

11246⁴³



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

**" IMPACTO DEL RESULTADO
DE LA CIRUGIA ANTI-INCONTINENCIA
URINARIA EN LA CALIDAD DE VIDA "**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

EN
UNIVERSIDAD

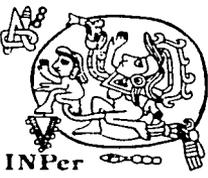
[Handwritten signature]

T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN:
U R O L O G Í A
G I N E C O L O G Í A
P R E S E N T A :
DR. JORGE LUIS NAJERA MOJICA

TUTORES:

DRA. MA. DEL PILAR VELAZQUEZ SANCHEZ
DR. JORGE KUNHARDT RASCH

[Handwritten signatures]



MÉXICO, D.F.
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

2007



DIRECCION DE ENSEÑANZA

[Handwritten signature]



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

IMPACTO DEL RESULTADO DE LA CIRUGIA

INDICE

INTRODUCCION	3
MARCO TEORICO	4
JUSTIFICACION	12
OBJETIVOS	13
METODOLOGIA	14
RESULTADOS	18
DISCUSION	33
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFIA	36
ANEXO I	39
ANEXO II	43

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION.

La incontinencia urinaria genuina es la primera causa de consulta en la clínica de urología ginecológica del instituto y la segunda para realizar cirugía correctiva. Durante los 10 años de trabajo se han modificado patrones y normas de diagnóstico y tratamiento de esta entidad en virtud de la experiencia propia y la reportada en la literatura mundial; sin embargo el análisis de los datos ha sido parcial, poco objetivo y sin criterios uniformes para definir curación o éxito a largo plazo por lo que es indispensable evaluar los resultados con criterios estrictos y validados desde el punto de vista objetivo y subjetivo lo que permitirá una evaluación veraz para fundamentar normas y dictar conductas.

En un intento por determinar la mejor vía de abordaje para el manejo de las pacientes incontinentes, la literatura uroginecológica está llena de contradicciones, opiniones no sustentables, y aseveraciones especulativas con relación a los resultados obtenidos con las diferentes técnicas quirúrgicas. La comparación adecuada de los resultados, aún con el mismo procedimiento, generalmente no se puede realizar. La dificultad primaria en el análisis de la literatura recae en la falta de criterios uniformes para establecer el diagnóstico y definir "curación", falla en la identificación de inestabilidad del detrusor en el preoperatorio y falla en el control de las variables independientes relevantes.

Durante los 10 años de funcionamiento de la Clínica de Urología Ginecológica se han llevado a cabo un total de 582 cirugías para corregir la incontinencia urinaria genuina o de esfuerzo, entidad que ocupa en tercer lugar en los diagnósticos finales de la clínica. Durante estos 10 años se han realizado análisis y reportes parciales sobre el éxito subjetivo de tales cirugías.

El éxito objetivo de los diferentes procedimientos para corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo se ha reportado de 60 a 91%. Sin embargo el avance tecnológico y el establecimiento de directrices para sustentar curación o éxito exige conocer cuales son los resultados reales objetivos y subjetivos en seguimiento a largo plazo de estas mujeres para establecer pautas de tratamiento, normar conductas diagnósticas y determinar los factores asociados al fracaso o recurrencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO TEORICO.

La Sociedad Internacional de Continencia ha definido a la incontinencia urinaria como una situación en la cual la pérdida involuntaria de orina representa un problema social o higiénico y puede ser demostrada en forma objetiva. (1)

La prevalencia en mujeres adultas se ha estimado entre 17 a 45% (2, 3). De los diferentes tipos de incontinencia urinaria, la más común es la de esfuerzo, representando alrededor del 50% (4).

Existen múltiples técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo y en especial, para la que se relaciona con hiperactividad uretral. Se pueden agrupar en los siguientes procedimientos: colposuspensión abdominal retropúbica (Burch), procedimientos de aguja y cabestrillo.

En la literatura se reporta que la cistouretropexia retropúbica (operación de Burch) es la técnica considerada como la mejor a través de los años y el estándar de comparación para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, tiene un porcentaje de éxito del 90% en seguimientos entre 8-12años (5)

Los procedimientos de aguja (operación de Pereyra) tienen un abordaje vaginal pero se ha reportado una proporción de éxito de 60-70% durante el primer año (6).

Las operaciones de cabestrillo (7,8,9) tienen una proporción de éxito similar a la de operación de Burch en los estudios clínicos aleatorizados reportados.

La pérdida involuntaria de orina a menudo se convierte en un problema clínico en la mujer de edad avanzada como consecuencia de traumatismos durante el parto, el desarrollo de patología crónica y la pérdida del estímulo estrogénico después de la menopausia, factores que pueden debilitar los soportes de la pelvis y reducir las reservas homeostáticas disponibles para enfrentar las demandas de la función vesical.

Se han reconocido dos mecanismos para que se presente la incontinencia urinaria de esfuerzo: hiperactividad uretral o desplazamiento significativo de la uretra y el cuello de la vejiga durante el esfuerzo y deficiencia intrínseca del esfínter uretral (10), en la mujer dichos mecanismos pueden coexistir (1694). Blaivas y Olsson (1988) a través del estudio video urodinámico correlacionan la posición del cuello de la vejiga y uretra a la sínfisis del pubis, dividida en tipo I, tipo II para incontinencia leve o moderada, y tipo III correlacionada con incontinencia severa en la cual el cuello de la vejiga y la uretra están abiertos en ausencia de contracción del detrusor(11). McGuire (1993) introduce el concepto de hiperactividad uretral y punto de pérdida abdominal para evaluar la función uretral (12) a través del estudio video urodinámico. La evaluación uretral de acuerdo a la movilidad se clasifica en tres tipos: para los tipos I y II hiperactividad, y el tipo III no-movilidad o normal durante el esfuerzo.

El diagnóstico de la incontinencia urinaria de esfuerzo requiere de una investigación urodinámica con el propósito de descartar el diagnóstico de detrusor inestable, se evalúa por medio de la historia clínica, diario miccional, frecuencia y volumen de la micción, exploración física, y con mediciones especiales de urodinámica.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

La investigación cuidadosa revela que la incontinencia urinaria de esfuerzo como síntoma aislado es rara. Haylen y colaboradores evaluaron a 494 mujeres con síntomas de incontinencia de esfuerzo a fin de establecer la utilidad de ese síntoma para arribar al diagnóstico definitivo. Los interrogatorios detallados y estandarizados revelaron que sólo 12 (2%) de esas mujeres presentaban una incontinencia urinaria de esfuerzo monosintomática y que 482 (98%) padecían otros síntomas urinarios.

La pérdida de orina durante el examen físico sólo fue demostrada en 168 de esas 494 mujeres (34%), y entre las 12 pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo monosintomática el escape urinario durante el examen físico sólo fue demostrado en 6 casos. Sólo 290 (59%) tenían incontinencia urinaria de esfuerzo verdadera como único diagnóstico urodinámico al completarse las pruebas. Los autores concluyen que todas las mujeres deberían ser estudiadas con pruebas urodinámicas antes de la operación, dado que es sumamente difícil establecer el diagnóstico preciso sólo sobre la base de los hallazgos clínicos. (13)

Cualquier prueba que proporcione información objetiva sobre la función de las vías urinarias inferiores puede ser considerada un estudio urodinámico. La más importante y más útil de estas técnicas es la cistometría, que permite medir las relaciones presión/volumen en la vejiga y se emplea para evaluar la sensibilidad vesical, la capacidad, la distensibilidad y la actividad del detrusor. La cistometría intenta reproducir el ciclo vesical de llenado en un laboratorio clínico.

Con la vejiga llena y en posición erecta, la paciente debe toser y pujar con el objetivo de reproducir su incontinencia urinaria.

La presión máxima de cierre uretral y la presión de punto de pérdida con esfuerzo, son ambas medidas de función o integridad del esfínter uretral, por lo que debería esperarse un alto grado de correlación. La falta de correlación clínica significativa en algunos estudios, puede ser explicada por el hecho de que estas dos determinaciones de presión probablemente miden dos aspectos diferentes del mecanismo de esfínter uretral. La presión máxima de cierre uretral evalúa el esfínter en reposo, proporcionando información de la integridad y tono de los esfínteres intrínseco y extrínseco de la uretra. Esta es una medida de resistencia pasiva de la uretra.

La presión del punto de pérdida con el esfuerzo mide la capacidad del mecanismo de esfínter uretral para responder al estrés. Muchos investigadores han demostrado que parece haber una contracción del esfínter uretral milisegundos antes del incremento de la presión vesical que acompaña al evento de la tos; sugieren que hay una contracción activa del esfínter involucrada en mantener la continencia durante el esfuerzo abdominal.

Así, la presión del punto de pérdida con esfuerzo mide el componente activo del mecanismo de esfínter uretral, mientras que la presión máxima de cierre uretral es una medida del tono basal o de la resistencia pasiva del mecanismo de esfínter (14,15)

TESTES CON
LA DE ORIN

El tratamiento quirúrgico para pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo es diferente dependiendo de la fisiopatología de ésta. Para las de tipo I y tipo II (incontinencia anatómica) requiere una suspensión del cuello de la vejiga, realizando una hamaca resistente para que la uretra pueda contrarrestar los repentinos cambios de la presión abdominal. Para el tipo II/III con deficiencia intrínseca del esfínter ha sido tratada sujetándolo con un cabestrillo o inyección periuretral.(16)

A continuación se señalan ventajas y desventajas de las técnicas quirúrgicas convencionales para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo:

- Procedimiento de cirugía retropúbica:

Las 3 técnicas quirúrgicas más comunes de este tipo son la técnica de Marshall-Marchetti-Krantz (MMK), la colposuspensión de Burch y la vagino-obturador Shelf o reparación paravaginal. La colposuspensión de Burch fue la más estudiada, de los 80' a 90' reportando varios estudios donde utilizan la colposuspensión de Burch con el objeto de comparar la curación. En pacientes menopáusicas, con histerectomía previa y procedimientos anti-incontinencia previos se aumenta el riesgo de falla en la cirugía, pero es mejor que cuando la presión uretral de cierre sea menor a 20 cm. de agua, electromiografía perineal anormal y la inestabilidad del detrusor.

Herbertsson(1993) reporta resultados de 8 a 12 años después de la colporetrocistopexia retropúbica en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo (n=72), con un porcentaje de curación subjetiva del 90.3% y un 9.7% se consideró falla quirúrgica. (5)

Colombo (1994) y colaboradores comparan en un estudio prospectivo y aleatorizado a 40 mujeres por grupo para colposuspensión Burch modificado y para uretropexia de Marshall- Marchetti- Krantz, con seguimiento entre 2 y 7 años con porcentaje de curación de la incontinencia urinaria de esfuerzo subjetiva del 92% y objetiva del 82% para el primero y de 85% y 65% respectivamente para el segundo grupo, sin encontrar diferencias significativas.(17)

Bergman (1989) comparó al procedimiento de Burch (n=101), colporrafia anterior (n=99) y Pereyra (n=98), en un estudio prospectivo aleatorizado con evaluación a 3 meses y un año, obteniendo los siguientes resultados de curación de la incontinencia urinaria: 87,70 y 69%, respectivamente ($p < 0.01$) (18) Bergman (1995) en el seguimiento a 5 años de estas mujeres la curación de incontinencia urinaria de esfuerzo fue de 82%, 43% y 37% de curación objetiva respectivamente. (19)

Colombo (2000) realizó un estudio prospectivo aleatorizado, incluyendo en el grupo 1 a la operación de Burch (n=35) y en el segundo grupo a la colporrafia anterior (n=33) como técnicas quirúrgicas a comparar. La curación subjetiva fue del 86 y 52%, respectivamente; la curación objetiva fue de 74 y 42%, respectivamente.

- Procedimientos de cabestrillo:



Los procedimientos de cabestrillo suburetral originalmente fueron designados para el tratamiento de la incontinencia urinaria recurrente; sin embargo, actualmente son utilizados para el tratamiento de incontinencia urinaria primaria de esfuerzo.

En mayo del año 2000, se realizó una revisión por The Cochrane Library de los procedimientos suburetrales para el tratamiento de la incontinencia urinaria en la mujer. Se presentaron tres estudios clínicos aleatorizados:

Henrikson (1978) incluyó a 30 mujeres con incontinencia urinaria: En el grupo I (n=15) sometidas a cabestrillo de teflón y en un segundo grupo (n=15) Cisto-uretopexia retropúbica (MMK) con resultados similares en cuanto a éxito subjetivo y objetivo, sólo encontró diferencias significativas en un parámetro urodinámico (Presión máxima de cierre uretral). (7)

Enzelsberg (1996) estudió a 72 mujeres con incontinencia urinaria que además fueron sometidas a histerectomía y colpoperineoplastia: GI Uretropexia retropúbica con técnica de Burch (n=36) y II Cabestrillo de duramadre (n=36) con fallas subjetivas y objetivas de 5/36 y 3/36 respectivamente. Presentando rectocele o enterocele recurrente en el seguimiento de 5/36 y 1/36 respectivamente con diferencias significativas ($p < 0.05$). (8)

Culligan (1998) estudió a 36 mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo y con presión de cierre máximo menor o igual a 20ccH₂O, realizando dos grupos: GI Cabestrillo (n=17) y en el G II Uretropexia retropúbica de Burch (n=19), reportando una curación subjetiva y objetiva de 90 y 100% respectivamente para el grupo de cabestrillo y de 90 y 95% para el grupo con Técnica de Burch. (9)

- Procedimientos de suspensión con aguja transvaginal:

Procedimiento de Pereyra: este autor y Lebhertz reportaron con esta técnica un 87% de éxito después de 4 años de seguimiento, siendo la primera técnica de aguja reportada en la literatura. La segunda aportación importante fue hecha por Stamey quien introdujo el uso del cistoscopio para asegurar la correcta colocación de las suturas para la suspensión del cuello de la vejiga o detectar daño a la vejiga.

En 1981 Raz describió su versión del original procedimiento Pereyra, quien realizó 2 modificaciones; la primera que la incisión vaginal debería hacerse en forma de U invertida en la línea media, y la segunda es la incorporación de una pared vaginal en adición al ligamento pubouretral. Una revisión de 206 pacientes quienes sufrieron la suspensión del cuello de la vejiga con la técnica de Raz, demostró un éxito del 90% de los casos.

Con los intentos de simplificar los procedimientos y minimizar el daño tisular, Gittes y Loughlin describieron una modificación llamada "no incisión" la cual consiste en usar sutura de polipropileno haciendo una simple perforación en la piel del retropubis. Estos autores reportaron una tasa de éxito del 87% con un seguimiento entre 2 y 30 meses después de la cirugía. Otros autores cuestionaron la duración de la cura con esta técnica. Kursh reportó una tasa de curación del 83% pero encontró falla de la cura en las mujeres menopáusicas. Kil et al. Reportaron continencia urinaria en solo el 44% con un largo seguimiento. (16)

Park (1988) reporta en un estudio prospectivo no aleatorizado, de casos consecutivos, los resultados de la comparación de la plicatura de Kelly (n=336), Marshall-Marchetti-Krantz (n=229), y procedimiento de aguja de Pereyra (n=98): el éxito reportado fue de 70,72% y 58%, respectivamente (con diferencia significativa entre los dos primeros y la operación de Pereyra, p<.0001). (20)

Hodgkinson y colaboradores estimaron que una tercera parte a la mitad de todos los "fracasos" quirúrgicos en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo se debían a un diagnóstico preoperatorio erróneo, lo cual es inaceptable.

Es probable que puedan hallarse más de 100 operaciones propuestas para la curación de la incontinencia urinaria en la bibliografía médica mundial, este hecho indica que aún no se ha descubierto la operación ideal.

Una revisión de la bibliografía acerca del tratamiento quirúrgico de la incontinencia de esfuerzo verdadera revela de inmediato varias limitaciones. Muchas series no cuentan con datos urodinámicos, el seguimiento es muy breve, inadecuado, no se han usado criterios objetivos para definir los resultados finales y la mayoría de las series refleja la experiencia retrospectiva y personal de un cirujano con un procedimiento determinado.

Índices objetivos de curación por técnica quirúrgica para pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo verdadera. (21,22,23,24,25)

Referencia	No. Pacientes	Técnica de aguja	Colposuspensión de Burch	Seguimiento
Stanton y Cardozo	50	-	84%	6 meses
Mundy	51	40%	89%	12 meses
Weil y col.	86	50%	91%	6 meses
Van Geelan y col.	90	-	85%	1-2 años
Bergman y col.	289	70%	87%	12 meses
Bergman y col.	107	72%	91%	12 meses

En una revisión retrospectiva del procedimiento de Stamey, el autor reportó una curación del 91%. En contraste Walter y Texter usando un cuestionario basado en un estudio, encontraron que 40% reportaron curación y 81% mejoría. (26,27).

Las tasas de curación objetiva son típicamente menores que las de curación subjetiva. Karram y colaboradores reportaron que el 82% de las pacientes postoperadas negaron cualquier pérdida urinaria, pero sólo el 63% fueron continentes en el estudio de urodinamia (28). Necesita definirse el método para la evaluación objetiva. Si uno desea emplear la categoría de mejoría, necesita emplear algunos criterios objetivos (por ejemplo reducción en los episodios de incontinencia).

Se ha definido un periodo de seguimiento mínimo que permite mejor estandarización. Debido a la reducción de las tasas de curación con el tiempo, Stanton y Cardozo consideran que es necesario un seguimiento mínimo de 5 años (29).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Bergman y Elia reportaron tasas de éxito después de 1 año de seguimiento de 63%, 65% y 89% para la reparación anterior, el procedimiento de Pereyra y la técnica de Burch respectivamente. A 5 años, las tasas de éxito habían disminuido a 37%, 43% y 82%. Alcalay y colaboradores describieron una reducción en la tasa de éxito para la colposuspensión de Burch después de 10 a 12 años (30).

FACTORES PRONOSTICOS DE FALLA QUIRURGICA.

En la evaluación de cualquier procedimiento quirúrgico, hay un número de variables independientes que tienen impacto en el éxito. Una de las más importantes es la experiencia del cirujano. La edad es un factor significativo en ciertos tipos de cirugía.

Peattie y Stanton encontraron un 40% de éxito para el procedimiento de Stamey en mujeres mayores de 65 años de edad, comparado con 89% de éxito en aquellas sometidas a procedimiento retropúbico (31).

El efecto de la obesidad es cuestionable, Alcalay y colaboradores (30) encontraron que un peso mayor de 80Kg en el preoperatorio tenía un mal pronóstico, mientras que Stanton y colaboradores no encontraron relación alguna. Las evidencias disponibles apoyan el uso de suturas permanentes (32).

Muchos estudios reportan bajas tasas de éxito en pacientes con cirugía previa fallida (33), hipermovilidad uretral y uretra de baja presión/incontinencia tipo III/deficiencia intrínseca del esfínter.(34)

- Experiencia institucional de los procedimientos quirúrgicos anti-incontinencia (35)

En la clínica de urología ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología, en los últimos cinco años se han realizado 227 cirugías para el tratamiento de la incontinencia urinaria divididas en los siguientes grupos: 80 (35%) mujeres se sometieron a la operación de Burch modificada, 80 (35%) con la técnica de Pereyra, 46 (20%) a la operación sub-uretral JK, 11(4.8%) a cinta vaginal libre de tensión TVT, y 10 (4.4 %) a operación de Cabestrillo con fascia autóloga. Desde 1996, se desarrolló una nueva técnica quirúrgica anti-incontinencia denominada procedimiento JK INPer, el cual se ha realizado en 46 pacientes hasta junio de 2000. La técnica quirúrgica consiste en realizar un soporte suburetral en su tercio proximal y medio en forma de "hamaca" con material autólogo (vaginal) por medio del uso de una sutura permanente.

Incontinencia urinaria de esfuerzo y mediciones urodinámicas para evaluación objetiva.

Con la finalidad de obtener parámetros objetivos para la evaluación en el diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo se han utilizado a mediciones urodinámicas para tal efecto. Dentro de las cuales destacan: la presión máxima de cierre uretral, transmisión uretral de la presión abdominal, perfilometría uretral y el punto de pérdida de presión abdominal (PPA).

Hilton y Stanton en 1983, a través del análisis de diferentes parámetros urodinámicos entre mujeres asintomáticas y aquellas con incontinencia urinaria de esfuerzo definieron muchos aspectos de la función uretral que tienen relevancia en la aparición de la incontinencia urinaria de esfuerzo. La presión máxima de cierre uretral en reposo, fue significativamente menor en las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo que en las mujeres continentales.

En este estudio el 95% de las mujeres continentales tuvieron una presión máxima de cierre uretral por arriba de 24 cm de agua, en este rango se incluyen todas las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo leve y al 80% de todas las mujeres con incontinencia de esfuerzo. Por lo que este parámetro no puede ser considerado como un determinante mayor de la incontinencia de esfuerzo como lo sugirió Bunne y Obrick. La presión de cierre máxima uretral valora la fuerza del esfínter externo de la uretra que es un músculo voluntario.(36)

El porcentaje de la transmisión de la presión abdominal a la uretra en las mujeres continentales mantiene en valores por arriba del 100%. De las 120 mujeres incontinentes estudiadas solamente 3 presentaron valores por arriba del 95%.

La causa exacta de la falta de transmisión de la presión de las mujeres incontinentes no se define aún, pero se asocia a desplazamiento de la uretra fuera del área de influencia abdominal e hiperactividad de la uretra proximal y puede ser resultado de una deficiencia de los ligamentos pubouretrales como consecuencia de trauma obstétrico.(36)

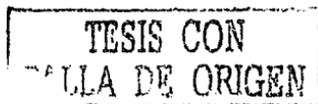
Por otro lado, la prueba especial del punto de pérdida de presión abdominal, punto de pérdida de esfuerzo o inducido por tos (37); se desarrolló con el objetivo de determinar la funcionalidad de la uretra en la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo.

McGuire y Woodside sugirieron el término de incontinencia urinaria genuina de esfuerzo tipo III a la causada por deficiencia intrínseca del esfínter y con presión máxima de cierre uretral muy baja (37).

La presión abdominal requerida para producir la pérdida urinaria es inversamente proporcional a la debilidad de la uretra (38,39,40,41) En otras palabras, una uretra normal no pierde bajo ninguna presión, y una uretra incompetente pierde con muy baja presión abdominal.

Entre estos extremos se encuentran las pacientes incontinentes y de estas observaciones nace el punto de pérdida abdominal que se define como la presión vesical (suma de las presiones abdominales y del detrusor) al momento de la pérdida de orina, que ocurre durante una maniobra que incremente la presión abdominal (38,42). El aumento de la presión vesical sobre la cifra basal en el momento de la pérdida urinaria se considera el punto de presión de pérdida urinaria por la maniobra de Valsalva o por tos.

El valor límite designado de 60 cm H₂O o menos sustituyó a la presión máxima de cierre uretral de 20 cm H₂O en el diagnóstico de incontinencia urinaria genuina de esfuerzo tipo III, demostrado por videourodinamia (43,44) El PPA evalúa la capacidad de la uretra para resistir la presión abdominal.



El punto de pérdida de presión abdominal tiene una sensibilidad del 78%, especificidad del 100%, valor predictivo positivo del 100% y un valor predictivo negativo del 84% para la detección de la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo.(45) Se puede reproducir fácilmente sin necesidad de videourodinamia, solo es necesario el equipo multicanal. (37,38,39,40,41).

La realización del PPA se encuentra indicada en todas las mujeres que tienen diagnóstico clínico y/o urodinámico de incontinencia urinaria de esfuerzo para determinar el grado o severidad de la incompetencia uretral y sobretodo en aquellos casos donde se pretende realizar cirugía correctiva anti-incontinencia, con énfasis especial en los casos que representen alta probabilidad de fracaso quirúrgico por las características mismas de la mujer; mismas que se han reconocido como factores de influencia notable en el éxito del tratamiento a largo plazo como hipoestrogenismo, obesidad (IMC>35), tos crónica, diabetes mellitus, hipertensión arterial con tratamiento con medicación que modifica la función uretral (alfa agonistas etc.), trabajo físico intenso o debilidad de los tejidos de sostén entre otros (46).

Se ha descrito que existen variaciones en el punto de pérdida abdominal con el incremento en el volumen vesical. Faerber y Apoorva realizaron un estudio para evaluar estas variaciones en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo tipo I, II, III y correlacionarlo con criterios fluoroscópicos; concluyendo que un volumen de 250 a 300cc fueron los ideales y sugieren emplear esta medida como guía de tratamiento en las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo (47).

Stilberg y cols sugieren que la medición del punto de pérdida abdominal con la maniobra de la "tos" es una medida válida para el seguimiento en el tratamiento de las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo. (48)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACION

Una revisión de la bibliografía acerca del tratamiento quirúrgico de la incontinencia de esfuerzo verdadera revela de inmediato varias limitaciones. Muchas series no cuentan con datos urodinámicos, el seguimiento es muy breve, inadecuado, no se han usado criterios objetivos para definir los resultados finales y la mayoría de las series refleja la experiencia retrospectiva y personal de un cirujano con un procedimiento determinado.

La comparación de los resultados quirúrgicos es difícil por la disparidad en la definición de curación, la falta de una evaluación objetiva y las variaciones en el periodo de seguimiento. La mayoría de los artículos reportan una evaluación subjetiva, como un "buen alivio sintomático", sin definir si la paciente está completamente continente (sin pérdida urinaria) o sólo hay mejoría (disminución en el número de eventos de pérdida de orina).

Las tasas de curación están basadas en revisiones retrospectivas con la inexactitud inherente ya que recaen en el interrogatorio y dependen del adecuado llenado del expediente clínico.

En la Clínica de Urología Ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología, se han realizado 227 cirugías para el tratamiento de la incontinencia urinaria en los últimos 5 años, de los cuales 35% fueron con técnica de Burch modificada, 35% con técnica de Pereyra, 20% operación suburetral JK, 4.8% cinta vaginal libre de tensión (TVT) y 4.4% operación de cabestrillo con fascia autóloga. La curación subjetiva y objetiva de este estudio preliminar va desde 78 a 99% con seguimiento de 6 meses a dos años.

Inicialmente se tenía una disparidad en el diagnóstico, pero en los últimos años se ha hecho uniforme; la explicación radica en la realización del estudio urodinámico como parte de la investigación diagnóstica en todas las pacientes candidatas a tratamiento quirúrgico.

La determinación de éxito se debe demostrar con pruebas objetivas, como lo es el punto de pérdida abdominal determinado por estudio urodinámico, también evaluando los factores pronósticos de falla como obesidad, multiparidad, menopausia y cirugía anti-incontinencia previa. Al realizar una evaluación subjetiva y objetiva de las mujeres sometidas a éstas técnicas quirúrgicas para corrección de incontinencia, se identificará cuál es la mejor cirugía a pesar de los factores asociados.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Describir el impacto en la calidad de vida que tiene el resultado de la cirugía anti-incontinencia urinaria, después de 5 años de seguimiento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Conocer la prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo
- Establecer el tipo y severidad de la incontinencia presente
- Describir los factores asociados a la presencia de incontinencia urinaria antes de la cirugía:
 - Edad
 - Índice de masa corporal
 - Paridad
 - Urgencia urinaria
 - Grado de prolapso de órganos pélvicos
 - Incontinencia urinaria primaria o recurrente
 - Tipo de cirugía correctiva realizada
 - Presencia o ausencia de cirugía correctiva para prolapso de órganos pélvicos
- Conocer la patología a largo plazo después de realizada la cirugía
 - Trastornos del vaciamiento
 - Detrusor inestable de novo
 - Incontinencia Urinaria recurrente.

METODOLOGIA.**LUGAR Y DURACION**

Se realizo un estudio transversal, descriptivo y observacional en el Servicio de Urología Ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología, de junio del 2002 a septiembre del mismo año.

Se revisaron pacientes que fueron sometidas a cirugía para corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo con 5 años como periodo de seguimiento, y que participaron en el estudio.

Se tomaron los registros de la base de datos de procedimientos quirúrgicos del servicio de Urología Ginecológica de marzo de 1992 a junio 1997

Se analizaron los datos generales antes del procedimiento (edad, paridad, peso, índice de masa corporal, cirugía anti-incontinencia previa, técnica quirúrgica para la corrección de la incontinencia, cirugía ginecológica concomitante y morbilidad posquirúrgica) de los expedientes clínicos.

Se citaron telefónicamente y a través de telegrama a las pacientes, invitándolas a participar del estudio.

En una primera fase se realizaron un interrogatorio cuidadoso para conocer el estado general de salud de la paciente; presencia de síntomas urológicos con énfasis en incontinencia.

Se aplicó un cuestionario para evaluar calidad de vida y severidad de la incontinencia, cuestionario validado para la evaluación del éxito subjetivo de las técnicas quirúrgicas anti-incontinencia, que consta de 21 reactivos de opción múltiple, y que es autoaplicable. (anexo 1).

Se realizó exploración física completa, uroginecológica y neurológica, y prueba de la tos con vejiga llena y vacía. Así mismo se tomo un examen de orina y urocultivo para descartar presencia de infección de vías urinarias

En una segunda visita se realizo estudio urodinámico multicanal con equipo Life Tech modelo Urolab Janus System 3.5. de la siguiente forma:

- o Uroflujometría espontánea: con deseo normal de micción se solicito a la paciente que orine en posición sentada en silla de urodinamia con transductor de peso, registrando el volumen de micción, una vez terminada ésta, mediante colocación de sonda de relatón se cuantifico la cantidad de orina residual.
- o Perfilometría estática y dinámica en posición supina y con vejiga llena. Se coloco catéter transuretral de 3 vías, calibre 7Fr, se retiro con ayuda de perfilómetro a una velocidad constante de 0.5mm/s registrando curva de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

presión uretral para perfil estático con la paciente en reposo, y se solicitó a la paciente que tosiera durante la curva para perfil dinámico.

- o Presión del punto de pérdida al esfuerzo: con catéter transuretral de tres vías calibre 7Fr, (vesical, uretral e infusión), transductores de membrana externos, catéter rectal para medición de presión intraabdominal, y colocación de dos electrodos de contacto en región perianal para electromiografía; paciente en posición de litotomía. Se infunde solución fisiológica al 0.9% a temperatura ambiente, a una velocidad de 50 ml/min, hasta obtener un volumen intravesical de 250cc. Se detiene la infusión y se solicita a la paciente que realice maniobra de Valsalva con un incremento gradual de la presión intraabdominal, de no haber pérdida de orina a través de la uretra, y finalmente se pide a la paciente que tosa. Se repite la maniobra a 300 cc de volumen intravesical. Se registra la presencia de contracciones no inhibidas del detrusor. De haber pérdida con las maniobras provocadoras se registra la presión vesical al momento de la misma.
- o Flujo-presión: durante la infusión de solución fisiológica se solicitó a la paciente avisar cuando se presente la primera sensación de micción, el deseo normal, el deseo imperioso y la sensación de urgencia, al presentarse ésta última se solicita a la paciente que se siente en la silla de urodinamia, y con el catéter transuretral y rectal colocados, realiza micción, registrando el volumen de orina con transductor de peso, así como los tiempos de flujo y vaciamiento, flujo máximo y promedio, presión del detrusor al vaciamiento y resistencia uretral. Terminada la micción se mide orina residual con sonda de relatón. Con este estudio confirmamos o descartamos trastorno del vaciamiento vesical.

UNIVERSO, UNIDADES DE OBSERVACION

Universo: todas las mujeres que acudieron al Servicio de Urología Ginecológica del INPer de marzo de 1992 a junio de 1997 con diagnóstico de incontinencia urinaria genuina de esfuerzo, que se les realizó cirugía para la corrección de la misma.

Unidades de observación: todas las pacientes a las que se les realizó procedimiento quirúrgico para corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo con 5 años o más al momento de la evaluación y que desearon participar en el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.

Criterios de inclusión:

1. Mujeres a las que se realizó procedimiento quirúrgico para corrección de incontinencia urinaria hasta Junio de 1997.
2. Pacientes valoradas por clínica y urodinamia, con expediente completo.
3. Que desearon participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

1. Que no desearon participar en el estudio.
2. Pacientes embarazadas.
3. Con fístulas urogenitales.
4. Con cáncer genital o tratamiento para el mismo con cirugía o radioterapia.
5. Con padecimientos crónicos descompensados.
6. Con contraindicación para estudio de urodinamia.
7. Que no pudieran acudir al sanitario por sí mismas
8. Pacientes que no se localicen.

Criterios de eliminación.

1. Que no completen la evaluación

VARIABLES EN ESTUDIO.

1. Edad
2. Paridad
3. Índice de masa corporal
4. Incontinencia primaria o recurrente
5. Técnica quirúrgica para corrección de incontinencia urinaria.
6. Cirugía ginecológica concomitante.
7. Éxito subjetivo, evaluado a través de cuestionario de severidad
8. Éxito objetivo
9. Presencia de morbilidad postoperatoria a largo plazo

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES.

- Edad: expresada en años, al momento de la cirugía (cuantitativa continua)
- Paridad: número de embarazos y nacimientos por vía vaginal. (cuantitativa continua)
- Índice de masa corporal (IMC): resultado de la división del peso corporal entre la talla elevada al cuadrado; normal (22-25), sobrepeso (26-29) y obesidad (30 o más). (cuantitativa continua)
- Incontinencia Primaria o recurrente: ausencia o existencia de cirugía previa para corregir incontinencia urinaria (operación de Burch, técnica de aguja de Pereyra, técnica de JK, cabestrillo y cinta vaginal libre de tensión) (categórica nominal)
- Técnica quirúrgica para corrección de incontinencia urinaria: operación de Burch, técnica de aguja de Pereyra, técnica de JK, cabestrillo y cinta vaginal libre de tensión. (categórica nominal)
- Cirugía ginecológica concomitante: histerectomía vaginal, histerectomía total abdominal, colpoplastia anterior, colpoperineoplastia posterior, reparación paravaginal. (categórica nominal)
- Evaluación Subjetiva: Catalogada por apreciación de la mujer y a través de la aplicación de cuestionario de severidad.

- Éxito subjetivo: reporte negativo de pérdida urinaria durante la entrevista y puntaje menor (valores cercanos a cero) por cuestionario King's para éxito subjetivo de técnicas quirúrgicas anti-incontinencia (cuantitativa continua)
- Mejoría: evaluada subjetivamente por apreciación de la paciente, cuando existe pérdida de orina pero no ocasiona problema social o higiénico (cualitativa)
- Fracaso presencia de incontinencia urinaria que ocasiona problema social o higiénico (cualitativa)
- Éxito objetivo: cuando no se demuestre pérdida de orina durante la exploración física y presión de punto de pérdida con esfuerzo negativo (categórica nominal)
- Presencia de morbilidad postoperatoria: (categórica nominal)

Detrusor inestable de novo: contracciones no inhibidas del detrusor durante la fase de llenado vesical, que no existían antes del tratamiento quirúrgico.

Trastorno del vaciamiento: alteración en la fase de vaciamiento vesical, por urodinamia presencia de flujo máximo y promedio disminuidos (< 15 y 10 ml/s respectivamente), tiempos de flujo y vaciamiento prolongados (mayor de 25 seg.), orina residual elevada (mayor del 20% de la capacidad vesical funcional).

Incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante: reporte de pérdida de orina por la paciente y demostración de la misma durante la exploración y estudio urodinámico.

El análisis estadístico de las variables cuantitativas continuas se hará con medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar), utilizando X^2 y para las cualitativas se calcularán proporciones.

RESULTADOS.

Se captó el reporte de un total de 350 cirugías realizadas en pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria, en el periodo de Junio de 1992 a junio de 1997, se excluyeron del trabajo 294 pacientes, se presentan los resultados de 56 pacientes que cumplieron con los criterios de selección, a las cuales se les realizó cuestionario y exploración física (56) y estudio de urodinamia (29).

De las 56 pacientes incluidas, de acuerdo al tipo de técnica quirúrgica realizada, 25 correspondieron a operación de Pereyra, 21 a técnica de Burch, 7 a técnica de cabestrillo y 3 a operación de JK.

La incontinencia urinaria, se estableció como diagnóstico en base al abordaje clínico (historia clínica y exploración física) y al estudio de urodinamia, encontrando que previo a la cirugía anti-incontinencia urinaria, un grupo de 49 pacientes (87.5%) manifestaban incontinencia urinaria de esfuerzo, mientras que 7 (12.5%) presentaban incontinencia urinaria mixta.

Los factores de riesgo descritos para recurrencia de la incontinencia urinaria como el hipoestrogenismo se encontró en 30% de las pacientes en los distintos grupos; la obesidad y multiparidad estuvieron presente en todos los grupos, en especial en las pacientes con operación de JK.

Dentro de la cirugía anti-incontinencia previa a la realización de la técnica objeto de este estudio, 2 pacientes (9.5%) del grupo de Burch tenían como antecedente cirugía de Pereyra, mientras que 1 paciente (14%) del grupo de cabestrillo tuvo cirugía de Pereyra previa. De 56 pacientes, 3 (5.3%) tuvieron diagnóstico de incontinencia urinaria recidivante.

Durante la exploración física se encontró prueba de la tos positiva en 2 pacientes (3.6%), una del grupo de cabestrillo y otra del grupo de operación de JK. La clasificación del prolapso de los órganos pélvicos se realizó a todas las pacientes encontrando que 43 (76.8%) de ellas presentó estadio 0, mientras que 13 (23.2%) se clasificó como estadio II.

Se realizaron 29 estudios de urodinamia encontrando una prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo del 6.8% (2 pacientes), las cuales correspondieron una en el grupo de JK, una en el grupo de cabestrillo. (Tabla 5)

Los diagnósticos urodinámicos de 5 pacientes (17.2%), se distribuyeron en: 2 pacientes (6.8%) con trastornos del vaciamiento de tipo anatómico, ambas en el grupo de Pereyra; y 3 pacientes (10.3%) con detrusor inestable de novo, 2 (6.8%) en el grupo de técnica de Burch, y 1 (3.4%) en el grupo de Pereyra. No se observaron trastornos de vaciamiento funcionales.

Las características demográficas de la población (tabla 1) se observa similitud entre los grupos, con un promedio de edad de 45 años, y un rango amplio de 28 a 73 años. Destaca la paridad entre 1 a 14 gestaciones, con un promedio de 4.9, la resolución del embarazo fue de predominio vaginal con un promedio de 4 (rango de 2 a 9).

TABLA 1.
Características demográficas.

	Promedio	Desviación estándar	Rango
Edad (años)	45	9	28-73
Gestas	4.9	2.8	1-14
Paras	4	2	0-9
IMC	29	5	22-43

n = 52

IMC = Índice de masa corporal.

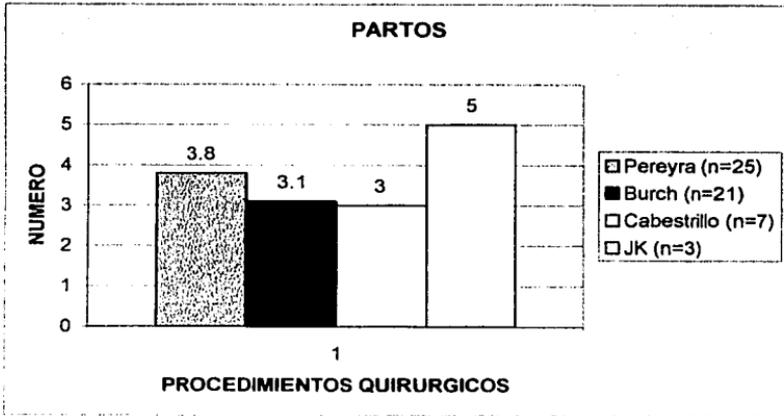
En cuanto a la edad de las pacientes (tabla 2), encontramos que la mayoría de ellas son menores de 50 años, mas del 70%, no hay diferencias significativas entre los grupos, el promedio de embarazos, partos e índice de masa corporal es mayor en el grupo de pacientes con procedimiento de JK.

TABLA 2.
Características demográficas por grupos.

	Edad *	Gestas*	Paras*	IMC*
Pereyra (n=25)	44.4 / 8.4	4.7 / 2.7	3.8 / 1.8	28.9 / 4.5
Burch (n=21)	46.1 / 10.4	5.0 / 2.9	3.1 / 1.9	29.3 / 4.2
Cabestrillo (n=7)	44.6 / 8.3	4.5 / 2.0	3.0 / 1.2	26.8 / 3.1
JK (n=3)	42.5 / 0.7	6 / 3.5	5 / 2.8	35.5 / 10.6

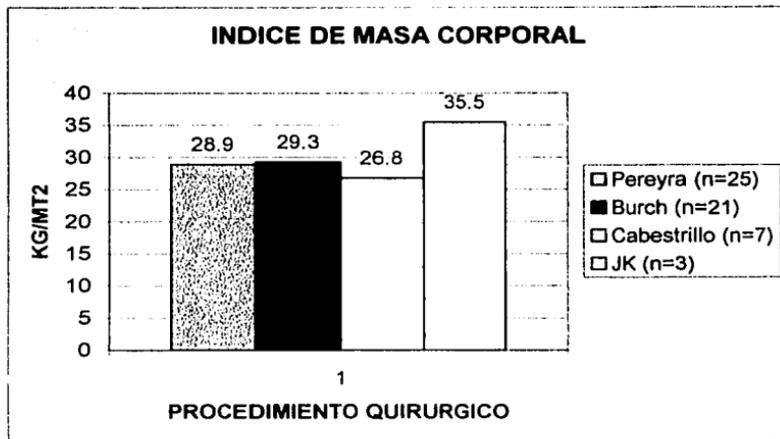
*Promedio / desviación estándar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Número de partos y técnica quirúrgica anti-incontinencia, se observa la elevada paridad en pacientes sometidas a procedimiento de JK, comparada con los demás grupos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



El índice de masa corporal para todos los grupos fue de 29 en promedio, con un rango de 22 a 43 Kg./mt2, las pacientes del grupo de JK fueron más obesas (IMC mayor de 30 en 66% de ellas)), los demás grupos con valores menores de 30.

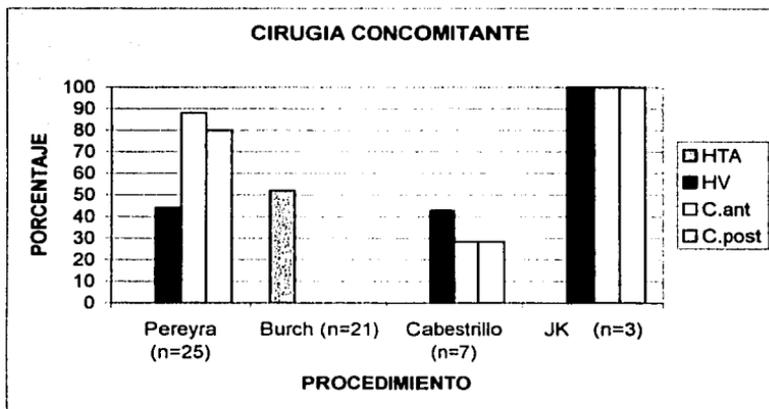
Respecto al tratamiento quirúrgico que nosotros analizamos, se realizaron diferentes cirugías complementarias (tabla 3), de acuerdo a la patología presente en cada caso en particular, siendo la colpoplastia anterior la más frecuente con un 48.2% de los casos (27 pacientes), seguida de la colpopenneoplastia posterior en 25 pacientes (44.6%), con un porcentaje combinado de 92.8%. La histerectomía vaginal se realizó en 17 pacientes (30.3%), mientras que la histerectomía abdominal se efectuó en 11 pacientes (19.6%).

TABLA 3.
Cirugía concomitante

	Pereyra (n=25)	Burch (n=21)	Cabestrillo (n=7)	JK (n=3)
HTA*	0	11(52)	0	0
HV*	11(44)	0	3(42.8)	3(100)
C.ant*	22(88)	0	2(28.5)	3(100)
C.post*	20(80)	0	2(28.5)	3(100)

* Numero de cirugías complementarias y porcentaje con relación al procedimiento anti-incontinencia.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



HTA = histerectomía total abdominal.
 HV = Histerectomía vaginal
 C. ant = Colpoplastia anterior
 C. post = Colpoperineoplastia posterior.

La cirugía por abordaje vaginal complementó a la técnica anti-incontinencia tipo JK en la totalidad de los casos, y en un porcentaje importante de los procedimientos de aguja, mientras que la colposuspensión retropúbica se complementó con histerectomía abdominal en la mitad de los casos.

La valoración de éxito subjetivo de las diferentes técnicas quirúrgicas anti-incontinencia, se realizó mediante el cuestionario de calidad de vida y severidad de la incontinencia. Este cuestionario tiene una escala de valores de 0 a 100%, siendo los valores más cercanos a cero los que se relacionan con una mejor calidad de vida y menor severidad de la incontinencia, mientras que los valores cercanos a 100 se relacionan con pobre calidad de vida y mayor repercusión de la incontinencia urinaria.

Los resultados globales en las nueve áreas valoradas son los siguientes: (tabla 4)

Percepción general de la salud 36.2%.

Impacto de la incontinencia 33.1%.

Limitación del rol 30.8%.

Limitaciones físicas 25.6%.

Limitaciones sociales 14.2%.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Relaciones personales 22.5%.

Emociones 22.1%.

Energía y sueño 24.1%.

Severidad de la incontinencia 28.6%.

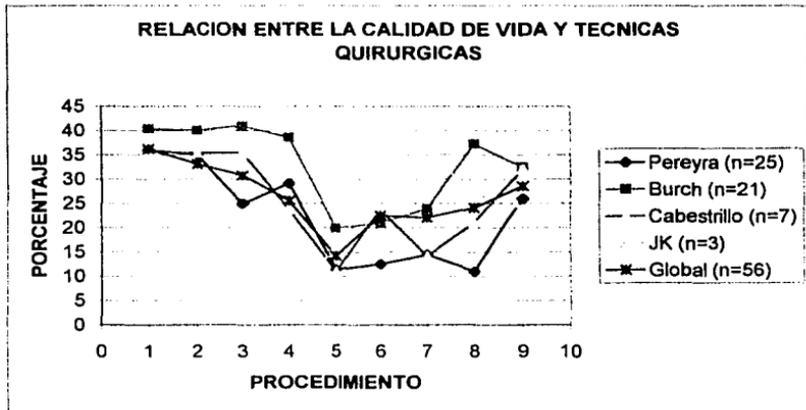
Se observa porcentajes similares entre los grupos, y menores de 40%, en la percepción general de salud e impacto de la incontinencia. En la limitación del rol, es decir en las actividades del hogar o del trabajo, los porcentajes más bajos se presentaron en los grupos de técnica de Pereyra y operación de JK (25%), mientras que la operación de cabestrillo y técnica de Burch alcanzaron valores de 40%.

Con relación a las limitaciones físicas, actividad física y habilidad para viajar, los valores más bajos se observaron en el grupo de JK en comparación al resto de los grupos. Las limitaciones sociales, capacidad para recibir o visitar amigos y vida familiar, los grupos fueron similares con porcentajes bajos menores de 20%.

En el área de energía y sueño, los valores más bajos se encontraron en el grupo de técnica de Pereyra (11%), los demás grupos por debajo de 40%. Las medidas de severidad de la incontinencia, como el uso de pañales para mantenerse seca, cuidar la cantidad de líquidos ingeridos, cambio de ropa interior, preocupación por el mal olor y situaciones vergonzosas por el problema urinario, los resultados fueron homogéneos con valores menores de 35% para todos los grupos.

TABLA 4.
Calidad de vida y severidad de la incontinencia.

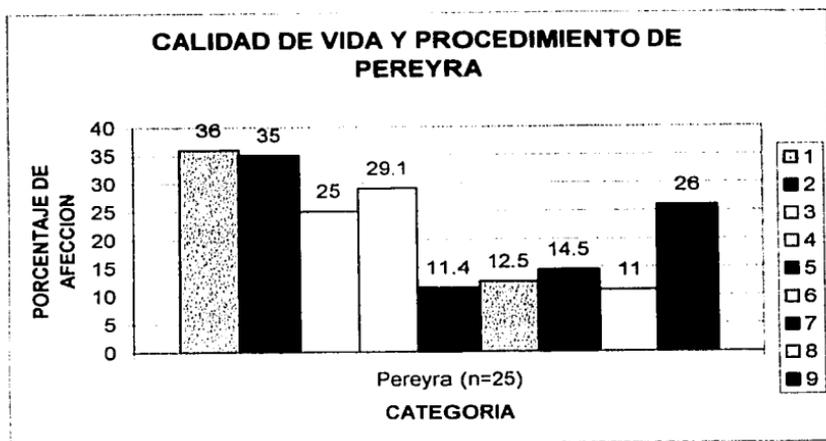
	Pereyra (n=25)*	Burch (n=21)*	Cabestrillo (n=7)*	JK (n=3)*	Global (n=56)*
1	36	40.4	35.7	33	36.2
2	35	40.1	35.4	22	33.1
3	25	41	35.4	22	30.8
4	29.1	38.6	23.8	11	25.6
5	11.4	19.9	11	14.6	14.2
6	12.5	21	23.7	33	22.5
7	14.5	24	14.1	36	22.1
8	11	37.3	21.1	27	24.1
9	26	32.6	32	24	28.6



*Porcentaje del puntaje obtenido por aplicación de cuestionario.

- 1 = Percepción general de la salud.
- 2 = Impacto de la incontinencia
- 3 = Limitación del rol
- 4 = Limitaciones físicas
- 5 = Limitaciones sociales
- 6 = Relaciones personales
- 7 = Emociones
- 8 = Energía y sueño
- 9 = Severidad de la incontinencia

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

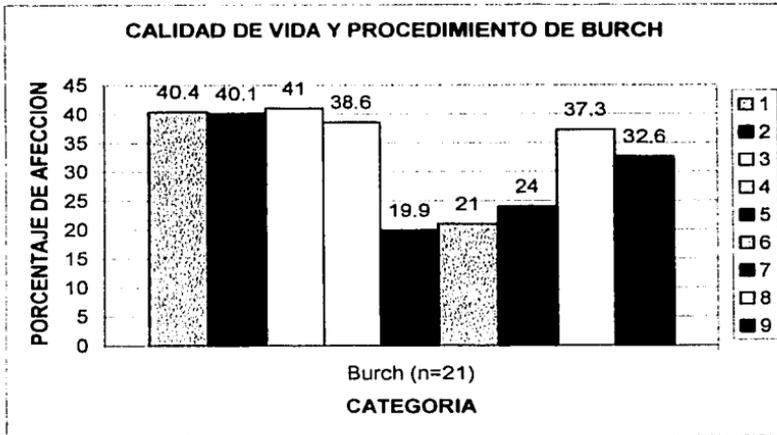


Porcentaje del puntaje obtenido por aplicación de cuestionario.

- 1 = Percepción general de la salud.
- 2 = Impacto de la incontinencia
- 3 = Limitación del rol
- 4 = Limitaciones físicas
- 5 = Limitaciones sociales
- 6 = Relaciones personales
- 7 = Emociones
- 8 = Energía y sueño
- 9 = Severidad de la incontinencia

En las pacientes tratadas con procedimiento de Pereyra se observó mayor repercusión en las áreas de percepción general de la salud e impacto de la incontinencia, sin embargo estos fueron menores de 36%, las categorías con menor afección fueron las limitaciones sociales, el aspecto emocional y las relaciones personales.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

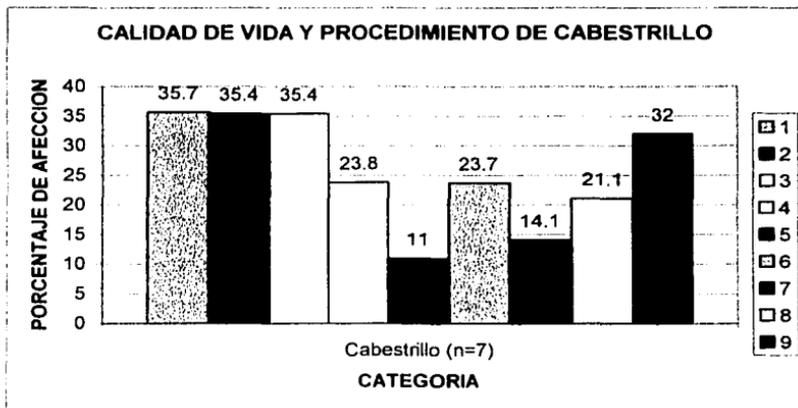


Porcentaje del puntaje obtenido por aplicación de cuestionario.

- 1 = Percepción general de la salud
- 2 = Impacto de la incontinencia
- 3 = Limitación del rol
- 4 = Limitaciones físicas
- 5 = Limitaciones sociales
- 6 = Relaciones personales
- 7 = Emociones
- 8 = Energía y sueño
- 9 = Severidad de la incontinencia

Las pacientes con técnica de Burch tuvieron mayor afección en la percepción general de la salud, el impacto de la incontinencia, limitación del rol y limitaciones físicas, la severidad de la incontinencia urinaria en estas pacientes tuvo poca repercusión en la calidad de vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

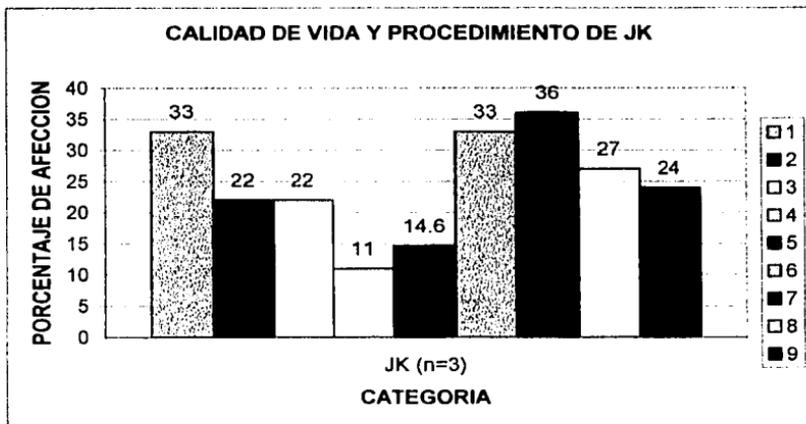


Porcentaje del puntaje obtenido por aplicación de cuestionario.

- 1 = Percepción general de la salud.
- 2 = Impacto de la incontinencia
- 3 = Limitación del rol
- 4 = Limitaciones físicas
- 5 = Limitaciones sociales
- 6 = Relaciones personales
- 7 = Emociones
- 8 = Energía y sueño
- 9 = Severidad de la incontinencia

En pacientes con cabestrillo las áreas más afectadas son el impacto de la incontinencia en la vida diaria, así como la realización de tareas domésticas o laborales. Las categorías con mínima repercusión fueron las limitaciones sociales y el aspecto emocional.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

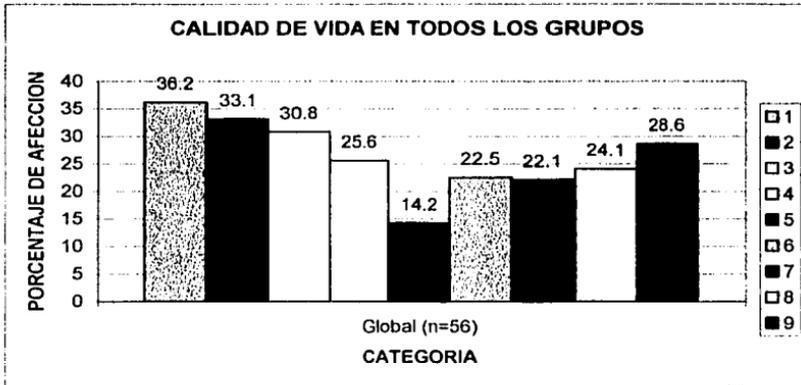


Porcentaje del puntaje obtenido por aplicación de cuestionario.

- 1 = Percepción general de la salud.
- 2 = Impacto de la incontinencia
- 3 = Limitación del rol
- 4 = Limitaciones físicas
- 5 = Limitaciones sociales
- 6 = Relaciones personales
- 7 = Emociones
- 8 = Energía y sueño
- 9 = Severidad de la incontinencia

En el procedimiento de JK las categorías con mayor porcentaje son el área emocional, relaciones personales y percepción general de la salud, sin embargo todas ellas en límites menores de 36%, el área con menor repercusión fue la de limitaciones físicas.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Porcentaje del puntaje obtenido por aplicación de cuestionario.

- 1 = Percepción general de la salud
- 2 = Impacto de la incontinencia
- 3 = Limitación del rol
- 4 = Limitaciones físicas
- 5 = Limitaciones sociales
- 6 = Relaciones personales
- 7 = Emociones
- 8 = Energía y sueño
- 9 = Severidad de la incontinencia

En forma global la valoración de la calidad de vida y la severidad de la incontinencia urinaria, con valores menores a 40%, traduce éxito subjetivo en los cuatro grupos de técnicas quirúrgicas estudiados.

Se realizaron 29 estudios de urodinamia encontrando una prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo del 6.8% (2 pacientes), las cuales correspondieron una en el grupo de JK, una en el grupo de cabestrillo. (Tabla 5)

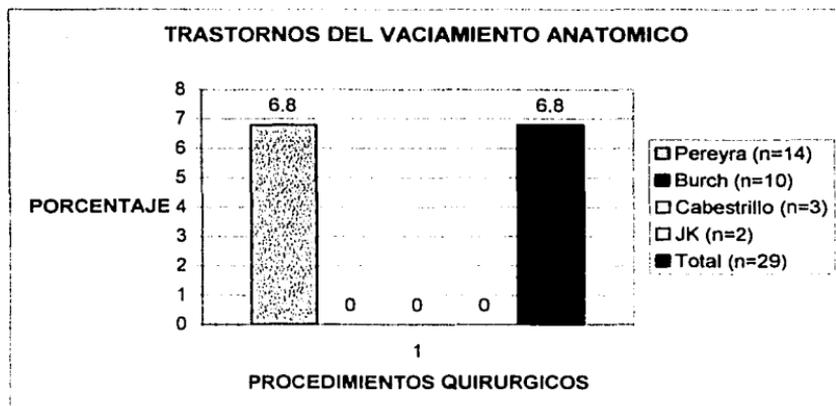
Los diagnósticos posquirúrgicos de 5 pacientes (17.2%), se distribuyeron en: 2 pacientes (6.8%) con trastornos del vaciamiento de tipo anatómico, ambas en el grupo de Pereyra; y 3 pacientes (10.3%) con detrusor inestable de novo, 2 (6.8%) en el grupo de técnica de Burch, y 1 (3.4%) en el grupo de Pereyra. No se observaron trastornos de vaciamiento funcionales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 5.
Diagnósticos Urodinámicos

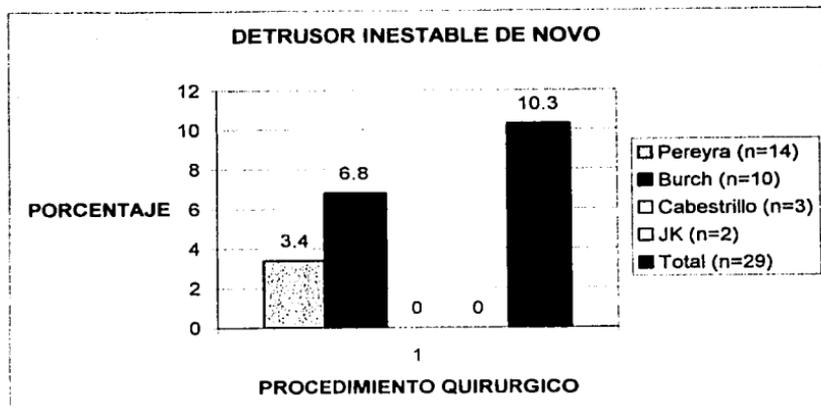
	Pereyra (n=14)	Burch (n=10)	Cabestrillo (n=3)	JK (n=2)	Total (n=29)
1*	6.8	0	0	0	6.8
2*	3.4	6.8	0	0	10.3
3*	0	0	3.4	3.4	6.8
4*	37.9	27.5	6.8	3.4	75.8

- * Porcentaje.
- 1 = Trastornos de vaciamiento anatómico
- 2 = Detrusor inestable de novo
- 3 = Incontinencia urinaria de esfuerzo recurrente
- 4 = Normal

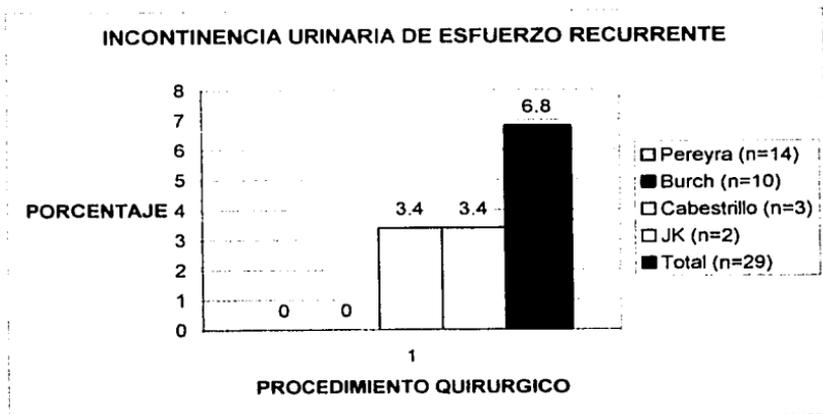


Los trastornos del vaciamiento anatómico, se presentó en 2 pacientes, equivalente al 7% de las pacientes valoradas por estudio urodinámico, ambas pacientes correspondieron al procedimiento de Pereyra.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

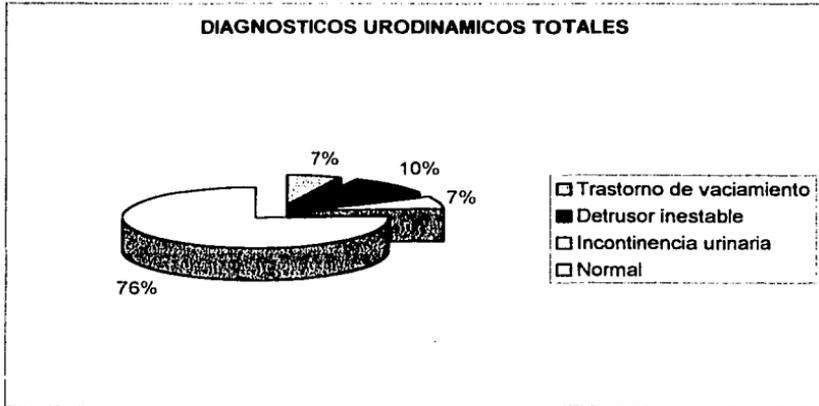


El detrusor inestable de novo fue la complicación más frecuente en esta serie con una incidencia de 10.3%, el grupo con el mayor numero de casos fue el de técnica de Burch.



La prevalencia de la incontinencia urinaria recurrente es del 7%, presentándose los casos en el grupo de cabestrillo y de JK.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN



- A = Trastornos de vaciamiento anatómico
- B = Detrusor inestable de novo
- C = Incontinencia urinaria de esfuerzo recurrente
- D = Normal

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DISCUSION.

Conociendo la importancia y repercusión que la incontinencia urinaria tiene en el contexto social, familiar y laboral, se entiende la necesidad de conocer el impacto de esta patología en la calidad de vida de las pacientes sometidas a cirugía correctiva.

La percepción de afectación en la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo recurrente, es similar al porcentaje presentado por aquellas pacientes continentales después de cirugía correctiva (26% vs 31%), lo que traduce el alto éxito subjetivo de las pacientes con cirugía anti-incontinencia.

La pérdida en el seguimiento a largo plazo, mayor de 5 años, ocurre en un número importante de pacientes, y encuentra su principal explicación en el cambio de domicilio, así como la incapacidad para desplazarse por sí mismas y en la minoría por fallecimiento, por lo que no es posible conocer su evolución.

La incontinencia urinaria de esfuerzo tratada fue primaria en la mayoría de los casos (94%) y recurrente en sólo 6%, la operación de cabestrillo y la técnica de Burch fueron los procedimientos utilizados para resolver las recurrencias.

En los estudios de Wiskind y Colombo la recurrencia de prolapso de los órganos pélvicos fue de 26 y 34% posterior a la realización de técnica de Burch, en nuestro estudio el 23% de las pacientes tuvieron prolapso estadio II, la mayor parte de ellas correspondieron al grupo de técnica de Burch, la cual no tuvo el abordaje vaginal como cirugía complementaria.

Los estudios publicados reportan que la técnica de Burch y el cabestrillo tienen porcentajes de éxito de hasta 90% a 8 y 12 años (5), con una tasa de fracaso de 10%, tasas que coinciden con los resultados de este estudio, en el que el éxito objetivo con seguimiento de 5 años es del 93%, y una prevalencia de la incontinencia urinaria del 7%.

El porcentaje global de éxito subjetivo de las técnicas quirúrgicas utilizadas fue del 96%, con mejoría en el 12.5% de ellas. Colombo ha reportado tasas de éxito subjetivo para técnica de Burch del 92%. Al igual que en la literatura, en este estudio los porcentajes de éxito subjetivo fueron mayores que los de éxito objetivo.

En la evaluación de la calidad de vida y la severidad de la incontinencia urinaria las áreas con mayor afectación fueron la percepción general de la salud y el impacto de la incontinencia, sin embargo, ninguna de ellas superó el 40%. Las categorías con menor repercusión fueron las limitaciones sociales, las relaciones personales y el área emocional, esto traduce un buen resultado subjetivo a largo plazo.

Chaliha y Stanton presentan una revisión de las patologías a largo plazo postcirugía, donde se menciona que los trastornos del vaciamiento para la técnica de Burch se encuentran entre 16 a 25%, en este estudio se presentó esta patología a largo plazo en el 7% de las pacientes, siendo la técnica de Pereyra el antecedente quirúrgico en todos los casos, cabe señalar que más del 90% de las pacientes de este grupo tuvieron como cirugía complementaria colpoplastía anterior y posterior, lo que probablemente contribuyó a la sobrecorrección de la hipermovilidad uretral y a la presencia de la disfunción vesico-uretral al vaciamiento.

Cardozo reporta la presencia de detrusor inestable de novo como complicación de la técnica de Burch en el 18.4% de sus pacientes, mientras que Chin presenta 27.5% de incidencia posterior a la realización de cabestrillo. En este estudio el detrusor inestable de novo fue la patología más frecuente, presente en el 10% de las pacientes, 7% de las cuales corresponden al grupo de técnica de Burch.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES.

1. El impacto en la calidad de vida de las pacientes con cirugía anti-incontinencia es bajo, lo que representa un alto éxito subjetivo de las mismas después de 5 años de seguimiento.
2. La recurrencia a largo plazo de la incontinencia urinaria de esfuerzo en las pacientes del Instituto Nacional de Perinatología, es del 7%, al aplicar el cuestionario de severidad de la incontinencia urinaria, se observa que no existe diferencia en la percepción de la calidad de vida respecto a pacientes continentales.
3. Los trastornos del vaciamiento vesical, primera patología reportada en algunas series, ocupó el segundo lugar en este estudio.
4. El detrusor inestable de novo fue la patología más frecuente diagnosticada por urodinamia en las pacientes de este estudio.
5. La percepción general de la salud fue la categoría con mayor porcentaje de afectación, lo que no se encuentra asociado directamente a la incontinencia urinaria, pero sí con la menopausia en la que se encuentran la mayoría de las pacientes.
6. La atención a los aspectos físicos, emocionales, al entorno social y familiar de nuestras pacientes, nos permitirá establecer un manejo integral de las mismas.
7. Lamentablemente existe una importante pérdida en el seguimiento de nuestras pacientes a largo plazo, lo que impide obtener resultados con mayor poder estadístico.
8. La evaluación de la calidad de vida en forma previa y posterior al tratamiento quirúrgico en las pacientes incontinentes, junto a la determinación objetiva por estudio urodinámico, permitirá conocer mejor la evolución de nuestras pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Bates P, Bradley WE, Griffiths D, Melchor H, Rowan D, Sterling AM, Zinner N, Hald T. Standardization of terminology of lower urinary tract function. *Urology* 1977; 9:237.
2. Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *Br J Med Clinic* 1980; 281 (6250): 1243-5.
3. Jolleys JV. Reported prevalence of urinary incontinence in women in a general practice. *Br J Med Clinic* 1988; 296(6632): 1300-2.
4. Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *Br J Obst Gynaecol* 1996;103(2): 154-61.
5. Herbertsson G, Losif CS. Surgical results and urodynamic studies 10 years after retropubic colpourethrocystopexy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72: 298-301.
6. Cardozo L. Genuine stress incontinence; *Urogynecology* 1st Edition. New York, USA Churchill Livingstone 1997;256-260
7. Henrikson L, Ulmsten U. A urodynamic evaluation of the effects of abdominal urethrocystopexy and vaginal sling urethroplasty in women with stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1978;131:77-82
8. Enzelsberger H, Helmer H, Schatten C. Comparison of Burch and Lyodura sling procedures for repair of unsuccessful incontinence surgery. *Obstet Gynecol* 1996;88:251-6.
9. Culligan PJ, Winkler HA, Blackhurst DW, Sand PK. A prospective randomized study of modified Burch retro pubic urethropexy and suburetral sling for genuine stress incontinence and low pressure urethra. *Neurourology& Urodynamics* 1998;17(4):133.
10. Blaivas JG, Olsson CA. Stress incontinence: classification and surgical approach. *J Urol* 1988; 139 (4): 727-31.
11. Blaivas JG,Olison CA. Stress incontinence: Classification and surgical approach. *J Urol*. 1988; 139:727.
12. McGuire EJ, Fitzpatrick CC, Wan J. Clinical assessment of urethral sphincter function. *J Urol*. 1993; 150 (5): 1452-4.
13. Haylen BT, Sutherst JR, Frazer MI. Is the investigation of most stress incontinence really necessary?. *Br J Urol*. 1989;64:147
14. Swift SE, Ostergard DR. A comparison of stress leak point pressure and maximal urethral closure pressure in patients with genuine stress incontinence. *Obstet Gynecol*. 1995;85:704-8
15. Sand PK, Bowen LW, Panganiban R, et al. The low pressure urethra as a factor and failed retropubic urethropexy. *Obstet Gynecol*. 1987;69:399
16. Cervigni, M. Natale, F. Surgical treatment of stress urinary incontinence. *Eur J Obstet Gynecol* 1999; 85: 63-70.
17. Colombo M, Scalabrino S, Maggioni A, Milani R. Burch colposuspension versus modified Marshall-Marchetti- Krantz. Urethropexy for primary genuine stress urinary incontinence: a prospective, randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol*. 1994; 171: 1573-9.
18. Bergman A, Koonongs P, Ballard C. Primary stress urinary incontinence and pelvic relaxation: Prospective randomized comparison of three different operations. *Am J Obstet Gynecol* 1989;161:97-101.
19. Bergman A, Giovanni E. Three surgical procedures for genuine stress incontinence: Five- years follow-up of a prospective randomized study. *Am J Obstet Gynecol*. 1995; 173: 66-71.

20. Wiskind AK, Creighton SM, Stanton SL. The incidence of genital prolapse after the Burch colposuspension. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 399-405.
21. Stanton SL, Cardozo LD. A comparison of vaginal and suprapubic surgery in the correction of incontinence due to urethral correction of incompetence. *Br J Urol*. 1979;51:497
22. Van Geelen JM, Theeuwes AGM, Eskes TKAB, Martin CB. The clinical and urodynamic effects of anterior vaginal repair and Burch colposuspension. *Am J Obstet Gynecol*. 1988;159:137
23. Weil A, Reyes H, Bischoff P, et al. Modification of the urethral rest and stress profiles after different types of surgery for urinary stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol*. 1984;91:46
24. Bergman A, Ballard CA, Koonings PP. Comparison of three different surgical procedures for genuine stress incontinence: prospective randomized study. *Am J Obstet Gynecol*. 1989;160:1102
25. Mundy AR. A trial comparing the Stamey bladder neck suspension procedure with colposuspension for the treatment of stress urinary incontinence. *Br J Urol*. 1983;55:687
26. Stamey TA. Endoscopic suspension of the vesical neck for the urinary incontinence in females. Report on 203 consecutive patients. *Ann Surg*. 1980;192:465-471
27. Walker GT, Texter JH. Success and patient satisfaction follow the Stamey procedure for stress urinary incontinence. *J Urol*. 1992;147:1521-1523
28. Karram MM, Angel O, Koonings PP, Tabor B, Bergman A, Bhatia N. The modified Pereyra procedure: a clinical and urodynamic review. *Br J Obstet Gynaecol*. 1992;99:655-658
29. Stanton SL, Cardozo L. Results of colposuspension operation for incontinence and prolapse. *Br J Obstet Gynaecol*. 1979;86:693-697
30. Alcalay M, Monga A, Stanton SL. Burch colposuspension: a 10-20 year follow-up. *Br J Obstet Gynaecol*. 1995;102:740-745
31. Peattie AB, Stanton SL. The Stamey operation for correction of genuine stress incontinence in the elderly women. *Br J Obstet Gynaecol*. 1989;96:983-986
32. Korn AP. Does use of permanent suture material affect outcome of the modified Pereyra procedure?. *Obstet Gynecol*. 1994;83:104-107
33. Jarvis GJ. Surgery for genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol*. 1994;101:371-374
34. Kjolhede P, Ryden G. Prognostic factors and long-term results of the Burch colposuspension. A retrospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1994;73:642-647
35. Velázquez SP, Kunhardt RJ, Villarreal ME. Experiencia institucional con técnicas para incontinencia urinaria. Comunicación personal. 2000.
36. Hilton P. The Mechanism of Continence in: *Surgery of Female Incontinence* edited by Stanton SL. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 1986; 13-19
37. Thofrastous JP, Cundiff GW, Harris RL, Bump RC. The effect of vesical volume onValsalva leak point pressure in women with genuine stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1996; 87:711-4.
38. McGuire EJ, Cespedes D, O'Connell HE. Leak Point Pressure in the Urol Clin North Am 1996; 23 (2):253-262.
39. Cespedes D, McGuire EJ Leak Point Pressures in the Practical Urodynamics. *J Urol* 1998;155: 286-289.

40. Siltberg H., Larsson G., Victor A. Reproducibility of a new method to determine cough induced leak point pressure in women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 1996; 7(1):13-19.
41. Cummings JM, Boullier JA, Parra RO, Wozniak-Petrofsky J. Leak point pressure in women with urinary stress incontinence: correlation with patient history. *J Urol* 1997;157 (3): 818-20.
42. Larosa M., Simonazzi M., Barbieri A., Pozzoli G.L., Cartellini P. Valsalva leak point pressure (LPP) and maximal urethral closure pressure (MUCP) in women with stress urinary incontinence. *Arch Ital Urol Androl* 1997; 69 (5):287-92.
43. Nitti V.W., Combs A.J. Correlation of valsalva leak point pressure with subjective degree of stress urinary incontinence in women. *J Urol* 1996; 151:281-85.
44. Bump RC, Elser DM, Theofrastous J.P., McClish DK . Valsalva leak point pressure in women with genuine stress incontinence: Reproducibility, effect of catheter calibre, and correlations with other measures of urethral resistance. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:551-7.
45. Swift S, Ostergard D. Evaluation of current urodynamic testing methods in the diagnosis of genuine stress incontinence. *Obstet Gynecol.* 1995;86:85-91.
46. Thind P. An analysis of urethral viscoelasticity with particular reference to the sphincter function in healthy women. *Int Urogynecol J* 1995, 6:209-228.
47. Faeber GJ, Vashi AR. Variations in Valsalva leak point pressure with increasing vesical volume. *J Urol.*1998;159: 1909-1911.
48. Stilberg H, Larson G. Cough-induced leak- point pressure- a valid measure for assessing treatment in women with stress incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1998; 77: 1000-1007.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO I

CUESTIONARIO PARA EVALUACIÓN DEL ÉXITO SUBJETIVO DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ANTI-INCONTINENCIA

Nombre: _____ Peso: _____ Talla: _____

Parte I

Percepción de la salud en general

1. ¿Cómo describiría su salud en este momento?

Muy buena	1
Buena	2
Regular	3
Mala	4
Muy mala	5

Impacto de la incontinencia

2. ¿Cuánto cree usted que el problema de su vejiga afecta su vida?

No la afecta	1
La afecta poco	2
Moderadamente	3
La afecta totalmente	4

Parte II

Limitaciones del rol

3. ¿Cuánto afecta sus tareas en el hogar el problema de su vejiga? (limpiar, ir de compras)

No la afecta	1
Ligeramente	2
Moderadamente	3
Totalmente	4

4. ¿El problema de su vejiga afecta su trabajo o sus actividades normales diarias fuera de la casa?

No la afecta	1
Ligeramente	2
Moderadamente	3
Totalmente	4

Limitaciones físicas

5. ¿El problema de su vejiga afecta sus actividades físicas?

No la afecta	1
Ligeramente	2
Moderadamente	3
Totalmente	4

6. ¿El problema de su vejiga cuanto afecta su capacidad para viajar?

No la afecta	1
Ligeramente	2
Moderadamente	3

IMPACTO DEL RESULTADO DE LA CIRUGIA

Totalmente 4

Limitaciones sociales

7. ¿El problema de su vejiga limita su vida social?

No la afecta 1

Ligeramente 2

Moderadamente 3

Totalmente 4

8. ¿El problema de su vejiga limita su capacidad para ver o visitar a sus amigos?

No la afecta 1

Ligeramente 2

Moderadamente 3

Totalmente 4

Relaciones personales

9. ¿El problema de su vejiga afecta su relación con sus parientes?

No la afecta 1

Ligeramente 2

Moderadamente 3

Totalmente 4

10. ¿El problema de su vejiga afecta su vida sexual?

No se aplica 0

No la afecta 1

Ligeramente 2

Moderadamente 3

Totalmente 4

11. ¿El problema de su vejiga afecta su vida familiar?

No se aplica 0

No la afecta 1

Ligeramente 2

Moderadamente 3

Totalmente 4

Emociones

12. ¿El problema de su vejiga la hace sentir deprimida?

No 1

Ligeramente 2

Moderadamente 3

Mucho 4

13. ¿El problema de su vejiga la hace sentir ansiosa o nerviosa?

No 1

Ligeramente 2

Moderadamente 3

Mucho 4

14. ¿El problema de su vejiga la hace sentir mal con usted misma?

No	1
Ligeramente	2
Moderadamente	3
Mucho	4

Energía y sueño

15. ¿El problema de su vejiga le afecta el sueño?

Nunca	1
Algunas veces	2
Seguido	3
Todo el tiempo	4

16. ¿Se siente cansada o rendida?

Nunca	1
Algunas veces	2
Seguido	3
Todo el tiempo	4

Medidas severas

¿Usted hace algunas de las siguientes actividades?, si la respuesta es SI, ¿qué tanto?

17. ¿Utiliza protección (toallas o pañales) para mantenerse seca?

Nunca	1
Algunas veces	2
Seguido	3
Todo el tiempo	4

18. ¿Cuida la cantidad de líquidos que usted toma?

Nunca	1
Algunas veces	2
Seguido	3
Todo el tiempo	4

19. ¿Se cambia de ropa interior cuando están mojadas?

Nunca	1
Algunas veces	2
Seguido	3
Todo el tiempo	4

20. ¿Se preocupa en caso de que usted huela mal?

Nunca	1
Algunas veces	2
Seguido	3
Todo el tiempo	4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

21. ¿Ha estado en una situación vergonzosa por el problema de su vejiga?

Nunca	1
Algunas veces	2
Seguido	3
Todo el tiempo	4

Calculo del puntaje

1. Percepción general de la salud = $[(\text{puntaje de pregunta 1} - 1)/4] \times 100$

2. Impacto de la incontinencia = $[(\text{puntaje de la pregunta 2} - 1)/3] \times 100$

3. Limitación del rol = $[(\text{puntaje de la pregunta 3} + 4) - 2]/6 \times 100$

4. Limitaciones físicas = $[(\text{puntaje de la pregunta 5} + 6) - 2]/6 \times 100$

5. Limitaciones sociales = $[(\text{puntaje de la pregunta 7} + 8 + 11) - 3]/9 \times 100^{**}$

** si el puntaje de la pregunta 11 >= 1, si es 0 entonces ... -2)/6)x100

6. Relaciones personales = $[(\text{puntaje de la pregunta 9} + 10) - 2]/6 \times 100^{**}$

** si el puntaje de la pregunta 9+10 >= 2, si la pregunta 9+10=1; ... -1)/3)x100
si la pregunta 9+10=0 ; no es aplicable

7. Emociones = $[(\text{puntaje de la pregunta 12} + 13 + 14) - 3]/9 \times 100$

8. Energía y sueño = $[(\text{puntaje de la pregunta 15} + 16) - 2]/6 \times 100$

9. Mediciones severas = $[(\text{puntaje de la pregunta 17} + 18 + 19 + 20 + 21) - 5]/15 \times 100$

ANEXO II.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través de esta carta de Consentimiento Informado se me invita a participar en el proyecto de investigación titulado:
"IMPACTO DE LOS RESULTADOS DE LA CIRUGIA ANTI-INCONTINENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA"

Se me ha informado que presenté un problema de Incontinencia de Orina y que requirió de la realización de cirugía para su corrección. El estudio en que se me invita a participar es para demostrar científicamente la proporción de éxito de las diferentes operaciones para corregir la pérdida de orina, después de 5 años de seguimiento.

Entiendo que de acuerdo al tiempo que ha transcurrido desde que se realizó mi cirugía, soy candidata a que me realicen una evaluación del éxito de dicho tratamiento.

Mi participación como paciente consiste en lo siguiente: Debo asistir a dos visitas, en la primera se me realizará un cuestionario de 21 preguntas que debo contestar completamente, además se me pedirá una muestra de orina para cultivo. En la segunda visita se me realizará una revisión física para identificar si existe cualquier descenso de la vejiga, la uretra o el recto, se me realizará también un estudio de urodinamia, que consiste en colocar una sonda en la vejiga y otra en el recto con la intención de medir el funcionamiento de mi vejiga, sin costo.

Sé también que las diferentes cirugías tienen la posibilidad de curarme en 9 de cada 10 que se realizan y que puede fracasar en 1 de cada 10 mujeres, si este es mi caso, se me realizarán los estudios convenientes para identificar la causa del fracaso y se me indicará el tratamiento ya sea médico o con cirugía que se requiera hasta mi recuperación o mejoría; sin costo extra hasta la identificación de la causa del fracaso.

Los compromisos que adquiero al aceptar participar en este estudio son: asistir a las consultas programadas puntualmente y someterme a examen de urodinamia y exploración física en la segunda visita. Se me ha explicado que este seguimiento es el que normalmente se tiene en todas las mujeres que se someten a cirugía para corregir la incontinencia de orina.

Se me ha informado que puedo hacer cualquier pregunta relacionada con el estudio, antes de decidir mi participación, durante el estudio o después del mismo, para lo cual se me proporcionará el teléfono de los investigadores: Dr. Jorge Luis Nájera Mojica o Dra. Ma. del Pilar Velázquez Sánchez (55-20-99-00 ext. 516 Clínica de Urología Ginecológica).

IMPACTO DEL RESULTADO DE LA CIRUGIA

Sé también que si decido no participar en el estudio o retirarme de él esta decisión NO AFECTA EN ABSOLUTO mi atención en esta institución, ni tampoco modificará mi derecho a recibir los cuidados que recibiría si estuviera en el estudio.

Por último, se me ha informado que el objetivo final a futuro de este y otros estudios es tratar de saber el éxito de las operaciones para curar la incontinencia urinaria y que los doctores investiguen puede servir para que otras mujeres que tienen esta enfermedad se curen.

La carta de consentimiento informado me parece clara y deseo participar en este estudio sin ningún tipo de presión, bajo mi libre voluntad y bajo la presencia de dos testigos.

PACIENTE:
NOMBRE _____

FIRMA: _____

TESTIGO _____ FIRMA _____

TESTIGO _____ FIRMA _____

He comentado este programa con el paciente, utilizando un lenguaje claro y comprensible. Considero que la paciente esta satisfecha con la explicación y que le he proporcionado los detalles en extenso del mismo. He obtenido su aceptación sin ninguna forma de presión.

INVESTIGADOR _____ FIRMA _____

México D.F. a _____ de _____ del año 200_.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN