

11217
86
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DR DARIO FERNÁNDEZ FIERRO

INCONTINENCIA URINARIA RECIDIVANTE POSTERIOR A LA PLASTIA DE
KELLY KENNEDY EN EL HOSPITAL DR DARIO FERNÁNDEZ FIERRO DEL
I.S.S.S.T.E

297622
TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA IRLANDA MORALES FLORES
L

MÉXICO DF.

2006

ÉSTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



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.

Dr. Alberto Chávez Merlos
Coordinador del servicio de Ginecología y Obstetricia
Profesor titular del curso.



Dr. Jorge Juárez Vázquez
Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia



I. S. S. T. E.
SUB-DIRECCION MEDICA
HOSPITAL GENERAL

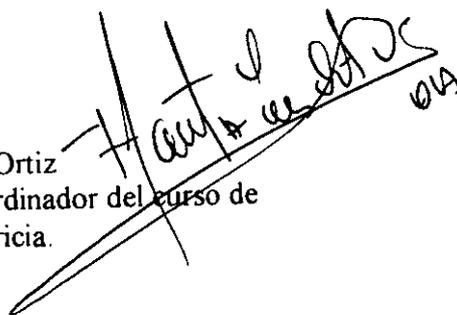


★ NOV 14 2000 ★

Dr. Sigfrido Huerta Alvarado
Coordinador de enseñanza e investigación y asesor metodológico.

Dr. Darío Fernández F.
JEFATURA DE ENSEÑANZA

Dr. Hantz Ives Ortiz Ortiz
Asesor de tesis y coordinador del curso de
Ginecología y Obstetricia.



INDICE

Resumen	2
Introducción	3
Antecedentes	4
Generalidades	5
Objetivos	8
Material y métodos	9
Resultados	9,10,11,12
Discusión	13,14
Conclusiones	15
Bibliografía	16

Incontinencia urinaria recidivante posterior a plastia de Kelly Kenedy en el Hospital Darío Fernández Fierro I.S.S.S.T.E.

Irlanda Morales Flores.
Residente de Cuarto año.
Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Dr. Darío Fernández Fierro I.S.S.S.T.E.

RESUMEN

La incontinencia urinaria de esfuerzo es una de las patologías más frecuentes en la mujer, existen muchas técnicas quirúrgicas para su tratamiento; sin embargo todas ellas tienen un índice de fracaso conocido.

En nuestro medio hospitalario la técnica más utilizada para la incontinencia urinaria de esfuerzo es la Kelly Kenedy por lo que; el objetivo de este estudio fue evaluar su eficacia, determinar el índice del fracaso y que factores asociados encuentran.

Se estudiaron 63 pacientes a las cuales se les realizó técnica Kelly Kenedy para la corrección de IUE, encontrándose una recidiva en dos pacientes (3.1 %) en todos los casos antes de seis meses posteriores a la cirugía no observándose ningún factor predisponente predeterminado. Se concluye que en nuestro medio la técnica Kelly Kenedy sigue siendo eficaz en la mayoría de los casos como primera elección siempre y cuando los pacientes tengan un diagnóstico preoperatorio adecuado.

SUMMARY

The stress urinary incontinence (SUI) is one of the most frequent pathology in women, there many surgical techniques to its treatment, however all of these have an index of known failure; in our medical environment the most commonly used technique is "Kelly kenedy".

Thus the objective of this study was evaluate its efficacy, determine the index of recurrency, and the factors associate to it.

In the study were examite 63 patients to whom were practiced "Kelly Kenedy" technique; observing a recurrency in just two patients (3.1 %), in all the cases within six months after the surgery, there wasn't found a determing cause.

It can be concluded that in our medical environment the " Kelly Kennedy " technique is still efficient in most of the cases, but always that the patients have an adequate evaluation.

INTRODUCCIÓN:

En la práctica ginecológica es frecuente encontrar trastornos uroginecológicos, dentro de los cuales la incontinencia urinaria continúa siendo uno de los problemas más perturbadores en la mujer, considerándose un problema de tipo social, específicamente la incontinencia urinaria de esfuerzo y más aún la incontinencia urinaria recidivante.

La persona afectada con este tipo de padecimiento frecuentemente sufre de alteraciones de tipo emocional, limitación en la actividad física y sexual, así como problemas en el aspecto económico ya que actualmente se estima que el costo para el manejo de pacientes con incontinencia urinaria es muy elevado.

Existen múltiples procedimientos quirúrgicos para la corrección de este defecto de tipo anatómico, observándose que de un 10 a 40% de las mujeres que son intervenidas presentarán más tarde recurrencia. Por estas razones, es importante conocer los factores que pueden explicar el fracaso quirúrgico.

Teniendo en cuenta la importancia de la incontinencia urinaria y específicamente de la incontinencia urinaria recidivante, el presente estudio pretende determinar cuál es la frecuencia de la misma en nuestro hospital así como cuáles son los factores asociados a su presentación.

ANTECEDENTES:

El término de "Incontinencia Urinaria de Esfuerzo" fue empleado por primera vez por Sir Eardley Holland, iniciándose las primeras recomendaciones para su tratamiento en 1864.^{1,2}

El tratamiento médico consistía en una serie de maniobras de las cuales se incluían: Baños de pies con agua fría, duchas hipogástricas frías, baños aromáticos, entre otras.

Durante los siguientes años, se ha introducido una gran variedad de operaciones, las cuales pueden resumirse de la siguiente manera:

- I. Fruncimiento del cuello vesical y de la pared de la uretra:
Kelly
Stoeckel
Marion
Kennedy

- II. Operaciones sobre uretra: Vesicouretrólisis (abdominal o Abdominoperineal)
Mulvany
Langreder

- III. Operaciones de relleno: Interposición vesico vaginal del útero:
Watkins
Shauta Wertheim.

- III. Operaciones con asas: Plastia con anillo de fascia del Piramidal.
Aldrige
Studdiford
Millinread
Navik
Palmrich

- IV. Operaciones por suspensión:
Burch
Larours
Marschal Marchetti Krantz
Pereyra
Perrin.

A pesar de la gran cantidad de técnicas existentes, actualmente siguen siendo cuatro las más utilizadas:

Kelly
Burch
M.M.K.
Pereyra.

GENERALIDADES:

La incontinencia urinaria es un trastorno a menudo menospreciado pero es siempre un reto independientemente de la edad a la que se presente.²

La incontinencia se define como la pérdida involuntaria de orina por la uretra fuera de cualquier micción ahora se sabe que no existe una sola incontinencia sino varias cuyos mecanismos son múltiples y pueden entremezclarse. ^{3,4}

La clínica y las exploraciones urodinámicas han permitido diferenciar las pérdidas de orina debido a los esfuerzos y, de una manera general, a cualquier situación que aumente la presión intraabdominal (tos, risa, estornudos, deportes, etc.) y las incontinencias en las cuales se detecta a menudo un factor neurológico asociado, las incontinencias por urgencia miccional, a menudo acompañadas de necesidades imperiosas, polaquiuria y dolores subpúbicos. Estas últimas se denominan a menudo incontinencia por inestabilidad del detrusor, debidas a importantes variaciones de las presiones en la vejiga y en la uretra, éstas deberán diferenciarse de la incontinencia urinaria de esfuerzo que es la más frecuente y de la que mejor se conoce, y de la incontinencia urinaria mixta, todo esto debe tomarse en cuenta a la hora de realizar el examen clínico.^{5,6,7}

La incontinencia urinaria recidivante se define como la presencia de incontinencia urinaria en una paciente con antecedente de uno o más procedimientos para la corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo, no especificándose hasta el momento una normatividad en cuanto al tiempo de presentación posterior a la cirugía. Afortunadamente las incontinencias recidivantes observadas tras fracasar uno o varios tratamientos de IUE son poco frecuentes, pero los problemas diagnósticos y terapéuticos que conllevan son delicados. Su evaluación es difícil y la entrevista y el examen clínico aún continúan siendo complejos e insuficientes.^{8,9}

Las principales etiologías conocidas de las recidivas son:

- Insuficiencia esfinteriana no detectada.
- Inestabilidad del detrusor no diagnosticada previamente.
- Diagnóstico incorrecto de incontinencia genuina de esfuerzo.
- Selección inapropiada de la técnica quirúrgica.
- En relación a la edad datos de hipoestrogenismo.
- Falla real en la técnica quirúrgica empleada.

Estudios preoperatorios y metas para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

El objetivo de toda técnica para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo y recidivante es la elevación retropúbica de la unión uretrovesical, independientemente de la vía de acceso. Antes de cualquier cirugía no debe omitirse esfuerzo alguno por establecer un diagnóstico adecuado, valorando las relaciones anatómicas de la vejiga y la uretra con el pubis.^{7,10,11,16}

La investigación preoperatoria deberá incluir:

- a) Historia clínica: lo más completa posible, interrogando hábitos urinarios y hábitos acompañantes. Sin olvidar detalles de cirugías previas relacionadas con esta patología y desde luego antecedentes gineco-obstétricos.
- b) Examen físico completo: incluyendo exploración vaginal cuidadosa con atención especial a rigidez y movilidad retropúbica de la pared anterior de la vagina.

Las pruebas clínicas más utilizadas para hacer un diagnóstico correcto de incontinencia de esfuerzo o anatómica son las siguientes:

Prueba de esfuerzo (Valsalva): su objetivo es verificar la incontinencia, así como el grado de cistoureterocele, se realiza con vejiga llena, al esfuerzo (tosar, pujar) se producirá rotación posterior y descenso de la uretra, vejiga y cuello vesical de su porción retropúbica normal (uno de los principales factores involucrados en la incontinencia de esfuerzo verdadera) se considera positiva si se observa salida de orina, el grado de descenso se clasificará como G-I cuando la pared vaginal anterior relajada desciende pero no alcanza el introito vaginal, G-II cuando la pared vaginal anterior alcanza el introito vaginal y G-III cuando llega más allá del introito vaginal.

Prueba de Q TIP: esta prueba aprecia la movilidad de la uretra, se realiza con un hisopo de algodón introducido en la uretra, es una prueba de diagnóstico para una desviación de 30 grados la prueba resulta positiva, indicando que existe alteración anatómica (descenso del ángulo uretro vesical posterior).

Prueba de Bonney: consiste en introducir los dedos vaginales hasta ambas partes de la uretra hasta el cuello vesical elevándolo. Se observará una interrupción de la emisión urinaria en caso de esfuerzo (por reintroducción del cuello vesical en la zona de presión abdominal o intra pélvica que es el sitio anatómico normalmente del ángulo uretro vesical posterior).

Se terminará el examen con un análisis de orina el cual debe realizarse en toda paciente con síntomas urinarios.

Los exámenes para clínicos como son estudios urodinámicos y radiológicos deberían realizarse de ideal en todas las pacientes, sin embargo son de especial importancia en pacientes con residiva.

Sin embargo a pesar de los estudios diagnósticos y recursos con los que se cuenta, como se menciona al principio, del 10 al 40% de pacientes presentarán residiva, no teniéndose hasta el momento una cifra específica para cada tipo de técnica, específicamente en nuestro medio hospitalario para la plastia de Kelly que es la que se realiza con mayor frecuencia. Ante estas observaciones nos sentimos motivados a realizar el presente trabajo.^{13,14,15,17,18.}

OBJETIVOS DEL TRABAJO:

1. Determinar la frecuencia de la incontinencia urinaria recidivante en el hospital "Dario Fernández Fierro" del I.S.S.S.T.E.
2. Determinar la eficacia de la plastia de Kelly para la cura de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.
3. Valorar los métodos con los que disponemos para efectuar un diagnóstico correcto.
4. Determinar los factores asociados en las pacientes que presentan Incontinencia Urinaria Recidivante.

MATERIAL Y METODOS:

El presente trabajo es un estudio de tipo retrospectivo observacional.

Los datos inicialmente fueron recabados de la libreta de cirugías programadas y realizadas del quirófano general.

Se tomaron en cuenta todas las cirugías realizadas para la cura de incontinencia urinaria de esfuerzo.

Se excluyeron a aquellas pacientes que no fueron operadas por el servicio de Ginecología, incluyéndose para el estudio solo aquellas operadas con plastia tipo Kelly Kennedy, del primero de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1998.

Las variables analizadas en cada una de las pacientes del grupo de estudio incluyeron: edad, número de gestas, paras, abortos, cesáreas, presencia de infección urinaria, datos de hipoprogesteronismo y terapia de reemplazo hormonal, patologías agregadas, así mismo peso y talla para valorar obesidad, pruebas diagnósticas preoperatorias, severidad de incontinencia, diagnóstico preoperatorio, complicaciones, presencia de recidiva, si se presentó cual fue el tiempo de evolución posterior a la cirugía.

Todos los datos obtenidos de cada paciente fueron tomados a través de una revisión exhaustiva de expedientes clínicos del archivo del Hospital General "Dr Dario Fernández Fierro del I.S.S.S.T.E.

RESULTADOS:

De un total de 77 pacientes a quienes se les realizó colporrafia, 63(31.8%) fueron exclusivamente colporrafias, 8(10.3%) histrectomias vaginales reconstructivas, 4(5.1%) colporrafia más histerectomía total abdominal, 1(1.2%) colporrafia más oclusión tubaria bilateral abdominal y 1(1.2%) OTB vaginal, como se menciona en la metodología solo se hace aquí referencia a éstas cirugías ya que fueron excluidas para el presente trabajo quedando 63 pacientes para el análisis del presente trabajo (Tabla 1).

Tabla I

Cirugía	N° de pacientes	Porcentaje (%)
Solo colporrafia	63	81.8
HVR vaginal reconstructiva	8	10.3
Colporrafia + HTA	4	5.1
Colporrafia + OTB abdominal	1	1.2
Colporrafia + OTB vaginal	1	1.2
Total	77	100

De las 63 pacientes a 44 (69.8%) se les realizó plastia Kelly Kennedy, y a 19 (30.1%) únicamente plastia anterior (plastia de Kelly), como se puede observar en la (Tabla 2).

Tabla IV.

Cirugía	N° de pacientes	Porcentaje (%)
Plastia Kelly Kennedy (Colporrafia anterior + miorrafia de elevadores del ano)	44	69.84
Colporrafia anterior (Plastia Kelly)	19	30.15
Total	63	100

Todos los datos obtenidos de cada paciente fueron tomados a través de una revisión exhaustiva de expedientes clínicos del archivo del Hospital General "Dr Dario Fernández Fierro del I.S.S.S.T.E.

RESULTADOS:

De un total de 77 pacientes a quienes se les realizó colporrafia, 63(31.8%) fueron exclusivamente colporrafias, 8(10.3%) histrectomias vaginales reconstructivas, 4(5.1%) colporrafia más histerectomía total abdominal, 1(1.2%) colporrafia más oclusión tubaria bilateral abdominal y 1(1.2%) OTB vaginal, como se menciona en la metodología solo se hace aquí referencia a éstas cirugías ya que fueron excluidas para el presente trabajo quedando 63 pacientes para el análisis del presente trabajo (Tabla 1).

Tabla I

Cirugía	Nº de pacientes	Porcentaje (%)
Solo colporrafia	63	81.8
HVR vaginal reconstructiva	8	10.3
Colporrafia + HTA	4	5.1
Colporrafia + OTB abdominal	1	1.2
Colporrafia + OTB vaginal	1	1.2
Total	77	100

De las 63 pacientes a 44 (69.8%) se les realizó plastia Kelly Kennedy, y a 19 (30.1%) únicamente plastia anterior (plastia de Kelly), como se puede observar en la (Tabla 2).

Tabla IV.

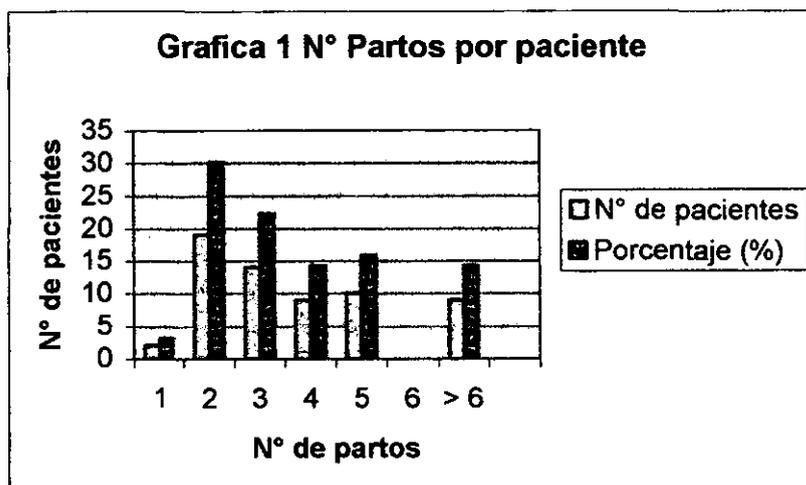
Cirugía	Nº de pacientes	Porcentaje (%)
Plastia Kelly Kennedy (Colporrafia anterior + miorrafa de elevadores del ano)	44	69.84
Colporrafia anterior (Plastia Kelly)	19	30.15
Total	63	100

De las pacientes estudiadas se encontró que la máxima edad fue de 79 años y la mínima de 28 con un promedio de edad de 50.5 años, así mismo se encontró que la frecuencia de incontinencia urinaria por grupo de edad el mayor número de pacientes se encuentra en el grupo de 41 a 50 años con 27 pacientes (42.8%) seguido del grupo de 51 a 60 años con 11 pacientes(17.4%) (Tabla 3).

Tabla III. Frecuencia de IUE por edad

Grupo Etario	N° de pacientes	Porcentaje (%)
20-30 años	1	1.5
31-40	15	23.8
41-50	27	42.8
51-60	11	17.4
61-70	6	9.5
71-80	3	4.7
Total	63	100

En cuanto al número de partos encontramos que fue de 1 parto observado en 2 pacientes(3.1%) hasta 13 partos en una paciente, observando el mayor número de pacientes con antecedente de 2 partos en 19 pacientes (30.1%) seguido de 3 partos en 14 pacientes (22.2%), con un promedio de 2.6 partos para nuestro grupo de estudio Gráfica I.



Tomando en cuenta la fecha de última menstruación tomándose en cuenta un año o más se observó que 39 pacientes (66%) estaban en periodo menopáusico y el resto, 24(34%) con ciclos aún normales. (Tabla 4).

Tabla IV.

Actividad estro génica	N° de pacientes	Porcentaje (%)
Premenopáusicas	24	34
Posmenopáusicas	39	66
Total	63	100

En cuanto a las pruebas clínicas para el diagnóstico de incontinencia urinaria genuina de esfuerzo se observó que la prueba clínica más utilizada para valorar grado de distopia pélvica y salida de orina fué la prueba de valsalva realizada en el 100% de los casos, seguida de la prueba del "Q" Tip realizada en 25 pacientes(34.6%) como prueba complementaria y otras con menor frecuencia, como se puede observar en la (Tabla 5).

Tabla V. Pruebas clínicas diagnosticas

Prueba diagnostica	N° de paciente	Porcentaje (%)
Prueba de Hisopo (Q Tip)	25	39.6
Prueba de valsalva	63	100
Prueba de Boney	2	3

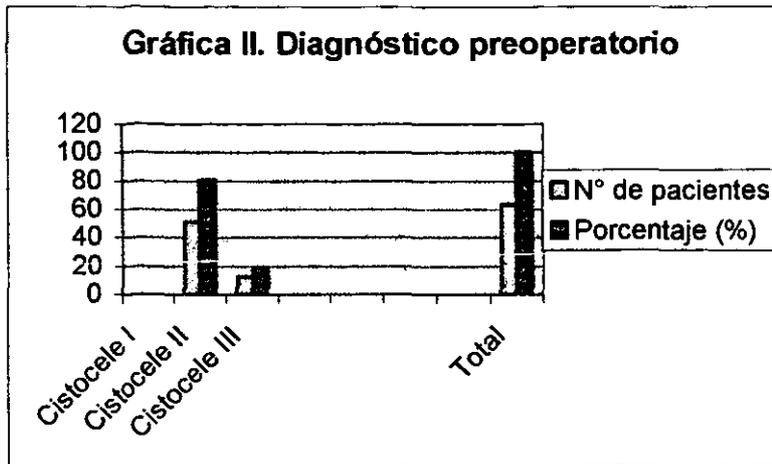
La mayor sintomatología referida por la paciente fue la presencia de incontinencia urinaria en el 100% de los casos, seguida de sensación de cuerpo extraño solo en 22 paciente(34.9%). La prueba de valsalva solo se observó como positiva en 39 casos (61.9%) .

Según severidad de incontinencia de esfuerzo se encontró que en 58 pacientes, se trató de incontinencia de medianos esfuerzos(92.1%)como puede observarse en la (Tabla 6).

Tabla VI.

Severidad de IUE	N° de pacientes	Porcentaje (%)
Pequeños esfuerzos	4	6.3
Medianos esfuerzos	58	92.1
Grandes esfuerzos	1	1.5
Total	63	100

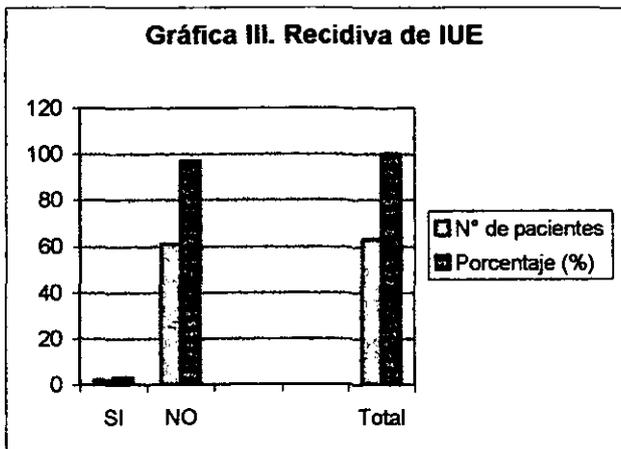
De acuerdo al diagnóstico preoperatorio se trató de cistorectocele grado II correspondiente a un 80.9% de los casos, grado III en 19% de los casos, correspondiente a 12 pacientes y ninguna con grado I Gráfica II.



Del total de pacientes solo se encontró a 2 pacientes con antecedentes de cirugía, las cuales no se refiere a que tipo de cirugía anterior se les practicó, en 61pacientes fue su primer evento quirúrgico para tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo.

Sé un encontró una recidiva en 2 pacientes (3.1%) de éstas una los primeros 6 meses posterior a cirugía y la otra de 6 a 8 meses posteriores, de éstas una tenia antecedente de cirugía previa posteriormente tratada con terapia de reemplazo hormonal, la otra paciente se detectó infección de vías urinarias (Tabla VII y Gráfica III).

Tabla VII. Recidiva de IUE posterior a plastia de Kelly Kenedy



Recidiva	N° de pacientes	Porcentaje (%)
SI	2	3.1
NO	61	96.9
Total	63	100

En cuanto a las complicaciones no se reportan complicaciones transoperatorias o inmediatas solamente tres pacientes presentan retención urinaria tres días después de la cirugía (al retiro de sonda vesical) Tabla VIII.

Tabla X. Complicaciones quirúrgicas mediatas

Complicación	Nº de pacientes	Porcentaje (%)
Retención urinaria	3	4.76
Ninguna complicación	60	95.24
Total	63	100

DISCUSIÓN:

Como pudimos observar uno de los problemas como mencionamos al inicio del trabajo, debido al avance de la edad y a la creciente paridad, es la pérdida insidiosa del control urinario asociado a trastornos de la estática pélvica, aunque en nuestra población pudimos observar que el mayor número de pacientes tenía antecedente de solo 2 partos, esto pudiera estar asociado a que la mayor incidencia de incontinencia urinaria se encontró en pacientes del grupo de 41 a 50 años edad en la cual las pacientes pueden ya iniciar descensos estrogénicos aunque en ninguna de las pacientes se corroboró la presencia de hipoestrogenismo, solo de manera indirecta por ser en su mayoría postmenopáusicas. En éste estudio el objetivo principal fue investigar el índice de recidivas en el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo, específicamente de la plastia de Kelly Kennedy que es la que se realiza con mayor frecuencia y de primera intención, se observó una recidiva de 3.1% la cuál es similar a los índices reportados en la literatura mundial, incluso por debajo de los mismos, esto puede deberse a que no se hizo un seguimiento durante un largo periodo de tiempo pudiendo éstas cifras igualarse. Sin embargo sería conveniente realizar un estudio posterior que incluyera únicamente a las pacientes con incontinencia urinaria recidivante y poder analizar aspectos específicos para cada una de ellas con el fin de normatizar un protocolo para su manejo y seguimiento.

En el presente estudio nos pudimos dar cuenta que a pesar de no contar con medios más sofisticados de diagnóstico como son los estudios urodinámicos, nuestro índice de recidivas es relativamente bajo, y que los casos encontrados muy probablemente se debieron a un error diagnóstico,(aunque no lo pudimos corroborar ya que los 2 casos no llevaron un protocolo de seguimiento para determinar cuales fueron las causas o factores asociados a la recidiva) debido al tiempo de evolución que fue en los dos casos menos de 6 meses posterior a cirugía, por lo que debemos hacer uso lo mejor posible de nuestra principal arma de diagnóstico, que es la clínica y en casos de que se sospeche de una incontinencia de urgencia (por inestabilidad del músculo detrusor de la vejiga) o una mixta o de cualquier otra etiología no someter a tratamiento quirúrgico a la paciente sino hasta ser enviada a valoración con estudios de urodinámia a una unidad que cuente con éstos medios de diagnóstico. Sin embargo en general dada la baja recurrencia podemos presumir que nuestras valoraciones son adecuadas en la mayoría de las pacientes y que de primera intención la plastia de Kelly Kennedy siempre y cuando se hagan en la forma adecuada y combinada(cistourethroplastía más miorrafia de elevadores del ano); ya que en una paciente con recidiva solo se había realizado técnica Kelly; en pacientes bien diagnosticadas, representa la cura para las pacientes y sobre todo si se trata de una distopia G-II que fué el diagnóstico predominante en nuestro estudio, tomando en cuenta que una de las recidivas tenia como diagnóstico distopia G-III, en éstos situaciones revalorar cada caso en particular y elegir otra opción quirúrgica, recordando que la plastia de Kelly eleva el ángulo uretrovesical posterior 4mm aproximadamente si se hace de forma adecuada, no siendo esto quizá de mucha ayuda en éstas pacientes, siendo necesario otro tipo de técnicas, por ejemplo la Pereyra en donde éste ángulo se eleva hasta 1cm reportándose índices ligeramente menores de recidiva, pero en nuestro hospital no contamos con experiencia de ésta técnica, convendría realizar un estudio posterior prospectivo en donde se realizaran y compararan ambas técnicas con pacientes de características similares y así evaluar nuestra propia experiencia.

Podemos terminar puntualizando que hasta el momento ningún estudio realizado previamente demuestra un índice de superioridad o eficacia mayor de una técnica a otra, lo principal es realizar un diagnóstico adecuado eligiendo la mejor vía de acceso y cirugía para cada caso en particular.

CONCLUSIONES:

En base a los resultados obtenidos podemos concluir que en el Hospital Darío Fernández Fierro del I.S.S.S.E TE encontró una recidiva de incontinencia urinaria de esfuerzo del 3.1% con un tiempo de observación de año y medio posterior a la plastía de Kely Kenedy.

A pesar de no contar con métodos más sofisticados de diagnóstico como lo son las pruebas urodinámicas, podemos presumir que en el 97% de los casos logramos tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo con éxito, siempre y cuando las pacientes sean bien valoradas, pensando en que una paciente mal diagnosticada presentará recurrencia a corto plazo.

Para tratar a nuestras pacientes en éste tipo de patología, no necesitamos de medios sofisticados de diagnóstico; sino de realizar un interrogatorio y exploración clínica adecuados y completos, ya que un buen resultado quirúrgico de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo depende de la selección adecuada de las mismas y desde luego de la realización adecuada de la técnica.

Las pacientes operadas para corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo deben idealmente contar con un seguimiento mínimo de dos años para considerar una cura eficaz, como lo indican la mayoría de los autores, ya que la mayor frecuencia de recidivas se observan posterior a éste periodo; por lo que sería conveniente continuar éste estudio a largo plazo y así mismo compararlo con otras técnicas como Pereyra, Burch o Marchal Marckety Krantz que de ideal todo médico gineco-obstetra debería estar capacitado para realizarlas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Te Linde, Ginecología quirúrgica. 7ª ed. 1996. Incontinencia urinaria de esfuerzo; 805-46.
2. G.Miller, Incontinencia urinaria de esfuerzo, Enciclopedia médico quirúrgica, 1998,p. 1-18.
3. Bluiwas JG, Stress incontinence; classification and surgical approach. J.Urol. 1988,139: 727-731.
4. Iris S. Evaluación de la paciente con incontinencia urinaria. Ginecología y Obstetricia de México, vol. 56, 1988: 5-12.
5. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Urología ginecológica, vol. 2 1984.
6. Smanin.D. Incontinencia genuina de esfuerzo, Ginecología y Obstetricia de México.Vol. 62,1994, P.319-321.
7. Bent. AE. Surgical management of urinary incontinence Obstet Gynecol, Clinic.North Am,1998,25(4) P. 883-906.
8. Guner. H. Surgical treatment alternatives in stress incontinence. Int. J. Gynecol. 1996,52(3) 225-8.
9. Fonds A. Surgical management of recurrent stress urinary incontinence, Am.J. Obstet Gynecology. 1999. 181(6) 1-21.
10. Shreffler. AJ. Tratamiento de la incontinencia urinaria recurrente, Clin. Obstet. Gynecol. 1989, 587-593.
11. Pannill. FC. Practical management of urinary incontinence, urology, 1986.5. 271-7.
12. Henry A. The prevalence of urogynecologic incontinence, Obstet Gynecol. Clinics, 1989, 16(4) 709-16.
13. Alfred E. Surgical management of urinary incontinence Obstet gynecology Clinics,1998, 5(4) 884-95.
14. Berman A. Comparison of the different surgical procedures for stress urinary incontinence. Obstet Gynecol. 1989 . 160 , 1101-6.
15. Zivcavic T. Effects of vaginal surgery on the lower urinary tract, Obstet Gynecol. 1997,9(5) 329-31.
16. Stanton SL. Indications and operative treatment of stress urinary incontinence. Urol. 1995, 63(2) 41-3.
17. Harris RL. Comparison of anterior colporrhaphy an retropubic urethropexy whit stress urinary incontinence, Am. J. Obstet Gynecol. 1995.173(6) 1671-4.
18. Stothers L. Vaginal reconstructive surgery for female incontinence and vaginal wall prolapse. Urol. Clinics NORTH Am. 1995. 122 (3) 641-55.