

11246
19

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

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

"COMPARACION DE EXITOS EN LAS DIFERENTES TECNICAS QUIRURGICAS PARA LA CORRECCION DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN LA MUJER"

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL
DR. JULIO CESAR OCADIZ MARQUEZ
PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE
U.N.A.M.

UROLOGIA



DR. JERONIMO SIERRA GUERRERO
Coordinador de Capacitación y
Desarrollo e Investigación.



DR. CARLOS MURPHY SANCHEZ
Médico jefe del servicio
Profesor Titular del Curso de
Urología.



DR. ALFREDO DELGADO CHAVEZ
Coordinador de Cirugía.

L. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL DE MEDICINA
REGISTRO
FEB. 20 1985
SECRETARIA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA E INVESTIGACIONES

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2003

SISTEMA HOSPITALARIO LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
★ **ENE. 30 1985**
COORDINACION DE CAPACITACION Y DESARROLLO INVESTIGACION



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

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

"COMPARACION DE EXITOS EN LAS DIFERENTES TECNICAS QUIRURGICAS PARA LA CORRECCION DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN LA MUJER"

AUTOR: DR. JULIO CESAR OCADIZ MARQUEZ

**DOMICILIO: MANUEL AVILA CAMACHO N° 10
COL. PRESIDENTES.
01290, MEXICO, D. F.**

ASESOR: DR. MARTIN LANDA SOLER

VOCAL DE INVESTIGACION: DR. FERNANDO CERON RODRIGUEZ.



DR. ALEJANDRO LLORET RIVAS
Jefe de investigación.



DR. ENRIQUE MONTEL TAMAYO
Jefe de Capacitación y Desarrollo.

Autonzo a la Dirección General de Bibliotecas •
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso
contenido de mi trabajo recepción

NOMBRE: JULIO CESAR

OCADIZ MARQUEZ

FECHA: 31/05/99

FIRMA: 

México, D. F. Noviembre de 1995

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**"CREO QUE ES TIEMPO DE DETENERSE;
MIENTRAS PASEABAMOS POR EL JARDIN DE AKADEMOS,
DISCUTIENDO ESTAS COSAS GENERALES DE LA MEDICINA,
HA CAIDO LA TARDE. EL SOL SE HA PUESTO DEL LADO
DEL PIREO Y SOLO SE VE COMO UNA CLARIDAD,
MITAD ROSAS Y MITAD ORO, LA COLINA SAGRADA
DE LA ACROPOLIS. POR FORTUNA, ESA LUZ ES BASTANTE
PARA GUIAR VUESTROS PASOS"**

DR. IGNACIO CHAVEZ RIVERA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

D E D I C A T O R I A .

Dedico con cariño infinito el presente trabajo a mi **Madre**, por su eterno amor y sacrificio incondicional; a mis hermanos y compañeros de la vida, **Lety, Hugo y Mauricio**.

A **Paty** mi esposa, por compartir mis desvelos y comprender mis desatinos; a mi hijo **Julio César** quien da sentido a mi existencia.

Al Arq. José Luis Pérez Maldonado, mi cuñado, por su colaboración en la impresión de esta Tesis.

Agradezco a mi maestro **Dr. Martín Landa Soler** por sus enseñanzas y sabios consejos; al servicio de Enfermería por su amistad e invaluable ayuda; al personal que labora en esta Unidad por su compañerismo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E	PAGINA.
R E S U M E N .	1
A B S T R A C T .	2
P R O L O G O .	3
I N T R O D U C C I O N .	6
M A T E R I A L Y M E T O D O S .	22
R E S U L T A D O S .	23
D I S C U S I O N .	26
C O N C L U S I O N E S .	28
C U A D R O S .	29
B I B L I O G R A F I A .	40

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

R E S U M E N.

En el presente trabajo se hace una comparación de los éxitos entre las diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la **Incontinencia Urinaria Genuina de Esfuerzo** en la mujer, analizando aspectos generales que pudieran influir directa o indirectamente en los resultados del manejo quirúrgico del padecimiento.

El estudio se realizó en forma retrospectiva con un grupo de 39 pacientes con **Incontinencia Urinaria Genuina de Esfuerzo**, operadas en el Servicio de Urología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" de I.S.S.S.T.E., en un lapso de tres años; observando con mayor frecuencia la interacción de factores como la edad, la obesidad exógena y la multiparidad como causas predisponentes para la aparición del cuadro de incontinencia urinaria, o bien para su recurrencia; otros como la asociación con cistocèle, uretrocèle o rectocèle, que generalmente evidencian el cuadro clínico por la presencia de infecciones urinarias recurrentes, así como enfermedades concomitantes que pudieran complicar el padecimiento; además el antecedente de cirugías abdominales y/o pélvicas previas que interfieren con aspectos técnicos de las cirugías antiincontinencia urinaria realizadas por vía retropúbica y en su resultado final.

De las técnicas quirúrgicas efectuadas en este tiempo, las realizadas con mayor frecuencia son el procedimiento de **Pereyra y Raz** y la vesicouretrorropensión de **Burch**, apreciando mejores resultados para esta última.

Concluimos que la selección de una técnica o combinación de ellas en una paciente en particular, debe hacerse con base en las anomalías específicas, urológicas y ginecológicas que presente cada persona.

Palabra Clave: **TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA,
COMPARACION DE EXITOS.**

A B S T R A C T .

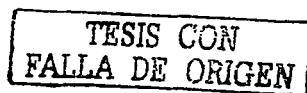
In this study, a comparison of success is made, among the different surgical techniques for the treatment of the ***Genuine Stress Urinary Incontinence*** in women, analyzing general aspects that may affect direct or indirectly the results of the surgical handling of the illness.

The study was made in a retrospective way with a group of 39 patients having ***Genuine Stress Urinary Incontinence***, this was done at the Urology Service from the " Lic. Adolfo López Mateos" Regional Hospital (I.S.S.S.T.E.) in a 3 year lapse; observing through this time, with a greater frequency, the interaction of factors such as age, exodus obesity & multiparity as predisposing causes for the appearing of the urinary incontinence illness or its recurrency; others like cistocele, uretrocele or rectocele association that usually confirm the clinical illness for the presence of recurrent urinary infections as well as concomitant sickness that may complicate the case; besides this, previous abdominal & or pelvic surgeries create technical interference in the urinary incontinence surgeries since these are done by retropubic via and are of importance for its final result.

Nowadays, the surgical techniques more frequently used are the ***Pereyra & Raz*** procedure and the ***Burch*** surgery, getting better results this last one.

As a conclusion, we can say that the selection of a technique or the combination of others in one patient in particular should be done taking into account the gynecological, urological and specific anomalies that each patient shows.

**Key Word: SURGICAL TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE.
 SUCCESS COMPARISON.**



P R O L O G O .

Este trabajo es el resultado de un propósito cumplido, el de cubrir con lo estipulado en el Plan de estudios de posgrado para la obtención del Título de médico especializado en Urología, el último año en la formación académica del novel profesionalista y que al término de este período habrá de gestarse como un individuo con mente y carácter templados gracias a la enorme riqueza que da el contacto con su entorno social a través de la práctica clínica diaria, misma que se ve complementada con el ejercicio quirúrgico propio de la especialidad, también al sentir en el corazón y sopesar en nuestras propias manos, la seria responsabilidad de mantener la salud de nuestros pacientes, de alimentar cada nuevo día el anhelo de servir a los demás, sin buscar retribución primera que no sea la sonrisa agradecida o la satisfacción de la confianza ganada, anhelo que hemos de mantener hasta el fin de nuestro ejercicio profesional; porque si bien no lucía como aspecto importante en nuestra preparación a través de los años de enseñanza, en aulas y auditorios primero y en Clínicas y Hospitales después, ahora más que nunca aparece como principio esencial de nuestra vida.

Sin embargo tenemos que enfrentar la realidad de nuestro tiempo. Desde los médicos de contacto primario a los de alta especialidad y de ahí hasta las autoridades sanitarias y gubernamentales, constituyen una enorme maquinaria que ruge estrepitosa y que avanza a traspiés desbocada, que mientras más grande más ineficiente, pues los principios y buenas intenciones de los primeros se diluyen en un mar de burocracia e intereses personales, de discursos partidistas y de corrupción de piezas fundamentales, por su posición, de este engranaje descomunal; no basta pues, con ocupar un sitio en tan importante labor, sin conocer primero las carencias y limitaciones de nuestro pueblo y querer

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

verdaderamente cubrir, en la medida de lo posible, las necesidades prioritarias de salud y educación de nuestra gente.

La justificación del presente trabajo para el médico que recién concluye su formación como especialista, es precisamente la necesidad de crearle conciencia de su época, permitiéndole vertir en este documento información valiosa de su comunidad, así como sus experiencias, contratiempos y sus frustraciones, pero también sus buenos deseos y optimismo para contribuir a mejorar el hoy y hacer el mañana más digno.

Recordemos también que por mucho que los conocimientos médicos hayan cambiado en los últimos decenios, el compromiso fundamental del médico, por lo que se refiere al cuidado del paciente, permanece inalterado.

Del médico se espera simpatía, tacto y comprensión, porque el paciente no es solo una colección de síntomas, signos, funciones transtornadas, órganos dañados y emociones alteradas. Es un ser humano temeroso y esperanzado, que busca alivio, ayuda y confianza. El verdadero médico posee, como *Shakespeare*, un inmenso interés por el sabio y el tonto, el orgulloso y el humilde, el héroe estoico y el pordiosero quejumbroso. Se preocupa por la gente.

Institucionalmente podríamos olvidar estos principios con los deslumbrantes adelantos tecnológicos como en la metodología biomédica o en las técnicas de fluoroscopia biofísica, que permiten el acceso a las zonas más recónditas del cuerpo; uno de los médicos más famosos y respetados de este siglo en México ha señalado que el médico se está deshumanizando, que está perdiendo su sentido

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

clásico humanístico y se está transformando en un tecnólogo, que depende mucho más de las máquinas que de sus sentidos, y que esto lo aleja del enfermo como un ser humano y lo convierte en otra máquina más, o el apéndice de otra máquina. "Razonando en esta vena, estoy tentado a concluir que lo que necesitamos en nuestras escuelas y facultades de medicina es menos ciencia, menos investigación y más humanismo, menos quimógrafos y más libros de *Proust* o de *Cervantes*, ¡Muera la biología celular, y arriba el ojo clínico!" (13) ...

Fragmento tomado de la Conferencia dictada en la Reunión de Directores de Escuelas y Facultades de Medicina, convocada por la Subsecretaría de Ciencia y Educación, en septiembre de 1976.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

La falta del control vesical constituye un problema en un número importante de mujeres. Las cifras de prevalencia varían de 15 al 35 % (1,2). Las variaciones podrían atribuirse más bien a los criterios diferentes para definir la incontinencia, pero pueden también reflejar diferencias en las técnicas de muestreo y en las poblaciones. Así pues, la incontinencia urinaria es la causa más común de pérdida involuntaria de orina en mujeres. La incontinencia urinaria tiene consecuencias médicas, psíquicas y económicas; por otro lado se han realizado diversas entrevistas con mujeres normales a través de estudios cuidadosos, observando que un 50 % de las nulíparas ocasionalmente experimentan incontinencia urinaria, también se ha presentado en niñas y como consecuencia del parto (3), sin embargo este problema no es bastante frecuente ni importante como para adquirir un carácter socialmente molesto. Precisamente debido a que la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es tan común es conveniente definirla como un **"síndrome clínico que representa la salida involuntaria de orina, cuando en ausencia de contracción del detrusor, la presión intravesical excede la presión máxima uretral"** (4), y cuya magnitud es suficiente como para causar problemas sociales.

Esta incontinencia casi siempre se agrava cuando la paciente se encuentra en posición erecta por cualquier acción o enfermedad que implique un aumento de la presión intraabdominal, como señala la definición, nunca es provocada por contracción del músculo detrusor y, lo que es más importante, puede ser diagnosticada mediante el examen físico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N T E R R O G A T O R I O .

El interrogatorio es importante. Debe descartar al menos la presencia de una enfermedad neuromuscular franca, debe centrarse en la posibilidad de una causa asociada si la aparición de la incontinencia fue brusca (como una intervención quirúrgica pelviana) y debe incluir un cuidadoso análisis de las condiciones del piso pélvico que determinan la IUE. La paciente típica perderá orina con los incrementos bruscos de la presión abdominal, pero nunca en la cama durante la noche (Grado I). A medida que la incontinencia se agrava, será provocada por grados menores de esfuerzo físico, tales como la marcha, la posición de pie a partir de una posición sentada o el incorporarse en la cama (Grado II). En los casos más severos, especialmente después de fracasos operatorios o fracturas pelvianas severas, se observa una incontinencia total y la orina escapa sin ninguna relación con la actividad física o con la postura (Grado III). (5)

Es importante consignar el grado de incontinencia e incluso estimar la cantidad de orina eliminada (1 a 10 toallas higiénicas por día), dado que muchas operaciones básicamente inadecuadas pueden curar la incontinencia del Grado I, pero no curarán las incontinencias Grados II ó III.

Los datos obtenidos de la paciente dependerán en gran parte del grado de severidad de la incontinencia urinaria. La distinción entre una pérdida de orina en pequeños chorros asociada a una brusca elevación de la presión intrabdominal y una pérdida de orina en gran cantidad como consecuencia de una contracción del detrusor que ha vaciado la vejiga es obviamente de utilidad cuando se sospecha una vejiga neuropática. Es importante dirigir el interrogatorio en busca de incontinencia con urgencia; es indudable que las pacientes se presentan sólo con

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

una incontinencia con urgencia, es decir, pérdida de orina que solamente tiene lugar después de que estas pacientes experimentan un deseo de orinar, no pueden ser curadas mediante cirugía. Sin embargo, la dificultad radica en que por lo menos una tercera parte de las pacientes con una incontinencia curable quirúrgicamente también experimentan incontinencia con urgencia y pueden ser aliviadas de ambos trastornos mediante una elevación quirúrgica del cuello vesical. (5) Es posible que el componente de urgencia en las pacientes con incontinencia curable quirúrgicamente se deba a la infundibilización y la baja presión del cuello vesical interno; a medida que la presión del detrusor comienza a aumentar, la orina fluye de inmediato en el interior de la uretra proximal, provocando un intenso deseo de orinar. Con la restauración del cuello vesical y su pasaje desde una posición inferior en la pelvis a una posición elevada detrás de la sínfisis pibiana, la orina presumiblemente no podrá pasar a la uretra proximal durante la fase temprana de elevación de la presión del detrusor inmediatamente antes de la micción, (5). Otro aspecto importante durante el interrogatorio es el relacionado con los hábitos miccionales, tales como la frecuencia de micciones durante el día y la noche, volumen de orina eliminado y si se tiene o no la costumbre de orinar frecuentemente antes de sentir el deseo de orinar, con el fin de evitar pérdidas involuntarias; además consideramos necesario el conocer antecedentes quirúrgicos previos. Vgr. hysterectomías, cirugías ortopédicas o neurológicas de la médula espinal y finalmente si ha habido antes cirugías abdominales y/o vaginales para tratar la incontinencia urinaria. (5)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C U A D R O C L I N I C O

Muchos factores pueden inducir una situación en que la presión intravesical exceda de la resistencia uretral en ausencia de contracción del detrusor (Cuadro 1) En mujeres que viven en comunidades, la incontinencia genuina por esfuerzo es la situación más común que ocasiona salida involuntaria de orina. El principal síntoma es la salida de orina durante el ejercicio y por lo común surge con la tos, el estornudo o la práctica del ejercicio. Este síntoma representa "incontinencia por esfuerzo" y no denota el cuadro de incontinencia genuina hasta que la insuficiencia esfinteriana uretral no resulte ser el mecanismo subyacente. La incontinencia por esfuerzo (síntoma) puede aparecer en diversas situaciones, que es necesario incluir en el diagnóstico diferencial (cuadro 2). A veces las personas también indicarán la salida de orina durante cambios posturales o situaciones físicas específicas que son particulares de ellas. Durante la valoración es prudente precisar de manera específica las circunstancias en las que sale involuntariamente la orina. De ser posible hay que duplicar tales circunstancias y observarlas de manera directa durante la valoración clínica. El Síntoma de "incontinencia por urgencia" representa la sensación de micción inminente antes de la salida de orina. A pesar de que es muy común en casos de inestabilidad del detrusor o de la vejiga, también se le observa en la incontinencia genuina por esfuerzo; ello se advierte particularmente en las ancianas, en quienes los síntomas mencionados pueden aparecer incluso en 50 a 60% en todos los casos. (4). El cortejo sindromático de la incontinencia genuina por esfuerzo puede ser más o menos complejo, según cada caso. En situaciones de devitalización intensa de la uretra la salida de orina puede surgir sin ejercicio y sin síntomas concomitantes (uretra "que chorrea" sin control). (4)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

No existen cambios anatómicos "típicos" que pudieran considerarse como patognomónicos de la incontinencia genuina por esfuerzo, sin embargo es importante detectar la presencia o ausencia de relajación pélvica y el grado de movilidad uretral. Esto último puede valorarse por la prueba simple por medio de un aplicador de algodón en la uretra (6) o con técnicas radiográficas, si es necesario. Hay que destacar que la movilidad uretral por sí sola no denota insuficiencia uretral; sin embargo si se considera la intervención quirúrgica para apoyar o elevar la uretra, hay que conocer la posición y la movilidad del órgano desde el periodo preoperatorio. Algunos factores modifican la interrelación entre presión intravesical y resistencia uretral (cuadro 1); no es raro que existan varios de ellos en una sola persona. Es importante que prevalezca el criterio clínico. La falla del mecanismo esfinteriano uretral para conservar la continencia absoluta durante el ejercicio debe ser atribuido a bases multifactoriales. En ocasiones la sola ciencia no explica la interacción exacta de todos los factores. el buen juicio del clínico sigue siendo el elemento fundamental para valorarlos dentro de cada situación individual.

BASES PARA EL TRATAMIENTO MEDICO DE LA INCONTINENCIA GENUINA POR ESFUERZO

La continencia se alcanza gracias a las funciones normales de la vías urinarias inferiores y al aprendizaje adecuado de una conducta orientada hacia ese fin. Además se ha destacado que factores uretrales y no uretrales de diversa índole intervienen en el síndrome de la incontinencia genuina por esfuerzo.

INTERVENCION CONDUCTUAL.

Varios aspectos de las funciones de la vías urinarias inferiores son influidos por modulación de la corteza cerebral e incluyen : 1) la capacidad de inducir o inhibir la contracción del detrusor; 2) la capacidad de inducir o inhibir la contacción voluntaria refleja de los músculos abdominales, y 3) la capacidad de inducir la contracción o relajación de los musculos abdominales.

El aprendizaje del control de tales funciones sigue los principios del aprendizaje operativo, es decir, el individuo perseverará en las conductas que culminan en consecuencias favorables (recompensas), en tanto que abandonará aquellas que inducen resultados desagradables (castigo o falta de recompensa). La recompensa está representada por la continencia o la ausencia de síntomas irritantes (o ambas situaciones), y la falta de recompensa está representada por la incontinencia persistente o los síntomas sensitivos concomitantes. En el tratamiento de personas que viven en comunidades y que están intactas desde el punto de vista funcional y psíquico, se emplean con gran frecuencia tres protocolos terapéuticos conductuales que son : 1) ejercicios de contracción de músculos perineales; 2) adiestramiento en la rehabilitación vesical, y 3) biorretroalimentación. (4)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EJERCICIOS DE CONTRACCION DE MUSCULOS PERINEALES.

Kegel fué el primero en describir el empleo de ejercicio de los músculos del suelo perineal para el tratamiento de la incontinencia genuina por esfuerzo, aunque tal método no es nuevo, la base en que se funda es que las contracciones voluntarias repetitivas de los músculos estriados mejorarán la contractilidad voluntaria y refleja de ellos, y así mejorará la función esfinteriana uretral, El empleo continuo y repetitivo de las fibras musculares mejorará la amplitud de su contracción y su duración. Como resultado se espera que mejore la capacidad de la uretra para superar el esfuerzo y la carga del ejercicio. Se ha señalado que los buenos resultados de este método varían del 30 al 90% (4). Es muy probable que la variabilidad de la respuesta represente diferencias en la intensidad de la incontinencia de las personas estudiadas y también en los criterios para definir su curación. Hay que destacar que las intervenciones iniciales deben durar cuando menos ocho o doce semanas.

ADIESTRAMIENTO DE LA REHABILITACION VESICAL.

El adiestramiento vesical representa una intervención en la que se pide a la mujer que orine solamente con base en un plan predeterminado. Se le indica de manera especial que evite vaciar le vejiga en los lapsos intermedios de las de las horas programadas, y se le brindará técnica de distracción para superar la situación de urgencia. Los intervalos entre una y otra micción se amplían poco a poco durante toda la intervención, que dura unas seis semanas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIORRETROALIMENTACION.

La biorretroalimentación representa una técnica conductual, utiliza medios visuales o auditivos para devolver a la persona información sobre la función del detrusor, la uretra o ambas. Puede usarse también para demostrar objetivamente la contracción o la relajación de los músculos abdominales. Estudios recientes con esta técnica han señalado que 20 a 25% de las personas en investigación advirtieron mejoría.

FARMACOTERAPIA.

ESTROGENOS. Los estrógenos se han utilizado desde hace mucho para el tratamiento de los síntomas de vías urinarias inferiores, En la vejiga se han identificado receptores de ellos, aunque son más abundantes en la uretra. Es muy probable que el epitelio escamoso, el plexo muscular y el tejido conectivo-elástico reaccionen a la estimulación estrogénica. Sin embargo, hay muy pocos estudios con testigos que corroboren que los estrógenos son eficaces para el tratamiento de la incontinencia. Algunos datos indican que la suplementación a base de estrógenos mejorará particularmente las disfunciones sensitivas, pero no se sabe si estas sustancias en realidad mejoran la función esfinteriana, cosa todavía no comprobada científicamente.

ESTIMULACION ALFA-ADRENERGICA. Los fármacos alfa-adrenérgicos estimulan la contractilidad uretral y mejoran la presión intraluminal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El medicamento más utilizado en la práctica clínica es la fenilpropanolamina; no se han hecho grandes estudios prospectivos y con testigos, pero las observaciones clínicas preliminares indican un efecto beneficioso con este tratamiento. Lo anterior es particularmente válido en mujeres con incontinencia leve y presiones de cierre uretral bajas en reposo. La decisión de intervenir quirúrgicamente debe hacerse después de sesiones de prueba de tales intervenciones; la forma específica de la intervención no quirúrgica dependerá de cada caso en particular y de las características clínicas del paciente.

Otros agentes alfa-adrenérgicos utilizados frecuentemente son la Efendrina y el Hidrocloruro de pseudoefedrina de efectos similares, dichas drogas han demostrado aumentar la presión uretral en todo su trayecto.

BROMURO DE PROPANTELINA. La propantelina es un amonio cuaternario sintético que inhibe competitivamente la transmisión colinérgica en los ganglios pelviano y del detrusor; aunque no se conocen con exactitud el sitio ni el modo de acción, la droga suprime las contracciones reflejas del detrusor.

IMIPRAMINA. Agente a menudo designado como uno de los "*antidepresivos tricíclicos*" dado que con mayor frecuencia se le utiliza como antidepresivo. Derivado de la dibenzazepina ejerce un cierto grado de actividad anticolinérgica y es útil para tratar la enuresis infantil. Aunque el mecanismo de la droga se desconoce, se piensa que suprime contracciones reflejas anormales del detrusor y potencia la actividad alfaadrenérgica uretral.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dado que esta droga incrementa la presión uretral en reposo, podría ser útil en el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Los procedimientos quirúrgicos ideados con el fin de corregir la IUE elevan el cuello vesical hasta una posición ubicada por detrás de la sínfisis del pubis. Las técnicas empleadas para cumplir este objetivo son múltiples y se acompañan de resultados variables. La evaluación adecuada de la incontinencia y la selección cuidadosa del procedimiento quirúrgico apropiado aumentan las probabilidades de éxito y evitan un enfoque empírico del problema de la incontinencia.

La corrección quirúrgica eficaz de la incontinencia genuina por esfuerzo data de comienzos de este siglo. **Donald y Fothergill** de Manchester, Inglaterra, lograron la cura y reparación simultánea del prolapso uterovaginal, al elevar el cuello de la vejiga en el momento de la colporrafia anterior. Una década más tarde **Kelly** prefirió la plicación del tejido parauretral en un intento de poner a tensión el cuello vesical a nivel de la unión uretrovesical. Este criterio transvaginal para la corrección de la incontinencia genuina y anatómica por esfuerzo, que más tarde fué definido por **Kennedy**, fué el que predominó en los siguientes 50 años en la cirugía para la incontinencia. Las tasas de cura logradas fueron, en promedio, del 65%. (4)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En 1946, **Víctor Marshall** consiguió un importante avance técnico en el tratamiento quirúrgico primario de la Incontinencia; **Marshall** corrigió la incontinencia urinaria por medio de uretrovesicopexia retropúbica al fijar el cuello de la vejiga en un punto alto en la cara posterior de la sínfisis del pubis. De ese buen resultado surgió la técnica de **Marshall-Marchetti-Krantz**. El **Dr. Krantz**, que fue el anatomista de los tres, pensaba, con exactitud, que la operación curaba la incontinencia al elevar y fijar la unión uretrovesical en un plano alto de la pelvis. Sin embargo, **Aldridge**, desde 1952, expresó que la cura quirúrgica de la incontinencia por esfuerzo se lograba al "construir un soporte del tejido vecino para sostener la uretra y el cuello vesical en una posición lo más alta posible en la pelvis". Por otro lado, la confirmación fisiológica de que la elevación de la unión uretrovesical era la que lograba la corrección de la incontinencia y no la constricción de la uretra, se obtuvo gracias a la descripción de **Enhörning**.

El término incontinencia urinaria por esfuerzo fué acuñado en 1922 por **Eardley Holland**. Algunos autores le agregaron el calificativo de "anatómica" para diferenciarla de la causada por contracción del detrusor e inducida por la maniobra de **Valsalva**.

El desarrollo de la técnica con "cabestrillo" uretrovesical fué desarrollada con buenos resultados por **Goebell** en 1906, utilizando músculos piramidales en una adolescente con mielomeningocele e hipospadias. El moderno cabestrillo uretrovesical no fue concebido para resolver el síndrome de baja resistencia uretral, sino para tratar a las mujeres en quienes habían fracasado los esfuerzos anteriores de corrección transvaginal de la incontinencia. **Aldridge** utilizó aponeurosis de la pared abdominal con una técnica combinada vaginal y transabdominal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los cabestrillos hechos después de fracasar la cirugía para la incontinencia en mujeres con una uretra que tenía resistencia fisiológicamente normal, tienen como función fundamental elevar la unión uretrovesical en la pelvis. Si el cabestrillo está muy ajustado, seguro aparecerán retención y la necesidad de sondeo duradero.

COLPORRAFIA ANTERIOR, PLEGAMIENTO DE KELLY.

En la actualidad, la colpografía anterior es llevada a cabo solamente con unas pocas modificaciones en relación a la descripción original de *Kelly* en 1911. Con la paciente en posición ginecológica y con un separador posterior in situ se introduce un cateter uretral 14 Fr en la vejiga, el balón es insuflado para marcar la unión uretrovesical. Se lleva a cabo una incisión vaginal anterior en la línea media por debajo de la uretra y la mucosa vaginal es separada de la uretra proximalmente hacia el cuello vesical y lateralmente con el fin de exponer los tejidos periuretrales; una vez hecho lo anterior, se colocan en el cuello vesical 2 ó 3 suturas acolchonadas con catgut crómico o ácido poliglicólico 2-0 ó 0 mordiendo los tejidos periuretrales a ambos lados del cuello vesical. La mucosa vaginal es reseca y la vagina es reaproximada con una sutura continua con catgut crómico del 0 ó 1-0. En las operaciones exitosas, esta imbricación de la fascia periuretral a nivel del cuello vesical, determina una elevación de 0.9 a 1.1. cms., de la unión uretrovesical por detrás de la sínfisis pubiana. Aunque esta operación puede ser llevada a cabo rápidamente y con un índice de morbilidad mínimo, la evaluación a largo plazo demuestra que sólo un 40 a 50% de las pacientes logran una curación permanente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En consecuencia, este procedimiento no es aplicable a todas las pacientes con IUE; es más adecuada en mujeres con una incontinencia por estrés mínima. (5)

SUSPENSION VESICOURETRAL SUPRAPUBICA. PROCEDIMIENTO DE MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ.

La suspensión vesicouretral suprapúbica es efectuada a través de una incisión suprapúbica con la paciente en posición ginecológica, se coloca un cateter uretral en la vejiga insuflando el balón con objeto de insinuar la unión uretrovesical; diseccionando en forma roma, se expone el cuello vesical; se colocan dos o tres suturas crómicas 2-0 interrumpidas en los tejidos parauretrales desde la uretra proximal hasta la unión uretrovesical y las suturas son fijadas luego al periostio subpúbico. Si se emplea material de sutura no absorbible solamente se requieren dos suturas, una a cada lado de la unión uretrovesical. Estas suturas elevan la uretra proximal y la unión uretrovesical hacia la sínfisis pubiana. En sus inicios este procedimiento se acompañó de índices de curación del 75 al 85 %, muy superiores a los registrados en esa época; más recientemente se han registrado índices hasta del 96 % (6, 10, 12)

SUSPENSION URETROVESICAL AL LIGAMENTO ILEOPECTINEO. PROCEDIMIENTO DE BURCH.

La operación de Burch eleva el ángulo uretrovesical mediante la fijación de la fascia vaginal cercana a la uretra al ligamento ileopectíneo (*ligamento de Cooper*).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con la paciente en posición ginecológica y una vez colocado un cateter uretral en la vejiga con el globo insuflado a nivel del cuello vesical; se emplea una incisión paramedia en la línea media inferior o bien, una incisión de **Pfannenstiel** para acceder al espacio retropúbico; se expone el espacio retropúbico y la parte superior y lateral del pubis, el cual se encuentra cubierto por el ligamento ileopectíneo; los dedos del cirujano o del ayudante en el interior de la vagina elevan la unión uretrovesical, la cual es identificada mediante la palpación del balón del cateter uretral. Se colocan entonces suturas con catgut crómico 2-0 (**Burch**, 1968) (7), de nylon o material sintético 2-0 no absorbible o de ácido poliglicólico número 1, a través de los tejidos paravaginales y la pared vaginal abarcando todas las capas excepto la mucosa vaginal. Usualmente se colocan una a tres suturas similares cerca de la unión uretrovesical con los extremos sueltos; se colocan suturas similares del lado opuesto de la uretra; las suturas son pasadas a través del ligamento ileopectíneo ipsilateral en el punto en el cual la posición de la pared vaginal anterior y el ligamento determinan el menor grado de tensión. Mientras los dedos elevan la pared vaginal hacia los ligamentos ileopectíneos con el fin de reducir la tensión, las suturas son anudadas. La uretropexia de **Burch** puede hacer más evidente un enteroceles, o incluso puede provocarlo. La vejiga es drenada posoperatoriamente por un cateter uretral o suprapúbico.

En 1968 **Burch** registró resultados satisfactorios en un 93 % de sus pacientes, más recientemente, el índice de curación global fue del 87 % al año y del 86 % a los dos años. (5, 7, 8, 12)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SUSPENSION URETROVESICAL Y VAGINOURETROPLASTIA COMBINADAS.PROCEDIMIENTO DE PEREYRA.

Desde que **Pereyra** describió inicialmente en 1959 su procedimiento quirúrgico simplificado para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer y publicó sus resultados en 1967, el procedimiento ha sido considerablemente modificado. La operación revisada eleva la región del cuello vesical mediante la colocación de suturas helicoidales en los tejidos parauretrales y su fijación a la fascia anterior de los músculos rectos abdominales. (9, 12)

La versión 1978 del procedimiento de **Pereyra (Pereyra y Lebherz, 1978)** es muy diferente de la versión original. Las suturas fueron modificadas de alambre a propileno, la aguja pasó de ser doble a simple y se adicionaron las suturas helicoidales y el examen cistoscópico. Este procedimiento es similar al descrito por **Raz (Raz, 1981)**, excepto que **Raz** ata a las suturas de suspensión derecha e izquierda conjuntamente a través de la aponeurosis del recto, la incisión vaginal es en forma de U e intenta llevar a cabo una disección más lateral de los tejidos parauretrales. (5)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SUSPENSION ENDOSCOPICA DEL CUELLO VESICAL. PROCEDIMIENTO DE STAMEY.

La suspensión endoscópica del cuello vesical fué descrita inicialmente en 1973 por **Stamey**; esta operación posee ciertas ventajas sobre las suspensiones uretrovesicales retropúbicas abiertas, tales como la de **Marshall- Marchetti-Krantz** o de **Burch**; la incisión es superficial, no es necesario disecar la vejiga ni el cuello vesical y los tejidos parauretrales que suspenden el cuello vesical son soportados vaginalmente con Dacrón entretejido.

Además esta representa la primera operación para tratar la incontinencia que utiliza el cistoscopio con el fin de colocar las suturas exactamente a nivel del cuello vesical. (5)

MATERIAL Y METODOS.

En el Servicio de Urología del Hospital regional "Lic. Adolfo López Mateos" del I.S.S.S.T.E., se desarrolló un estudio retrospectivo de pacientes femeninos con Incontinencia Urinaria Genuina de esfuerzo, operadas del 1º de enero de 1991 al 31 de diciembre de 1995; comparando los índices de éxitos entre las diferentes técnicas quirúrgicas aplicadas durante este tiempo para tratar la incontinencia urinaria.

Se analizaron aspectos generales y que se relacionan directa e indirectamente con la presentación del cuadro clínico, así como de su recurrencia.

Los criterios de inclusión para el presente estudio comprendieron a todas las pacientes del sexo femenino con incontinencia urinaria genuina de esfuerzo Grados I a III; mientras que se excluyeron a aquellas pacientes con patologías diferentes a la Incontinencia urinaria Genuina de esfuerzo; tales como padecimientos neuropáticos de la vejiga, incontinencia de urgencia, inestabilidad del detrusor, divertículos vesicales, etc. Se eliminaron del estudio pacientes fallecidas durante este periodo, así como aquellas con cambio de residencia.

Se recabó información del expediente clínico, a través de la historia clínica y de los diferentes estudios de laboratorio, gabinete y urodinamia (cuando se contó con estos últimos); analizando las condiciones generales de cada paciente al momento de la cirugía.

Entre los aspectos estudiados y su posible interacción con el cuadro de incontinencia urinaria fueron la **edad**, la **obesidad exógena**, y la **multiparidad**, como principales causas predisponentes del padecimiento; la asociación con **cistocele**, **uretrocele** o **rectocele**, así como el antecedente de **cirugías abdominales y/o pélvicas** previas que dificultan e interfieren con el resultado final de cirugías antiincontinencia urinaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS.

En un periodo comprendido de 3 años, se obtuvieron del Archivo clínico 39 casos de pacientes con Incontinencia Urinaria Genuina de Esfuerzo, operadas con diferentes técnicas quirúrgicas. El rango de edad fué de 30 a 78 años, con un promedio de 46.15 años.

En relación a los grados de Incontinencia Urinaria, se detectaron 38 pacientes con IUE Grado. II (97.43%), con Grado III 1 paciente (2,56%) y ninguna con Grado I. (cuadro 4)

Se pudo observar que la gran mayoría de las pacientes portadoras de incontinencia urinaria de esfuerzo presentaron obesidad exógena Grado I con 18 pacientes, (46.15%), con Grado II 14 pacientes (35.89%) y Grado III 1 paciente (2.56%), mientras que sólo 6 mujeres se encontraron dentro de su peso normal (15.38%). (gráfica 2)

Otro aspecto importante encontrado fué el índice de gestación y paridad de este grupo de pacientes, donde se apreció un rango de gestaciones de 1 embarazo en 2 pacientes (5,12%) a 13 embarazos en 1 paciente (2.56%), observando que la mayoría, 10 mujeres, tuvieron 3 embarazos (7,69%), el restante 84.63% se distribuye en forma variable entre las demás personas estudiadas; obteniendo además un índice de 179 gestaciones entre las 39 pacientes, con un promedio de 4.78% gestas por persona. Mientras que en relación a la paridad, el rango fué 1 parto en 3 mujeres (7.69%) a 12 partos en una mujer (30.76%), con un total de 122 partos entre las 39 mujeres estudiadas, con un promedio de 3.12% partos por mujer. (Gráfica 1).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la asociación con cistocele se observó que el cistocele Grado I se presentó en 14 pacientes (35.89%), el Grado II en 21 (53.84%) y el Grado III en 1 (2.56%) (Gráfica 3). El rectocele se observó en 4 pacientes (10.25%) y el uretrocele en 3 (7.69%).

Concerniente a la presencia de enfermedades concomitantes, sólo se pudo apreciar en 2 pacientes la relación con el cuadro de incontinencia urinaria, ya que esas mujeres presentaron miomatosis uterina de pequeños elementos, antecedente que fué resuelto con Histerectomía total abdominal y que a su vez precedió al cuadro de incontinencia urinaria de esfuerzo; en relación a las otras patologías presentadas no hubo relación directa con el padecimiento en estudio. (cuadro 5)

Con respecto al antecedente de cirugías abdominales y/o pélvicas efectuadas previamente en pacientes con incontinencia urinaria, se ha podido observar que en 9 pacientes con histerectomías abdominales, 7 tuvieron algún grado de dificultad técnica cuando se realizó un procedimiento antiincontinencia, de la misma manera en 5 pacientes con cesáreas 2 también mostraron contratiempos quirúrgicos. Hubo 3 pacientes con antecedentes de cistolitotomías quienes mostraron especial dificultad técnica durante el acto quirúrgico para la corrección de la incontinencia urinaria. (cuadro 6). Encontrando como principal causa de la dificultad técnica a la fibrosis intensa de los tejidos prevesicales y parauretrales.

Por otra parte, en relación a las cirugías antiincontinencia urinaria realizadas como procedimiento de primera elección, fué el procedimiento de **Pereyra y Raz** en 30 pacientes (76.92%); que más se practicó con este criterio. La vesicouretrorresuspensión de **Burch** en 6 (15.38%); el procedimiento de **Marshall-Marchetti-Krantz** en 2 (5.12%) y la colpoperineoplastia anterior y

plicación de **Kelly** en 1 (2.56%). Cabe señalar que el Procedimiento de **Pereyra y Raz** se realizó en dos ocasiones a 2 de las 39 pacientes. (cuadro 7).

En cuanto a la recurrencia, nueva cirugía antiincontinencia y estado actual del grupo estudiado, 16 pacientes (41.02%) requirieron otra cirugía con objeto de aliviar su sintomatología; a 10 mujeres (25.64%) a quienes se les había realizado el procedimiento de **Pereyra** como cirugía de primera elección, se les practicó el procedimiento de **Burch**, resultando sólo 1 paciente con persistencia del cuadro de incontinencia Grado II, y a quien se le había realizado ya con anterioridad el procedimiento de **Pereyra** en dos ocasiones. Las 9 restantes (23.07%) actualmente se encuentran continentes. El procedimiento de **Pereyra** fué practicado a 3 pacientes (7.69%) tanto de primera vez como cuando presentaron recurrencia, mostrándose a la fecha continentes. Cuando se desarrolló la plicatura de **Kelly** en 2 mujeres (5.12%), hubo necesidad de practicar una segunda intervención, en este caso el procedimiento de **Burch**, obteniéndose resultados favorables; y finalmente en 1 sola paciente (2.56%) a quien se le había operado con la técnica de **Burch**, requirió otra cirugía, con el procedimiento de **Pereyra**, su estado actual es satisfactorio. (cuadro 8)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION.

El presente trabajo de investigación ha mostrado resultados similares a los reportados en la literatura internacional; demostrando que la aparición del cuadro de incontinencia urinaria tiene una prevalencia importante en nuestro medio cuando los síntomas se convierten en una verdadera molestia con repercusiones sociales y económicas. La edad de presentación es variable en nuestro grupo de estudio, mostrando incremento de la patología en la 4a. década de la vida, etapa en la que por lo regular la mujer en nuestra sociedad ha presentado ya gran actividad gestacional y de multiparidad, aspecto que se relaciona también en forma directa con el cuadro de incontinencia urinaria de esfuerzo (1, 2, 3).

Es importante también considerar aspectos socioculturales que se interrelacionan con el padecimiento, tales como la tolerancia al cuadro en sí, ya que un número importante de mujeres ha permanecido con la incontinencia urinaria por varios años antes de acudir con el médico especialista en busca de la resolución del problema; del grupo estudiado el rango para el tiempo de evolución fué de 6 meses a 16 años con un promedio de 4.5 años.

En estas circunstancias, la obesidad exógena también juega un papel importante para la predisposición del cuadro (3, 4) y que obedece de la misma manera a la desinformación con respecto al correcto mantenimiento de la salud.

No cabe duda que los factores propuestos para su análisis en el presente estudio, todos guardan estrecha relación entre sí; ya se mencionaron antes aspectos socioeconómicos y culturales, así como de la propia personalidad del

individuo al soportar tanta incomodidad con un padecimiento como el que nos ocupa; debemos señalar también que la asociación con otras patologías como el cistocele, uretrocele o el rectocele, y si además la paciente es portadora de alguna enfermedad sistémica como la diabetes mellitus, generalmente pondrán en evidencia el cuadro de incontinencia a través de episodios de infecciones urinarias recurrentes. (1, 3)

Es evidente que el antecedente de cirugías abdominales y/o pélvicas contribuyan a dificultar los procedimientos quirúrgicos tendientes a corregir la incontinencia, toda vez que se han encontrado datos de fibrosis tisular en las regiones prevesical y parauretrales, repercutiendo en los resultados finales de dichos procedimientos y en la recurrencia del padecimiento. (11) Situación que contribuye a la necesidad de emplear nuevamente otro tipo de cirugía correctora, incrementando la morbilidad y los costos de atención intra y extrahospitalarios inherentes a su manejo.

Consideramos, por otro lado, que toda paciente que es candidata para la corrección quirúrgica de la incontinencia genuina de esfuerzo, deberá ser estudiada en forma integral, descartando patologías agregadas de las vías urinarias de cualquier otro origen y que enmascaren la verdadera incontinencia por esfuerzo. En cuanto al estado de salud de las mujeres que habrán de operarse, sería recomendable que ingresaran a quirófano con el menor grado de obesidad posible, prescribiéndoles una dieta reductiva previamente, mientras concluyen su protocolo de estudio preoperatorio.

El cirujano debe estar conciente de todas las variables que se presenten en cada caso en particular, así como el que se elija la mejor técnica quirúrgica para cada paciente, mismas que habrá de dominar hábilmente, procurando buenos resultados. (4, 5)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES.

1. La Incontinencia Urinaria Genuina de Esfuerzo se convierte en un problema clínico, cuando las repercusiones socioeconómicas son importantes.
2. Factores como la obesidad exógena y la multiparidad condicionan la predisposición para la presentación del cuadro de incontinencia urinaria.
3. La incidencia de la incontinencia urinaria se acentúa, cuando se agregan episodios de infecciones urinarias recurrentes, como consecuencia de patologías concomitantes.
4. Existen pacientes con antecedentes de cirugías abdominales y/o pélvicas que interfieren con los resultados finales de procedimientos antiincontinencia urinaria, al dificultar técnicamente dichas cirugías y en quienes se presenta un alto índice de recurrencia de la incontinencia.
5. El tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria sigue planteando diversidad de criterios en cuanto a la elección de una determinada técnica en particular, toda vez que lo anterior está sujeto a las características propias de cada paciente.
6. El procedimiento quirúrgico para la corrección de la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo más frecuentemente practicado es el de **Pereyra y Raz**, en segundo lugar de preferencia es la uretrovesicosuspensión de **Burch**, con ligera ventaja de buenos resultados para esta última técnica.
7. Menos de la mitad de las pacientes estudiadas (41.02%), requirió de una nueva intervención para corregir la incontinencia urinaria recurrente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA
INCONTINENCIA GENUINA POR ESFUERZO**

Mayor presión abdominal.	Tumores abdominopélvicos. Obesidad. Neuropatía crónica.
Distensión vesical excesiva.	Neuropática (incontinencia por rebosamiento). Síndrome de micción infrecuente.
Insuficiencia uretral.	Disminución del mecanismo esfinteriano intrínseco. Hipoestrogenismo. Fibrosis periuretral. Desnervación. Bloqueo alfa-adrenérgico. Estimulación beta-adrenérgica.
Traumatismo.	Disminución o ausencia de la capacidad de transmisión de la presión. Disminución o ausencia de la contracción refleja del músculo estriado.

Genuine stress incontinence. In Sciarra JJ (ed): Gynecology and Obstetrics. Philadelphia, JB Lippincott, 1984 (chapter 85).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO Nº 2.

**ENTIDADES QUE PUEDEN CAUSAR EL SINTOMA DE
INCONTINENCIA POR ESFUERZO**

Inestabilidad del detrusor.
Gran divertículo uretral.
Ureter ectópico
Inestabilidad uretral
Fístula genitourinaria pequeña

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO Nº 3.**OPERACIONES PARA LA COORRECCION DE LA
INCONTINENCIA URINARIA GENUINA DE ESFUERZO**

Procedimiento transvaginales.	Colporrafia anterior (Plegamiento de Kelly)
Procedimientos retropúbicos.	Suspensión vesicouretral suprapúbica (Marshall-Marchetti-Krantz) Suspensión uretrovesical en el ligamento ileopectíneo (Operación de Burch)
Enfoques combinados con incisión transvaginal y retropúbica.	Procedimientos con cabestrillos Suspensión uretrovesical y vaginourethroplastía combinadas (Procedimientos de Pereyra y Raz) Suspensión endoscópica del cuello vesical (Procedimiento de Stamey)
Otros procedimientos.	Inyección periuretral de Teflón, colágena (11) Esfínter artificial

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO N° 4.

GRADOS DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

	Nº . DE PACIENTES.
GRADO I	0
GRADO II	38
GRADO III	1

FUENTE: SERVICIO DE UROLOGIA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO Nº 5**INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y ENFERMEDADES
CONCOMITANTES**

ENFERMEDADES	Nº DE PACIENTES
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	5
DIABETES MELLITUS NO INSULINO DEPENDIENTE	2
MIOMATOSIS UTERINA DE PEQUEÑOS ELEMENTOS	2
LUMBALGIA CRONICA	1
HIPERTIROIDISMO	1
RINITIS MIXTA	1

FUENTE: SERVICIO DE UROLOGIA.**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO Nº 6**PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y
CIRUGIAS ABDOMINALES PREVIAS.**

CIRUGIAS	Nº DE PACIENTES
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	9
COLECISTECTOMIA	7
PLASTIA UMBILICAL, DE PARED O INGUINAL	7
CESAREA	6
SALPINGOCLASIA BILATERAL	6
APENDICECTOMIA	5
CISTOLITOTOMIA	3

FUENTE: SERVICIO DE UROLOGIA.

TESIS CON
FALLA DE CIRCUN

CUADRO Nº 7**CIRUGIAS ANTIINCONTINENCIA URINARIA REALIZADAS
COMO PROCEDIMIENTO DE 1a. ELECCION.**

TECNICA QUIRURGICA	Nº DE PACIENTES
* PROCEDIMIENTO DE PEREYRA Y RAZ	30
VESICOURETROSUSPENSION DE BURCH	6
PROCEDIMIENTO DE: MARSHALL - MARCHETTI - KRANTZ	2
COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR Y KELLY	1

* Se realizó en 2 ocasiones a dos pacientes

FUENTE: SERVICIO DE UROLOGIA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO Nº. 8**RECURRENCIA Y ESTADO ACTUAL DE PACIENTES CON I.U.E.
OPERADAS PREVIAMENTE**

1a. CIRUGIA	2a. CIRUGIA	Nº. PACIENTES	ESTADO ACTUAL
<i>PEREYRA</i>	<i>BURCH</i>	10	1 PAC. CON I.U.E. GDO. II * 9 CONTINENTES
<i>PEREYRA</i>	<i>PEREYRA</i>	3	CONTINENTES
<i>KELLY</i>	<i>BURCH</i>	2	CONTINENTES
<i>BURCH</i>	<i>PEREYRA</i>	1	CONTINENTE

* Paciente a quien se le realizó en dos ocasiones Cirugía de Pereyra, presentando nuevamente recurrencia a pesar de un tercer procedimiento (BURCH)

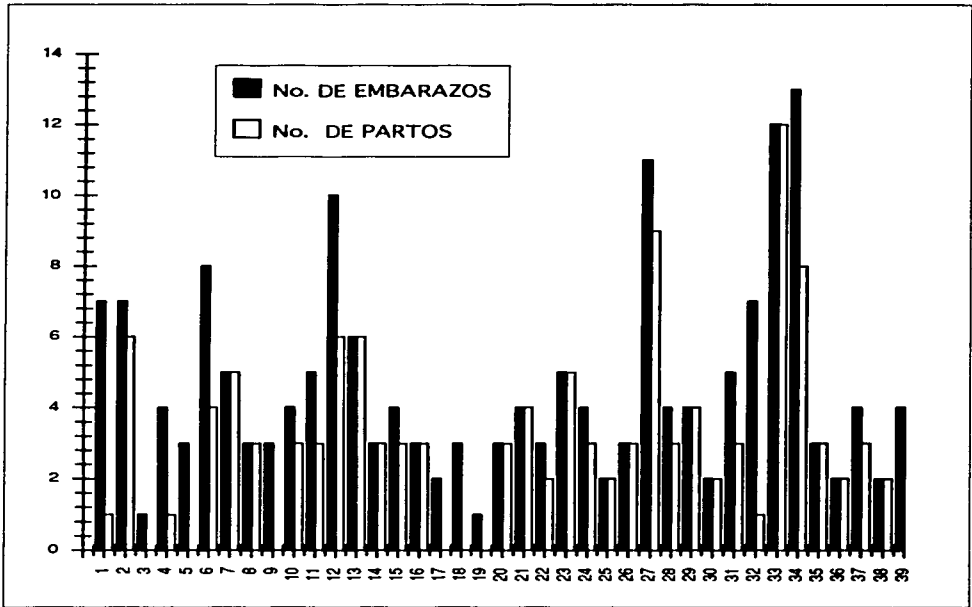
FUENTE: SERVICIO DE UROLOGIA.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICA No. 1

FRECUENCIA GESTACIONAL Y DE PARIDAD EN LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

No. DE
EMBARAZOS
Y PARTOS



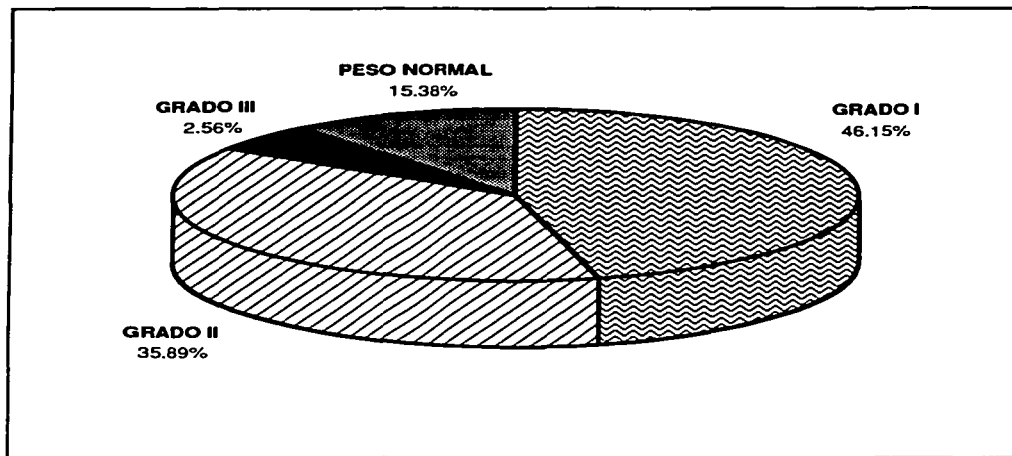
No. DE PACIENTES

FUENTE : SERVICIO DE UROLOGIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA No. 2

OBESIDAD EXOGENA EN LA MUJER CON I.U.E.

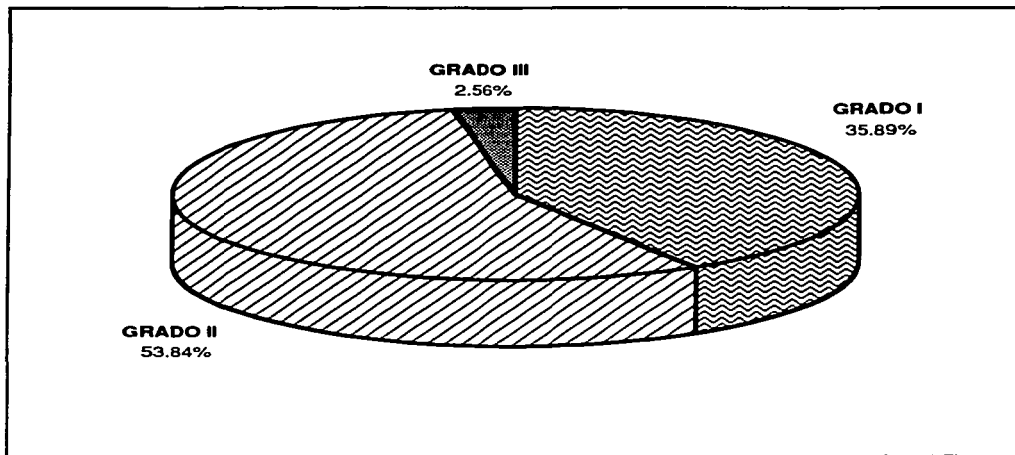


FUENTE : SERVICIO DE UROLOGIA.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICA No. 3

**PRESENCIA DE CISTOCELE EN PACIENTES
CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO**



FUENTE : SERVICIO DE UROLOGIA.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ESTADÍSTICA DE LA
UNIVERSIDAD DE LA PAZ

BIBLIOGRAFIA.

1. JOURNAL OF UROLOGY
PREVALENCE OF URINARY INCONTINENCE AND OTHER UROLOGIC
SYMPTOMS IN THE NONINSTITUTIONALIZED PATIENT.
VOL. 136: 1022, 1986
2. BRITANIC MEDICAL JOURNAL
PREVALENCE OF URINARY INCONTINENCE
VOL. 281: 1243, 1986
3. OBSTETRIC AND GYNECOLOGY MORPHOLOGIC AND FUNCTIONAL
ASPECTS OF PELVIC FLOOR MUSCLES IN PATIENTS WITH PELVIC
RELAXATION AND GENUINE STRESS INCONTINENCE.
VOL. 74: 789, 1989
4. OBSTETRIC AND GYNECOLOGY
CLINICS OF NORTH AMERICA
UROGYNECOLOGY
VOL. 4, 1989
5. CAMPBELL'S UROLOGY
INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER
PP. 2904, 2939
ED. PANAMERICANA, 1988
MEXICO, D.F.
6. CAMPBELL'S UROLOGY
SUSPENSION VESICouretral SUPRAPUBICA
(OPERACION DE MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ)
EN LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.
PP. 2940, 2946
ED. PANAMERICANA, 1988
MEXICO, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGY
COOPER'S LIGAMENT URETHROVESICAL SUSPENSION FOR STRESS-
INCONTINENCE.
VOL 100, Nº 6. 1988
8. AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGY
URETHROVAGINAL FIXATION TO COOPER'S LIGAMENT FOR CORRECTION
OF STRESS INCONTINENCE, CISTOCELE AND PROLAPSE.
FEB. 1961
9. INTERNATIONAL UROGYNECOLOGY JOURNAL
HISTORICAL VIGNETTE OF ARMAND PEREYRA, MD.
AND MODIFIED PEREYRA PROCEDURE THE NEEDLE SUSPENSION- FOR
STRESS INCONTINENCE IN THE FEMALE.
VOL. 1, PP. 25-30. 1990
10. TOMA DE DECISIONES EN UROLOGIA
RESNIK, MARTIN I.
INCONTINENCIA URINARIA POR ESTRES
PP. 156-157
ED. LABORATORIOS ALMIRALL, S.A.
BARCELONA, ESPAÑA. 1990
11. UROLOGIC CLINICS OF NORTH AMERCA
COLLAGEN INJECTION THERAPY FOR URINARY INCONTINENCE
VOL. 21, Nº. 1, FEB. 1994
12. ATLAS DE CIRUGIA UROLOGICA
HINMAN, FRANK
PP. 435-448
ED. INTERAMERICANA, 1993
MEXICO, D.F.
13. SERENDIPIA
PEREZ TAMAYO, RUY
ENSAYOS SOBRE CIENCIA, MEDICINA Y OTROS SUEÑOS.
PP. 211-226
ED. SIGLO VEINTIUNO, 1976
MEXICO, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN