



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
SOCIEDAD DE BENEFICENCIA ESPAÑOLA, I.A.P.
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

VALORACION DE LOS SINTOMAS Y PERCEPCION DE LA
CALIDAD DE VIDA EN MUJERES POSTOPERADAS, CON
DISPOSITIVOS SUBURETRALES, POR INCONTINENCIA
URINARIA DE ESFUERZO.

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. ALEJANDRO BEJOS DÍAZ-CANEJA

ASESORES DE TESIS:

DR. MANUEL ALVAREZ NAVARRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

DR. GUILERMO TULIO ORTIZ MANI
PROFESOR ADSCRITO AL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO



MÉXICO, D. F.

2013



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.

AUTORIZACIONES

Dr. Manuel Alvarez Navarro

Jefe de enseñanza e investigación

Dr. Manuel Alvarez Navarro

Profesor titular del curso de Ginecología y Obstetricia

Dr. Xavier Aguirre Osete

Jefe del departamento de ginecología y obstetricia

ÍNDICE

Introducción	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
Objetivo	.	.	.	.	.	.	.	.	.	7
Hipótesis	.	.	.	.	.	.	.	.	.	7
Material y métodos	.	.	.	.	.	.	.	.	.	8
Resultados	.	.	.	.	.	.	.	.	.	12
Discusión	.	.	.	.	.	.	.	.	.	16
Conclusión	.	.	.	.	.	.	.	.	.	18
Bibliografía	.	.	.	.	.	.	.	.	.	19
Anexos	.	.	.	.	.	.	.	.	.	21

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria es una condición médica común. En la actual definición, se considera como la pérdida involuntaria de orina (1). Se puede manifestar como síntoma, como signo o como una condición médica. La pérdida de orina manifestada con un esfuerzo se denomina Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, (IUE), cuando se relaciona o precede a un deseo intenso de orinar se denomina de Urgencia.

A nivel mundial, la incontinencia urinaria se presenta en 10 al 60% en mujeres de todas las edades (2). Se estima que en México hay 8 millones de personas con incontinencia urinaria y 75% de éstas, son mujeres. De todas las formas de incontinencia, la de esfuerzo, es la entidad más frecuente, con casi un 50 a 75% de las mujeres, con edad promedio de 60 años. De este porcentaje el 25% experimenta alteraciones funcionales que repercuten en su calidad de vida. La prevalencia en México se ha calculado entre el 30 al 50% en mujeres mayores de 65 años y del 73% en mayores de 90 años (3,4). Por lo que respecta a la incontinencia urinaria, más importante que las consecuencias físicas, son las repercusiones en su calidad de vida que afecta su vida social y psicológica. Motivados por los prejuicios y desinformación existentes en el entorno de los afectados, entre estas consecuencias figuran la pérdida de autoestima y la limitación en la actividad física, sexual y laboral, cuando no se recibe tratamiento adecuado (5). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes (6,7).

En el 95% de los casos la IUE es causada por un defecto anatómico que es consecuencia del traumatismo obstétrico o por atrofia de los tejidos por edad avanzada (hipoestrogenismo); en otras es el resultado de cirugías previas para corregir defectos del piso pélvico.

También puede ser debida a deficiencia del esfínter uretral, lo que se observa con frecuencia después de cirugía pélvica, suspensión vesicouretral, o como de denervación de la musculatura pélvica. Los cambios por disminución de la vascularidad uretral, atrofia de la mucosa y componentes musculares de la uretra así como del tejido conectivo ocasionan la baja de presión máxima de la uretra y la pérdida de orina por el esfuerzo físico (8).

Anatomía Fisiológica

La uretra femenina es un conducto de 35 a 40 mm de longitud y 7 a 8 mm de diámetro que tiene una característica especial; no tiene un esfínter anatómico, sino fisiológico. Esto se logra gracias a que en condiciones basales la presión intrauretral es mayor que la presión intravesical, es decir que existe un gradiente de presión favorable a la uretra, lo cual favorece la continencia.

El músculo esfínter del ano y una serie de ligamentos, repercuten en mantener la porción media de la uretra, favoreciendo la continencia. De esta forma, durante el esfuerzo, la porción de la uretra situada por debajo de la inserción de los ligamentos pubouretrales sufrirían una tracción hacia adelante, mientras que la porción situada por encima y el cuello vesical se mantendrían en su lugar; de esta forma permite que la uretra se mantenga cerrada por un efecto de válvula (9).

Fisiología y Fisiopatología de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

La adaptación al esfuerzo en la mujer depende de dos mecanismos. El *primero* es neuromuscular, al momento del esfuerzo, se produce una contracción refleja del esfínter uretral y del periné. El *segundo* mecanismo está relacionado con la transmisión de las presiones abdominales al esfínter uretral y para ello se requiere que el cuello vesical y la uretra proximal no se desplacen durante el esfuerzo. La

suma de estos mecanismos garantiza el cierre estancado de la uretra mediante el adosamiento de las superficies mucosas en una longitud suficiente. Su alteración conduce a una incontinencia urinaria clínica (10).

Por diferentes razones desde la laxitud vaginal o sus ligamentos de soporte. Un resultado de la alteración del tejido conectivo (11).

La teoría integral de continencia se explica con dos analogías. La de la estructura de un puente suspendido y la de la función de trampolín. La analogía del puente suspendido se usa para demostrar como los órganos y la fascia dan forma, volumen y fuerza tensionándose a un punto fijo (huesos). La analogía del trampolín se usa para explicar la relación entre los ligamentos (ramas), vagina (membrana) y músculos (fuerzas de estiramiento). Justamente como un “aflojamiento” en las ramas de un trampolín ocasiona que la

Las técnicas quirúrgicas desarrolladas de la teoría integral se enfocan en reforzar los ligamentos dañados y la fascia así como preservar el tejido vaginal y su elasticidad, especialmente en el cuello de la vejiga. Este acercamiento reduce el dolor y permite que la estancia hospitalaria sea de un solo día mejorando la calidad de vida.

Estructura y forma.

Los ligamentos y los músculos trabajan sinérgicamente para mantener la estructura y función del piso pélvico. Inicia con la interacción de los músculos, nervios y ligamentos actuando directamente en los órganos pélvicos. La vagina y los ligamentos deben estirarse a sus límites de extensión para lograr la fuerza necesaria haciendo el ajuste fisiológico. Un balance desigual de las fuerzas puede estirar de una manera u otra, así mismo afectando la apertura y el cierre (12).

Función y Disfunción

De acuerdo a la teoría integral las funciones normales de la vejiga se describen como dos estados estables: el cierre (continencia) y apertura (micción). Estos estados se logran mantener estables porque son el resultado de un balance de fuerzas. La fuerza muscular interactúa durante el cierre (Fig. 1) y dos fuerzas musculares interactúan durante la apertura (Fig. 2).

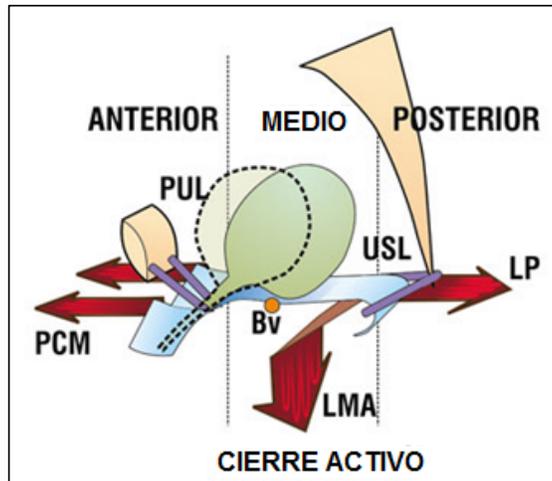


Fig. 1 Cierre activo. **Bv**= Unión de la base de la vejiga a la Vagina. **USL**=Ligamento UteroSacro, **PCM**=Músculo Pubococcígeo, **PUL**=Ligamento PuboUretral, **LMA**=Músculo Longitudinal del ano, **USL**=Ligamento UteroSacro, **LP**=Músculo Elevador del Ano.

PE Papa Petros: The Female Pelvic Floor. Function, Dysfunction and Management According to the Integral Theory; Second Edition 2007.

Si la eficacia y balance de las fuerzas musculares se ven afectadas por algún daño en los puntos de fijación de los ligamentos, puede entonces ocurrir la disfunción en ambas, cierre y apertura (vaciamiento anormal).

Durante el esfuerzo (Fig. 2) la vagina distal se tensa hacia delante por medio del músculo pubococcígeo (PCM). La parte más alta de la vagina y la base de la vejiga se tensan hacia abajo y atrás por medio del elevador del ano (LP) y el músculo longitudinal del ano (LMA). El PCM y LP se contraen contra el ligamento pubouretral (PUL). El LMA se contrae contra el ligamento uterosacro (USL). Las líneas cortadas representan la posición de la vejiga en reposo.

Durante la micción (Fig. 2) el músculo pubo-coccígeo se relaja.

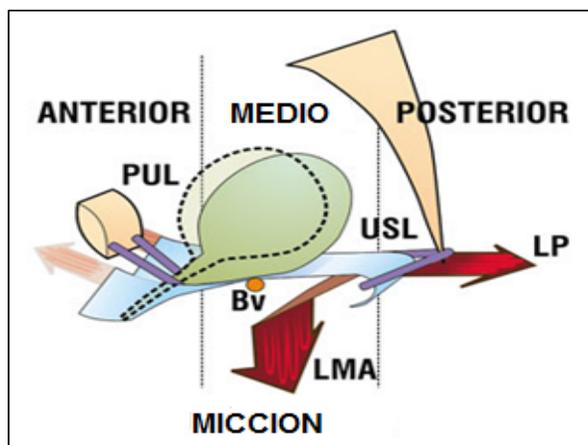


Fig. 2 Durante la micción el músculo pubococcígeo se relaja.

Micción. **PUL**=Ligamento PuboUretral, **USL**=Ligamento UteroSacro, **LP**=Músculo Elevador del Ano, **LMA**=Músculo Longitudinal del ano, **PCM**=Músculo Pubococcígeo, **CX**=Cérvix, **Bv** = Punto de cierre y apertura.

PE Papa Petros: The Female Pelvic Floor. Function, Dysfunction and Management According to the Integral Theory; Second Edition 2007.

Los receptores de tensión activan el reflejo de la micción. El sistema completo es tensionado hacia abajo y atrás por el LP y LMA, abriendo el flujo de salida del tracto.

El Músculo detrusor se contrae para expulsar la orina. Notándose también los términos “apertura” y “micción” se puede intercambiar, aunque mientras que la apertura como estado de la uretra es un resultado de factores mecánicos enteramente. (Como ejemplo la incontinencia genuina de esfuerzo).

Si ocurre debilidad muscular y de los ligamentos de soporte suburetral, así como defectos neuromusculares, se produce mayor movilidad de la vejiga y de la uretra, causando IUE.

En los últimos 10 años, el mejor conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos han permitido desarrollar procedimientos quirúrgicos menos invasivos y más eficaces. Con la cirugía de mínima invasión, se han logrado altas tasas de éxito en cuanto a la mejoría de los síntomas y por ende en la percepción calidad de vida, con una menor morbilidad y pronta reintegración a su vida cotidiana.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es observar a un año de la cirugía de mínima invasión para incontinencia urinaria de esfuerzo, la mejoría en los síntomas y la percepción de la calidad de vida de las pacientes operadas con cintas suburetrales sin tensión, en el tratamiento quirúrgico para la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres.

HIPÓTESIS

Al mejorar los síntomas de la incontinencia urinaria de esfuerzo con la cirugía de mínima invasión, mejora la percepción de la calidad de vida de las pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionaron las pacientes del archivo del Hospital Español de México, en la División de Ginecología y Obstetricia, entre el periodo del año 2001 al 2008. Todas las pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria urodinámica y de esfuerzo que fueron operadas con cintas suburetrales sin tensión que fueron operadas en este periodo de tiempo.

Como criterios de inclusión, las pacientes que integraron una historia clínica con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo y urodinámica de esfuerzo y que tenían un año de haberse operado con cintas suburetrales sin tensión fueron estudiadas. Sin importar operaciones ginecológicas anteriores, edad, ni factores concomitantes, recopilando la información del expediente del mismo archivo. Y se tomaron como criterios de exclusión a las pacientes que no terminaron el cuestionario, no estuvieron localizables por vía telefónica y no realizan en la vida diaria las actividades de la encuesta.

Se integró 1 grupo de 42 pacientes de las cuales 21 pacientes que corresponde a la vía suprapúbica descendente o SPARC® y 21 pacientes que corresponde a la vía vaginal transobturatriz o TVTO®. Se realizó una encuesta pre operatoria y otra post operatoria a un año de la cirugía por vía telefónica, usando el cuestionario internacional IIQ-7 (Anexo 1). Un cuestionario del impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida.

El cuestionario IIQ-7 está diseñado para usar porcentuales exactas que reflejan la calidad de vida objetivamente, calcula el reflejo de cuanto afecta la pérdida de orina diferentes actividades de la paciente, y el impacto en general, así se hace más objetiva la evaluación de la calidad de vida (13,14).

Consta de 7 preguntas que se califican con 4 constantes: 0, 1, 2 y 3.

Donde 0 es “ninguna”, 1 “existente mínimo”, 2 “moderado” y 3 “abundante”.

Las preguntas 1 y 2 son relacionadas a la actividad física. Las preguntas 3 y 4 relacionadas a la actividad diaria y viajes. La pregunta 5 refleja las relaciones personales y sociales. Y finalmente las preguntas 6 y 7 reflejan la salud emocional.

La calificación promedio de las preguntas está calculada. El promedio resultante de 0 a 3 es multiplicado por $33 \frac{1}{3}$ para poner los resultados en una escala de 0 a 100.

Ambas encuestas fueron realizadas por sobre una población de 38 personas, cada prueba tiene una muestra diferente por lo que se sacó un promedio ponderado para su cálculo. Posteriormente se desglosaron los porcentajes individualizando las categorías que significan las preguntas del cuestionario y reflejan el impacto en la calidad de vida.

El análisis descriptivo estadístico se realizó con medianas y cuartiles, las diferencias se estimaron con la prueba de Wilcoxon para comparar las muestras variables dependientes, y validar el cuestionario IIQ-7 como instrumento. Sacando una media por el concepto del valor de las preguntas 1 y 2, 3 y 4, 5, 6 y 7 con los significados individuales en las encuestas pre y postoperatoria.

Técnica: Las técnicas quirúrgicas desarrolladas de la teoría integral se enfocan en reforzar los ligamentos dañados y la fascia así como preservar el tejido vaginal y su elasticidad, especialmente en el cuello de la vejiga. Este acercamiento reduce el dolor y permite que la estancia hospitalaria sea de un solo día mejorando la calidad de vida (12,15).

Las cintas suburetrales sin tensión, refuerzan el ligamento subpubouretral. Consisten en un cabestrillo suburetral sintético con la finalidad de crear un uroligamento artificial, colocado sin tensión por diferentes vías para fortalecer el suelo pélvico, suspender la uretra y restituir el ángulo uretrovesical. Tiene como objetivo dar soporte a la uretra media, dar tensión libre y posición a la uretra, reforzar el tejido conectivo y crear un conjunto.

La vía descendente retropúbica ó SPARC® y la transobturatriz ó TVTO® son las que se utilizaron en este estudio (16).

La vía descendente es igual que la clásica TVT ascendente, pero se introduce por el abdomen (17,18). **Fig. 3**

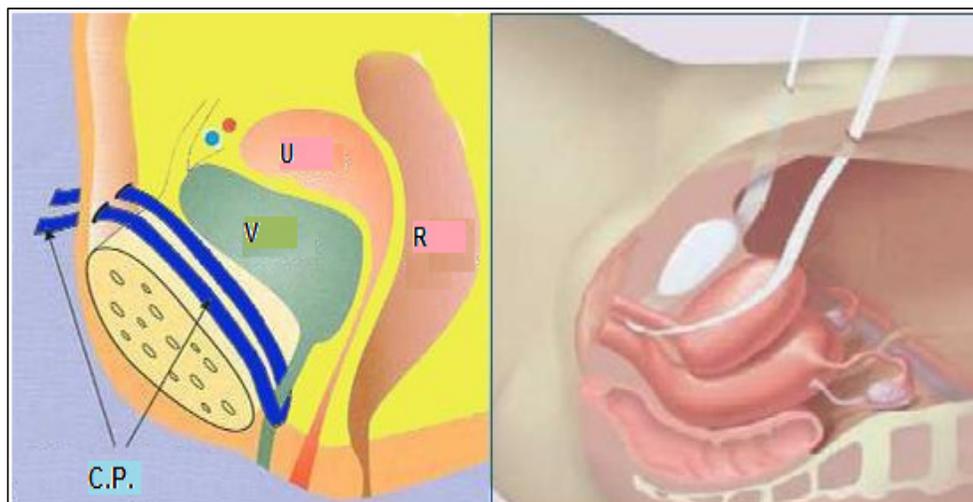


Fig. 3. La cinta suprapúbica descendente de SPARC®. Es el resultado de descender la cinta desde el abdomen por el espacio retropúbico hasta la vagina “reforzando” la uretra media sosteniendo el cuello vesical. **C.P.**= Cinta de Polipropileno; **V**= Vejiga; **U**= Útero; **R**=Recto.

Chin Chong Min M.D. Cancer & Continence Management, Urologist, Tension Free Vaginal Tape, polypropylene tape.

La vía transobturador ó TVTO® fué descrita por primera vez por Novac a partir del mismo concepto de la cinta suburetral. Su objetivo fue desarrollar un acceso más seguro, reproducible y eficaz (17,18).

La misma técnica pero lateral. Hacia los agujeros obturadores y ascendentemente.

Fig.4

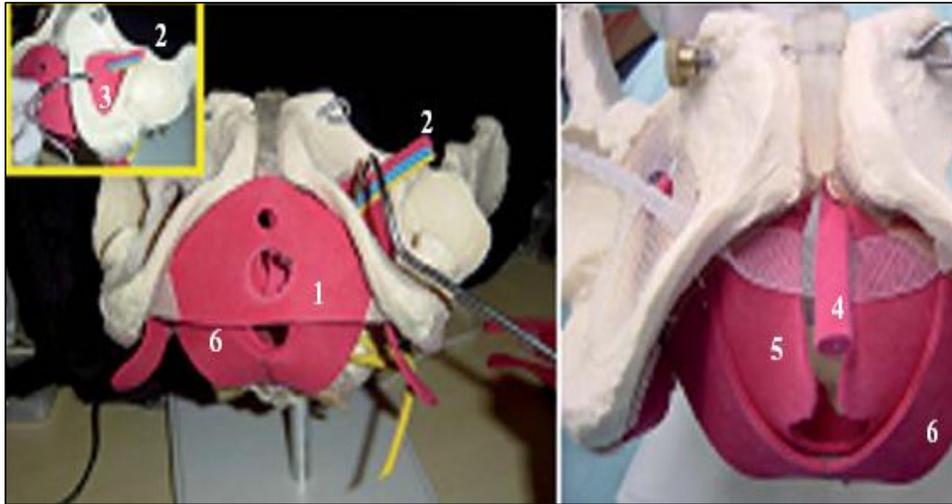


Figura 4. La cinta por la vía transobturador o TVTO. 1.- Músculo transverso del periné; 2.- Conjunto vasculo-nervioso del canal obturador; 3.- Músculo obturador interno; 4.- Uretra; 5.- Músculo puborectal; 6.- Músculo ileococcígeo; 7.- Membrana Obturadora.

Fuente: Palma Paulo, Riccetto Cássio. Anatomía Tridimensional Aplicada ao Tratamento Cirúrgico das Disfunções do Assoalho pélvico Feminino. Campinas, SP: Sociedade

Brasileira de Urologia, 2005; pp 8-12.

Las técnicas aquí mencionadas refuerzan el ligamento subpubouretral.

RESULTADOS

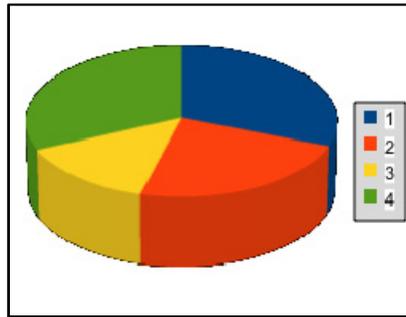
Se incluyen en este análisis las 42 pacientes con diagnóstico incontinencia urodinámica de esfuerzo. Se excluyeron 4 pacientes por no estar localizables por vía telefónica para la encuesta II-Q7. De estas 42 pacientes solo 38 completaron el cuestionario de impacto en la calidad de vida preoperatorio y postoperatorio a un año de la cirugía de mínima invasión.

Los resultados del impacto en la calidad de vida por incontinencia urinaria según las encuestas IIQ-7 preoperatoria y postoperatoria en escala de 0 a 100 se muestran en la tabla 1, cuando mayor es el resultado, mayor el grado de impacto en la calidad de vida.

IIQ-7	Calificación del impacto en escala del 0 al 100
Preoperatorio	73.93
Postoperatorio	9.14

TABLA 1. Calificación expresada en porcentaje del impacto en la calidad de vida por incontinencia urinaria en general de las dos encuestas IIQ-7 (a mayor porcentaje mayor impacto en la percepción de la calidad de vida).

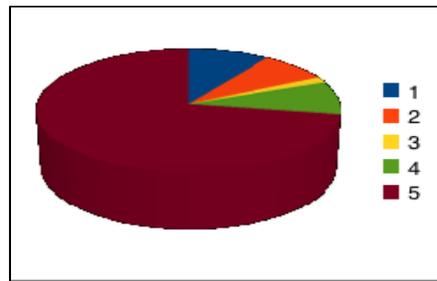
En la encuesta preoperatoria las categorías 1 y 2 (actividad física), 3 y 4 (actividad diaria), 5 (relaciones personales y sociales), 6 y 7 (salud emocional) presentaron afección “abundante” y los porcentajes se muestran en la gráfica 1.



Gráfica 1. Resultados de la encuesta preoperatoria. Actividad física (1) 69.49%, actividad diaria (2) 51.64%, relaciones personales y sociales (3) 31.5% , salud emocional (4) 71.38%.

De acuerdo con la encuesta preoperatoria las pacientes sufrieron impacto en todas las áreas estudiadas, pero mayor en la salud emocional y actividad física.

En la encuesta postoperatoria a un año de la operación, se observa una afección de “existente mínimo” y los porcentajes de todas las áreas estudiadas se muestran en la gráfica 2 y se agrega “sin afección” (Rubro 5).

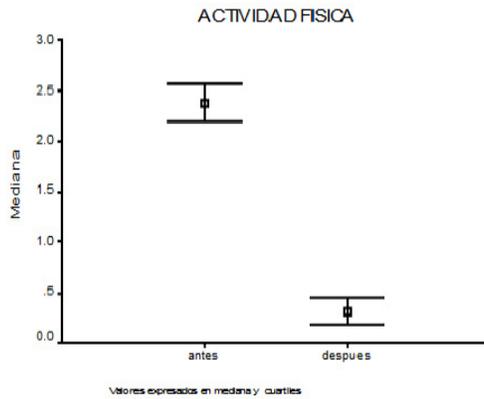


Grafica 2. Resultados de la encuesta postoperatoria. Actividad física (1) 9.49%, actividad diaria (2) 7.87%, relaciones personales y sociales (3) 1.51%, salud emocional (4) 8.73%, sin afección (5) 72.30%.

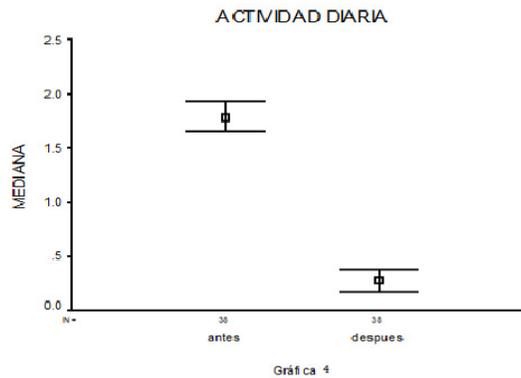
En la gráfica 2 se observan los resultados de la encuesta postoperatoria a un año de la cirugía de mínima invasión. Se puede observar la mejoría en todas las áreas estudiadas, siendo la mayor en relaciones personales y actividad diaria. El mayor porcentaje de pacientes no sufren ningún impacto en la percepción de la calidad de vida por la incontinencia urinaria.

Las siguientes gráficas muestran según la prueba de Wilcoxon, la disminución del impacto en la calidad de vida de los diferentes rubros (3 a 6 de las gráficas) de las actividades en la vida diaria de las pacientes, antes y después de la cirugía.

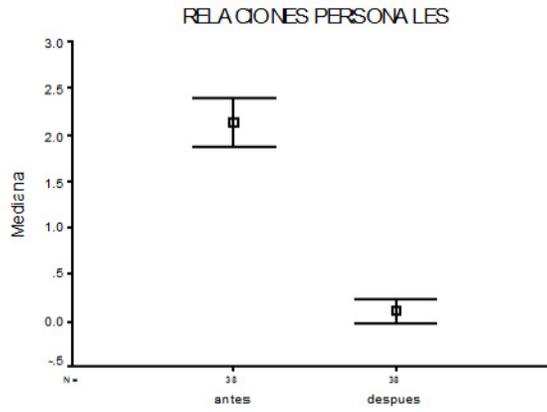
AFA= Actividad Física Antes, ADA= Actividad Diaria Antes, RPA= Relaciones Personales Antes, SEA= Salud Emocional Antes, AFD= Actividad Física Después, ADD= Actividad Diaria Después, RPD= Relaciones Personales Después, SED= Salud Emocional Después. Estos resultados son basados en rangos positivos con la prueba de Wilcoxon. A menor puntuación menor afectación en la percepción de la calidad de vida.



Gráfica 3. Se muestra el resultado de 2.4 antes y 0.3 después de la cirugía dando el significado estadístico.

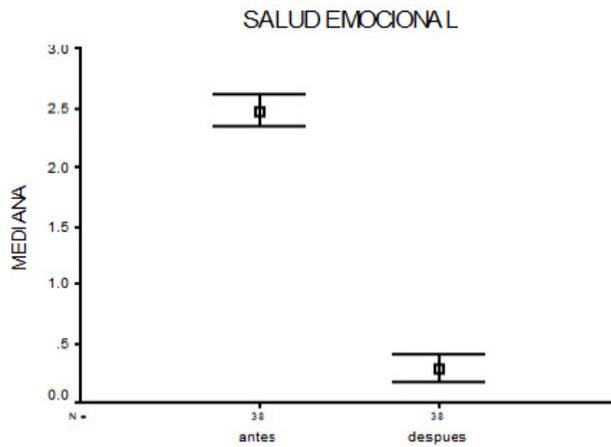


Gráfica 4. Antes el 1.6 y después 0.3 en Actividad Diaria.



Gráfica 5

Gráfica 5. Muestra la significancia estadística antes y después en las Relaciones Personales. Antes de la cirugía es 2.2 y después es 0.1.



Gráfica 6

Gráfica 6. En Salud Emocional, antes y después muestra 2.4 de afectación con Wilcoxon y después 0.3.

DISCUSIÓN

Los resultados en este estudio son positivos en cuanto a la mejora de la percepción de la de la calidad de vida que se vio impactada por la incontinencia urinaria.

Actualmente la mayoría de estudios relacionados con el tratamiento de la IUE evalúan el éxito de las cirugías solo con resultados de continencia urinaria. En este trabajo se evalúa el de esa continencia que las pacientes expresan en su vida diaria y que se refleja en la calidad de vida y su percepción por cada una de las pacientes.

El resultado de las encuestas IIQ-7 es apoyado por los resultados de la estadística descriptiva con la prueba de Wilcoxon, haciendo más objetivo el resultado positivo en cuanto a la percepción de la mejora en la calidad de vida. Independientemente de los antecedentes, paridad, edad, cirugías ni alguna otra variable que pudiera empeorar los resultados, las pacientes en general mejoraron su percepción de la calidad de vida en el quehacer diario.

En el porcentaje general (tabla 1) se muestra en la preoperatoria una porcentaje general elevado de impacto negativo en la percepción de la calidad de vida. En ese mismo porcentaje general postoperatorio se disminuye el impacto considerablemente.

En el resultado porcentual por rubros pre operatoria (gráfica 1) de las encuestas IIQ-7 se vieron afectadas la gran mayoría de las pacientes, sin embargo los rubros de actividad diaria y salud emocional fueron los que más tuvieron resultados negativos.

En la postoperatoria (gráfica 2) se observa la mejora general en porcentaje y se mantienen los mismos rubros de actividad física y salud emocional siendo los más afectados negativamente. Los resultados de la prueba de Wilcoxon valora al IIQ-7 como un buen instrumento para valorar la percepción de la calidad de vida pre y post operatoria de las cintas suburetrales sin tensión para incontinencia urinaria de esfuerzo, y valor estadístico del estudio siendo todos los resultados postoperatorios menores de 0.4 en medianas y cuartiles.

La incontinencia urinaria de esfuerzo puede ser causada por la pérdida de soporte anatómico de la uretra y de la unión uretrovesical, lo cual hace que la porción de la uretra se desplace debajo de los planos de los músculos pubococcigeos quedando así fuera de la zona de presión intra-abdominal; de esta manera un aumento súbito de presión vesical debido al esfuerzo no es transmitido a la uretra; se invierte así el gradiente normal y la presión intra-vesical es mayor que la intra-uretral y así la pérdida involuntaria de orina.

Las cintas suburetrales dan un soporte a esta zona anatómica que impide el desplazamiento de la uretra por fuera de la cavidad abdominal, dejando que la presión se mantenga. Esto genera continencia y mejor control vesical.

La calidad de vida en pacientes con IUE determina la necesidad de cirugía para mejorar la percepción de la calidad de vida en muchas actividades diarias.

Bajo ciertas condiciones, la incontinencia urinaria de esfuerzo tiene un alto éxito al ser tratada con la cirugía mínimamente invasiva.

CONCLUSIÓN

Se puede concluir con los resultados obtenidos en la encuesta II-Q7, que la mayoría de las pacientes a un año de la cirugía de mínima invasión, mejoran la percepción de la calidad de vida en general a un año de realizada la cirugía. Y que tanto en relaciones personales, sociales, la salud emocional, y en las actividades diarias, las pacientes mejoran marcadamente, pero no así óptimamente respecto a la actividad física. La cirugía de mínima invasión con cintas suburetrales en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, cumplen el objetivo de mejorar la percepción de la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams P, Cardozo L, et al, The standarization of terminology of lower tract function: report from the standarization sub-committee of the international continence society. *Naurourol Urodyn* 2002; 21:167-78.
2. Minaire P, Jacquetin B. The prevalence of female urinary incontinence in general practice. *J Gynecol Obstet Biol Repord (Paris)* 1992;21:731-8.
3. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. S.G. Aguilar-Navarro M.I.G. Instituto Nal de C.M. y N. Salvador Zubirán. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*; 15(1): 52-56.
4. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio de población abierta. M Velázquez M, H.H. Bustos, G. Rojas, E. Neri. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75:34-58.
5. Kelleher CJ, Cardozo LD, Toozs-Hobson PM. Quality of life and urinary incontinence. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1995;7:404-8. Nilsson CG, et al. A multicenter study of tension-free vaginal tape (TVT) for surgical treatment of stress urinary.
6. Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO, 1994.
7. BONICATTO, S.; Soria J. J. (1998). WHOQOL, Los Instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Manual del Usuario. La Plata, CATA.
8. Association Between Urogenital Symptoms and Depression in Community-Dwelling Women aged 20 to 70 Years. Carl Huibert van der Vaart, Jan-Paul W.R. Roovers, J. Rob J. de Leeuw, A. Peter M. Heintz *Urology* April 2007 (Vol. 69, Issue 4, Pages 691-696)World
9. A.C.O.G. Technical Bulletin 213 " Urinary Incontinence" October 1995.
10. Plzak 3rd L, Staskin D. Genuine stress incontinence theories of etiology and surgical correction. *Urol Clin NorthAm* 2002;29:527-35.
11. Bent A. Causas y tratamientos de la inestabilidad del detrusor y la incontinencia mixta. *Clin Ginecol Obstet* 1989;4:847
12. Petros PE. The Female Pelvic Floor: Function, Dysfunction and Management According to the Integral Theory. 2008;20:30-55.

13. Enhorning G. Functional sphincterometry-a test for stress incontinence. Urol Int 1960;10:129-36
14. Ubersax, J.S., Wyman, J.F., Shumaker, S.A., McClish, D.K., Fantl, J.A., & the Continence Program for woman Research Group. (1995). Short form to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in woman: The incontinence impact questionnaire and the urogenital distress inventory. Neurourology and Urodynamics, 14, 131-139.
15. Ulmsten U. Petros P. Intravaginal slingplasty (IVS): an ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence. Scand J Urol Nephrol 1995;29:75-82.
16. Delmore E. Transobturator urethral suspension: mini-invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinences in women. Prog Urol 2001;11:1306-13.
17. Granjon A, Parent B. Retropubic suspension of the urethra and bladder neck in woman.
18. Brett J. Vassallo, MD, Steven D. Kleeman, MD, Jeffrey L. Seagal, MD, Peggy W. RN. Tension-Free Vaginal Tape: A Quality-of-Life Assessment. 2002;100:528-24.
19. **Referencia.** Ubersax, J.S., Wyman, J. F., Shumaker, S. A., McClish, D. K., Fantl, J. A., & the Continence Program for Women Research Group. (1995). Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: The incontinence impact questionnaire and the urogenital distress inventory. Neurourology and Urodynamics, 14, 131-139.

ANEXOS

Anexo 1 (original).

Cuestionario de impacto de la incontinencia urinaria IIQ-7:

Algunas personas encuentran la pérdida de orina pueden afectar sus actividades, relaciones personales y sentimientos.

La pérdida de orina le afecta:

Ninguna Existente mínimo Moderado Abundante
.....0.....1.....2.....3.....

1. ¿Habilidad para hacer actividades del hogar (Cocinar, limpieza general de la casa, lavar)?
2. ¿Pasatiempos físicos, como caminar, nadar u otro ejercicio?
3. ¿Actividades de entretenimiento (películas, conciertos, etc.)?
4. ¿Habilidad para viajar en automóvil o transporte más de 30 minutos?
5. ¿Participación en actividades sociales fuera de casa?
6. ¿Salud mental (nerviosismo, depresión, etc.)?
7. ¿Se siente frustrada?

Cuestionario IIQ-7.

El cuestionario IIQ-7 calcula el reflejo de cuanto afecta la pérdida de orina diferentes actividades de la paciente, así se hace más objetiva la calidad de vida.

Consta de 7 preguntas que se califican con 4 constantes: 0, 1, 2 y 3.

Donde 0 es “ninguna”, 1 “existente mínimo”, 2 “moderado” y 3 “abundante”.

Las preguntas 1 y 2 son relacionadas a la actividad física. Las preguntas 3 y 4 relacionadas a viajes. La pregunta 5 refleja las relaciones personales y sociales. Y finalmente las preguntas 6 y 7 reflejan la salud emocional.

La calificación promedio de las preguntas está calculada. El promedio resultante de 0 a 3 es multiplicado por $33 \frac{1}{3}$ para poner los resultados en una escala de 0 a 100.

Este documento fue editado e
impreso en los talleres de



“EXPERTOS EN IMPRESIÓN Y
ENCUADERNACIÓN DE DOCUMENTOS”
www.mitesis.mx

 01 800 841 39 47
copilco@mitesis.mx