



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

**Instituto Nacional de Perinatología
“Isidro Espinosa de los Reyes”. INPerIER
Subdirección de Urología Ginecológica**

**Evaluación de la calidad de vida
en mujeres antes y después de
cirugía antiincontinencia**

T e s i s

Para obtener el Título de:

ESPECIALISTA EN UROLOGÍA GINECOLÓGICA

PRESENTA

DR. LUIS ENRIQUE GORDILLO CÓRDOVA

MED. CIR. SALVADOR GAVIÑO AMBRIZ

DIRECTOR DE ENSEÑANZA

**DRA. ESTHER SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE UROLOGÍA GINECOLÓGICA**

**DRA. VIRIDIANA GORBEA CHAVEZ
TUTOR DE TESIS**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

PORTADA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

HIPÓTESIS

OBJETIVOS

DISEÑO EXPERIMENTAL

MATERIAL Y MÉTODOS

RESULTADOS

DISCUSIÓN

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar si existe diferencia entre la percepción de la calidad de vida antes y después de la cirugía antiincontinencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Es un estudio analítico, observacional y retrospectivo. Se evaluó la calidad de vida con el King's Health Questionnaire (KHQ) en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo o mixta y que se trataron con cirugía antiincontinencia (Sparc, TVT-O o Colposuspensión de Burch). Se realizó estadística descriptiva obteniéndose medianas y rango para variables cuantitativas, porcentajes para cualitativas; análisis bivariado con estadística no paramétrica para muestras dependientes, prueba de Wilcoxon comparando resultados del KHQ pre y postcirugía; prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes de tres o más grupos para tipo y severidad de IU, y tipo de cirugía anti-incontinencia vs KHQ.

RESULTADOS: Se observó mejoría estadísticamente significativa para todos los dominios del KHQ a los tres meses después de cirugía antiincontinencia. No se encontró diferencia estadísticamente significativa según tipo y severidad de la incontinencia. Se encontró diferencia clínica en la IUE con puntajes más elevados de la salud general, impacto de la incontinencia, percepción de severidad y limitación del rol; en la IUM dieron puntajes más altos a la limitación física, social y personal, y a la afección de emociones y sueño; según la severidad con aumento del puntaje cuando aumentó la severidad de la IU, excepto para la salud general, limitación de relaciones personales y afección de emociones.

CONCLUSIONES: El KHQ es una herramienta útil para evaluar la percepción de la calidad de vida antes y después de la cirugía antiincontinencia.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU), definida como la queja de cualquier pérdida involuntaria de orina,⁴ es un problema médico que puede afectar hasta un 50% de las mujeres; al mismo tiempo se asocia con detrimento de la función y la calidad de vida. Esto plantea un desafío mayor para los sistemas de salud. Además, su prevalencia se incrementa a medida que aumenta la edad, por lo que es inevitable que esta alteración se vuelva cada vez más frecuente, convirtiéndose en un problema de elevado costo social y creciente en las regiones donde también aumenta la esperanza de vida.⁵ Así, un estudio realizado en los Estados Unidos en el 2006 reportó que, el costo anual de la incontinencia es mayor que el que se realiza para el cuidado del cáncer cervicouterino, de mama y ovario juntos.⁶

Las variaciones que se observan en la prevalencia de la IU están afectadas por las diferencias en la población estudiada, las definiciones utilizadas, los métodos diagnósticos empleados, así como la metodología para realizar la investigación. Por ejemplo, el estudio EPIC, el más grande que se ha realizado sobre síntomas urinarios del tracto inferior y que incluyó la participación de cinco países, reporta una prevalencia para la IU en mujeres de 13.1%, el 48.9% correspondía a IUE.⁷ Hunskaar et al. encontraron una prevalencia general de 35% en una investigación realizada en cuatro países, siendo de 23% en España, 44% en Francia, 41% en Alemania y 42% en el Reino Unido.⁸

Por otro lado, según Melville y cols., la prevalencia de la IU en los Estados Unidos en un estudio que incluyó 6000 mujeres fue de 45%, observando que existe un aumento de la prevalencia al aumentar la edad, siendo de 28% para las mujeres de 30 a 39 años y de 55% para mujeres de 80 a 90 años.⁹

Por su parte, Martínez Espinoza y cols., en un estudio realizado en México, en mujeres mayores de 15 años reportan una prevalencia general para IU de 27.8%, de las cuales 58% tuvieron IUE, 27% IUM y 15% IUU. La prevalencia según los grupos de edad fue de 26% entre 35 y 45 años, y de 66.7% de 66 a 75 años, datos que concuerdan con los de otros países.¹⁰

ANTECEDENTES

CLASIFICACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA

La IU se divide en incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), incontinencia urinaria de urgencia (IUU) e incontinencia urinaria mixta (IUM). La IUE es la pérdida involuntaria de orina con cualquier esfuerzo que implique el aumento de la presión intra abdominal como al toser, reír o estornudar. Ésta puede subdividirse según su mecanismo en IU por deficiencia intrínseca del esfínter y en IU por defecto del soporte uretral o hipermovilidad uretral. La pérdida de orina que se acompaña o es precedida por el deseo súbito de orinar y que no se puede diferir se conoce como IUU. Por otro lado, cuando existen síntomas tanto de IUU como de IUE se habla de incontinencia urinaria mixta.⁵

DIAGNÓSTICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Según los lineamientos de la Sociedad Internacional de Continencia (ICS por sus siglas en inglés), el diagnóstico de la IU debe realizarse por medio de una primera evaluación que incluya el registro de la historia, síntomas, exploración física, análisis de orina, estado estrogénico, evaluación de la calidad de vida; seguida de tratamiento inicial.¹¹

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA IUE

Se refiere a las terapias que no incluyen cirugía. Entre las que se encuentran intervenciones al estilo de vida y hábitos, terapia física, terapias complementarias e intervenciones no terapéuticas.¹²

Ejercicios del piso pélvico

El uso de éstos en el tratamiento de la IUE se basa en la teoría de que, el ejercicio mejorará el cierre uretral y el soporte de los órganos pélvicos. Esto se lograría por medio de la compresión de la uretra contra la sínfisis del pubis o evitando el descenso uretral por los aumentos súbitos de presión intra abdominal, así como por la hipertrofia muscular que mejoraría el soporte de los órganos pélvicos.^{13,14}

Bioretroalimentación

Es una técnica de aprendizaje que se usa de forma conjunta a ejercicios del piso pélvico para asegurar la contracción correcta de los músculos que lo forman. Con reportes de reducción de la IUE de 61% a 91% como promedio.^{12, 13, 14}

Conos vaginales

Ayudan al aprendizaje de la correcta contracción de los músculos del piso pélvico, aumentandoles resistencia por medio de diferentes pesos para incrementar la fuerza de entrenamiento.^{14, 15}

Electroestimulación

La estimulación eléctrica actúa directamente causando cotracción de los músculos del piso pélvico e indirectamente por medio de estimulación del nervio pudiendo.^{12, 13, 14}

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA IUE

Procedimientos retropúbicos

Los tres procedimientos retropúbicos mas utilizados son: el procedimiento de Marshall-Marchetti-Kantz, la colposuspensión de Burch y la reparación de defecto paravaginal. El objetivo común consiste en suspender y estabilizar la vagina anterior, y por lo tanto el cuello vesical y uretra proximal, en una posición retropúbica.^{16, 17}

Cabestrillos

La idea del soporte uretral por medio de cabestrillos existe desde el 1800, pero fue hasta 1942 que Aldridge desarrolló el procedimiento de cabestrillo con fascia de los rectos abdominales. Este tipo de procedimiento se considera el precursor de las cintas libres de tensión.¹⁸

Agentes abultantes

Los agentes abultantes (colágena, esferas cubiertas de carbono, grasa) se colocan de forma anterógrada o retrógrada dentro del tejido periuretral en el cuello vesical y uretra proximal, donde ejercerán su acción.¹⁶

Cintas libres de tensión

Técnica basada en la teoría presentada por Petros y Ulmsten en 1995 sobre la fisiopatología de la IUE que, propone como una de sus principales causas el daño a los ligamentos pubouretrales. De esta forma, se coloca una cinta delgada de polipropileno en la uretra media para compensar la ineficiencia de los ligamentos. La técnica con mayor información en la literatura es el TVT, con tasas de éxito reportadas entre 80% y 91%.^{16,17,18,19}

Sin embargo, no ha sido un procedimiento exento de riesgos, dando lugar a la aparición de otras técnicas con la finalidad de disminuir las complicaciones y conservar la tasa de éxito. Delorme propone en 2001 el abordaje transobturador por medio de una cinta de suspensión suburetral (fuera-adentro) y en 2003 De Leval realiza la modificación dentro-fuera a la vía transobturador.^{20,21}

CALIDAD DE VIDA

La severidad y mejoría de la IU después del tratamiento se ha medido tradicionalmente en términos de mejoría de parámetros urodinámicos, diario miccional y cuantificación de síntomas. Aunque estos puntos son esenciales para realizar el diagnóstico, no valoran cómo se sienten las pacientes en relación a su problema, cómo éste afecta su vida o cómo mejora su vida después del tratamiento. Lo anterior ha dado lugar a la necesidad de valorar los resultados no solo desde el punto de vista del experto sino desde la percepción de la paciente y de la forma en que las alteraciones del tracto urinario inferior y su tratamiento influyen en su vida.

El término de calidad de vida relacionada con la salud se refiere a todas las características valoradas por los pacientes incluyendo la comodidad o sentido de bienestar; la medida en que son capaces de mantener de forma razonable las funciones físicas, emocionales e intelectuales; el grado en que conservan su capacidad de participar en actividades valiosas en su familia, su trabajo y la comunidad.²²

Así, la calidad de vida es un concepto abstracto y muy subjetivo influenciado por valores culturales y personales, creencias, objetivos, conceptos personales, edad y expectativas.²³

En relación a los factores que contribuyen a la calidad de vida en mujeres con IUE, un estudio realizado por el UITN (Urinary Incontinence Treatment Network) encontró que las mujeres que son más jóvenes, de menor estatus socioeconómico, fumadoras, de origen hispánico y las que han sido sometidas previamente a algún tratamiento o cirugía para IUE reportan menor calidad de vida.²⁴

La evaluación de la calidad de vida tomó fuerza en la década de los 70 y 80 como un componente importante de la investigación clínica y el cuidado de los pacientes; y desde entonces se han creado múltiples cuestionarios para su estudio.²⁵ Existen dos tipos principales de cuestionarios de calidad de vida. Los genéricos y los específicos por enfermedad. Los primeros están diseñados para evaluar un amplio espectro de poblaciones, pero tienen el inconveniente de ser relativamente insensibles para medir los efectos de los síntomas urinarios; mientras que los últimos, aunque también evalúan aspectos multidimensionales, están diseñados para ser aplicados y de forma más sensible sobre aspectos de la calidad de vida que afectan condiciones específicas.²³

Por su parte, otras publicaciones sugieren que, como parte de la evaluación inicial de la IU, se utilicen instrumentos confiables y específicos por enfermedad para medir el impacto que ésta tiene sobre la calidad de vida con la finalidad de superar los problemas de pobre sensibilidad que se asocia a los instrumentos genéricos.^{23, 26, 27}

COMPONENTES DE LOS CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA

Feinstein y Gill describen el conjunto de elementos básicos de los cuestionarios como ítems, escalas, dominios e instrumentos que sirven para medir la calidad de vida.²⁵

Los ítems son cada una de las partes o preguntas individuales que componen el cuestionario. Una escala contiene las categorías disponibles o los mecanismos diferentes para expresar la respuesta a una pregunta. Las categorías pueden expresarse en el rango de terrible en un extremo a excelente en el otro y también se pueden usar escalas visuales. Se habla de escalas globales cuando no se ofrecen criterios específicos para definir cada categoría o instrucciones de lo que cada una significa.²⁵

Un dominio identifica un foco de atención particular como la capacidad funcional o percepción general de la salud. Puede incluir la respuesta a una sola pregunta o a varios ítems relacionados. Un instrumento o índice es la colección de preguntas que se utilizan para obtener los datos que se desean.²⁵

Los resultados pueden ser presentados de dos maneras. En forma de perfil, cuando los componentes son preservados y citados individualmente, de forma simultánea; o de puntuación única cuando las partes son sumadas o fusionadas para crear un valor único.²⁵

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Son las características que deben tener los cuestionarios y que les dan precisión y confiabilidad. Entre estos atributos se encuentran la validez, confiabilidad y respuesta.²²

Validez

Se refiere a si se mide lo que se intenta medir, tiene tres grandes áreas. Validez de contenido, validez de construcción y validez de criterio.

La validez de contenido evalúa si el cuestionario tiene sentido para aquellos en quienes se aplica y para los expertos en el área clínica, y también si se incluyen todos los dominios importantes. Validez de construcción, se refiere a la relación entre el cuestionario y las teorías subyacentes, es decir, examina si el cuestionario es capaz de distinguir entre diferentes grupos de pacientes. Validez de criterio, describe qué tan bien se correlaciona el cuestionario con el “estándar de oro” ya existente, ya sea una medición clínica u otra que esté validada.²²

Respuesta

Es importante que los cuestionarios para evaluar los resultados demuestren que pueden responder a los cambios de forma apropiada.²²

Confiabilidad

Esta propiedad se refiere a la capacidad del cuestionario de medir de forma reproducible. Esta incluye, consistencia interna o la medida en que las preguntas dentro del cuestionario se relacionan a las otras; reproducibilidad o variabilidad intra e interobservadores. La estabilidad se refiere a si el cuestionario mide el mismo tipo de cosas en la misma persona en un periodo de tiempo.²²

SOCIEDAD INTERNACIONAL DE CONTINENCIA Y CALIDAD DE VIDA

La sociedad internacional de continencia en su segunda consulta propuso la inclusión de datos relacionados con la calidad de vida, a fin de homogeneizar la medición de los resultados en el cuidado de la continencia. En su tercera consulta apoya el uso de cuestionarios específicos por enfermedad para la evaluación de la calidad de vida.^{22,23} Así, elaboró tres grados de recomendación.

Grado A o “altamente recomendado”. Si el comité encontró datos publicados que indicaran que el cuestionario estaba validado, era confiable y sensible al cambio según las evaluaciones psicométricas establecidas. La evidencia debe estar publicada en los tres aspectos y los cuestionarios deben ser relevantes para su aplicación en personas con incontinencia urinaria.²²

Grado B o “recomendados”. Si el comité encontró datos publicados que indicaran que el cuestionario estaba validado y era confiable según las evaluaciones psicométricas establecidas. La evidencia debe estar publicada sobre dos de los tres principales aspectos.²²

Grado C o con “potencial. Si el comité encontró datos publicados (incluyendo resúmenes) que indicaran que el cuestionario estaba validado o era confiable o era sensible al cambio. Según las evaluaciones psicométricas establecidas.²²

CUESTIONARIO KING’S HEALTH (KHQ)

El KHQ es un cuestionario que fue validado por medio de un largo proceso donde se evaluaron las propiedades psicométricas. Las preguntas se obtuvieron de cuestionarios genéricos y específicos previamente publicados, un cuestionario detallado de síntomas urinarios, diálogos entre clínicos y con las pacientes. El nuevo cuestionario debería incluir no solo preguntas relacionadas con la calidad de vida, sino también estrategias para hacer frente a la incontinencia y medidas subjetivas de la severidad de los síntomas urinarios.²³

Después de haber estudiado seis diferentes versiones piloto del cuestionario, que se analizaron en relación a la ambigüedad, redundancia de las preguntas y fácil comprensión, se obtuvo una versión final de 21 ítems presentados en nueve diferentes dominios. Además, se han realizado validaciones multinacionales con traducciones a diferentes idiomas incluyendo el español y cuenta con grado A de recomendación o “altamente recomendado” por la Sociedad Internacional de Continencia.^{22,23, 28, 3}

En el trabajo realizado por Kelleher y cols., las mujeres con urgencia reportaron peor salud general, sin ser estadísticamente significativo. El puntaje fue mayor para las pacientes que tuvieron detrusor hiperactivo que en aquellas con incontinencia urinaria de esfuerzo. Las mujeres con detrusor hiperactivo reportaron puntajes más altos en todos los dominios, excepto en limitación física, que las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo. Las mujeres con urgencia obtuvieron puntajes más elevados que los otros diagnósticos en el dominio de limitación personal. La percepción de severidad fue mayor en las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo que en las mujeres con detrusor hiperactivo.²³

Otro estudio, no observó diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de IU, excepto en la dimensión de sueño/energía donde las pacientes con IUU perciben más problemas que las que presentan IUE, y los síntomas de IU donde las pacientes con IUU e IUM perciben más problemas que las que tienen IUE.²⁶ Además, la puntuación fue peor con el aumento de la frecuencia urinaria y de los episodios de incontinencia y el uso de compresas o pañales.^{28, 3}

Por su parte, Martínez y cols., reportaron en su estudio que la escala con menor puntuación fue la de relaciones personales con una puntuación media de 26,8, mientras que la escala con peor puntuación fue la del Impacto de la incontinencia urinaria, con una puntuación media de 82,96. Las puntuaciones más bajas (mejor calidad de vida) se obtuvieron en los grupos de edad más jóvenes. Las puntuaciones en las escalas de Salud general, Limitación en las actividades de la vida diaria, Limitaciones de la actividad física, Limitaciones de la actividad social y en la de Emociones, fueron significativamente superiores en pacientes que habían sido sometidas previamente a histerectomía. Por el contrario, en este estudio ni la existencia de urgencia miccional ni la presencia de incontinencia urinaria de urgencia asociada a la incontinencia urinaria de esfuerzo se asociaron con las puntuaciones del cuestionario KHQ.³

La mayoría de los estudios para evaluar la calidad de vida después del tratamiento antiincontinencia utilizan como herramienta el Cuestionario de Impacto de la Incontinencia, que es uno de los cuestionarios sugeridos por la Sociedad Internacional de Continencia, pero no está validado en español. Este trabajo utiliza como herramienta el King's Health Questionnaire también sugerido por la ICS que, como se comentó previamente, está validado en español.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incontinencia urinaria es un problema médico que puede afectar hasta el 50% de las mujeres; al mismo tiempo se asocia con detrimento de la función y la calidad de vida, su prevalencia se incrementa con la edad, convirtiéndose en un problema de elevado costo social y creciente en las regiones donde también aumenta la esperanza de vida.

En un estudio realizado en los Estados Unidos por Melville y cols. que incluyó 6000 mujeres con edades entre 30 y 90 años, la prevalencia de Incontinencia Urinaria fue de 45%, observando que existe un aumento de la prevalencia a medida que aumenta la edad de 28% para mujeres entre 30 y 39 años, mientras que para las mujeres de 80 a 90 años fue de 55%.

La Sociedad Internacional de Continencia en su segunda consulta propuso la inclusión de datos relacionados con la calidad de vida, a fin de homogeneizar la medición de los resultados en el cuidado de la continencia. En su tercera consulta apoya el uso de cuestionarios específicos por enfermedad para la evaluación de la calidad de vida.

En este sentido, Kelleher y cols. proponen y validan el cuestionario King's Health (KHQ) para la evaluación de la calidad de vida en la incontinencia urinaria. En este trabajo las mujeres con detrusor hiperactivo reportaron, de manera general, peor calidad de vida que las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo. Sin embargo, la percepción de severidad fue mayor en las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo que en las mujeres con detrusor hiperactivo.

Por otro lado, Badia y cols. validaron la versión en español del KHQ. En su estudio no observaron diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de IU, excepto en la dominio de sueño-energía y el dominio de síntomas de IU. La puntuación fue mayor en aquellas mujeres que presentaban aumento de la frecuencia urinaria y de los episodios de incontinencia, así como del uso de compresas o pañales.

Por su parte, Martínez y cols., reportaron en su estudio que la escala con menor puntuación del KHQ fue la de relaciones personales con una puntuación media de 26,8, mientras que la escala con peor puntuación fue la del Impacto de la incontinencia urinaria, con una puntuación media de 82,96. Las puntuaciones más bajas (mejor calidad de vida) se obtuvieron en los grupos de edad más jóvenes.

JUSTIFICACION

La complejidad y multicausalidad de la incontinencia urinaria también multiplica los enfoques desde donde se puede abordar. La severidad y resultados después de su tratamiento se han medido tradicionalmente en términos de mejoría de parámetros urodinámicos, diario miccional y cuantificación de síntomas. Aunque útiles para realizar el diagnóstico, no valoran la percepción de las pacientes sobre su problema, cómo éste afecta su vida o cómo la mejora después de una intervención. Lo anterior ha dado lugar a la necesidad de valorar los resultados no solo desde el punto de vista del experto, sino también desde el de la paciente.

El KHQ ha sido validado y traducido en diferentes idiomas, entre ellos el español. Además, es un cuestionario específico para evaluar la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria y con un grado A de recomendación por la Sociedad Internacional de Continencia. Sin embargo, no se encontraron estudios que comparen la percepción de la calidad de vida antes y después del tratamiento quirúrgico, con el cuestionario KHQ, en mujeres que hayan sido tratadas con cintas libres de tensión o colposuspensión tipo Burch.

Por lo anterior, éste estudio cobra importancia ante la ausencia de uno que registre la experiencia de la coordinación de Urología Ginecológica del INPerIER en relación a la calidad de vida de las pacientes tratadas con cirugía anti incontinencia.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar si existen diferencias entre la percepción de la calidad de vida antes y después de la cirugía antiincontinencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la calidad de vida en mujeres previa a cirugía antiincontinencia.
- Evaluar la calidad de vida en mujeres posterior a cirugía antiincontinencia a los 3 y 6 meses.
- Evaluar cómo se percibe la calidad de vida según los tipos de incontinencia urinaria.
- Evaluar cómo se percibe la calidad de vida según la severidad de la incontinencia urinaria.
- Valorar si existen diferencias entre las diversas cirugías antiincontinencia y la percepción de la calidad de vida.

DISEÑO Y DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Tipo de Investigación: Descriptivo, Observacional.

Tipo de Diseño: Cohorte Simple Retrospectiva.

Características del Estudio: Retrospectivo.

UNIVERSO, UNIDADES DE OBSERVACIÓN, MÉTODOS DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

- Lugar y Duración: Instituto Nacional de Perinatología.
- Universo: Todas las pacientes atendidas en la Clínica de Urología Ginecológica.
- Unidades de Observación: todas las pacientes con diagnóstico de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo o Mixta a las que se les realizó Cirugía antiincontinencia en el período marzo 2009 - mayo 2009 en el Instituto Nacional de Perinatología.
- Tamaño de muestra: no se necesita por tratarse de un estudio piloto.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres a las que se les realizó cirugía antiincontinencia y contestaron el cuestionario de calidad de vida pre y postquirúrgico a los 3 meses, 6 meses.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Pacientes con expedientes incompletos.

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

EDAD

Definición conceptual:

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Definición operacional:

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el día en que responda el cuestionario se medirá en años sin tener en cuenta los meses.

Tipo: cuantitativa continua

Medición: razón

IMC

Definición conceptual:

Es un número para determinar la relación entre la estatura y el peso de un individuo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en adultos un intervalo de 18,5 a 24.9 se considera como saludable. Un IMC por debajo de 18,5 indica malnutrición o algún problema de salud, mientras que un IMC de 25 a 29.9 indica sobrepeso A partir de 30 a 39.9 hay obesidad leve, y a partir de 40 hay obesidad mórbida

Definición operacional:

Resulta de la división de la masa en kilogramos entre el cuadrado de la estatura expresada en metros cuadrados por kilogramo de peso.

Tipo: cuantitativa continua

Medición: razón

ESCOLARIDAD

Definición conceptual:

Número de ciclos escolares un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Definición operacional:

Se clasificará como ninguna, primaria, Secundaria, Bachillerato y Profesional.

Tipo: cualitativa ordinal

Medición: ordinal

ESTADO CIVIL

Definición conceptual:

Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Definición operacional:

Las que se utilizarán son casada, soltera, divorciada, Unión libre, Viuda.

Tipo: cualitativa nominal

Medición: nominal

OCUPACIÓN

Definición conceptual:

Es la tarea o función que alguien desempeña en su puesto de trabajo y que puede estar relacionada o no con su profesión, y por la cual recibe un ingreso en dinero o especie.

Definición operacional:

Se clasificará como hogar, empleada o comerciante.

Tipo: cualitativa nominal

Medición: nominal

INCONTINENCIA URINARIA

Definición conceptual:

Alteración del tracto urinario inferior que se caracteriza por la pérdida involuntaria de orina.

Definición operacional:

Se incluyeron dos tipos de incontinencia urinaria. Incontinencia urinaria de esfuerzo cuando la pérdida de orina se presentó con la tos, esfuerzo o actividad física. Incontinencia urinaria mixta cuando la pérdida de orina se presentó con esfuerzo y además con la sensación imperiosa de orinar y que no se puede diferir.

Tipo: cualitativa nominal

Medición: nominal

GRADO DE INCONTINENCIA

Definición conceptual:

Nivel de severidad que se le da a la incontinencia en base a la frecuencia con que se pierde y a la cantidad con que se pierde orina.

Definición operacional:

Se valoró con por medio del índice de Sandvik.¹ La frecuencia se califica con valores de 1-4. 1 cuando se pierde orina menos de una vez al mes, 2 si sucede algunas veces al mes, 3 si es algunas veces por semana y 4 si es todos los días. La cantidad se califica con valores de 1-3. 1 cuando se pierde orina en gotas, 2 cuando se pierde en chorro pequeño y 3 cuando es en chorro grande. Se multiplica el valor dado a la frecuencia por el de la cantidad de orina perdida. Si el resultado es 1 ó 2 es leve, si va de 3 a 6 moderada, 8 ó 9 severa, y si es igual a 12 muy severa.

Tipo: cualitativa ordinal

Medición: ordinal

CIRUGÍA ANTIINCONTINENCIA

Definición conceptual:

Es el procedimiento quirúrgico utilizado para el tratamiento de la incontinencia urinaria.

Definición operacional:

Las técnicas quirúrgicas utilizadas fueron tres: Cintas libres de tensión (retropúbica y transobturador) y Colposuspensión de Burch. Como cinta libre de tensión retropúbica se utilizó el dispositivo Sparc (American Medical Systems Inc., Minnetonka, MN) cuando la presión máxima de cierre uretral (PMCU) fue menor de 40 cmH₂O.² La cinta libre de tensión transobturador fue del tipo TVT-O (Gynecare, Ethicon, Johnson & Johnson, Somerville, NJ, USA) cuando la PMCU fue mayor de 40 cmH₂O.² Se utilizó la colposuspensión de Burch cuando, por razones personales de la paciente, no se pudo realizar uno de los procedimientos previos.

Tipo: cualitativa nominal

Medición: nominal.

PERSISTENCIA POSTQUIRÚRGICA DE SONDA FOLEY

Definición conceptual:

cuando se dio de alta a la paciente con sonda de Foley transuretral.

Definición operacional:

Se midió en número de días que la paciente persistió con la sonda.

Tipo: cuantitativa continua

Medición: razón

COMPLICACIONES

Definición conceptual:

Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad, accidentalmente, y no ser propia de ella generalmente la agrava.

Definición operacional:

Se dividieron en periodo transquirúrgico y postquirúrgico. Las primeras cuando, durante la cirugía, se presentó hemorragia de mas de 300cc, lesión vesical, intestinal, uretral y hematomas. Las segundas cuando después d terminada la cirugía, se presentaron hematomas, abscesos, infección de vías urinarias, dolor en el sitio de punción, orina residual de mas de 100cc, urgencia urinaria y/o erosión.

Tipo: cualitativa nominal

Medición: nominal

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA KHQ³

Definición conceptual:

Conjunto de preguntas específicas, validadas y autoaplicables que tienen como finalidad evaluar cómo influye la incontinencia urinaria sobre la calidad de vida.

Definición operacional:

Está estructurado de 21 preguntas o ítems presentados en nueve dominios que, a su vez se dividen en dos partes. Los dos dominios de la primera parte tratan sobre la percepción de la salud en general y el impacto de la incontinencia. Los siete dominios de la segunda parte tratan sobre la severidad, la limitación del rol, física, social, de las relaciones personales, y la afeción sobre las emociones y el sueño. Cada dominio se califica por medio de un sistema de evaluación de cuatro puntos, y se incluye una opción inaplicable para las preguntas relacionadas a las relaciones personales. Todos los dominios contribuyen de la misma forma al puntaje final. El puntaje en cada dominio varía entre cero y cien. Un puntaje mas alto indica un mayor deterioro de la calidad de vida. Ver anexo 1.

Tipo: cuantitativa continua

Medición: razón

CIRUGÍA CONCOMITANTE

Definición conceptual:

Se refiere a el o los procedimientos quirúrgicos asociados a la cirugía anti incontinencia con un objetivo diagnóstico o terapéutico

Definición operacional:

Se opciones fueron histerctomía vaginal, histerectomía total abdominal, reparación sitiospecífico anterior o posterior.

Tipo: cualitativa nominal

Medición: nominal

6. DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Se revisaron los expedientes de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión en aquellas pacientes con diagnóstico de Incontinencia urinaria de Esfuerzo o Mixta candidatas a tratamiento quirúrgico. Se obtuvieron del expediente los siguientes datos edad, IMC, escolaridad, estado civil, ocupación, partos, tipo de incontinencia, severidad de la incontinencia, tipo cirugía antiincontinencia realizada, cirugía concomitante, complicaciones en el transquirúrgico, complicaciones postquirúrcias y cuantificación del número de días de uso de sonda urinaria; así como los resultados del KHQ antes del tratamiento quirúrgico y tres meses después de la cirugía.

Posteriormente se revisaron los resultados y se realizó el análisis estadístico con SPSS versión 16.1.

7. RECOLECCION DE DATOS

Se realizó por captura directa de los expedientes clínicos por medio del programa Excel 2008 para Mac OS X.

8. ANALISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva obteniéndose medianas y rango para variables cuantitativas, porcentajes para variables cualitativas. En el análisis bivariado se realizó estadística no paramétrica para muestras dependientes con prueba de Wilcoxon para comparar los resultados del cuestionario de calidad de vida antes y después del tratamiento quirúrgico. Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes de tres o más grupos para comparar tipo de IU y severidad, así como tipo de cirugía anti-incontinencia vs KHQ.

9. CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, título segundo, capítulo1, artículo 17, categoría 1, se considera ésta investigación sin Riesgo.

Se trata de un estudio observacional, que no implica experimentación sobre la paciente. Se cumplen con las Normas Internacionales de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial de 1975, Buena Práctica Médica y con la Norma Oficial Mexicana para Estudio en Humanos.

RESULTADOS

Se incluyeron 15 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y con seguimiento de 3 meses. La tabla 1 presenta las características demográficas.

Tabla 1 Características de base

Edad (años) mediana (rango)	47 (41-71)
IMC (m ² /kg) mediana (rango)	28.86 (23.2-36.73)
Sana	2 (13.3)
Sobrepeso	9 (60)
Obesidad	4 (26.7)
Estado Civil	n (%)
Casada	6 (40)
Soltera	1 (6.7)
Viuda	1 (6.7)
Divorciada	1 (6.7)
Unión Libre	6 (40)
Escolaridad	
Primaria	4 (26.7)
Secundaria	6 (40)
Preparatoria o más	5 (33.3)
Ocupación	
Hogar	10 (60.7)
Empleada	3 (20)
Comerciante	2 (13.3)
Paridad	
1 – 2	4 (26)
3 – 5	7 (46.7)
> 5	3 (20.1)

La tabla 2 se muestran otras características de las pacientes en relación al tipo y severidad de la incontinencia urinaria, cirugía anti-incontinencia y concomitante. El tipo de incontinencia mas frecuente fue la incontinencia urinaria mixta. Cuando se distribuyeron a las pacientes por grado de incontinencia, según el índice de Sandvik, predominó la de tipo severo. La cirugía anti-incontinencia que mas se realizó fue la colocación de cinta libre de tensión del tipo TVT-O. Se puede observar que la cirugía concomitante mas frecuente fue la histerectomía vaginal sola o acompañada de reparación sitio específico.

Tabla 2 Características de base de las pacientes

	n (%)
Tipo de Incontinencia	
IUE	4 (26.7)
IUM	11 (72.3)
Severidad de la Incontinencia	
Leve	1 (6.7)
Moderada	5 (33.3)
Severa	6 (40)
Muy Severa	3 (20)
Cirugía Antiincontinencia	
TVT-O	8 (53.3)
Cinta Retropúbica	5 (33.3)
Burch	2 (13.3)
Cirugía Concomitante	
Histerectomía Vaginal	3 (20)
Hiterectomía Abdominal	3 (20)
Histerectomía Vaginal + RSE	3 (20)

IUE: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo; IUM: Incontinencia Urinaria Mixta; RSE: Reparación Sitio Especifico

Se observaron las siguientes complicaciones: en el transquirúrgico de 6.7% (n=1), por hemorragia superior a 300cc. Una paciente (6.7%), permaneció con sonda de Foley por un periodo de 7 porque se le cuantificó orina residual superior al 150cc, que se resolvió satisfactoriamente después de retirar la sonda. Las complicaciones en el periodo postquirúrgico mediato fueron por infección de vías urinarias en una paciente (6.7%), trastorno de vaciamiento en otra (6.7%) y dolor en el sitio de punción en dos mas (13.3%). Una paciente (6.7%), presentó exposición de la cinta hacia vagina en la revisión del mes posterior a la cirugía. Finalmene, una paciente (6.7%), continuó con incontinencia moderada.

La tabla 3 presenta los resultados de cada dominio del KHQ de acuerdo a los tipos de incontinencia urinaria. Las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo antes de la cirugía, calificaron con puntajes mas elevados los dominios de salud general, impacto de la incontinencia, percepción de severidad y limitación del rol; siendo el puntaje mas alto de 100 para el impacto de la incontinencia. Las mujeres con incontinencia mixta dieron puntajes mas altos a la limitación física, social y personal, así como a la afeción de las emociones y el sueño. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas. Después de la cirugía no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de todos los dominios a los tres meses de la cirugía; pero clínicamente continuaron afectadas la salud general, la percepción de severidad y la limitación física, con puntajes mas altos para la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Tabla 3 Dominios del Cuestionario King's Health según tipo de incontinencia. Prueba de Kruskal-Wallis.

Dx	Salud General	Impacto de Incontinencia	Severidad	Rol	Física	Social	Personal	Emociones	Sueño
PREQUIRÚRGICO									
IUE	62.5	100	46.5	74.5	66	16.5	0	44	8.0
IUM	50	66.7	36.65	66.7	66.3	38.65	24.85	61.01	
	58.35								
p	0.899	0.217	0.265	0.233	0.298	0.244	0.208	0.285	
	0.134								
POSTQUIRÚRGICO									
IUE	25	0	10	0	8.35	0	0	0	8.35
IUM	12.5	0	6.7	0	0	0		0	0
p	0.767	0.771	0.398	0.879	0.737	0.771	0.253	0.884	0.689

Dx: diagnóstico; IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo; IUM: Incontinencia urinaria mixta. Los valores están expresados en medianas.

Al comparar los dominios del cuestionario de calidad de vida según la severidad de la incontinencia (tabla 4), no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los dominios del KHQ antes y después de la cirugía. Sin embargo, clínicamente se observó que la percepción de afección aumentó a medida que aumentó la severidad de la incontinencia, con excepción de los dominios de salud general, limitación de relaciones personales y afección de las emociones. Los puntajes mas altos se presentaron cuando la incontinencia fue muy severa en la percepción del impacto de la incontinencia, así como de la limitación del rol y de la actividad física. Mientras que los dominios menos afectados estuvieron en las pacientes con incontinencia moderada y en la percepción de limitación social y de las relaciones personales. Además, se puede ver que las pacientes con incontinencia severa persisten, aunque en menor porcentaje, con cierto grado de afección en dominios como la salud general, percepción de severidad, así como en afección de emociones y el sueño.

Tabla 4 Dominios del cuestionario King's Health según grado de incontinencia. Prueba de Kruskal-Wallis

Grado	Salud General	Impacto de Incontinencia	Severidad	Rol	Física	Social	Personal	Emociones	Sueño
PREQUIRÚRGICO									
Mod	50.0	66.0	26.7	66.0	50.0	11.0	16.7	44.4	33.3
Severa	75.0	100	46.5	74.85	66.3	33.3	16.65	55.3	
	41.65								
Muy Severa	50.0	100	73.0	100	100	77.0	16.0	8.8	66.7
p	0.116	0.132	0.123	0.225	0.204	0.219	0.719	0.357	
	0.589								
PREQUIRÚRGICO									
Mod	25.0		0.0		0.0				0.0
Severa	0.0	0.0	6.7	0.0	8.35	0.0	0.0	0.0	0.0
Muy Severa	25.0	0.0	13.3	0.0	0.0	0.0		33.3	33.3
Severa									
p	0.438	0.558	0.133	0.501	0.738	0.558	0.682	0.503	0.282

Mod: moderada. Los valores están expresados en medianas.

En la tabla 5 se presentan los resultados de la percepción de la calidad de vida antes y después de la cirugía, y según el tipo de cirugía antiincontinencia realizada. Se puede observar que, antes de la cirugía, todos los dominios en el grupo del TVT-O tuvieron calificación mas elevada que las pacientes del grupo de Sparc, excepto para la percepción de la salud general donde no existió diferencia. Por el contrario, al comparar los mismos grupos después de la cirugía se encontró que, las pacientes sometidas a cinta retropúbica persistieron con afección superior al grupo de TVT-O en los dominios de severidad, afección física, así como de la energía y el sueño. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 5 Dominios del cuestionario King's health según cirugía anti-incontinencia. Prueba Kruskal-Wallis

Qx	Salud	Impacto de	Severidad	Rol	Física	Social	Personal	Emociones	Sueño
	General	Incontinencia							
PREQUIRURGICO									
TVT-O	50.0	83.35	46.5	74.85	66.35	38.65	24.85	61.15	66.5
Sparc	50.0	66.7	40.0	66.0	50.0	33.3	11.1	33.3	33.3
Burch	50.0	66.5	16.5	24.85	33.35	5.5		11.0	
p	0.882	0.831	0.342	0.139	0.553	0.343	0.277	0.183	
	0.148								
POSTQUIRURGICO									
TVT-O	25.0	0.0	3.35	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0
Sparc	25.0	0.0	6.7	0.0	16.7	0.0	0.0	0.0	16.7
Burch	25.0		6.6						
p	0.840	0.756	0.370	0.766	0.279	0.756	0.368	0.393	0.230

Qx: cirugía anti-incontinencia. Los valores están expresados en medianas.

La tabla 6 se comparan los resultados de los dominios del KHQ antes y después de la cirugía antiincontinencia. En ella se puede observar la disminución estadísticamente significativa del puntaje en todos los dominios, a pesar de que la salud general y las medidas severas continúan con cierto grado de afección a los tres meses de la cirugía.

Tabla 6 Calidad de vida antes y después del tratamiento quirúrgico. Prueba de Wilcoxon.

Dominios	Prequirúrgico	Postquirúrgico	P
Salud general	50.0 (25-75)	25.0 (0-75)	0.006
Impacto de Incontinencia	66.7 (0-100)	0.0 (0-67)	0.001
Severidad	40.0 (0-87)	6.7 (0-33.3)	0.001
Limitacion			
Rol	66.7 (0-100)	0.0 (0-50)	0.001
Física	66.0 (0-100)	0.0 (0-67)	0.002
Social	33.3 (0-89)	0.0 (0-22)	0.004
Personal	16.0 (0-100)	0.0 (0-17)	0.008
Emociones	55.0 (0-100)	0.0 (0-67)	0.001
Sueño	33.3 (0-83)	0.0 (0-50)	0.012

Los valores de cada dominio están expresados en medianas y entre paréntesis el rango.

DISCUSIÓN

Este trabajo consistió en un estudio piloto en donde se evaluó la diferencia en la percepción de la calidad de vida antes y después de la cirugía con el KHQ. Resulta complejo realizar una comparación de nuestros resultados por cada dominio del KHQ, con los datos disponibles en la literatura; principalmente por la diferencia entre las técnicas quirúrgicas utilizadas; porque son pocos los estudios que utilizan este cuestionario como parte del seguimiento después de la cirugía antiincontinencia y; por otro lado, no está estandarizada la forma de presentar los resultados (puntaje global o por dominios).³⁴ Sin embargo, nuestros resultados son importantes ya que observamos mejoría estadísticamente significativa para todos los dominios del KHQ a los 3 meses de la cirugía antiincontinencia; datos que concuerdan con los reportados por otros autores con otras técnicas quirúrgicas.³⁴

En los estudios revisados, que evaluaron la calidad de vida con el KHQ, para el reporte de los resultados muestran los valores que presentaron diferencias estadísticamente significativas; pero también presentan las diferencias clínicas aun cuando no hayan presentado diferencias con significancia estadística. Tomando en cuenta ese esquema, presentamos a continuación los resultados donde obtuvimos datos con y sin significancia estadística.

La literatura que reporta la percepción de la calidad de vida de acuerdo al tipo de incontinencia, asocia la IUE con calificaciones mas elevadas en el dominio de percepción de severidad,²³ coincidiendo con nuestros resultados, ambos sin significancia estadística. Sin embargo, también se refiere en otros estudios puntajes altos en el dominio de limitación física para IUE,²³ mientras que en nuestro estudio fue mayor en las mujeres con IUM. Por otro lado, también observamos puntajes mas elevados en la IUE que en la IUM en dominios como salud general, impacto de la incontinencia y limitación del rol. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas en nuestro trabajo, ni en la literatura revisada para los valores de los dominios del KHQ antes de la cirugía.

Los datos son mas controvertidos cuando se evalúan los dominios del KHQ en la IUM. Algunos autores reportan que no existen diferencias en la percepción de la calidad de vida entre la IUE y la IUM.^{28,3} Mientras que otros estudios mostraron diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.0001$) entre la IUE aislada y cuando ésta se asoció a IU; así como puntajes mas elevados en las pacientes con IUM, principalmente en los dominios de impacto de la incontinencia, limitación social, física y del rol, además de la afección de las relaciones personales.³³ Cuando nosotros evaluamos a las pacientes con IUM antes de la cirugía encontramos que, presentaron puntajes mas altos en los dominios de limitación física, social y personal, así como en la afección de las emociones y el sueño. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Cuando se evalúa la calidad de vida desde el punto de vista de la severidad la mayoría de los autores coincide en que, la puntuación de los dominios del KHQ fue peor con el aumento de los episodios de incontinencia y el uso de compresas o pañales.^{28,29,3,33} Nuestros resultados concordaron con los de la literatura ya que, encontramos que clínicamente la percepción de afección aumentó a medida que aumentó la severidad de la incontinencia en la mayoría de los dominios, excepto para la percepción de la salud general, la limitación de las relaciones personales y la afección de las emociones; aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Por otra parte, como un aspecto importante de nuestro trabajo se encuentra el hecho de haber utilizado, para la clasificación de la severidad, un índice de validado contra la prueba de la toalla y que cuenta con una versión en español (índice de severidad de Sandvik).¹

Se ha observado que algunas características de base de las pacientes como la edad, antecedente de histerectomía y anexectomía, enfermedades crónicas, uso de medicamentos, influyen en la percepción de la calidad de vida.²⁹ Sin embargo, en este trabajo no se realizó un análisis de estas variables debido al número reducido de pacientes, así como por tratarse de un estudio piloto y no ser el objetivo principal de la presente investigación. El análisis de éstos datos se realizará cuando se alcance el tamaño de muestra.

Entre otras variables que se revisaron en el presente estudio, una de las complicaciones encontradas en nuestras pacientes fue la hemorragia superior a 300cc con frecuencia de 6.7%. En la literatura, esta complicación se ha reportado con una frecuencia de 1.3 a 4.8%,³⁰ siendo muy próxima a la reportada en nuestros resultados. La infección de vías urinarias que sigue a la colocación de una cinta retropúbica tiene una frecuencia reportada de 6% a 10.7%,^{30,31} mientras que en nuestro estudio presentó una frecuencia del 6.7%.

El dolor en el muslo o en la ingle después de cirugía antiincontinencia, se presenta en 2.5% a 12.9% de las pacientes que se tratan con una cinta libre de tensión por vía transobturador y, en la mayoría de los casos, se resuelve dentro de la primer semana a un mes después de la cirugía.^{31,32} Estas cifras son similares a las que obtuvimos (13.3%). Una de las complicaciones más frecuentes de las cintas libres de tensión es el trastorno del vaciamiento; sin embargo, su frecuencia va a ser muy variable dependiendo de la definición utilizada (2% a 10.8%), con predominio en las pacientes que se tratan con un procedimiento retropúbico.^{30,31} En nuestras pacientes se presentó con una frecuencia de 6.7% en el grupo de Sparc, y se resolvió satisfactoriamente tras siete días con sonda transuretral.

Finalmente, se presentó una exposición de la cinta hacia vagina (6.7%) en el grupo de Sparc de nuestro estudio; esta cifra se encuentra dentro de los valores descritos por otros autores en series mas extensas (0% a 12%).³² Algunos de ellos sugieren que, una cinta suburetral demasiado libre en relación a la uretra, tendría cuatro veces mas probabilidad de erosión que una cinta mas ajustada a la uretra.²⁹

Estas complicaciones son factores que pueden contribuir al deterioro de la calidad de vida de las mujeres después de una cirugía antiincontinencia. Sin embargo, en este estudio no se realizó un análisis de estas variables debido al número reducido de pacientes, así como por tratarse de un estudio piloto y no ser el objetivo principal de la presente investigación. El análisis de éstos datos se realizará cuando se alcance el tamaño de muestra.

CONCLUSIONES

1. En este estudio se observó que después de la cirugía hubo mejoría importante, con diferencia estadísticamente significativa en todos los dominios del KHQ a los tres meses de la cirugía.

2. No se demostró que exista diferencia estadísticamente significativa, en la percepción de la calidad de vida, entre los diferentes tipos de incontinencia urinaria.

3. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la severidad de la incontinencia y la percepción de la calidad de vida con el KHQ.

4. Cuando se evaluó la percepción de la calidad de vida con el KHQ según el tipo de cirugía realizada, no se demostró que existan diferencias estadísticamente significativas entre las cintas libres de tensión de abordaje retropúbico o transobturador.

ANEXOS

1. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (KHQ)

Parte I

Percepción de la salud general

1. ¿Cómo describiría su salud en este momento?

Impacto de la incontinencia

2. ¿Cuánto cree usted que su problema urinario afecta su vida?

Parte II

Limitaciones del rol

3. ¿Cuánto afecta sus tareas en el hogar el problema de su vejiga?
4. ¿El problema de su vejiga afecta su trabajo o sus actividades diarias fuera de su casa?

Limitaciones físicas

5. ¿El problema urinario afecta sus actividades físicas?
6. ¿Cuánto afecta el problema urinario su capacidad para viajar?

Limitaciones sociales

7. ¿El problema urinario limita su vida social?
8. ¿El problema urinario limita su capacidad para ver a o visitar a sus amigos?

Relaciones personales

9. ¿El problema urinario afecta su relación con sus parientes?
10. ¿El problema urinario afecta su vida sexual?
11. ¿El problema urinario afecta su vida familiar?

Emociones

12. ¿El problema urinario la hace sentir deprimida?
13. ¿El problema urinario la hace sentir ansiosa o nerviosa?
14. ¿El problema urinario la hace sentir mal con usted misma?

Energía y sueño

- 15. ¿El problema urinario le afecta el sueño?
- 16. ¿El problema urinario la hace sentir cansada o rendida?

Medidas severas

- 17. ¿Utiliza protección (toallas o pañales) para mantenerse seca?
- 18. ¿Cuida la cantidad de líquidos que usted toma?
- 19. ¿El problema urinario la obliga a cambiarse de ropa interior?
- 20. ¿El problema urinario ocasiones que usted huela mal?
- 21. ¿Ha estado en alguna situación vergonzosa por el problema de su vejiga?

BIBLIOGRAFIA

1. Sandvik H, Espuña M, Hunskaar S. Validity of the incontinence severity index: comparison with pad-weighing tests. *Int Urogynecol J* (2006) 17: 520–524.
2. Guerette NL, Bena JF, Davila GW. Transobturator slings for stress incontinence: using urodynamic parameters to predict outcomes. *Int Urogynecol J* (2008) 19:97–102.
3. Badia X, Castro D, Conejero J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. The king's Group. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 647-652.
4. Abrams et al. The standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* (2002) 21: 167-78.
5. Hunskaar et al. Epidemiology of Urinary and Faecal incontinence and Pelvic Organ Prolapse. International Continence Society. 2005.
6. Subak L, Brown J, Kraus S, Brubaker L, Lin F, Richter H et al. The “Costs” of Urinary Incontinence for Women. *Obstet Gynecol*. 2006; 107: 908–916.
7. Debra E. Irwin et al. Population-Based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Five Countries: Results of the EPIC Study. *Eur Urol* (2006) 50: 1306-15.
8. Hunskaar et al. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int* 2004; 93: 324-30.
9. Melville J, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary Incontinence in US Women: A Population-Based Study. *Arch Intern Med* (2005) 165: 537-42.
10. Martínez E, Flores O, García de Alba J. Prevalencia de incontinencia urinaria y anal en mujeres de la zona metropolitana de Guadalajara. *Ginecol Obstet Mex* (2006) 74:300-5.
11. Ghoniem G, Stanford E, Kenton K, Achantari C. Evaluation and outcome measures in the treatment of female urinary stress incontinence: International Urogynecological Association (IUGA) guidelines for research and clinical practice. *Int Urogynecol J* (2008) 19:5–33.
12. Guideline Development Group. The management of urinary incontinence in women. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. The RCOG 2006 pp. 46-85
13. Wilson P, Hay-Smith J, Nygaard I. Adult Conservative Management. International Continence Society. 2005.
14. Borello D, Burgio K. Nonsurgical Treatment of Urinary Incontinence. *Clin Obstet Gynecol* (2004) 47: 70-82.
15. Shamliyan T, Kane R, Wyman J. Systematic Review: Randomized, Controlled Trials of Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Women. *Ann Intern Med* (2008) 148:459-473.
16. Walters M and Daneshgari F. Surgical Management of Stress Urinary Incontinence. *Clinical Obstet Gynecol* 47:93-103.
17. Smith A, Daneshgari F, Dmochowski R. Surgery for Urinary Incontinence in Women. International Continence Society. 2005. Pp 1277-1370.
18. Rapp D and Kobashi K. The evolution of midurethral slings. *Nat Clin Pract Urol*. 2008;5(4):194-201.

19. Ulmsten U, Falconer C, Johnson P, Jomaa M. A Multicenter Study of Tension-Free Vaginal Tape (TVT) for Surgical Treatment of Stress Urinary Incontinence. *Int Urogynecol J* (1998) 9:210-213.
20. Delorme E. La bandelette trans-obturatrice : un procédé mini-invasif pour traiter l'incontinence urinaire d'effort de la femme. *Prog Urol* (2001), 11, 1306-1313.
21. De Leval J. Novel Surgical Technique for the Treatment of Female Stress Urinary Incontinence: Transobturator Vaginal Tape Inside-Out. *Eur Urol* 44 (2003) 724–730.
22. Donovan J, Boch R, Gotoh M, Jackson S, Radley S, Naughton M. Symptom and Quality of Life Assessment. *International Constinece Society*. 2005
23. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104 : 1374–9.
24. Sharon L. Tennstedt , Mary Pat Fitzgerald, Charles W. Nager, Yan Xu, Philippe Zimmern. Urinary Incontinence Treatment Network. Quality of life in women with stress urinary incontinente. *Int Urogynecol J* (2007) 18: 543–549
25. Gill, Thomas M. MD; Feinstein, Alvan R. MD. A Critical Appraisal of the Quality Of Quality-of-Life Measurements. *JAMA* Vol 272(8), 24-31 August 1994, pp 619-626.
26. Seung-June Oh & Ja Hyeon Ku. Is a generic quality of life instrument helpful for evaluating women with urinary incontinence?. *Quality of Life Research* (2006) 15: 493–501
26. E. Dugan, S. J. Cohen, D. Robinson, R. Anderson. The quality of life of older adults with urinary incontinence: determining generic and condition-specific predictors. *Quality of Life Research*, 7, pp. 337-344.
28. Reese P, Pleil A, Okano GJ & Kelleher CJ. Multinational study of reliability and validity of the King's Health Questionnaire in patients with overactive bladder *Quality of Life Research* 12: 427–442, 2003.
29. Martínez B, Salinas AS, Giménez JM, Donate MJ, Pastor H, Virseda JA. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp*. 2008; 32 : 202-210.
30. Lord E, Taylor J, Finn J, Tsokos N, Jeffery T, Atherton M y cols. A randomized controlled equivalence trial of short-term complications and efficacy of tension-free vaginal tape and suprapubic urethral support sling for treating stress incontinence
31. Barber M, Kleeman S, Karram M, Paraiso M, Walters M, Vasavada S. Transobturator Tape Compared With Tension-Free Vaginal Tape for the Treatment of Stress Urinary Incontinence. A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2008, 111; 611-621
32. Silva W. Treatment of Stress Urinary Incontinence— Midurethral Slings: Top down, Bottom-up, “Outside-in,” or “Inside-out”. *Clin Obstet Gynecol* 50; 362–375
33. Arañó P, Rebollo P, González-Segura D. Afectación de la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con Incontinencia Urinaria Mixta. *Actas Urol Esp* 2009;33(4):410-415
34. Oliveira R, Silva A, Pinto R, Silva J, Silva C, Guimarães M. Short-term assessment of a tension-free vaginal tape for treating female stress urinary incontinence. *BJU Int* 2009; 104: 225-228.

CAPÍTULO VIII CURRICULUM

I. DATOS PERSONALES.

Nombre: Gordillo Córdova Luis.

Lugar de nacimiento: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Fecha de nacimiento: 24 de enero de 1976.

Nacionalidad: Mexicana.

Estado civil: Soltero.

Dirección Permanente: andador 28, manzana 12, zona 3, casa 8,
Infonavit Grijalva. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Mail: luisonson@hotmail.com

II. FORMACIÓN

Escuela Primaria Pública: "Camilo Pintado". Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 1981-1987.

Escuela Secundaria Particular: Colegio la Salle de Tuxtla. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 1987-1990

Escuela Preparatoria Particular: Instituto Plancarte Valladolid. Morelia, Michoacan. 1990-1993.

Titulo de MEDICO CIRUJANO Avalado por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 1995-2001.

Cumplimiento del Programa Operativo de Internado Médico de Pre-grado con sede en el Hospital General de Zona no. 2. Guadalupe, Nuevo León. 2001-2002.

Curso de especialización en GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA realizada en el Hospital de la Mujer, de la Secretaría de Salud. Distrito Federal. 2004-2008

Aprobación del Examen del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia en mayo 2007.

Actualmente residente de segundo año del curso de especialización en UROLOGIA GINECOLOGICA en el Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes".