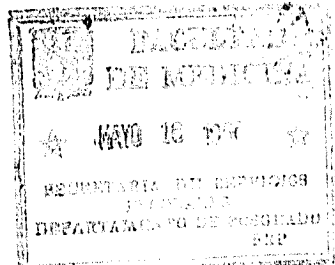




11217 86 25  
**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

**HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
"DR. LUIS CASTELAZO AYALA"**

I.M.S.S.



***"INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO A  
UNA DECADA DE TRATAMIENTO FACTORES  
PRONOSTICOS DE RECIDIVA"***

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
MEDICO ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :  
DRA. LORENA MARTINEZ GONZALEZ



**IMSS**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

ASESOR: DRA. EUTQUIA RAMIREZ MELGAR  
HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"

MEXICO D. F.

IMSS

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.

HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA"

DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

Nombre del Investigador principal:

DRA. LORENA MARTINEZ GONZALEZ.

Titulo del trabajo:

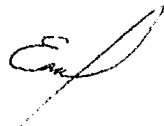
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO A UNA DECADA DE  
TRATAMIENTO Y FACTORES PRONOSTICOS DE RECIDIVA.

Lugar donde se realizó la investigación:

HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA" INSS.  
CLINICA DE INCONTINENCIA URINARIA.

Nombre del colaborador:

DRA. EUTIQUIA RAMIREZ MELGAR.



I N D I C E.

	Pág.
Introducción.....	1
Material y Métodos.....	6
Resultados.....	8
Discusión.....	10
Conclusión.....	12
Bibliografía.....	14
Resumen.....	17

## I N T R O D U C C I O N

Pocos temas en el campo de la medicina han recibido tanta atención y concentrado tan diversos puntos de vista sobre: Etiología, diagnóstico y tratamiento, como las alteraciones de la micción: específicamente, la Incontinencia Urinaria Genuina por Esfuerzo (IUE).

Debido a su contigüidad, el desarrollo anatómico y embriológico de los aparatos urinario y genital están sujetos a alteraciones anatómicas, fisiológicas y patológicas similares. Los síntomas del aparato genitourinario están íntimamente relacionados, que una enfermedad de uno de los dos sistemas, con frecuencia tiene un efecto adverso sobre la función normal del otro. Para tratar con eficacia uno de los síndromes más frecuentes -- asociados a estos aparatos, que es la Incontinencia Urinaria Genuina por Esfuerzo, es esencial que el médico conozca las características clínicas, métodos diagnósticos y tratamiento de este padecimiento (1,3).

La Incontinencia Urinaria es definida por la Sociedad Internacional de Continencia, en 1979 como: La condición en la cual la pérdida involuntaria de orina es un problema higiénico-social, y que es demostrable objetivamente (2).

La IUE denota un signo, un síntoma y una condición.

- UN SIGNO: Que denota la observación de la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra inmediatamente después de un aumento de la presión intraabdominal.
- UN SINTOMA: Que indica que la paciente refiere la pérdida involuntaria de orina cuando realiza algún ejercicio físico.
- UNA CONDICION: Que es la pérdida involuntaria de orina cuando la presión intravesical excede la presión uretral máxima, en-

ausencia de actividad del detrusor (1,2,3,).

La vejiga urinaria y la uretra, surgen de un tejido mesenquimal común, por ello las capas musculares de la vejiga y la uretra son idénticas. Las capas interna y externa se continúan a lo largo de la uretra, la primera se transforma en la capa longitudinal y la externa forma una capa circular de músculo liso que rodea a la uretra por completo. En la paciente continuamente la vejiga y la porción proximal de la uretra, responden a los aumentos de la presión intraabdominal. Si el cuello vesical desciende a nivel del diafragma urogenital, no está afectada por los cambios de la presión intraabdominal y aparece la incontinencia (2,4).

De la población femenina en general, aproximadamente el 50% presentan algún grado de incontinencia urinaria en algún momento de su vida, de ellas aproximadamente la mitad han consultado a algún médico por esta causa. Norton y col. encontraron que 60% tenían retraso en la búsqueda de tratamiento médico por más de un año a partir de que sus síntomas se hicieron intensos. Holst y Wilson encontraron que solo 33% de sus pacientes con incontinencia había buscado ayuda médica para resolver su problema, el 81% de ellas no buscaron ayuda médica por considerar el trastorno como normal, y el 10% por considerar que su problema no tenía solución (6,7).

La intensidad de los síntomas no siempre se relaciona con el impacto psicosocial percibido por la paciente. Wyman y col. encontraron que las pacientes con frecuencia y urgencia, pero sin pérdida urinaria, están tan molestas con sus síntomas, como aquellas que presentaban incontinencia urinaria (8). Ya que la incontinencia es un fenómeno aprendido desde la infancia para ir al baño, es de entender que muchos adultos que presentan incontinencia en etapas avanzadas de la vida sientan pérdida de su adultez e independencia. Las mujeres afectadas, inicialmente cambian sus hábitos de ejercicio y en un momento dado también

sus hábitos sociales (7).

Al iniciarse el estudio de la paciente con Incontinencia - Urinaria Genuina de Esfuerzo es imprescindible entender a fondo el proceso de la micción.

Muchos son los factores involucrados en la IUE de causa -- anatómica, entre los que se mencionan: el desajuste entre las -- presiones vesicales y uretrales, la alteración del eje uretral, el acortamiento de la uretra y la pérdida del ángulo uretrovesi-- cal; todas ellas consideradas teóricamente (9).

Por lo tanto, el diagnóstico de esta entidad ha sido enca-- minado a comprobar o descartar cada una de estas anormalidades-- por medio de una exhausta Historia Clínica completa y apoyada en diferentes estudios o pruebas diagnósticas (10).

En lo referente a la Historia Clínica (HC), el aspecto ini-- cial y más importante de la valoración de una mujer con incon-- tinencia urinaria, es la realización exhaustiva de esta, con ex-- ploración física 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.-- Las entrevistas con la paciente siguen siendo el método más im-- portante para obtener la información adecuada y permitir una re-- lación médico-paciente indispensable.

Se debe explorar con cuidado la descripción de la inconti-- nencia por la paciente, La pérdida involuntaria durante la ac-- tividad física (p.ej., tos, risa, estornudo, ejercicio) es mani-- festación de mujeres con incontinencia de esfuerzo. Deben regis-- trarse duración, edad de inicio, frecuencia y cuantía de la pér-- dida urinaria. Aunque no diagnóstico, el volumen de la pérdida-- urinaria, pudiera ser indicador de la intensidad del problema,-- y la necesidad de cojinetes o toallas también pueden reflejar -- la cuantía de la pérdida urinaria (10).

Una exploración física exhaustiva de la mujer con incontinencia urinaria recalca la valoración abdominal, vaginal, pélvica, rectal y neurológica. Debe hacerse la confirmación de la pérdida urinaria en algún momento de la exploración. Cuando tiene sensación de vejiga llena, la paciente puja o tose en decúbito supino y de pie. La expulsión de pequeña cantidad de orina inmediatamente después de la tos sugiere incontinencia de esfuerzo.

Con respecto a pruebas diagnósticas, una prueba simple realizada en el consultorio después de la exploración simple, o de manera concomitante y que ayudan al clínico en cuanto a la realización de pruebas diagnósticas más elaboradas, es la prueba del hisopo de algodón (Q-tip), y aunque no diagnóstica de IUE, proporciona una medición objetiva de la movilidad del cuello vesical.

Pruebas diagnósticas adicionales incluyen:

- a) Estudios urodinámicos:
  - Uroflujometría.
  - Cistometrograma.
  - Perfil de presión uretral.
  - Electromiograma.
- b) Endoscopia:
  - Uretroscopia.
- c) Estudios radiológicos:
  - Placa simple de pelvis.
  - Urografía intravenosa.
  - Uretrocistograma con cadena.
  - Videocistouretrografía.

Otros métodos diagnósticos es la prueba del peso de la toa sanitaria durante una hora, introducida en 1983 por la Sociedad Internacional de Continencia.



Se han utilizado más de 100 técnicas quirúrgicas diferentes para la corrección de la IUE, las cuales han tenido modificaciones con el paso del tiempo, hasta tener una tasa de éxito adecuada, siempre y cuando halla una indicación adecuada. El objetivo de las distintas técnicas de corrección para la IUE pretenden principalmente y como base, la elevación del cuello vesical y parte proximal de la uretra de tal manera que se encuentren dentro de la influencia de la presión intrabdominal (4,5).

En las últimas dos décadas parece existir el consenso de que se obtienen mejores resultados con las técnicas suprapúbicas con fijación de la unión uretrovesical y el tercio proximal de la uretra a la cara posterior del pubis (11,12).

El objetivo del presente trabajo es demostrar la experiencia del Hospital " Luis Castelazo Ayala" - Clínica de Incontinencia, a 10 años de haberse fundado, en el tratamiento de la IUE utilizando las técnicas siguientes: Burch-Tanago, Pereyra modificada, Marschall-Marketki-Kranz, Powell y Plastia de Kelly. Así mismo conocer el índice de éxitos y fracasos, morbilidad postquirúrgica, factores pronósticos de recidiva quirúrgica y compararlos con otros autores. Esto en base a un estricto criterio de inclusión y seguimiento de dos años a través de la consulta externa.

## M A T E R I A L Y M E T O D O S .

Se analizaron expedientes, libretas de registro, captación y seguimiento de todas las pacientes sometidas a cirugía para la corrección de incontinencia urinaria genuina de esfuerzo, en el módulo de Uro-Ginecología del Hospital "Luis Castelazo Ayala" -- del IMSS; en un período de 10 años comprendido de Noviembre de 1983 a Noviembre de 1993 y que completaron 2 años de seguimiento hasta Noviembre de 1995.

Se analizaron las siguientes variables:

- Edad de las pacientes.
- Paridad.
- Tipo de cirugía efectuada.
- Procedimientos quirúrgicos complementarios.
- Morbilidad quirúrgica temprana.
- Morbilidad quirúrgica tardía.
- Tiempo de permanencia con sonda vesical.
- Prueba de Q-tip antes y después de la cirugía.
- Prueba del peso de la toalla antes de la cirugía.
- Índice de Masa Corporal (IMC).

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con incontinencia urinaria genuina de esfuerzo corroborada objetivamente.
- Pacientes con seguimiento en consulta externa mínimo de dos años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con incontinencia urinaria recidivante.
- Pacientes con inestabilidad del detrusor.
- Pacientes con incontinencia urinaria mixta.
- Pacientes con antecedente de cirugía urológica.
- Pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.
- Pacientes con Diabetes Mellitus.
- Pacientes con infección de vías urinarias previo a la cirugía.

Tomando en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión de cirugías realizadas para la incontinencia urinaria - en el período de estudio, solo 522 casos fueron obtenidos. A cada caso se le realizó una hoja de concentración de datos, recabados del expediente clínico y de las libretas de registro del servicio (Fig.1).

Las técnicas quirúrgicas para la corrección de incontinencia urinaria genuína fueron: Burch-Tanago, Operación de Pereyra Operación de Powell, Operación de Marshall-Marketki-Kranz y P.Kelly

La prueba del Q-tip se consideró normal cuando tenía un deslizamiento de 0-30°, y anormal por arriba de los 30°.

La PPTS realizada durante una hora fue:

0-2 grs.....Negativa.

2-10 grs.....Pérdida urinaria leve.

10-50 grs.....Pérdida urinaria moderada.

más de 50 grs.....Pérdida urinaria severa.

La retención urinaria se consideró en aquellas pacientes--- que permanecieron con sonda vesical por más de 21 días después - de la cirugía.

El IMC. se clasificó de la siguiente manera:

$IMC = \text{Peso}/\text{Talla}^2$ .

Normal.....20-25 IMC.

Sobrepeso.....25-30 IMC.

Obesidad.....más de 30 IMC.

Del total de pacientes en estudio, 421, tuvieron éxito tras la corrección quirúrgica de la incontinencia, siendo este el grupo control (Grupo A). Otras 74 pacientes presentaron incontinencia urinaria recidivante, siendo este el grupo de estudio (Grupo B). Las restantes 27 pacientes, continuaron sin ser incontinentes - a los dos años, pero presentando algún grado de incontinencia en las dos primeras consultas, por lo que no se incluyeron en el -- grupo control.

## R E S U L T A D O S .

Los resultados obtenidos de las 522 pacientes estudiadas, - fueron en base, al seguimiento en la consulta externa a los 30 - días, 6 meses, un año y dos años.

La edad promedio de las pacientes fue de 45.5 años (27-73a) predominando las pacientes en la 5a. década de la vida en un -- 43% (Tab I).

La distribución de pacientes según la paridad fue superior- en pacientes multigestas hasta el 85% (Tab II).

El índice de éxitos en las dos técnicas quirúrgicas más uti- lizadas fue: Burch-Tauago un 89% y Pereyra un 87%. La tasa glo-- bal de éxitos con las técnicas realizadas fue de 81% (Tab III).

A las 522 pacientes se les realizó prueba del hisopo de al- godón previo a la cirugía, de las cuales 506 resultaron anorma-- les y las restantes 16 normales (Tab IV).

Del total de pacientes operadas (522), 421 (81%) presenta-- ron Q-Tip normal o negativo, sin incontinencia urinaria genuina- a los dos años por lo que fueron consideradas con evolución sa-- tisfactoria y tomadas como grupo control(Grupo A) (Tab V).Las -- 101 pacientes restantes (19%) presentaron prueba de Q-tip anor-- mal o positiva o incontinencia urinaria genuina en alguna de las tres primeras consultas, y solo 74 presentaron incontinencia uri- naria recidivante después de los dos años (Grupo B). Las 27 pa-- cientes restantes continuaron sin ser incontinentes a los 2 años con un Q-tip anormal, dudoso o no valorado(tab. VI).

La prueba del peso de la toalla sanitaria (PPTS) previo a - la cirugía se realizó a 193 pacientes , de las cuales todas fue- ron positivas, las restantes 329 pacientes presentaron al momen- to de la exploración física incontinencia mediata o inmediata;-- (tab VII).El seguimiento de la PPTS posterior a la cirugía fué valorable con los datos obtenidos en el expediente en algunas pa- cientes, y en otras nó, cuando presentaban el signo o el síntoma.

Dentro de la morbilidad se encontró que la más frecuente -- fué la retención urinaria, siendo por más de 21 días para el gru

po A 19%, y para el grupo B del 5% (Tab VIII); esta se presentó con mayor frecuencia en la operación de Pereyra siendo del 62%-- (Tab IX).

La frecuencia de infección de vías urinarias en promedio--- de todas las técnicas quirúrgicas fue del 8%. En diez pacientes se presentó absceso en hqxq de pared abdominal, tres pacientes - presentaron reacción al material de sutura, dos pacientes presen taron lesión vesical en el transoperatorio la cual se reparó in- mediatamente, tres pacientes presentaron litos vesicales corrobgo rados por cistoscopia, secundarios a material de sutura (Prole-- ne) en mucosa vesical, retirándolos posteriormente, y fue mínimo el número de pacientes que presentaron sangrado transoperatorio- y que por ello ameritaron transfusión sanguínea (Tab X).

El Índice de Masa Corporal (IMC), con obesidad y sobrepeso- en relación con la incontinencia urinaria recidivante, comparada con el grupo control en este estudio, fue estadísticamente signi ficativo, presentandose en las recidivas un IMC normal sólo en - el 13% de las pacientes, con sobrepeso 54% y Obesidad 33% ;lo -- cual coloca al sobrepeso y obesidad como un factor pronóstico im portante para el éxito o fracaso de la cirugía para la inconti- nencia urinaria (Tab XI).

## D I S C U S I O N

La Incontinencia Urinaria Genuina por Esfuerzo, sigue siendo uno de los problemas actuales más frecuentes, al cual se encuentra el cirujano ginecólogo, por la repercusión que esta tiene tanto -- en la vida sexual como social en la mujer.

En nuestro estudio, pudimos comprobar lo reportado por múltiples autores (1,5,10), que el grupo etario predominante con I.U.E. corresponde a la quinta década de la vida; que la mayoría de las -- pacientes son multiparas, y que la causa primordial que condiciona la Incontinencia es el trauma obstétrico; además de la presencia - de IUE en pacientes nulíparas jóvenes (13,14).

Los porcentajes de éxito obtenidos en nuestro trabajo, corresponden a los reportados en la literatura por diferentes autores, -- para las diferentes técnicas (8,11,12,15,16,17,18).

La frecuencia global de infección de vías urinarias en el post operatorio en nuestro estudio, está dentro del rango permitido de infección postoperatoria para la cirugía limpia contaminada, determinado por el Consejo Nacional de Investigación de la Academia Nacional de Ciencia de los Estados Unidos de hasta el 10% (19).

Por otra parte, la prueba del hisopo de algodón no debe tomarse como arma suficiente en esta patología, sino que por el contrario, es una prueba más para lograr un mejor resultado en el diagnóstico y tratamiento de la I.U.E., junto con numerosas pruebas -- urodinámicas utilizadas en la actualidad (20). En nuestro estudio -- también pudimos comprobar la importancia que tiene como factor pronóstico para la recidiva en el seguimiento hasta los 2 años.

Hay una amplia variedad de pruebas urodinámicas adicionales - que se utilizan junto con cistometría para el diagnóstico. Aunque-

en teoría cada una es útil, la buena práctica clínica que se debe usar solo cuando se requiere aclarar el diagnóstico, o si se prevé un cambio de tratamiento con respecto a la prueba (21).

La prueba del peso de la toalla sanitaria puede detectar de manera objetiva la pérdida urinaria antes de una intervención quirúrgica y puede ser usada como parte de un programa completo de investigación en urodinamia, como un procedimiento o como seguimiento o evaluación de los resultados del tratamiento (22). Nosotros reportamos un 37% de PPTS positiva previo a la cirugía, ya que el resto de las pacientes presentaban de manera objetiva la pérdida urinaria a la Exploración Física.

El sobrepeso y la obesidad, así como el tipo de cirugía que se utiliza para la corrección de la I.U.E., son factores condicionantes para una posterior recidiva (1,2,3,11,12,17,18). En el presente estudio, el I.M.C. previo a la cirugía y posterior a la misma, fué decisivo para que la paciente presentara recidiva; por lo tanto comprobamos que es un factor pronóstico adverso muy importante en estas pacientes, todo esto secundario a la elevación crónica de la presión intra abdominal.

## C O N C L U S I O N E S .

- El buen resultado quirúrgico de las pacientes con incont  
nencia urinaria genuina o de esfuerzo, depende de la selec  
ción adecuada de las mismas y de la experiencia y habilidad  
del cirujano.
  
- No existe hasta el momento actual una operación ideal a--  
plicable a todas las pacientes por igual. La selección del--  
procedimiento que cumpla los objetivos terapéuticos, debe a--  
justarse al caso en particular, según la existencia de altera  
ciones de la estática pelvigenital y la patología ginecolo  
gica asociada, procurando efectuar la solución de los proble  
mas en un acto quirúrgico y por una sola vía.
  
- En las ultima dos décadas parece existir el concenso, de -  
que se obtienen mejores resultados con las técnicas suprapú  
bicas a las vaginales.
  
- En nuestro estudio se pudo corroborar aunque no estadísti  
ticamente significativo que la prueba del hisopo de algodón  
puede tener un notable valor pronóstico, para determinar si u  
na paciente tiene posibilidades de tener una incontinencia  
urinaria recidivante a largo plazo.
  
- Cuando la paciente refiere pérdida involuntaria de la ori  
na al realizar un ejercicio físico y no se observa dicha pér  
dida urinaria a la exploración física con PPTS negativa, la  
paciente actualmente es candidata a un plegamiento caginal. Y  
al contrario, cuando la pérdida es demostrada con PPTS posi  
ti va, la paciente es candidata a una uretrocistopexia.
  
- En nuestro trabajo la tasa de éxitos y fracasos, así como  
las recidivas están acorde con lo reportado por otros auto--  
res para las diferentes técnicas quirúrgicas.



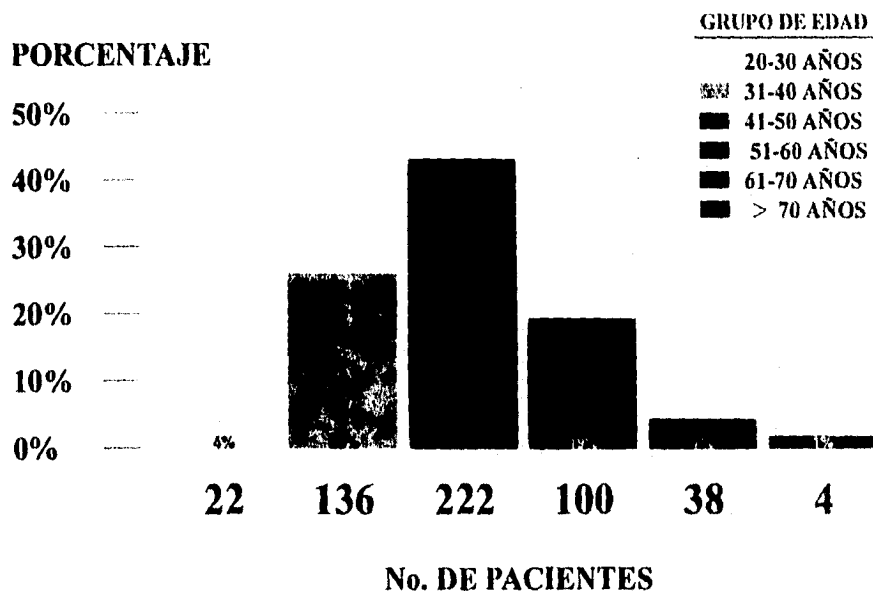
- Respecto a la morbilidad de las diferentes técnicas quirúrgicas, se demostró que la cirugía ginecológica abdominal y vaginal para la corrección de la Incontinencia urinaria de esfuerzos es muy noble, y el índice de Infección de Vías Urinarias en el postoperatorio fue acorde con lo reportado en la literatura.

- También pudimos corroborar que la retención urinaria se presenta con mayor frecuencia en las técnicas de corrección por vía vaginal.

- El Índice de Masa Corporal es un factor pronóstico para la incontinencia urinaria recidivante y que resultó ser en nuestro trabajo, estadísticamente significativo.

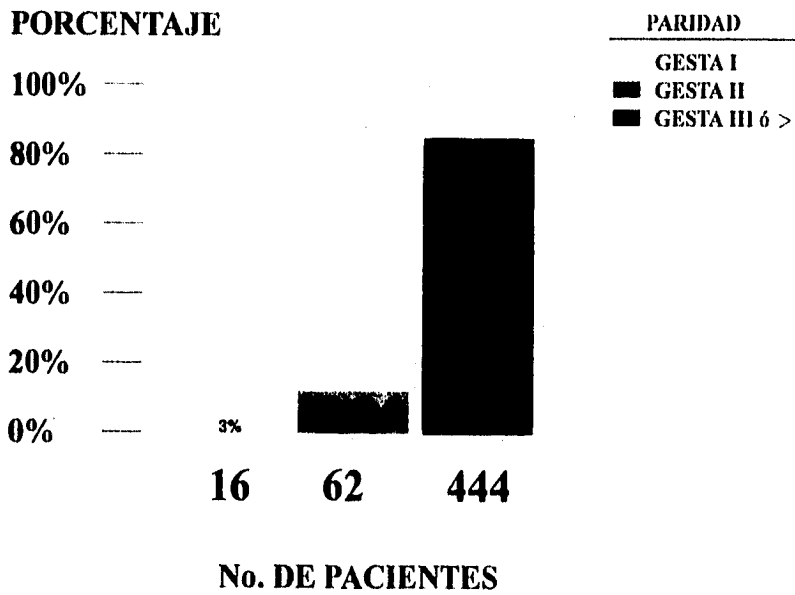
- En el presente estudio reportamos los resultados del tratamiento de la Incontinencia urinaria genuina por esfuerzo en la experiencia acumulada a lo largo de diez años en el módulo de Uro-ginecología del Hospital "Luis Castelazo Ayala", y que corresponde a lo reportado en la literatura.

**DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD**  
**INCONTINENCIA URINARIA GENUINA**  
**522 PACIENTES**



TAB. I

**DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN PARIDAD**  
**INCONTINENCIA URINARIA GENUINA**  
**522 PACIENTES**



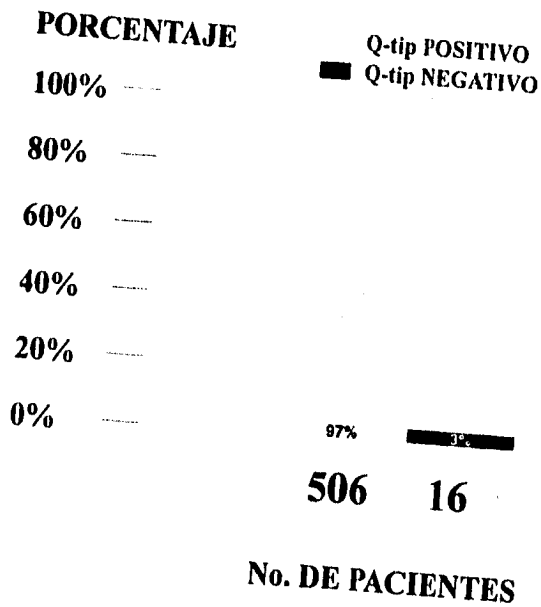
TAB. II

**EVALUACION DE CINCO TECNICAS DE  
CISTOURETROPEXIA PARA LA I.U.G.  
EN 10 AÑOS.**

**RESULTADOS GLOBALES**

<b>TECNICA</b>	<b>No. CASOS</b>	<b>SEGUIM. 2 AÑOS</b>	<b>EXITOS (%)</b>	<b>FRACASOS (%)</b>
• PEREYRA	386	386	87	13
• BURCH	72	72	89	11
• KELLY	56	56	79	21
• M. M. K.	4	4	75	25
• POWELL	4	4	75	25

**PRUEBA DEL Q-tip POSITIVA PREVIO  
A LA CIRUGIA Y SU RELACION CON LA I.U.G.  
522 PACIENTES**



---

**SEGUIMIENTO DEL Q-tip**  
**GRUPO CONTROL C. EXTERNA**  
421 CASOS

---

<b>TIEMPO</b>	<b>Q tip</b>	<b>F.U.G.</b>
<b>1 MES</b>	<b>NEGATIVO</b>	<b>NO</b>
<b>6 MESES</b>	<b>NEGATIVO</b>	<b>NO</b>
<b>1 AÑO</b>	<b>NEGATIVO</b>	<b>NO</b>
<b>2 AÑOS</b>	<b>NEGATIVO</b>	<b>NO</b>

TABLA V

**SEGUIMIENTO DE Q-Tip POSTERIOR A CIRUGIA**

**101 PACIENTES**

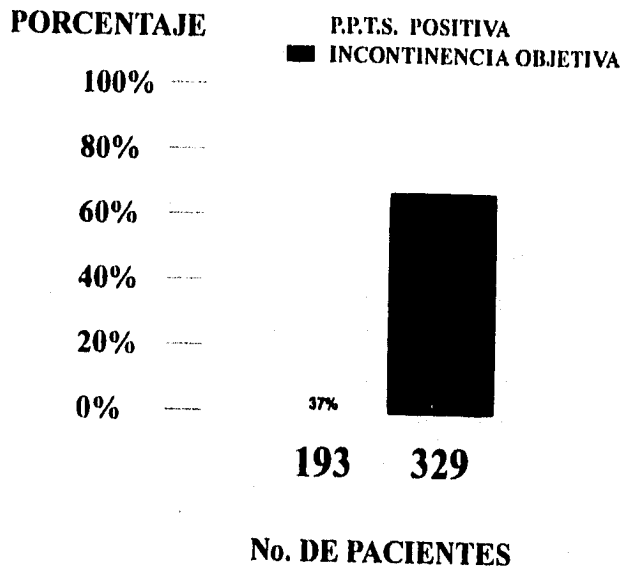
<b>TIEMPO</b>	<b>Q-Tip</b>	<b>I. U. G.</b>	<b>No. PACIENTES</b>
<b>1 MES</b>	<b>+ - ?</b>	<b>NO</b>	<b>27</b>
<b>6 MESES</b>	<b>+ - ?</b>	<b>NO</b>	
<b>1 AÑO</b>	<b>+ - ?</b>	<b>NO</b>	
<b>2 AÑO</b>	<b>POSITIVO</b>	<b>SI</b>	<b>74</b>

TAB. VI

---

**PRUEBA DEL PESO DE LA TOALLA SANITARIA  
PREVIO A LA CIRUGIA**  
522 PACIENTES

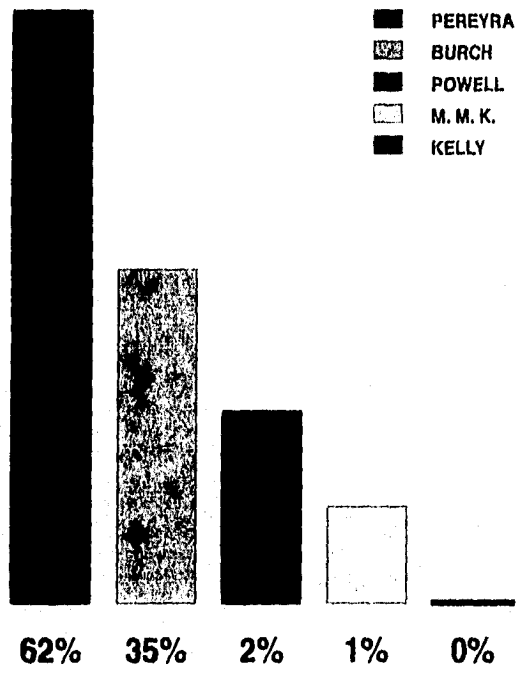
---



TAB. VII

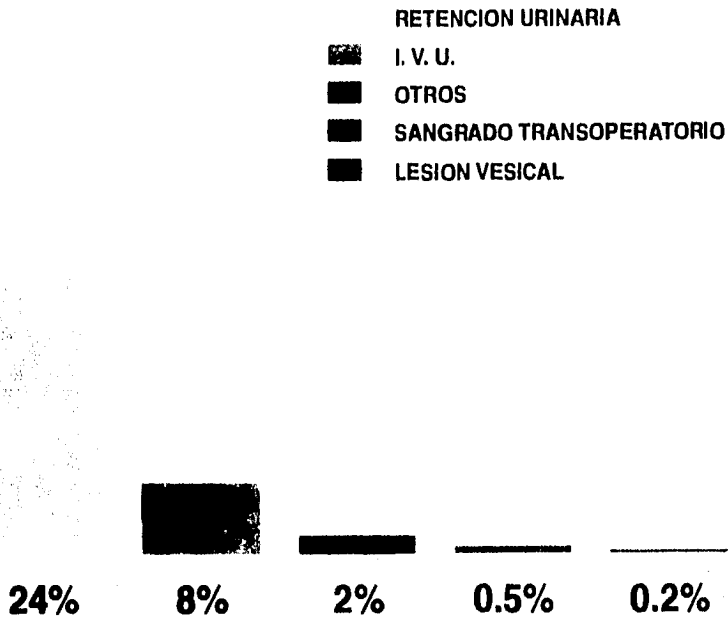


**RETENCION URINARIA >21 DIAS  
SEGUN TECNICA QUIRURGICA  
84 PACIENTES.**



TAB. IX

**MORBILIDAD GLOBAL  
CINCO TECNICAS QUIRURGICAS**



TAB. X

PERMANENCIA SONDA VESICAL

		C O N T R O L		R E C I D I V A S	
SONDA DIAS	No.	%	No.	%	
4 DIAS	202	48	42	57	
7 DIAS	45	11	16	22	
14 DIAS	94	22	12	16	
> 21 DIAS	80	19	4	5	
TOTAL	421	100	74	100	

TAB. VIII

RELACION I.M.C. / I.U.G. RECIDIVANTE

		C O N T R O L		R E C I D I V A S	
I.M.C.	No.	%	No.	%	
NORMAL	22	29	10	13	
SOBREPESO	40	54	40	54	
OBESIDAD	12	17	24	33	
TOTAL	74	100	74	100	

TAB. XI

HOJA DE CONCENTRACION DE DATOS I U E

Nombre \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_ Césarea \_\_\_\_\_  
 Inestabilidad del detrusor: Incontinencia de esfuerzo:  
 Enuresis \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ al correr, estornudar,  
 Polaquiuria \_\_\_\_\_ Nicturia subir escaleras,  
 Chorro débil \_\_\_\_\_ Goteo posterior cambios de posición,  
 Sugestivos de infección: Dismenorrea congestiva,  
 cistitis de repetición, disuria, Dispareunia,  
 incontinencia de urgencia. Dolor pélvico variable.

EXPLORACION

Con vejiga ocupada: Inspección: Incontinencia: Mediata al toser  
 Cistocèle: I Uretrocèle Inmediata al toser  
 II III Protrusión del cuello vesical  
 Rectocèle: I Palpación bimanual. Dolor en:  
 II III Vejiga Trígono  
 Ureter D I Cuello  
 Cuello de vejiga en forma de embudo.  
 Calibre uretral: 20 F leve Prueba del Q tip: + -  
 16 F moderada 12 F severa  
 Cistoscopia: Trigonitis Trabeculación Oclusión de cuello: Si No  
 Cistometría: Presión base 15 15 Orina residual: Si No

Concentración de detrusor no terminal inhibida.  
 Sensación de urgencia sin contracción de detrusor.

PPTS — 5rs

Cistouretrografía: \_\_\_\_\_ EGO: \_\_\_\_\_  
 Urocultivo: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO

Dilatación: \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_

Corrección quirúrgica cuello vesical:  
 Vaginal \_\_\_\_\_ Abdominal \_\_\_\_\_

Resultados:

	BUENO	MEDIANO	MALO
6 meses	_____	_____	_____
1 año	_____	_____	_____
2 años	_____	_____	_____

Complicaciones: \_\_\_\_\_

Fig. 9

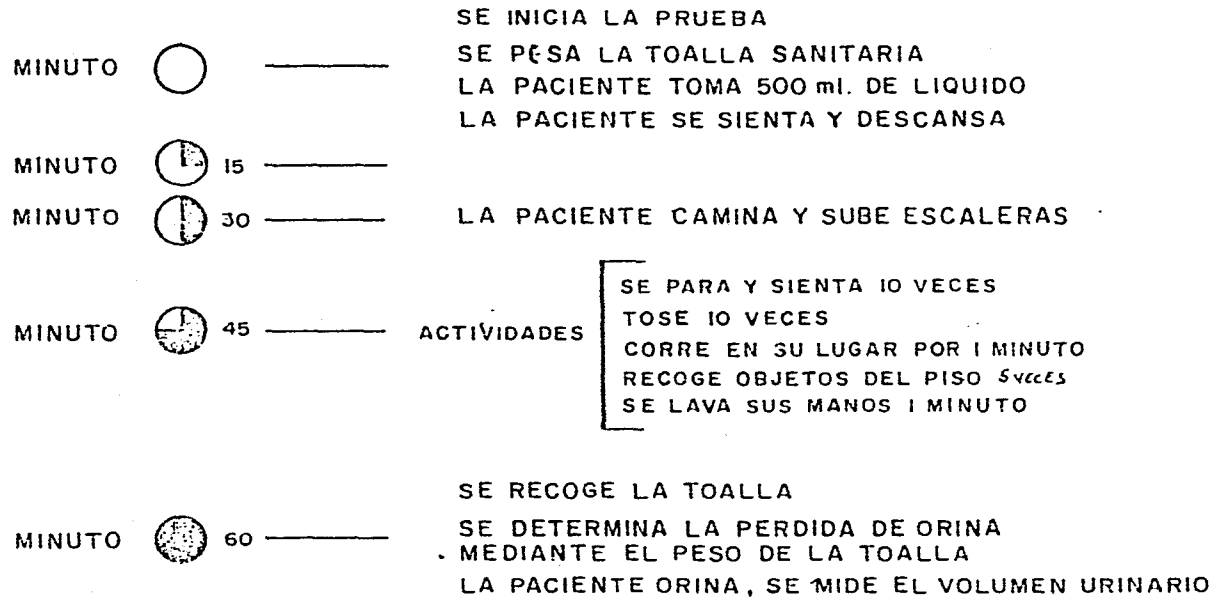
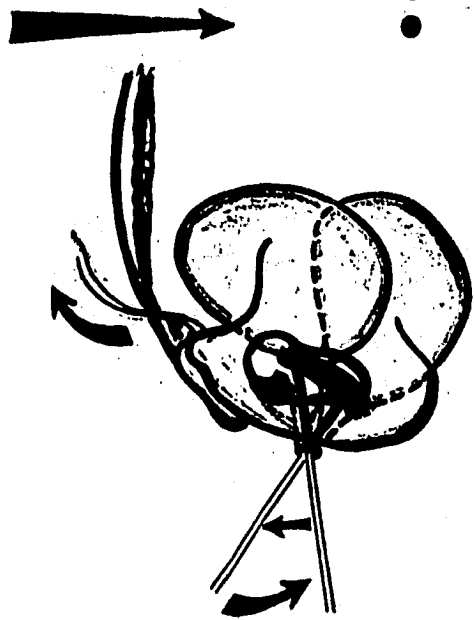


DIAGRAMA DE LA PRUEBA DE PESO DE LA TOALLA SANITARIA DE UNA HORA



● CLINICA

● CIRUGIA

PRUEBA DEL Q - TIP

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Iris de la Cruz: Evaluación de la paciente con Incontinencia urinaria. Ginecología y Obstetricia de México. 1988; 56: 5-12.
- 2.- Delancey J: Urogynecology. Obstetrics and Gynecology-Clinics North America. 1989; 16: 709-89.
- 3.- Danforth: Ginecología y Obstetricia; 1988.
- 4.- Norton P: Urinary Incontinence. Clinical Obstetrics -- and Gynecology. 1990; 33: 293-405.
- 5.- Iris de la Cruz y col.: Incontinencia urinaria de esfuerzo: Comparación de cuatro métodos de cistouretopexia. Seguimiento a dos años. Ginecología y Obstetricia de México. 1994; 62: 287-9.
- 6.- Losif: Effects of protracted administration of estriol on the lower. Gynecology and Obstetrics, 1991; 23: 115-9.
- 7.- Norton, McDonald: Distress associated with female urinary complaint and delay in seeking treatment. Neuro Urology. 1987; 6: 170-3.
- 8.- Holst, Wilson. The prevalence of female urinary incontinence and reason for not seeking treatment. -- NZ Med J. 1988; 101: 756-7.
- 9.- Bhatia N.H., Ostergard. Urodynamics in woman with stress urinary incontinence. Obstet Gynecol. 1982; 60: 552-54.

- 11.- Killholma, Makinen, Turku: Modified Burch colposuspension for stress urinary incontinence in females.-- Surgery Gynecology and Obstetrics. 1993;176:111-5.
- 12.- Burch: Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele -- and prolapse. Am J Obst and Gynecol. 1961;81:281-90.
- 13.- Scott C: Stress incontinence in nulliparous woman. J Reprod Med. 1969;2:96-8.
- 14.- Wolin L.H.: Stress incontinence in young, healthy-- nulliparous female subjects. J Urol. 1969;101:545-6.
- 15.- Iria de la Cruz y col.: Cistouretropexia retropúbica en incontinencia urinaria de esfuerzo. Ginecología y Obstetricia de México. 1986;54:329-37.
- 16.- Korn Abner: Does use of permanent suture material-- affect outcome of the modified Pereyra procedure?. Obstetrics and Gynecology. 1994;83:104-7.
- 17.- Pereyra, Leberz, Crowdon, Powers.: Obstetrics and--- Gynecology. 1982;59:643.
- 18.- Powell: Retropubic urethrocistopexy: Vaginal a----- approach. Am J Obstet and Gynecol. 1981;140:91-8.
- 19.- Child S.J., Wells, Mirelman S.: Antibiotic prophylaxis for genitourinary community hospitals. J Urol 1983;130:305-8.
- 20.- Wyman, Harkins, Choy et al. Psychosocial impact of urinary incontinence in woman. Obstet and Gynecol.-- 1987;70:378-81.



- 21.- Lisheth J, Gunner LJ., Thorup A.: One-hour pad weighing test for objective assessment of female urinary-incontinence. *Obstet Gynecol.* 1987;69:39-42.
- 22.- Sutherst J, Brown, Shower M.: Assessing the severity of urinary incontinence in women by weighing perineal pads. *The Lancet.* 1981;23:1128-30.
- 23.- Nichols. *Reoperative Gynecologic Surgery.* 1991.

TITULO:

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO A UNA DECADA DE TRATAMIENTO  
Y FACTORES PRONOSTICOS DE RECIDIVA.

AUTORES:

DRA. LORENA MARTINEZ GOZALEZ.

DRA. EUTIQUIA RAMIREZ MELGAR.

LUGAR DE REALIZACION:

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 4 IMSS.

"DR. LUIS CASTELAZO AYALA".

LUGAR Y FECHA:

MEXICO D.F. NOVIEMBRE 1995.

## RESUMEN

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO A UNA DECADA DE TRATAMIENTO Y FACTORES PRONOSTICOS DE RECIDIVA.

Autores: Dra. Lorena Martínez González.  
Dra. Eutiquia Ramirez Melgar.

Lugar de realización: H.G.O. L.C.A. I.M.S.S.

**INTRODUCCION:** La IUE es definida por la Sociedad Internacional de Continencia (1979): Como la condición en la cual la pérdida involuntaria de orina es un problema higiénico o social, y que es de mostrable objetivamente. Denota un signo, un síntoma y una condición. A través del tiempo se han mejorado las técnicas quirúrgicas para la corrección de la IUE, hasta tener un alto índice de éxitos. Sin embargo, hay factores pronósticos bien establecidos para la presencia de recidiva.

**OBJETIVO:** Determinar la tasa de éxitos y fracasos de las diferentes técnicas quirúrgicas para la corrección de IUE y correlacionar los factores pronósticos con la recidiva.

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio retrospectivo longitudinal observacional, realizado en el HLA. IMSS. de Noviembre de 1983 a Noviembre de 1993. Se incluyeron solo a pacientes con incontinencia urinaria genuina de esfuerzo teniendo como universo a 522 pacientes. Se analizaron el índice de éxitos y fracasos, así como los factores pronósticos para una recidiva postquirúrgica comparándolos con un grupo control. El análisis estadístico utilizado fue la prueba de  $X^2$  de JL.

**RESULTADOS:** El índice de éxito en las dos técnicas quirúrgicas más utilizadas fue: Burch-Tanago 89%, Pereyra 87%. Dentro de los factores pronósticos, el INC con obesidad y sobrepeso fue estadísticamente significativo para la presencia de recidiva, comparado con un grupo control. El resto de los factores pronósticos no presentaron significancia estadística en nuestro estudio.

**CONCLUSIONES:** En el presente trabajo el índice de éxitos y fracasos correlacionó con lo reportado en la literatura. Además establecimos el valor pronóstico de acuerdo a diferentes factores clínicos y epidemiológicos observados en las pacientes con incontinencia urinaria recidivante, siendo el IMC el único factor de recidiva postquirúrgica en las pacientes con incontinencia urinaria genuina.