



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11217

155

249

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

" DIAGNOSTICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZOS MEDIANTE LA PRUEBA DE PESO DE LA TOALLA "

TESIS DE POSTGRADO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE: ESPECIALISTA EN: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PRESENTA: DRA. CAROLINA VALLEJO BARRAGAN



ISSSTE TESIS CON FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.

Salvador Robert Uribe
DR. SALVADOR ROBERT URIBE
ADSCRITO DEL SERVICIO DE UROLOGIA GINECOLOGICA DE LA
DIVISION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL CENTRO
MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE.

I.S.S.S.T.E.
(ASESOR DE TESIS)

Jose Roberto Ahued Ahued
DR. JOSE ROBERTO AHUED AHUED
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE
NOVIEMBRE.

I.S.S.S.T.E.

Manuel Franco Solis
DR. MANUEL FRANCO SOLIS
COORDINADOR DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL CENTRO
MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE.

I.S.S.S.T.E.

Aura Erazo Valle
DRA. AURA ERAZO VALLE
COORDINADORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE.

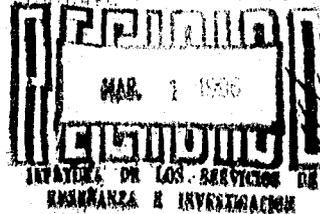
I.S.S.S.T.E.

Eduardo Llamas Gutierrez
DR. EDUARDO LLAMAS GUTIERREZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA DEL CENTRO MEDICO
NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE.

I.S.S.S.T.E.

Carlos Carballar Rivera
DR. CARLOS CARBALLAR RIVERA
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL CENTRO
MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE. S. S. S. S. S. S.

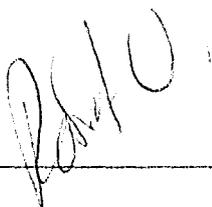
I.S.S.S.T.E.



Asesor de Tesis:

Dr. Salvador Robert Uribe, Medico Adscrito
de la Clínica de Urología Ginecología del
Centro Medico Nacional 20 de Noviembre.

Firma: _____

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'S. Uribe', is written over a horizontal line. The signature is stylized and somewhat cursive.

AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE A QUIEN ADORO
Y A QUIEN DEBO TODA MI VIDA.

A MIS HERMANOS: MANUEL, EMMA Y
SERGIO POR SUS CONSEJOS,
CONFIANZA Y APOYO.

A MIS SOBRINOS QUE TANTO QUIERO,
POR SU AMOR DESINTERESADO.

A MIS MAESTROS POR SU PACIENCIA,
COMPRENSION Y ENSEÑANZAS.

A MIS PACIENTES CON AMOR Y
RESPECTO, POR QUE FUERON EL
LIBRO ABIERTO PARA MI FORMACION.

A MIS COMPAÑEROS QUE SUPIERON
SER MIS AMIGOS Y QUE COMPARTIMOS
JUNTOS TANTOS MOMENTOS DIFICILES.

INDICE

RESUMEN	2
ANTECEDENTES	3
INTRODUCCION	6
MATERIAL Y METODOS	14
RESULTADOS	16
DISCUSION	17
CONCLUSIONES	18
GRAFICAS	19
BIBLIOGRAFIA	24

RESUMEN

La incontinencia urinaria es un tema actual de ginecobstetricia sobre todo en el decenio de los noventas. Las pacientes suelen estar muy preocupadas y buscan ayuda médica, por lo tanto los ginecólogos requieren actualizarse en cuanto al conocimiento de la causa y prevención de la incontinencia, de los nuevos diagnosticos y de las recomendaciones de tratamiento que recalcan medidas conservadoras.

El clínico debe conocer bien la terminología empleada universalmente de modo de captar adecuadamente los síntomas y etiquetarlos según la etiología de la incontinencia urinaria.

La incontinencia urinaria de esfuerzo anatómico continúa siendo hasta la fecha un desafío constante para el juicio clínico del ginecobstetra, ya que a pesar de los conocimientos actuales así como el uso de la más moderna tecnología, no se conoce con exactitud la etiopatogenia de ésta entidad; ello ha conducido a que exista dificultad para establecer el diagnóstico y a la imposibilidad para efectuar un tratamiento eficaz en éste tipo de pacientes.

El conocimiento de la severidad del problema en pacientes con incontinencia puede estar influenciado por el tipo de tratamiento seleccionado, y es esencial si la respuesta al tratamiento ha sido juzgado.

Se enfatiza la necesidad de contar con un cuestionario y protocolo de estudio apropiado que permitan captar los síntomas básicos y originar sus estudios.

Se ha popularizado, el empleo de la prueba del hisopo de algodón. Y es de utilización creciente la prueba del peso de la toalla sanitaria para diagnosticar a las pacientes incontinentes, pero lo más importante es el adecuado juicio clínico del médico tratante.

ANTECEDENTES

Debido a su continuidad, el desarrollo anatómico y embriológico de los aparatos urinario y genital están sujetos a alteraciones anatómicas, fisiológicas y patológicas similares.

Para tratar con eficiencia uno de los más frecuentes y desagradables síntomas de la mujer llamado incontinencia urinaria, es esencial que el médico responsable del cuidado de dicha patología, conozca perfectamente todo lo relacionado con el mecanismo fisiológico normal de la continencia urinaria, al igual que las características clínicas, métodos diagnósticos y tratamiento de las diversas formas de incontinencia. (3)

En Egipto el papiro de Kahum 2000 años A.C. menciona enfermedades de los órganos genitales femeninos incluyendo la Incontinencia urinaria de esfuerzo. (1)

En el año 1500 A.C. el Papiro de Ebers hace mención sobre la retención urinaria así como su tratamiento. (1)

En el año de 1881 Masso y Pellacon realizaron una cistometría y desde entonces se considera el inicio de la urodinámica. (1)

En el año de 1911 Kelly inicia su trascendente plegamiento vaginal para la corrección de la incontinencia de esfuerzo. (1)

Hay una amplia variedad de pruebas urodinámicas adicionales que se utilizan junto con la cistometría. Aunque en teoría cada una es útil, la buena práctica clínica indica que se debe usar solo cuando se requiere aclarar el diagnóstico, o si se prevé un cambio de tratamiento con respecto a la prueba. (4)

En el año de 1974 Cadwell fue el primero en referir sobre el método de medir la pérdida urinaria por el peso de la toalla perineal antes y después de usarla. (5,6).

En 1983 la sociedad internacional de continencia introduce la prueba de peso de la toalla sanitaria para estandarizar la investigación de la incontinencia urinaria. (3,7)

INTRODUCCIÓN

Se entiende por incontinencia urinaria de esfuerzo al trastorno que se observa en la mujer y que consiste en la pérdida de orina a través de la uretra íntegra, bajo ciertas condiciones que aumentan la presión intraabdominal, como tos, estornudo, etc. urodinámicamente la incontinencia urinaria por esfuerzo consiste en la pérdida transuretral de orina en ausencia de actividad del detrusor, cuando involuntariamente la presión intravesical excede a la resistencia de la uretra (presión de cierre). La definición no es muy adecuada pues no alude a su mecanismo de producción sino a la circunstancia desencadenante. (el esfuerzo)

Se estima que un 5% de todas las mujeres tienen alguna dificultad en el control de la orina y casi todas la han presentado en alguna ocasión de su vida. La frecuencia del trastorno y su grado de intensidad, aumenta con la edad y en proporción al número de partos, y en general el problema se agrava con el mal estado de salud.

La incontinencia urinaria de esfuerzos se origina por diversos factores etiologicos, entre los cuales destacan por su importancia el traumatismo obstétrico y la regresión postmenopáusica de los tejidos pélvicos.

FACTORES ETIOLOGICOS

Incontinencia posparto.- El traumatismo obstétrico es el factor más importante de éste síndrome de incontinencia de esfuerzo. El arrastre de los órganos urinarios durante el momento de la expulsión distorsiona, desprende y dislacera las estructuras anatómicas indispensables para conservar, una buena continencia; estudios radiográficos en mujeres de trabajo de parto, así lo demuestran.

Por otra parte la repetición del traumatismo obstétrico podrá ir acentuando cada vez más la relajación y distorsión de los órganos urinarios y el conjunto vaginoperineal. Sin embargo algunas grandes multiparas son perfectamente continentes.

Incontinencia postmenopáusica.- Testut y Latargel, estudiaron los plexos venosos periuretrales. Gil Vernet, Heiss y otros autores al actualizar dichos estudios afirmaron que la incontinencia postmenopáusica se debe en parte a la atrofia de las estructuras vasculoesponjosas en la uretra, que se produce a consecuencia del descenso de los valores estrogénicos.

Tanto las hormonas estrogénicas como las androgénicas actúan para favorecer la síntesis de proteínas y por ese motivo durante la regresión postmenopáusica tienden a producirse astenia y atrofia generalizada de todos los músculos incluyendo, naturalmente, las formaciones musculofasciales vesicouretrales.

Cirugía Pélvica: Una histerectomía puede lesionar en forma importante el aparato de la continencia; los grandes despegamientos llegan a desprender la uretra y vejiga de sus puntos fijos; además, eventualmente quedan adelgazadas y debilitadas. La extirpación de tejidos paracervicales afectan las vías nerviosas de esa área; la resección abdominoperineal del recto por cáncer puede actuar en la misma forma.

Obesidad: En la mujer obesa de pie, se debe considerar el peso de todas las vísceras, desde el punto de vista mecánico, como una columna líquida que gravita sobre la bóveda de la vejiga y por intermedio de la orina contenida en ella presiona sobre la unión uretrovesical.

Tumoraciones Pélvicas: Los cistadenomas voluminosos actúan transmitiendo su peso líquido sobre el contenido vesical, superando así los límites de los mecanismos de la continencia. Los grandes fibromiomas enclavados en la pelvis, al limitar las posibilidades de expansión de la vejiga aumentan su presión interna.

Caquexia: La caquexia de cualquier origen, obviamente produce debilidad de todas las estructuras musculofasciales y las fibras musculares lisas en general. Las de unión uretrovesical no podían ser la excepción.

La vejez: Este es un factor de debilitamiento de los músculos relacionados con la continencia.

La sociedad internacional de la continencia, ha emitido la siguiente terminología:

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina que representa un problema higiénico y social y que es demostrable objetivamente.

La incontinencia urinaria de esfuerzo denota:

a) Un síntoma.- que es cuando la paciente refiere la pérdida involuntaria de orina cuando realiza ejercicios físicos.

b) Un signo.- Que es la observación de la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra inmediatamente después de un aumento intra abdominal de presión.

c) Una condición.- que es la pérdida involuntaria de orina cuando la presión intravesical excede a la presión uretral máxima en ausencia de actividad del detrusor. (3)

El aspecto inicial y más importante de la valoración de una mujer con incontinencia urinaria es la historia clínica exhaustiva con exploración clínica completa. La valoración inicial no siempre es diagnóstica, pero la información obtenida en ella debe guiar al clínico hacia la selección de pruebas diagnósticas adecuadas. (3,5)

Una exploración física exhaustiva de la mujer con incontinencia urinaria recalca la valoración abdominal, vaginal, pélvica, rectal y neurológica. La detección de distensión vesical durante la exploración abdominal, en una paciente que ya tuvo micción sugiere incontinencia por rebosamiento, pueden detectarse privación de estrógenos, prolapso genital, cistocele, rectocele y enterocele mediante la exploración armada de la vagina.

La exploración digital pélvica y rectovaginal descarta tumores pélvicos. Una exploración neurológica inferior da dirección para valorar los segmentos raquídeos sacros S2-S4 que son los nervios importantes que controlan la micción, pruebas sensoriales en perineo y alrededor del muslo es lo mínimo que se requiere (4).

La exploración física debe ser el dato pivote para corroborar en forma objetiva los datos proporcionados por la paciente de la pérdida involuntaria de la orina asociado a algún esfuerzo físico, para lo cual con vejiga llena, y con la paciente en posición supina o, en bipedestación se le solicita que tosa o se efectúa una maniobra de valsalva; es de capital importancia observar si la pérdida de orina se produce inmediatamente después de el aumento de la presión intra abdominal o si ocurre unos segundos después. (3)

En el último caso probablemente esté relacionado con un detrusor inestable mientras que, si la pérdida es inmediata, puede sospecharse de una incontinencia urinaria anatómica. Sin embargo, la tendencia actual, según la mayoría de los autores es que para establecer un diagnóstico preciso de la incontinencia urinaria de esfuerzo genuina o anatómica se requiere de pruebas urodinámicas apropiadas.

En los últimos años se han introducido una serie de pruebas para evaluar objetivamente la incontinencia urinaria (1,3,4)

Dichos estudios se han basado en diferentes principios de medición de la pérdida urinaria, esquemas diversos y periódicos de tiempo variable, lo que ha hecho que se critique su exactitud y su reproductibilidad.

Dentro de éstos estudios tenemos:

- Medida de la inclinación uretral por observación clínica.
- Estudios radiográficos
- Medición de la longitud uretral activa
- Uretroscopia
- Cistoscopia
- Levantamiento tentativo del cuello vesical
- Por último la apreciación ponderal de la pérdida urinaria. (9).

La última prueba aceptada por la comisión internacional de la continencia ha sido diseñada para una hora de duración, que permite la cuantificación objetiva de la pérdida urinaria en forma estandarizada. La prueba es aplicable a cualquiera de las modalidades de incontinencia. (9).

Esta prueba tiene una duración de una hora. Se pesa la toalla sanitaria en una balanza con grabado exacto de 0.1 grs. Se le pide a la paciente que ingiera 500 cc de agua y que se coloque una toalla sanitaria en vulva, descansar hasta los 15 minutos. De los 15 a 45 minutos realizará una caminata, subir y bajar escaleras de los 45-60 minutos se le pide que realice ejercicios tales como pararse y levantarse en 10 ocasiones, que tosan en 10 ocasiones, que corran en el mismo lugar por un minuto, que recojan objetos del piso en cinco ocasiones y, por último lavarse las manos por un minutos. A los 60 minutos se le pide que se retire la toalla y se vuelve a pesar; se le pide que orine nuevamente en un recipiente para medirse el volumen urinario y se da por terminada la prueba (2,3,5,6,7,9).

Los resultados se clasifican de la siguiente manera:

- Menos de 2 grs. por hr. no incontinente
- 2 a 10 grs. por hr. pérdida urinaria ligera
- 10 a 50 grs. por hr. pérdida urinaria moderada
- Más de 50 grs. por hr. pérdida urinaria severa.

Los avances en las técnicas quirúrgicas son notorios y en diversos conocimientos urodinámicos y neurológicos de la continencia urinaria. Pero hasta el momento no se ha encontrado el procedimiento ideal (3,4,8)

Es indudable que los traumatismos obstétricos constituyan una de las causas principales de la incontinencia urinaria de esfuerzo como lo demostró Stokel y Kalisher por medio de la cistoscopia en el parto inmediato (1).

El propósito de realizar éste estudio, es saber que tan útil es la prueba del peso de la toalla sanitaria de una hora de duración en pacientes incontinentes, en un periodo de 6 meses en la clínica de urología ginecológica del centro medico nacional 20 de noviembre.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio fué realizado en el servicio de ginecología del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, en la clínica de Urología Ginecológica.

Comprende el periodo de Marzo a Septiembre de 1995, tiempo en el que se realizaron 100 pruebas del peso de la toalla en pacientes cuyo sintoma principal era el de la emisión de orina ligada a esfuerzos, pero que no se objetivizó con maniobras de valsalva. Pacientes postquirúrgicas de incontinencia urinaria para corroborar objetivamente el éxito de la cirugía, pacientes con inestabilidad del detrusor y que han recibido tratamiento médico.

Las pacientes fueron incluidas en una hoja de captación de datos y a todas se les realizó, historia clínica completa, exploración física y ginecológica, exámenes básicos, citología cervicovaginal, urocultivo, estudio de secreciones genitales así como la prueba del Q-Tip.

Las pruebas se llevaron a cabo de la siguiente manera:

- Se les pidió a las pacientes orinar.
- Ingirieron 500 ml. de agua.

- Se colocaron toalla sanitaria en vulva, proporcionadas por el hospital con el peso estándar de 10 grs. Con medidas de 22x8 cms.
- Espera de 15 min.
- Iniciaron la siguiente rutina:
 - ° Toser en 10 ocasiones.
 - ° Caminata por 10 min.
 - ° Subir y bajar escaleras 10 min.
 - ° Levantar objeto del suelo (pluma) 10 ocasiones.
 - ° Sentadillas por 10 min.
 - ° Pequeños saltos a un mismo nivel, 10 min.
 - ° Lavado de manos durante un minuto.
 - ° Correr 10 min.
- Después de los 60 minutos se les pidió a las pacientes que se retiraran la toalla.
- Se pesó la toalla nuevamente y se clasificaron los resultados:
 - ° Menos de 2grs en una hora, no incontinentes.
 - ° De 2 a 10 grs en una hora, pérdida urinaria ligera.
 - ° de 10 a 50 grs en una hora, pérdida urinaria moderada.
 - ° Más de 50 grs en una hora, pérdida urinaria severa.

RESULTADOS

De un total de 100 pacientes que se les realizó la prueba del peso de la toalla sanitaria (PPTS) 95 (95%) tuvieron el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, 4 (4%) con diagnóstico de incontinencia residivante y 1 (1%) con diagnóstico de inestabilidad del detrusor, la cual se encontraba bajo tratamiento medicamentoso (Fig.2).

De las 100 pruebas 96 resultaron positivas y 4 negativas (Fig. 1).

El rango de la edad de las pacientes fué de 30 a 60 años con una media de 46 años y con una moda de 40 años (Fig 3).

El rango de paridad fué de 0-15 embarazos con una media de 5 embarazos y una moda de 3 embarazos (Fig. 4).

Se encontró que de las 100 pacientes 89 (89%) tenían trastornos de la estática pelvigenital, se encontró que de las 96 pruebas del peso de la toalla positivas 90 (90%) fueron con alteración de la estática pelvigenital y de las 4 (4%) pruebas del peso de la toalla negativas 3 fueron con alteración de la estática pelvigenital.

Con relación a la ganancia del peso de la toalla al término de la prueba de las 100 toallas, 4 (4%) tuvieron menos de 2 grs. (no incontinentes), 26 (26%) de 2 a 10 grs. (pérdida urinaria ligera), 57 (57%) de 10 a 50 grs. (pérdida urinaria moderada) y 13 (13%) más de 50 grs. (pérdida urlnaría severa). (Fig.5)

DISCUSIÓN

En éste estudio se observó que la incontinencia urinaria de esfuerzo es una patología muy frecuente en la población mexicana y que la edad y la paridad son los dos principales factores que intervienen en su presentación.

En cuanto a la edad se demostró predominio en mujeres de 55 a 60 años y en cuanto a la paridad se encontró un predominio en mujeres que hablan tenido más de dos partos vía vaginal. Es importante mencionar que el número de pacientes que se maneja fue bastante aceptable si tomamos en cuenta el tiempo en que se llevó a cabo el estudio, lo cual nos habla del alto índice de pacientes que cursan con esta patología, pero que por condicionar un problema higiénico, social y emocional no acuden con facilidad al médico para exponer su problema. Sin embargo, éste método diagnóstico de la incontinencia urinaria de esfuerzos resulta fácil, rápido, económico y no invasivo que cada día se le está dando mayor atención, ya que tiene un valor diagnóstico muy significativo.

Es necesario extender este método diagnóstico a clínicas y hospitales para una detección oportuna de la incontinencia urinaria de esfuerzos, y así, proporcionar un método de tratamiento adecuado y oportuno.

CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegó después de realizarse las pruebas de la toalla sanitaria (PPTS) son las siguientes:

- Cuando la paciente refiere la pérdida involuntaria de orina, cuando realiza un ejercicio físico y no se observa dicha pérdida urinaria, con una (PPTS) positiva, la paciente es candidata a una uretrorristopexia.

- Cuando la paciente refiere pérdidas involuntarias de orina y al realizar ejercicio físico no se observa dicha pérdida urinaria y si la (PPTS) es negativa la paciente es candidata a un plegamiento vaginal.

- En cuanto a la incontinencia residivante la (PPTS) es importante porque nos da el grado de pérdida urinaria.

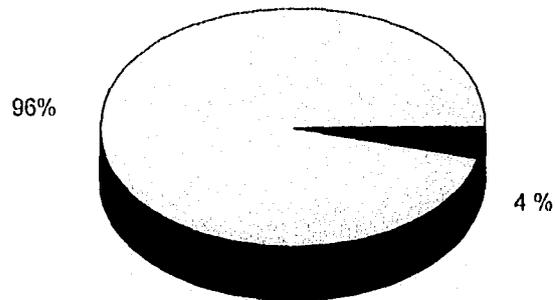
- En cuanto a la inestabilidad del detrusor al realizar (PPTS) nos valora su evolución mediante el tratamiento medicamentoso.

- Realizar la (PPTS) como seguimiento en pacientes con dos años de posoperadas para valorar que tan continentes quedaron.

- Sin embargo cualquiera de uno de éstos métodos de seguimiento puede ser solo evaluado en conjunto con la examinación clínica y de otras pruebas urodinámicas.

**DEMOSTRACION DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE
ESFUERZOS MEDIANTE LA PRUEBA DEL PESO
DE LA TOALLA.**

DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO POSITIVA O NEGATIVA"



 96 % Incontinencia urinaria positiva
 4% Sin Incontinencia

Fig. 1

**DEMOSTRACION DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE
ESFUERZOS MEDIANTE LA PRUEBA DEL PESO
DE LA TOALLA.**

"DISTRIBUCION POR TIPO DE INCONTINENCIA"

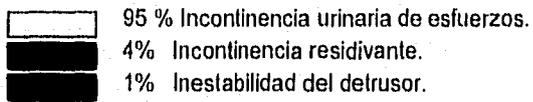
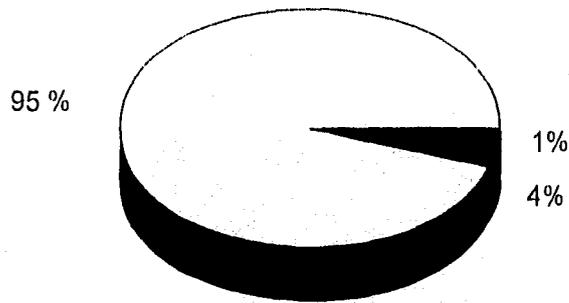
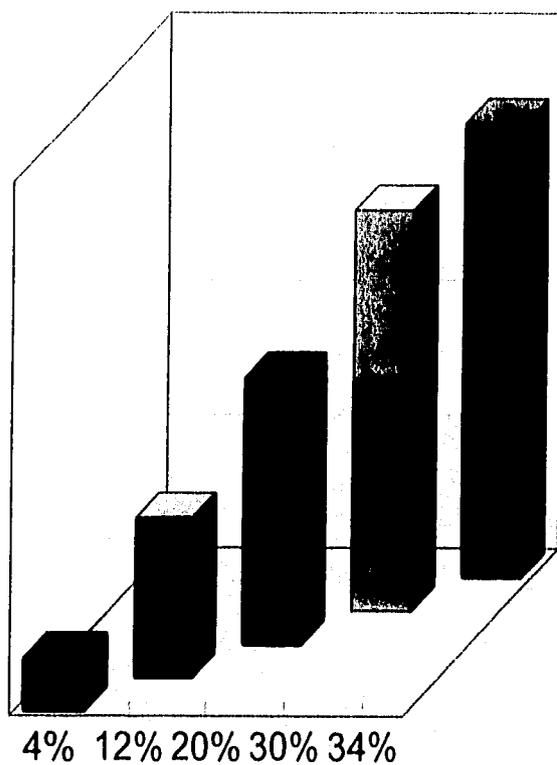


Fig. 2

**DEMOSTRACION DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE
ESFUERZOS MEDIANTE LA PRUEBA DEL PESO
DE LA TOALLA.**

DISTRIBUCION POR EDADES



■	30 A 45 AÑOS	4%
■	36 A 40 AÑOS	34%
■	41 A 49 AÑOS	30%
■	50 A 55 AÑOS	20%
■	56 A 60 AÑOS	12%

Fig. 3

**UTILIDAD DE LA PRUEBA DEL PESO DE LA TOALLA DE
UNA HORA EN PACIENTES INCONTINENTES.**

DISTRIBUCION POR EMBARAZOS

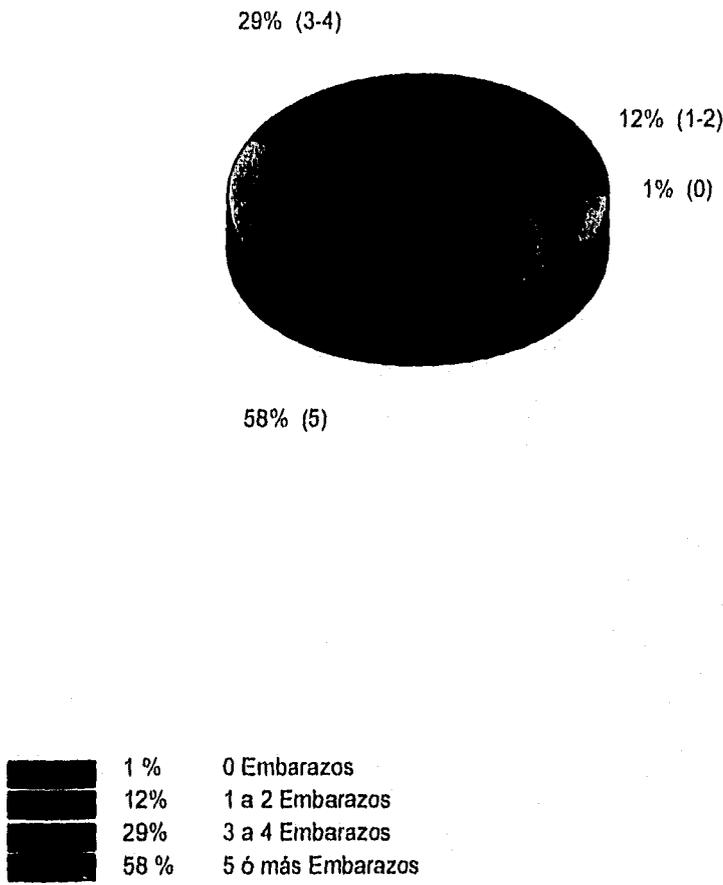
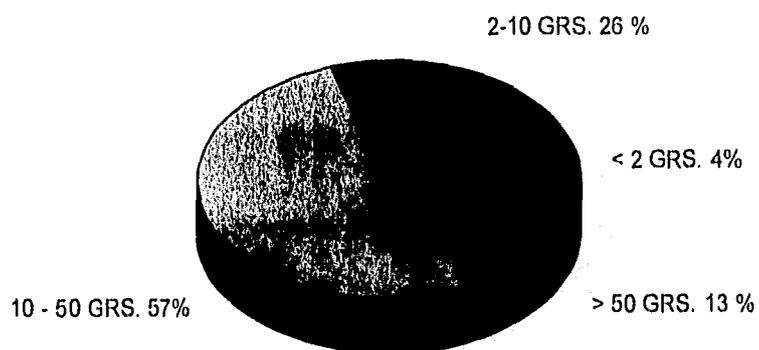


Fig. 4

UTILIDAD DE LA PRUEBA DEL PESO DE LA TOALLA DE UNA HORA EN PACIENTES INCONTINENTES.

DISTRIBUCION POR PESO DE LA TOALLA



	< de 2 grs.	4 %
	2 a 16 grs.	26%
	10 a 50 grs.	57%
	> 50 grs.	13 %

Fig. 5

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ostergand DR Gynecologic Urologic and Urodynamics. segunda ed. Baltimore 1985 xxi-xxvi y 561-585
- 2) Lisheth j Gunner LJ. Trorup A. one- hour pad- weighing test for objctive assessment of female urinary incontinece. obste Gynecol 1987, 69 39-42.
- 3) De La Cruz SI. Evolución de la paciente con incontinenecia urinaria Ginecología y obstetricia de méxico 1988; 56 -12.
- 4) Clínicas obstétricas y Ginecológicas. Incontinencia urinaria de esfuerzos Interamericana, 1990:285- 299 y 317-320.
- 5) Sutherts J.Brown M.Shawer M . Assessing the severity of urinary incontinence in women by weighing perineal pads. The Lancet 1981; 23: 1128-1130.
- 6) Walsh JB.Mills GL. Measurement of urinary loss in elderli incontinent patients. The Lancet 1981;23:1130 -1131.
- 7) Procedimientos en Ginecología. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo México IMSS HLCA, 1989:233-243.
- 8) Villalobos RM.de la cruz SI.Peña SM. Silly SK. Uretrocistopexia retropubica por via vaginal. Ginecología y obstetricia de México 1986; 54:311-315
- 9) DR. Delfino Gallo.
Incontinencia Urinaria por Esfuerzo, Etiopatogenia, exploración clínica y diagnóstico.
CAP. 44 Seccion V. Disfunciones de la continencia y la Miccion.