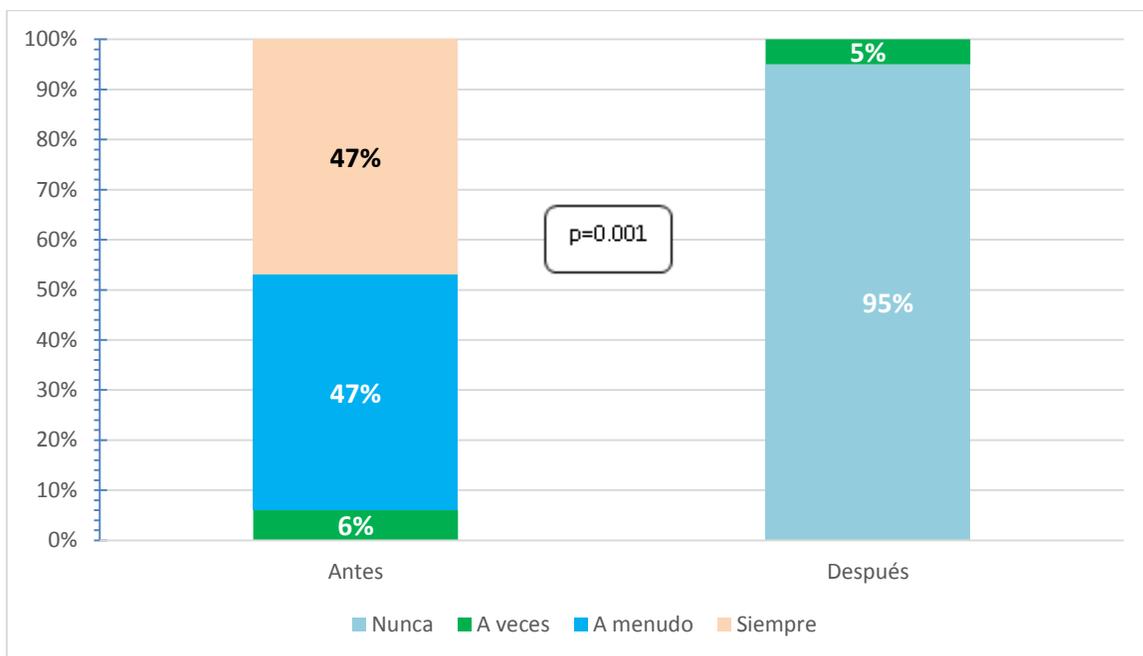
Grafico 16. Sensación de cansancio o agotamiento



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

Todas las pacientes mencionaron llevar pañales, antes del procedimiento, y solo un 5% los sigue cargando después.

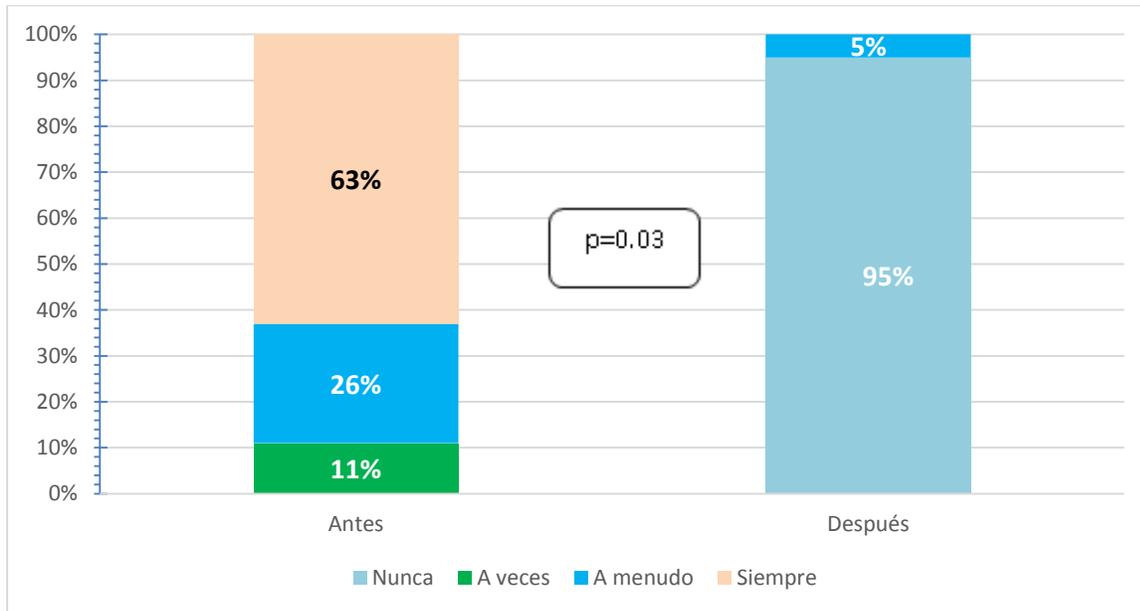
Grafico 17. Representacion de las pacientes que utilizaban pañales antes y despues de la cirugia



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

Todas dijeron tener cuidado con la cantidad de líquido que bebe en algún grado antes del procedimiento, y solo un 5% continuó cuidando esa situación después.

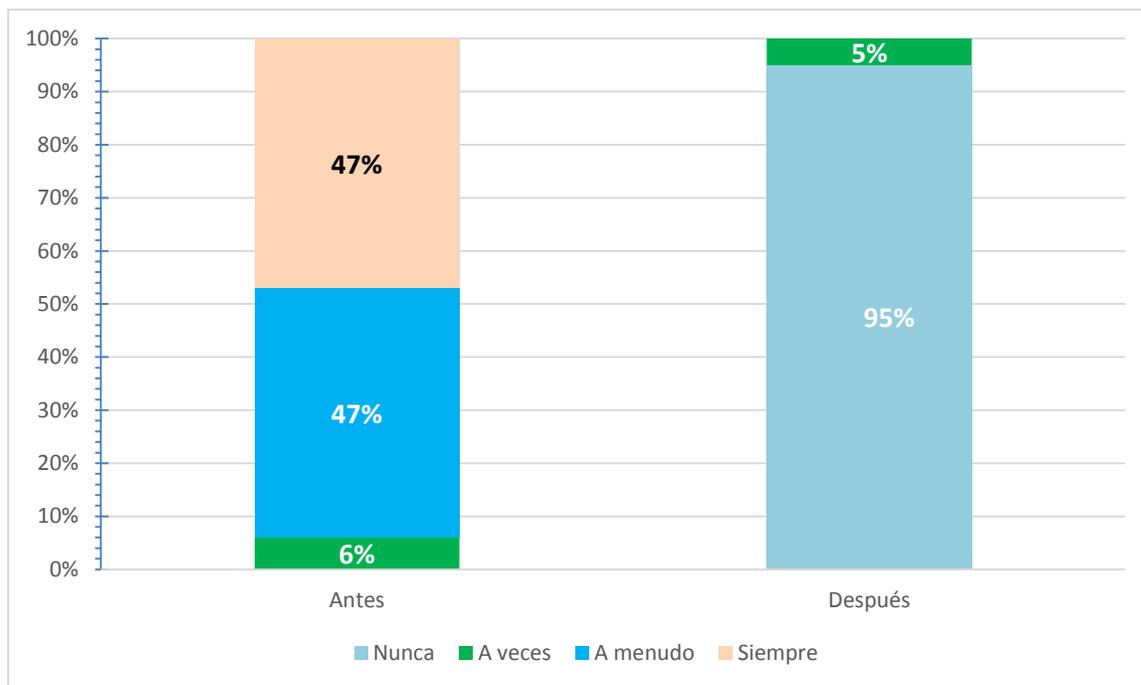
Grafico 18. Representación de las pacientes que cuidaban la cantidad de líquido a ingerir antes y después del procedimiento



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

De la misma forma, todas acostumbraban cambiarse de ropa interior porque se sentían mojadas, y solo un 5% continuaron haciéndolo después.

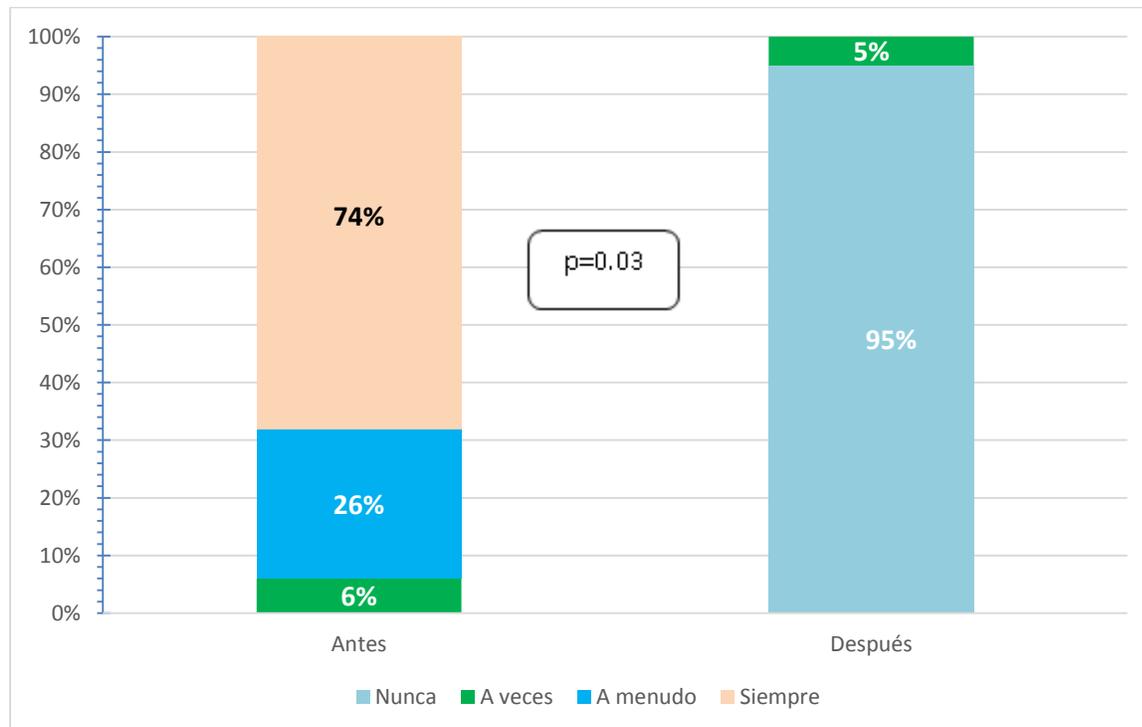
Grafico 19. Representación de las pacientes de cambiaban su ropa interior antes y después del procedimiento



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

Esas mismas pacientes sentían preocupación debido al olor en algún nivel, y solo un 5% seguía preocupado después de la operación.

Grafico 20. Representación de las pacientes que sentían preocupación por su olor antes y después del procedimiento



Fuente: cuestionario de incontinencia King's Health

A partir de la pregunta 22 las preguntas no procedían en la muestra de pacientes.

Conclusiones

De acuerdo con nuestros resultados, se puede evidenciar como el 100% de las pacientes tenía afectado algún o varios aspectos de su calidad de vida.

Un 95% de la población que se sometió al procedimiento tuvo una mejoría estadísticamente significativa en el cuestionario de calidad de vida después de la colposuspensión de Burch. La medición más afectada es la de la vida sexual, ya que todas destacaron que se ve afectada en la relación con la pareja.

El ámbito menos afectado fue la vida familiar, aunque todas refirieron salir de su casa con pañales por alguna emergencia y cuidar la cantidad de líquido que bebían sobretodo. Cabe recalcar que los sentimientos negativos hacia ellas mismas deben considerarse como prioridad ya que el 95% de las pacientes que pudieran tener repercusiones sobre la autoestima.

Normalmente las mujeres presentan dificultades en reconocer, asimilar y adaptarse a la pérdida involuntaria de orina, en particular cuando algunas respuestas psicológicas como la negación, la ansiedad y la tristeza que algunas de ellas padecen, que se vieron representados en nuestros resultados.

Recomendaciones

La colposuspensión de Burch se ha documentado como una opción quirúrgica segura y efectiva para la IUE y puede considerarse para mujeres sometidas a un procedimiento abdominal abierto para cirugía concomitante, sin embargo, se propone dar seguimiento a 5 años a las pacientes, ya que es cuando se ha documentado que hay una disminución en la efectividad del procedimiento y aumentar la muestra para determinar de manera más clara el efecto. Se recomienda, por último, determinar un proyecto metodológicamente más apto para evaluar el efecto de la cirugía, esto es, un ensayo clínico controlado.

Discusión

La IU es un problema común y con grandes costos para la vida de la mujer, y se ha reportado tan alta como de 55%. La dimensión de la CDV en las mujeres con IU es relevante para la sociedad, ya que pueden provocar respuestas psicológicas como la negación, la ansiedad y la tristeza y que al mismo tiempo hacen difícil la búsqueda de cuidados y la adhesión a los exámenes y tratamientos médicos. El objetivo de este proyecto es evidenciar el cambio en la calidad de vida de esos pacientes a través de la cirugía anti incontinencia con técnica de Burch modificada por Tanagho.

Sims et al. (Sims 2012) compararon la CVRS de 624 enfermeras con IU y 3110 enfermeras sin IU, encontrando en las mujeres con IU puntajes significativamente menores en las dimensiones función física, desempeño físico, dolor corporal, salud general, función social y salud mental.

Por su parte, Coyne et al. (Coyne 2011) en Chile, en un estudio de casos y controles encontraron puntajes significativamente menores en las mujeres con IU en las dimensiones función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental.

Así como Rodríguez Elsa, (Rodríguez 2013) y colaboradores, encontró obtuvieron 50 % de los posibles puntos a alcanzar en limitación de la actividad, 46,8 % en efecto psicosocial y 34,8 % en preocupación social, nuestros resultados muestran un 80% que siente su estado de salud afectado de regular a muy malo y un 100% de afectación en algún nivel de las actividades de la vida cotidiana. La medición más afectada es la de la vida sexual, ya que el 100% de las que tenían pareja se sentían

limitadas por la incontinencia y de estas, más del 80% se ve afectada en la relación con la pareja. El ámbito menos afectado fue la vida familiar (63%), aunque todas refirieron salir de su casa con pañales por alguna emergencia y cuidar la cantidad de líquido que bebían sobretodo, lo cual coincidió con Suárez Serrano y cols (Suárez 2010) que encontraron, limitaciones físicas, limitaciones de las actividades de la vida diaria, y gravedad, que fueron algunas de las más afectadas y que las relaciones personales se mostraron como las menos afectadas con una puntuación media de $9,4 \pm 18$.

En las emociones, sobre sentirse deprimido, el 100% se sentían afectados en algún grado, y mencionaron sentirse preocupadas o nerviosas debido a su incontinencia, sobre todo en lo referente a su olor, esto coincide con lo encontrado por Carreño y cols. (Carreño 2014) en Colombia que en la pregunta “le hacen sentirse preocupada o nerviosa”, el 48%, 12 % y 4 % respondió un poco, moderadamente o mucho, respectivamente. En la pregunta “tiene que cambiarse la ropa interior porque esta mojada”, el 48%, 4% y 16 % respondió a veces, a menudo y siempre, respectivamente”. Finalmente, nuestro resultado más importante es que el 95% de las pacientes tiene una mejoría significativa después de la cirugía de Burch, lo cual es superior a lo encontrado en la literatura que va desde un 56% al 88% (Glazener 2004).

12. Referencias bibliográficas

Andrade ME. (2013) Percepción del nivel de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con incontinencia urinaria que asisten a tratamiento de reeducación de piso pélvico. *Urol colomb* 22(2):17-24.

Balci E, Gurlevik O, Gun I, Gunay O. (2012) The effects of stress urinary incontinence on the quality of life of Turkish women in the reproductive age group. *Turk J Med Sci.* 42(5):845-51.

Björk AB, Sjöström M, Johansson EE, et al. (2014) Women's experiences of internetbased or postal treatment for stress urinary incontinence. *Qual Health Res* 24:484–93.

Carreño Ft, Angarita-Fonseca, Lucía Pinto. Alejandra Nancy Delgado, Ft,² Lina Marcela García, Ft² (2014) Calidad de vida relacionada con salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso de Bucaramanga, Colombia. *Rev. Cienc. Salud.* 13 (1): 63-76

Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, et al. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: A systematic review. *Urol Int* 2013;90:1–9.

Cheater FM, Castleden CM. (2014) Epidemiology and classification of urinary incontinence. *Baillières Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 14(2):183–205.

Choi EP, Lam CL, Chin WY (2014). The incontinence impact questionnaire-7 (IIQ-7) can be applicable to Chinese males and females with lower urinary tract symptoms. *Patient.* 7(4):403-11.

Coyne KS, Kvasz M, Ireland AM, Milsom I, Kopp ZS, Chapple CR (2012). Urinary Incontinence and its Relationship to Mental Health and Health-Related Quality of Life in Men and women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. *Eur Urol* 61:88–95.

Coyne KS, Sexton CC, Kopp ZS, Ebel-Bitoun C, Milsom I, Chapple C. (2011). The impact of overactive bladder on mental health, work productivity and health-related quality of life in the UK and Sweden: results from EpiLUTS. *BJU Int* 108: 1459–71.

España Pons M, Castro Díaz D, Carbonell C, Dilla T. (2007). Comparación entre el cuestionario "ICIQ-UI Short Form" y el "King's Health Questionnaire" como instrumentos de evaluación de la incontinencia urinaria en mujeres. *Actas Urol Esp.* 31(5):502-510.

Glazener, C. M. & Cooper, K. (2004) Bladder neck needle suspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst. Rev.*

Guías de Práctica Clínica para el tratamiento de la incontinencia urinaria. Acceso: 02 de marzo de 2017. <http://www.cenetec.salud.gob.mx>)

Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. (2016) An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecology J.* 21(1):5–26.

Hersh L, Salzman B. (2013) Clinical management of urinary incontinence in women. *Am Fam Physician* 87:634-40.

Kocaöz S, Talas MS, Atabeko_glu CS. (2012) Urinary incontinence among Turkish women: an outpatient study of prevalence, risk factors, and quality of life. *J Wound Ostomy Cont Nurs* 39:431e9.

Lapitan, M. C. & Cody, J. D. (2012) Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst. Rev.* 6.

Minassian VA, Yan X, Lichtenfeld MJ, Sun H, Stewart WF. (2012) The iceberg of health care utilization in women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J.* 23(8):1087–93.

Nascimento A, Machado Andrade M. (2015) Incontinencia urinaria versus calidad de vida. *Rev Asoc Españ Urol.* 95: 25-29.

Nascimento G, Santos V, Tahara N, Driusso P. (2012) Effects of pelvic floor muscle training on quality of life of a group of women with urinary incontinence: randomized controlled trial. *Actas Urol Esp* 36: 216-221.

Norton P, Brubaker L. (2006) Urinary incontinence in women. *The Lancet.* 7;367(9504):57–67.

Rodríguez Adams EM. (2012) Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. *Invest Medico Quirúrg.* 4 (1):244-59

Rodríguez Elsa. (2013). Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. *Rev Cubana Obstet Ginecol* vol.40 no.1

Sandvick H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S. (2000) A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour pad-weighting tests. *Neurourol Urodyn.* 19(2):137–45.

Sandvik H, Hunskaar S, Seim A, Hermstad R, Vanvik A, Bratt H. (1993) Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *Journal of Epidemiology and Community Health* 47:497–499.

Schaffer J, Nager CW, Xiang F, et al. (2012) Predictors of success and satisfaction of nonsurgical therapy for stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 120:91–7.

Shamliyan T, Wyman J, Kane RL. (2012). Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Adult Women: Diagnosis and Comparative Effectiveness. *Comparative Effectiveness Review no. 36. AHRQ publication no. 11*

Shamliyan T, Wyman JF, Ramakrishnan R, Sainfort F, Kane RL. (2012) Benefits and harms of pharmacologic treatment for urinary incontinence in women: a systematic review. *Ann Intern Med.* 156:861-74.

Sims J, Browning C, Lundgren-Lindquist B, Kendig H. (2012) Urinary incontinence in a community sample of older adults: prevalence and impact on quality of life. *Disability and Rehabilitation*, 33:1389–1398.

Sirls LT, Tennstedt S, Brubaker L, et al. (2013) The minimum important difference for the International consultation on incontinence questionnaire-urinary incontinence short form in women with stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.*

Sivaslioglu, A. A., Unlubilgin, E., Keskin, H. L., Gelisen, O. & Dolen, I. (2011) The management of recurrent cases after the Burch colposuspension: 7 years experience. *Arch. Gynecol. Obstet.* 283, 787–790

Sjöström M, Stenlund H, Johansson S, et al. (2012) Stress urinary incontinence and quality of life: A reliability study of a condition-specific instrument in paper and web-based versions. *Neurourol Urodyn* 31:1242–6.

Suárez Serrano E. Medrano Sánchez, E. Díaz Mohedo, M. de la Casa Almeida, R. Chillón Martínez y G. Chamorro Moriana (2013). Afectación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. *Fisioterapia*. ;35(1):18--23

13. Anexos

Anexo 1. Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	TIEMPO A REALIZAR			
Búsqueda de la bibliografía	Diciembre 2016- enero 2017			
Presentación de protocolo para autorización	Marzo 2017			
Recolección de la información		Marzo 2017 a julio 2017		
Análisis de resultados			Agosto 2017	
Redacción de la Tesis				Septiembre 2017
Envío a Publicación				Octubre 2017

Anexo 2.

Cuestionario de incontinencia King's Health

Fecha:...../...../.....

*INSERTAR PEGATINA o DATOS del
PACIENTE*

Nombre:.....

Apellidos.....

1. ¿Cómo describiría su estado de salud general en la actualidad?

- Muy bueno • Bueno • Regular • Malo • Muy malo

2. ¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida?

- No, en absoluto • Un poco • Moderadamente • Mucho

*A continuación aparecen algunas actividades diarias que pueden verse afectadas por problemas urinarios.
¿Hasta qué punto le afectan sus problemas urinarios?
Nos gustaría que contestara a todas las preguntas, pensando sólo en las 2 últimas semanas. Simplemente marque con una cruz ✕ el casillero que corresponda a su caso.*

LIMITACIONES EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS

3. ¿Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domésticas (ej. limpiar, hacer la compra, pequeñas reparaciones, etc.)?

- No, en absoluto

Un poco • Moderadamente • Mucho

4. ¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?

- No, en absoluto

Un poco • Moderadamente • Mucho

LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES

5. ¿Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (ej. ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.)?

- No, en absoluto

Un poco • Moderadamente • Mucho

6. ¿Sus problemas urinarios afectan a su capacidad para desplazarse en autobús, coche, tren, avión, etc?

- No, en absoluto

Un poco • Moderadamente • Mucho

7. ¿Sus problemas urinarios limitan su vida social?

- No, en absoluto

Un poco • Moderadamente • Mucho

8. ¿Sus problemas urinarios limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos?

- No, en absoluto

Un poco • Moderadamente • Mucho

RELACIONES PERSONALES

9. ¿Sus problemas urinarios afectan a su relación con su pareja?

- No procede • No, en absoluto

Un poco • Moderadamente • Mucho

10. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida sexual?

- No procede • No, en absoluto

Un poco • Moderadamente • Mucho

11. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida familiar?

- No procede • No, en absoluto

Un poco • Moderadamente • Mucho

EMOCIONES

12. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse deprimido/a?

- No, en absoluto

Un poco • Moderadamente • Mucho

13. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse preocupado/a o nervioso/a?

- No, en absoluto

Un poco • Moderadamente • Mucho

14. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse mal consigo mismo/a?

- No, en absoluto

Un poco • Moderadamente • Mucho

SUEÑO / ENERGÍA

15. ¿Sus problemas urinarios afectan a su sueño?

- No, en absoluto

Un poco • Moderadamente • Mucho

16. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse agotado/a o cansado/a?

- No, en absoluto

Un poco • Moderadamente • Mucho

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE ENCUENTRA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES?

17. ¿Lleva compresas/pañales para mantenerse seco/a?

- Nunca

A veces • A menudo • Siempre

18. ¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?

- Nunca

A veces • A menudo • Siempre

19. ¿Se cambia la ropa interior porque está mojado/a?

- Nunca

A veces • A menudo • Siempre

20. ¿Está preocupado/a por si huele?

- Nunca

A veces • A menudo • Siempre

21. ¿Se siente incómodo/a con los demás por sus problemas urinarios?

- Nunca

A veces • A menudo • Siempre

*Nos gustaría saber cuáles son sus problemas urinarios y hasta qué punto le afectan. De la lista siguiente elija **SÓLO** **AQUELLOS PROBLEMAS** que usted tenga en la actualidad y márquelos con una cruz ✕ , **DEJE SIN CONTESTAR** los que no correspondan a su caso.*

¿Hasta qué punto le afectan?

22. FRECUENCIA: **ir al baño muy a menudo**

•

Moderadamente • Mucho

23. NICTURIA: **levantarse durante la noche para orinar**

•

Moderadamente • Mucho

- | | |
|---|-----------------------|
| 24. URGENCIA: un fuerte deseo de orinar difícil de controlar | • |
| | Moderadamente • Mucho |
| 25. INCONTINENCIA POR URGENCIA: escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar | • |
| | Moderadamente • Mucho |
| 26. INCONTINENCIA POR ESFUERZO: escape de orina por actividad física, ejemplo: toser, estornudar, correr | • |
| | Moderadamente • Mucho |
| 27. ENURESIS NOCTURNA: mojar la cama durante la noche | • |
| | Moderadamente • Mucho |
| 28. INCONTINENCIA EN EL ACTO SEXUAL: escape de orina durante el acto sexual (coito) | • |
| | Moderadamente • Mucho |
| 29. INFECCIONES FRECUENTES EN LAS VÍAS URINARIAS: | • |
| | Moderadamente • Mucho |
| 30. DOLOR EN LA VEJIGA: | • |
| | Moderadamente • Mucho |
| 31. DIFICULTAD AL ORINAR: | • |
| | Moderadamente • Mucho |
| 32. OTRO PROBLEMA URINARIO (ESPECIFIQUE):
.....
..... | • |
| | Moderadamente • Mucho |

Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas y muchas gracias.

Anexo 3. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Estadístico
Calidad de vida	Grado de bienestar físico, emocional y social de la paciente en relación con los síntomas y severidad de la incontinencia urinaria	Puntaje Variable cuantitativa discreta	Promedio y DE Prueba de Wilcoxon
Cirugía anti incontinencia con técnica de Burch modificada por Tanagho	Procedimiento que involucra unir la fascia periuretral al ligamento iliopectinario con múltiples suturas para estabilizar la uretra.	SI/NO Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada
Limitaciones en actividades diarias	Barreras externas para elaborar las actividades diarias	Puntaje Variable cuantitativa discreta	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada
Limitaciones físicas y sociales	Barreras externas para elaborar actividades físicas y sociales	Puntaje Variable cuantitativa discreta	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada
Nicturia	Necesidad de orinar por la noche una o más veces	SI/NO Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada
Incontinencia urinaria	Deficiencia de las estructuras y de la función del sistema génitourinario	SI/NO Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada
Incontinencia de urgencia	Percepción por el paciente de un deseo miccional súbito claro e intenso, difícil de demorar y con miedo al escape	SI/NO Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada
Incontinencia por esfuerzo	Pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal	SI/NO Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada
Incontinencia urinaria continua	Es la pérdida involuntaria y continua de orina. Puede deberse a una fístula vesicovaginal, a una desembocadura ectópica de un uréter en la vulva o a	SI/NO Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada

	una lesión grave del sistema esfinteriano		
Incontinencia urinaria mixta	Se trata de un tipo de incontinencia que se asocia a urgencia miccional y también a los esfuerzos, al ejercicio, a los estornudos o a la tos	SI/NO Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada
Enuresis nocturna	Se refiere a cualquier pérdida involuntaria de orina durante el período de sueño	SI/NO Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada
Incontinencia en el acto sexual	Son la que se produce durante el coito, tanto en la mujer como en el varón,	SI/NO Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada
Estado de salud	Condición médica (salud física y mental), que se vea interferida debido a la incontinencia urinaria	SI/NO Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada
Dificultad al orinar	Problemas para obtener una micción exitosa en el momento de orinar	SI/NO Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada
Dolor en la vejiga	Sensación de incomodidad o ardor en la vejiga	SI/NO Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada
Infecciones urinarias	Proceso infeccioso en las vías urinarias	SI/NO Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada
Relaciones personales	Dificultad para fomentar relaciones personales debido a la incontinencia urinaria	SI/NO Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada
Emociones	Sentimientos negativos que afectan las emociones del paciente debido a la incontinencia urinaria	SI/NO Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada
Sueño	Dificultad para conciliar el sueño debido a la nicturia	SI/NO Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada
Vida sexual	Dificultad para desarrollar una vida sexual exitosa debido a la incontinencia urinaria	SI/NO Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje Chi cuadrada
Edad	Años cumplidos al momento de la encuesta	Años Cuantitativa continua	Promedio y DE T de Student

Anexo 4. Carta de consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACION EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION:

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST CIRUGÍA ANTI INCONTINENCIA CON TÉCNICA DE BURCH

MODIFICADA POR TANAGHO

Lugar y fecha _____

Usted ha sido invitado a participar en este proyecto de investigación que se realizará en el Servicio de Gineco-Obstetricia, en el Hospital General de Acapulco. Antes de aceptar participar en este estudio, es importante que usted lea y entienda la siguiente información. Este documento describe los propósitos, procedimientos, beneficios, riesgos, molestias y precauciones del estudio.

El objetivo de este estudio es: Determinar el cambio en la calidad de vida en pacientes post Cirugía anti incontinencia con técnica de Burch modificada por Tanagho en el Hospital General de Acapulco

Procedimientos: Después de que acepte participar en el estudio, se le realizarán unas preguntas sobre su estado de salud.

Beneficios:

El beneficio potencial de su participación en este estudio es que se encuentre una forma de mejorar la calidad de vida del paciente con incontinencia urinaria. Además, contribuirá al conocimiento médico que redundará en una mejor comprensión y tratamiento de los pacientes.

Riesgos:

Es importante que proporcione la información más completa y verdadera sobre su historia médica y su estado de salud. Por ser únicamente un cuestionario, no existen riesgos en este estudio.

Remuneración por su participación en el estudio:

Usted recibirá el tratamiento sin costo alguno. No existe ninguna remuneración económica por su participación en este estudio.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente. El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Yo _____, he leído y entendido la información contenida en este documento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis dudas han sido aclaradas a mi entera satisfacción. Al firmar voluntariamente este documento, estoy consintiendo participar en el estudio hasta que yo decida lo contrario.

Testigo 1 (nombre, dirección, teléfono y parentesco) _____

Testigo 2 (nombre, dirección, teléfono y parentesco) _____

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del testigo1

Nombre y firma del testigo2

Dr. Tania Ramírez/ Investigador Responsable

Anexo 5. Presupuesto

Material	Costo
Impresiones	50 pesos
Llamadas telefónicas	200 pesos
Copias	200 pesos
Plumas	5 pesos
Hojas	10 pesos