



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Hospital Juárez de México

Especialidad de Ginecología y Obstetricia

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTERICIA

“Mejoría en la calidad de vida en pacientes post operadas de colocación de malla Ophira como tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en el Hospital Juárez de México seguimiento a un año”.

AUTOR DE TESIS:

Violeta Fabiola Machuca Hernández.

Medico residente de cuarto año de ginecología y obstetricia

Asesor:

Dr. Juan Jiménez Huerta.

Medico con Posgrado en Ginecología y Obstetricia.

Asesor metodológico:

Dr Jose Maria Tovar Rodriguez

Ciudad de México, junio de 2018.



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.

AUTORIZACION DE TESIS

VICTOR MANUEL FLORES MENDEZ

JEFE DE DIVISION DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

DR. JUAN JIMENEZ HUERTA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO Y TUTOR DE TESIS

DR. JOSE MARIA TOVAR RODRIGUEZ

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

DRA. VIOLETA FABIOLA MACHUCA HERNANDEZ

TESISTA

INDICE

DEDICATORIA.....pag.4

AGRADECIMIENTOS.....pag.5

LISTA DE TABLAS Y FIGURASpág. 6

ABREVIATURAS.....pág. 7

MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTESpág. 8

MARCO TEORICOpág.9

JUSTIFICACIONpág 24

OBJETIVOSpág 25

HIPOTESISpág 25

MATERIAL Y METODOSpág 25

TIPO DE ESTUDIO.....pág 25

TAMAÑO DE LA MUESTRApág 25

VARIABLESpág 26

ANALISIS ESTADISTICOpág 26

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADESpág 27

CONSIDERACIONES ETICAS.....pag 28

RESULTADOSpag 28

ANALISIS DE RESULTADOSpág 28

DISCUSIONpág 30

CONCLUSIONESpág 30

BIBLIOGRAFIApág 31

DEDICATORIA

A MIS PADRES POR SIEMPRE APOYARME Y GUIARME CON SU BUEN EJEMPLO.

A MIS HERMANOS POR SU COMPAÑÍA Y CARIÑO.

A MIS SOBRINOS QUE SON MI MAYOR FELICIDAD.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por brindarme su apoyo a lo largo de mis estudios, padres que a diario realizan su mayor y mejor esfuerzo para alcanzar que dentro del transcurso de mi vida, nunca tuviera necesidades que perturben el desarrollo de esta misma.

A mis hermanos por darme tanto momentos de felicidad, por mis sobrinos maravillosos.

A mis maestros por confiar en mi, gracias a cada uno de ellos por haber tomado la excelente decisión de hacerse partícipes del arte de enseñar y resolver muchos de mis errores y llevarme nuevamente de su mano, por momentos felices de risas y aprendizajes, gracias a cada uno de ellos por dejar sus hogares para poco a poco formarnos como futura cabeza de nuestros propios hogares, gracias a todos ellos, gracias a Dios por los maestros y a los maestros por creer en nosotros.

A mis compañeros de residencia, todos que de una manera u otra hacemos parte de una familia y estamos unidos, mediante *vínculos, sociales, morales o religiosos*; pero en el momento que empiezas a compartir tiempo y experiencias maravillosas con estas personas y crecen de la mano, ellas comienzan a hacer parte de ti, e inician a formar parte de tu historia y de lo que será de ti; **se han convertido en nuestra segunda familia.**

LISTA DE GRAFICAS

Grafica 1.-porcentaje de mujeres que recuperaron la continencia urinaria y con ello su calidad de vida a un año de la colocación de malla Ophira PÁG.29

GRAFICA 2.- Porcentaje de pacientes que presentaron complicaciones asociadas a la colocación de malla Ophira. PÁG 29

GRAFICA 3.-Porcentaje de las complicaciones encontradas relacionadas con la colocación de malla Ophira. PÁG 30

LISTA DE ABREVIATURAS

IUE.....	INCONTIENCIA URINARIA DE ESFUERZO
POP	PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS
ICS	INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY
IMC	INDICE DE MASA CORPORAL
HJM	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
HTA.....	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL
HVR	HISTERECTOMIA VAGINAL RECONSTRUCTIVA
HTL	HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA
(n)	NUMERO
Min.....	MINUTO
CC.....	centímetros cúbicos
IMC.....	índice de masa corporal
Kg/m2.....	kilo por metro cuadrado
DM2	DIABETES MELLITUS TIPO 2
TOT	CINTA TRANSOBTURADOR
TVT	CINTA LIBRE DE TENSION
GR -A	GRADO DE RECOMENDACION A
GR-B.....	GRADO DE RECOMENDACIÓN B
GR-C.....	GRADO DE RECOMENDACIÓN C
NE-1	NIVEL DE EVIDENCIA 1
NE-2	NIVEL DE EVIDENCIA 2
NE-3.....	NIVEL DE EVIDENCIA 3

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

La Sociedad Internacional de Continencia definió en Febrero de 1977 la incontinencia de orina como aquella condición en la que la perdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrada, crea un problema social e higiénico.

El Siglo XX la rápida evolución de la tecnología y las intervenciones relacionadas con la ginecología y urología femenina se mantuvo en el siglo xx en 1913 , Kelly describió por primera vez su sutura de plicatura anterior una sutura en colchonero horizontal colocada en la unión uretro-vesical con la que efectuaba una plicatura eficaz de la fascia pubo-cervical. La sutura de Kelly provocaba un estrechamiento de una uretra permeable, así como una elevación uretro-vesical, y era el componente esencial de la colporrafia anterior para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Aunque en cierto modo, eficaz y popular la incontinencia de esfuerzo recidivaba con frecuencia. En consecuencia se idearon diversas operaciones de cabestrillo sub uretral fascial y muscular para tratar este problema con el objetivo de ofrecer un soporte adecuado a la uretra y crear una una acción esfinteriana muscular que sustituyera a la que se había perdido.

A comienzos del siglo xx se emplearon intervenciones de transposición muscular para crear un cabestrillo bajo la uretra con el musculo recto del abdomen, el musculo piramidal y elevador del ano.

En 1917 Stoeckel, basándose en el trabajo precedente de Goebell(1910) y frangenheim, fue el primero en combinar la plicatura del esfínter y uso de un cabestrillo fascial con un éxito total .

En1942 Aldridge describió una técnica para efectuar una incisión suprapúbica transversal y obtener tiras bilaterales de la fascia insertada en la línea media. Las tiras de fascia se bajaban a través del musculo recto del abdomen, por detrás de la sínfisis, y se unian en modo cabestrillo por debajo de la uretra. Aldridge fue uno de los primeros en recalcar que gran parte de la incontinencia de esfuerzo podía deberse a una alteración secundaria a un traumatismo obstétrico.

El cabestrillo de fascia del musculo recto del abdomen de Aldridge se convirtió en el modelo para las intervenciones similares de cabestrillo fascial que se utilizaron como tratamiento de la incontinencia de esfuerzo recidivante y la deficiencia esfinteriana durante los 50 años siguientes.

En 1949, un urólogo neoyorquino, Victor Marshall comenzó a desarrollar una operación para tratar la incontinencia urinaria masculina a mediados de los años cuarenta.

Utilizaba un abordaje suprapúbico para suspender la vejiga y el cuello de la vejiga mediante la colocación de suturas sueltas de catgut crómico en el periostio de la sínfisis y la vaina posterior del musculo recto del abdomen. A partir de entonces, colaboro con 2 ginecólogos, Andrew Anthony Marchetti y Kermit Edward Krantz nacido en 1923 a fin de perfeccionar y modificar la intervención para tratar la incontinencia en las mujeres. Durante medio siglo posterior la intervención de Marshall- Machetti -Krantz fue la técnica de referencia para la incontinencia urinaria femenina.

La necesidad agudiza el ingenio y esto dio lugar a una modificación de la intervención en 1961, cuando John Christopher Burch fue incapaz de fijar suturas al periostio retropúbico y, finalmente encontró el sostén que necesitaba en los ligamentos de Cooper. Su publicación sobre esta intervención sigue siendo uno de los métodos mas sencillos, de mas amplia aceptación y mas estudiados de elevar la unión uretrovesical en casos de incontinencia urinaria de esfuerzo.

La restauración de la continencia urinaria es hoy uno de los mayores desafíos en el campo de la ciencia médica, dado el creciente interés de la opinión pública y los medios en el bienestar y la calidad de vida de las mujeres. Las mejoras en el diagnóstico y tratamiento clínico y la llegada repentina de cirugía mínimamente invasiva han revolucionado el tratamiento quirúrgico en casos de IUE primaria. El objetivo de la tendencia actual de la cirugía contra la incontinencia es lograr los mismos resultados que las técnicas tradicionales, pero utilizar enfoques mínimamente invasivos realizados en cirugía ambulatoria, con ventajas obvias en comparación con los procedimientos tradicionales.

El estudio y comprensión de fisiopatología de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) ha mejorado constantemente en la década pasada, lo que resulta en el desarrollo de muchas técnicas. Basado en la teoría integral, Petros y Ulmsten propusieron la cinta vaginal sin tensión (TVT). De acuerdo a esta teoría, una cinta en uretra media puede estabilizar la uretra durante el esfuerzo sin modificar la movilidad uretral. Ulmsten primero introdujo el procedimiento de TVT para incontinencia urinaria de esfuerzo en 1995, y pronto se hizo conocido en todo el mundo, con un informe con tasa de curación de > 80% .

Palma presentó la minisilación Arc-to-Arc como alternativa al procedimiento TVT en 1999. En 2001, Delorme desarrolló la técnica de la cinta transobturadora (TOT) para reducir complicaciones perioperatorias relacionadas con el paso ciego de las agujas en el espacio retropúbico.

Varios estudios informaron altas tasas de curación y bajas complicaciones para TOT y, con base en hallazgos urodinámicos preoperatorios y clínica postoperatoria, uroflujometría y prueba de tos, los autores han discutido los mecanismos responsables del éxito de este tratamiento.

La mayoría de las complicaciones descritas de los cabestrillos retropúbicos están relacionados con la naturaleza ciega de estos procedimientos.

En el estudio y modificación de cintas aparece el sistema Ophira es un innovador sistema anatómico implica el anclaje de una cinta medio uretral de baja tensión a los músculos internos del obturador bilateralmente a nivel de el arco tendinoso a través de una única incisión vaginal. La razón fundamental es reforzar el ligamento uretro pélvico con un cinta transobturadora.

MARCO TEORICO

En la presente tesis nos proponemos estudiar la eficacia del tratamiento quirúrgico con malla ophira a un año de su aplicación, con el objetivo de conocer cuantas pacientes recuperaron su calidad de vida.

La incontinencia urinaria de esfuerzo tiene una alta prevalencia en la población general, que es mayor en la población femenina y que la misma aumenta con la edad, sin embargo las estadísticas están muy subestimadas, ya que muchas mujeres lo padecen pero pocas piden ayuda, o reciben tratamiento, inclusive muchas de estas mujeres lo consideran propio de la edad adulta, y solo pedirían ayuda precisamente en las que se ve afectada su calidad de vida.

Para entender este estudio nos proponemos explicar algunos puntos básicos como lo son definir la incontinencia urinaria, el conocimiento fisiopatológico de la misma, los métodos diagnósticos para esta enfermedad, así como las indicaciones del tratamiento quirúrgico con malla Ophira conocido genéricamente, como bandas libres de tensión, sin embargo se comentara sus características y técnicas de aplicación así como los beneficios.

DEFINICION DE INCONTINENCIA URINARIA

Actualmente La Sociedad Internacional de Continencia (International Continence Society) define la incontinencia urinaria (IU) como “la pérdida involuntaria de orina por la uretra debida a una disfunción vesical o esfinteriana que se puede demostrar objetivamente y que suele ser un problema social e higiénico”.

EPIDEMIOLOGIA

Es difícil conocer con exactitud las cifras de prevalencia real de la incontinencia urinaria en la mujer, por ser un síntoma al que muchas mujeres, y en ocasiones

desde el propio ámbito sanitario, presentan poca atención y consideran como una consecuencia natural de la paridad y/o del envejecimiento.

Por ello, las cifras publicadas en la literatura varían extraordinariamente, de modo que en los países industrializados se dan tasas de prevalencia que oscilan entre el 8% y el 53%.

Es 2 veces más frecuente en la mujer que en el hombre, estimándose que 1 de cada 5 mujeres de 30-50 años ha pasado por algún episodio. La IU es un problema común en la población aparentemente sana, aunque las cifras de prevalencia en la comunidad son muy variables situándose en un 0,6-49%.

La IU aparece alrededor de los 40 años y se acentúa de forma paulatina con la edad. Se asocia con el climaterio, con determinadas enfermedades y con otros factores de riesgo, como número de partos vaginales, estreñimiento, cirugía pélvica, obesidad, tipo e intensidad de ejercicio practicado y ciertos fármacos.

Hasta la actualidad la Incontinencia Urinaria (IU) había sido valorada como un síntoma o condición, pero últimamente, a través de estudios epidemiológicos, refleja un problema médico, social y económico.

Desde el punto de vista clínico, la incontinencia se puede dividir en tres tipos:

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO:

La International Continence Society (ICS) define la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) como "la queja de cualquier pérdida involuntaria de orina por esfuerzo o esfuerzo físico (por ejemplo, actividades deportivas) o por estornudar o toser" [1]. Este es el tipo de incontinencia más comúnmente reportada por pacientes con condiciones crónicas de tórax, condiciones que elevan la presión abdominal en la vejiga.

Este diagnóstico por síntomas, signos e investigaciones urodinámicas implica el hallazgo de pérdida involuntaria durante la cistomanometría de llenado, asociada con aumento de la presión intraabdominal, en la ausencia de una contracción del músculo detrusor, la incontinencia de esfuerzo es más común en mujeres de mediana edad.

La incontinencia de urgencia (UUI) es la pérdida involuntaria de orina asociada con un impulso repentino de orinar (urgencia); esta condición se debe a hiperactividad del detrusor (vejiga hiperactiva húmeda, VHA).

La incontinencia urinaria mixta es definida por la International Continence Society (ICS) como la queja de fuga involuntaria asociada con urgencia y también con esfuerzo físico, estornudos por esfuerzo o tos. Alrededor del 30% de las mujeres con incontinencia tienen incontinencia urinaria mixta (MUI), y el grado de molestia

en este grupo es mayor que la incontinencia urinaria de esfuerzo pura (IUE). En esta perspectiva, esta forma de incontinencia es importante para cristalizar en términos de evaluación diagnóstica y tratamiento. Ambos han demostrado ser difíciles para MUI.

CLASIFICACION DE INCONTINENCIA URINARIA:

La incontinencia puede ser el resultado de una disfunción vesical o esfinteriana :

Del interés de este estudio es la Incontinencia urinaria de esfuerzo que deriva de 2 etiologías principalmente la cual es la hipermovilidad uretral secundaria a la perdida de soporte pelviano, o la deficiencia intrínseca del esfínter:

La incontinencia anatómica: supone en 90-95% de la IU femenina de esfuerzo. Sobreviene por la pérdida del soporte pelviano de la vejiga y de la uretra, impidiendo este hecho que los mecanismos compensadores actúen durante las maniobras que aumentan la presión abdominal, produciéndose los escapes de orina.

Entre las causas de IU anatómica destaca el traumatismo obstétrico durante el parto por afectación de los mecanismos de soporte vesico-uretrales. Esta afectación variará dependiendo del número de embarazos. Otra causa importante, son los cambios posmenopáusicos, como consecuencia de la deprivación estrogénica, que conducen a una atrofia generalizada de todos los músculos, incluyendo la musculatura pélvica y vesico-uretral.

Cuando estos músculos se vuelven débiles, incluso la menor cantidad de esfuerzo producida por actividades cotidianas, por ejemplo, toser, estornudar, reír, hacer ejercicio o levantar objetos pesados, pueden producir una breve relajación de estos músculos, permitiendo que la orina se escape. Las causas más conocidas son :

- Debilidad del suelo pélvico. - Debilidad del esfínter ureteral casi siempre secundaria a cirugía o traumatismo.
- Debilidad del esfínter ureteral casi siempre secundaria a cirugía o traumatismo. En ocasiones si este tipo de incontinencia de esfuerzo se combina con Incontinencia de Urgencia, se denomina Incontinencia Urinaria Mixta (IUM).

Disfunción intrínseca del esfínter: se caracteriza por presentar el cuello vesical y la uretra proximal abiertos y en reposo en ausencia de contracciones del detrusor, lo que implica que la uretra proximal ya no actúe como esfínter.

FACTORES DE RIESGO

Existen algunos factores, que por diversos mecanismos, predisponen a la aparición de la IU y en algunos casos, a agravarla. Entre ellos destacan: sexo, paridad, embarazo, edad, tabaquismo la diabetes, la obesidad, antecedente de histerectomía, la depresión, la caquexia, la menopausia.

MORBILIDADES QUE AFECTAN CALIDAD DE VIDA

Aunque se trata de una enfermedad que no afecta a la supervivencia del paciente; tiene como consecuencia un notable impacto negativo en la calidad de vida, que produce una estigmatización y modificación del comportamiento social, perjuicios económicos, diversas enfermedades e inestabilidad psicológica.

La incontinencia urinaria es causa de morbilidad en las pacientes que la padecen, produciendo efectos en la salud y calidad de vida de las pacientes afectadas.

La incontinencia urinaria se puede evaluar desde distintas esferas:

Esfera física: Limitaciones en la práctica deportiva.

Esfera sexual: Disminución o pérdida del acto sexual, evitación de la pareja.

Esfera psicológica: Pérdida de autoestima, depresión, sentimientos de culpabilidad.

Esfera laboral y doméstica: Ausencias en el puesto de trabajo, disminución del tiempo laboral activo con constantes interrupciones. Dificultad para la realización de ciertas tareas domésticas.

Esfera social: Aislamiento domiciliario o familiar, disminución de la vida social, abandono de hobbies o aficiones.

Otras de las complicaciones que también destacan: candidiasis perineal, celulitis, infecciones del tracto urinario, úlceras de presión relacionadas con la humedad e irritación de la piel, fracturas por resbalamiento debido a las interrupciones del sueño en relación con la nicturia.

Calidad de vida

En los últimos años, el enfoque clínico y de investigación ha pasado de una descripción detallada y una evaluación del fenómeno de la incontinencia urinaria a

preguntar cómo la incontinencia urinaria y, en particular, cómo diferentes tipos de incontinencia urinaria afectan la calidad de vida de una mujer.

Todavía es importante medir las presiones en la uretra y en la vejiga (investigación urodinámica), mirar dentro de la vejiga (cistoscopia) y visualizar el piso pélvico junto con la uretra y la vejiga. Pero estos procedimientos de diagnóstico deben realizarse junto con una evaluación del impacto de la incontinencia urinaria y cualquier otro síntoma del tracto urinario inferior en las actividades diarias, laborales, sociales y sexuales.

Es decir, la mayoría de los pacientes están menos interesados en si tienen una mayor presión uretral que si pueden trabajar en su jardín o para poder encontrarse con sus amigos e ir a un concierto por la noche sin la preocupación de experimentar un episodio de incontinencia urinaria

Cada estudio de una intervención terapéutica para la incontinencia urinaria debe por lo tanto evaluar la calidad de vida. La presente revisión describe formas de medir la calidad de vida de estos pacientes, examina el impacto de las diferentes formas de incontinencia urinaria en la calidad de vida y evalúa las opciones terapéuticas para mejorar la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria.

Cómo medir la calidad de vida?

La calidad de vida, como la felicidad, es un término general: todos sabemos lo que significa, pero para cada paciente la calidad de vida tiene su propio significado, por dos razones.

Primero, la calidad de vida tiene muchos aspectos.

¿Estamos hablando de dinero e ingresos, de la calidad de una relación íntima y de la vida familiar, de la satisfacción con el trabajo o de la salud física o mental?

La incontinencia urinaria puede afectar particularmente la higiene personal, las actividades recreativas y relacionadas con el trabajo y la vida sexual.

En segundo lugar, debemos diferenciar cómo un paciente en particular se ve afectado por la incontinencia urinaria. A algunas mujeres les molesta tener que usar protección sanitaria, algunas pierden la capacidad de practicar su deporte favorito, mientras que otras lamentan el impacto negativo de la incontinencia urinaria en la calidad de una relación íntima y en su vida sexual. Diferentes pacientes tendrán diferentes prioridades.

Instrumentos para la evaluación de la calidad de vida

Para evaluar y cuantificar la relación entre la incontinencia urinaria y la calidad de vida, necesitamos instrumentos. Deben evaluar pacientes de manera individual en la clínica, estudiar la incontinencia y la calidad de vida en grupos de mujeres lo más

útil cuando se estratifican por parámetros de interés y también evaluar el efecto del tratamiento.

Una evaluación básica de la calidad de vida siempre implicará simplemente hablar con el paciente y llevar una historia completa, pero además dos tipos de instrumentos se han convertido en estándares de facto en la evaluación de un paciente con incontinencia urinaria: el diario vesical y los cuestionarios.

Diario vesical

El diario vesical es una herramienta simple que requiere cierta cooperación del paciente y proporciona información valiosa sobre los hábitos de bebida, los patrones de micción y la pérdida de orina.

Los formularios preconfeccionados están ampliamente disponibles en organizaciones científicas o en la industria, por ejemplo, en el sitio web de la Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA), o bien pueden diseñarse e imprimirse fácilmente localmente.

Durante un período continuo de 24 horas o 48 horas, el paciente debe anotar el momento y la cantidad de ingesta de líquidos y orina, los episodios de pérdida y urgencia de la orina e información adicional por ejemplo, actividades y cambios en el toalla sanitaria.

El diario vesical tiene dos propósitos muy valiosos. Primero, proporciona una buena estimación de cuánto bebe el paciente y la cantidad de orina que pierde en un período de 24 horas.

Además, la distribución entre la producción de orina durante el día y durante la noche se puede ver fácilmente, así como la distribución de la orina anulada durante el día. Estos números pueden estar relacionados con la ingesta de líquidos. El número de pérdidas y la distribución durante 24 h también se registrarán en el formulario.

- Cálculos del diario vesical.
- Ingesta total de líquidos (24 h)
- Cantidad total de orina (24 h)
- Día de la ingesta de líquidos
- Cantidad de día de orina
- Cantidad de orina por la noche

Cuestionarios

Aspectos importantes de un cuestionario son las áreas cubiertas, el número de preguntas y el uso de un puntaje. Se debe dar preferencia a los cuestionarios que han resistido la prueba del tiempo y son ampliamente utilizados y aceptados.

Los cuestionarios sirven para varios propósitos. Son una ayuda para el clínico al tomar la historia de un paciente, y pueden aclarar las quejas y los síntomas del paciente. También facilitan la categorización y las comparaciones de los síntomas de diferentes pacientes, lo cual es especialmente importante en la investigación. Además, ayudan a definir el impacto del tratamiento, por ejemplo, la cirugía, en la calidad de vida de un paciente.

A veces, un puntaje puede ser útil para resumir los síntomas de un paciente, pero este no es siempre el caso. Los cuestionarios del tipo que evalúan la calidad de vida se desarrollaron originalmente en las ciencias sociales.

El abordaje médico de los problemas de un paciente siempre ha sido más holístico, y el hecho de que estos cuestionarios tiendan a descomponer una condición en una serie de síntomas específicos a menudo para producir una puntuación total en una escala puede reducir su utilidad clínica.

En cambio, las preguntas amplias e inclusivas, como "¿cómo calificaría su mejoría después de la terapia?" O "¿recomendaría este procedimiento a un amigo?", Se han vuelto populares en el uso clínico, e incluso se utilizan en la investigación de resultados.

La mayoría de los cuestionarios no abordan el contexto personal, económico o social en el que se evalúa el impacto en la calidad de vida.

Enfocándonos en la incontinencia urinaria de esfuerzo, en pacientes que recibieron tratamiento con malla Ophira, fue de utilidad para valorar como intervenía este padecimiento en su calidad de vida, el cuestionario que se utiliza en la práctica clínica habitual por su sencillez y fiabilidad es el ICIQ-UI SF diseñado por Avery y cols. de igual manera será uno de los métodos para evaluar su evolución a un año del tratamiento este cuestionario esta conformado con 4 áreas:

- Frecuencia de las pérdidas.
- Cantidad.
- Impacto.
- Circunstancia que desencadenan la incontinencia urinaria.

Impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida

Las mujeres que experimentan incontinencia urinaria tendrán su calidad de vida afectada de diferentes maneras. Esto dependerá en gran medida de la gravedad de la incontinencia urinaria, pero también de sus principales actividades y áreas de interés. Además, la imagen corporal y la forma en que una mujer maneja los problemas médicos influirán en cómo reacciona ante la incontinencia urinaria. En general, los síntomas de urgencia y en particular la incontinencia de urgencia tienen un mayor impacto negativo en la calidad de vida que la incontinencia urinaria de esfuerzo porque en este último las mujeres saben cuándo esperar episodios de fuga y con frecuencia pueden mantener la cantidad de orina la vejiga baja en estos momentos.

Se pueden describir tres amplias áreas donde la incontinencia urinaria afecta la calidad de vida de un paciente.

Vida diaria

Es difícil dar una simple medida resumida del efecto de la incontinencia urinaria sobre la calidad de la vida cotidiana porque entran en juego muchos factores: el tipo de actividades profesionales y domésticas en las que está involucrado un paciente, la gravedad de la incontinencia y la posibilidad de cuidar su higiene personal durante el horario laboral. Por ejemplo, una mujer conduciendo un autobús debe estar en su lugar de trabajo durante horas sin oportunidad de ir al baño, mientras que un maestro de clase podría estar muy preocupado de que sus alumnos noten su problema.

Actividades recreativas

En la sociedad postindustrial, la calidad de vida está determinada en gran medida por las oportunidades de actividades recreativas como deportes, pasatiempos y viajes. Muchas mujeres con incontinencia urinaria señalan que, si bien su estado general de salud puede ser satisfactorio, pasan por alto el hecho de que ya no pueden practicar su deporte favorito o participar en actividades sociales.

Es deber del médico, con la ayuda de una historia detallada y cuestionarios, averiguar qué actividades son más importantes para el paciente y discutir los planes de gestión y los posibles resultados.

Vida sexual

Es un signo de progreso que los médicos e investigadores hayan estado tomando nota de las preguntas sobre la satisfacción sexual y la salud al evaluar a los

pacientes y al hacer un trabajo de seguimiento, por ejemplo, después de los procedimientos quirúrgicos. La incontinencia puede ser muy embarazosa y problemática en la esfera sexual, y algunas mujeres pueden llegar a evitar por completo las relaciones sexuales íntimas. De nuevo, esto dependerá de la gravedad de la pérdida de orina, del tipo de incontinencia urinaria (estrés o urgencia) y de la actitud personal del paciente.

Es necesaria una historia sexual detallada porque hay evidencia de que la incontinencia urinaria de esfuerzo se asocia con la penetración de la vagina, mientras que la incontinencia de urgencia puede predisponer a la pérdida involuntaria de orina durante el orgasmo.

Las actitudes hacia la higiene personal varían ampliamente, y mientras que algunas mujeres pueden sentirse extremadamente incómodas incluso con la idea de perder una gota de orina, otras pueden adoptar un enfoque más práctico y anular su vejiga antes del coito.

Las preguntas sobre la incontinencia urinaria y la satisfacción sexual siempre deben incluirse en el contexto de la disponibilidad de una pareja sexual y de la calidad de la relación con un compañero.

Opciones terapéuticas para mejorar la calidad de vida

Es deber del médico desarrollar un plan de manejo que tenga en cuenta la gravedad del problema, el tipo de incontinencia y las expectativas del paciente. Una solicitud frecuente del paciente es para un procedimiento quirúrgico que eliminará por completo la incontinencia urinaria y la urgencia y devolverá su calidad de vida a lo que era.

En general, la incontinencia de esfuerzo pura puede de hecho abordarse mediante procedimientos quirúrgicos con una probabilidad muy alta de curación completa, especialmente en ausencia de factores de riesgo como la baja presión uretral en reposo. Sin embargo, la urgencia y la incontinencia de urgencia, que (como se señaló anteriormente) tienden a tener un impacto mucho mayor en la calidad de vida, son mucho más difíciles de manejar, y la curación completa casi nunca se logra.

Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo

La evaluación incluye la historia clínica y examen físico; se recomienda efectuar el análisis de orina y un diario vesical. El diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo se establece a partir de la historia clínica, aplicación de cuestionarios, pruebas de tos y urodinámica.

Es importante determinar el tipo de incontinencia urinaria, si existe incontinencia de esfuerzo, de urgencia, o ambas. La incontinencia de esfuerzo urodinámica es la pérdida involuntaria de orina durante la cistometría de llenado relacionada con aumento de la presión intraabdominal, en ausencia de la contracción del músculo detrusor.

No es necesario efectuar estudios de urodinamia para establecer el diagnóstico preciso de incontinencia urinaria de esfuerzo; sin embargo, puede ayudar a valorar la severidad del trastorno.

En el estudio VAlue (evaluación urodinámica) se analizaron dos grupos de pacientes: a uno se le realizó evaluación clínica (cuantificación de orina residual y prueba de tos) y al otro, además de las mismas evaluaciones, urodinamia.

No se encontraron diferencias en la disminución de los síntomas entre los grupos a 12 meses de seguimiento (77.2 vs 76.9%).

La American Urology Association también elaboró lineamientos de las valoraciones preoperatorias de pacientes ideales a recibir tratamiento para incontinencia urinaria de esfuerzo.

La mayor parte de los centros de referencia realizan urodinamia para seleccionar la cinta medio-uretral más adecuada para las pacientes con incontinencia de esfuerzo, especialmente si la alteración es severa, como en el caso de pacientes con deficiencia intrínseca del esfínter uretral.

El tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en la mujer es, por lo general multidisciplinario, incluyendo modificaciones del estilo de vida (vaciar bien la vejiga a intervalos regulares, evitar excitantes, tabaco, etc.) modificaciones del hábito corporal (perder peso); tratamiento conservador (ejercicios del suelo pélvico, tratamiento rehabilitador, etc.) y quirúrgico.

El presente estudio se enfocará en el tratamiento quirúrgico con malla ophira, por lo que expondremos las características, indicaciones, y técnica de su aplicación.

El Sistema Ophira es un enfoque anatómico innovador que implica el anclaje bilateral de una cinta de baja tensión a los músculos internos del obturador a nivel del arco tendinoso a través de una única incisión vaginal. Su razón de ser es reforzar el ligamento uretro-pelvíco con una cinta transobturadora.

Ophira permite un tratamiento mínimamente invasivo, puede ser implantado con anestesia local, incisión única y muy pequeña, tiempo quirúrgico corto, menor sangrado, menor dolor, y un periodo de recuperación más corto. Este sistema representa un avance hacia el procedimiento ambulatorio para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Es un implante desarrollado 100% en polipropileno, con un área suburetral formada por una malla de polipropileno Tipo 1, y dos brazos de fijación. Cuenta también con un introductor especialmente diseñado que se utiliza como instrumental de colocación. Mediante una incisión única e inserción precisa, Ophira ofrece un procedimiento eficiente y resultados clínicos consistentes.

Ophira, con su malla de polipropileno Tipo 1 y sus bordes termosellados, ofrece un excelente equilibrio de los principales requisitos biomecánicos: integración en los tejidos y baja elasticidad.

Una marca central, fácilmente identificable, ayuda a lograr una ubicación centrada y simétrica del sling. Ophira posee lazos de color azul insertados en la base de ambos brazos, que permiten realizar correcciones de tensión excesiva en el soporte suburetral durante el procedimiento. Estos lazos posibilitan adaptar el implante a la necesidad de tensión de cada paciente.

El sistema de fijación de Ophira posee un diseño exclusivo e innovador con múltiples puntos de fijación a lo largo de sus brazos autofijables. Este diseño ofrece una alta resistencia a la tracción y mayor confiabilidad en la fijación primaria, a diferencia de otros sistemas disponibles en el mercado, que presentan un único punto de fijación. Una fijación primaria confiable es crítica para el resultado final del tratamiento.

Int Urogynecol J

Fig. 1 a–c Surgical set. Detail of Ophira Mini Sling System antirotational tip and retractable insertion guide



TECNICA DE APLICACIÓN DE OPHIRA

Se puede realizar bajo anestesia local con 20 ml de lidocaína al 2% inyectada en la uretra media hacia el fórnix vaginal y avanzando 2cm hacia y a través de los músculos obturadores internos. Se realiza una incisión vertical de 2cm partiendo del meato urinario, una disección mínima lateral hacia el hueso púbico, preservando la fascia endopélvica previo a la inserción del implante un RIG es conectado a un brazo de fijación, guiado por el dedo índice del cirujano se introdujo la guía por detrás de la rama ascendente del hueso púbico a través del musculo obturador 1 cm arriba del fórnix vaginal.

Cuando mitad de la malla se encuentra dentro de la incisión, el botón de despliegue en el mango de la aguja se presiona, y el mini cabestrillo se mantiene en su lugar por las columnas de espina de pescado auto-ancladas, se realiza mismo procedimiento contralateral.

Para evitar tensión excesiva, una tijera Metzenbaum puede posicionarse entre la uretra y la malla para proporcionar una tensión libre con espacio de 2 mm. La pared vaginal se re-sutura. Después de cirugía, se coloca un tampón estéril en el sitio de la incisión para control de hemorragia, después del procedimiento, los pacientes egresan sin cateterismo urinario y el tampón puede retirarse 3 h después de la cirugía.

Int Urogynecol J



Fig. 2 a Local anesthesia; b vaginal incision; c dissection laterally toward the ascending ramus of the ischiopubic bone; d, e mesh insertion; f intraoperative stress test; g removal of retractable insertion guide; h fine adjustment of the mesh; i end of the procedure

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

La colocación de malla ophira como tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo a un año recupera la calidad de vida de las pacientes?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incontinencia urinaria de esfuerzo tiene una alta prevalencia en las mujeres, más del 40% de las mujeres de mediana edad presentan algún grado de incontinencia, y la incidencia está muy sub-registrada, debido a que muchas de ellas no buscan atención, pues no conocen los innovadores tratamientos de mínima invasión, y costo accesible, así mismo en el sector salud mejora notablemente los costos a las instituciones, en cuanto a comorbilidades provocadas por la propia incontinencia, es importante por ello conocer los beneficios que tiene el tratamiento de la incontinencia urinaria con malla ophira, en un seguimiento a un año, de esta manera podremos recuperar la calidad de vida de estas pacientes, ya que las pacientes tienden a permanecer en sus hogares por miedo a tener pérdidas de orina en lugares públicos, evitan tomar agua o hacer actividad física, inclusive algunas mujeres han comentado perder a sus parejas por esta situación, de esta manera podremos continuar ofreciendo un dispositivo de calidad como es la cinta medio uretral Ophira.

JUSTIFICACION

La restauración de la continencia urinaria es hoy uno de los mayores desafíos en el campo de la ciencia médica, dado el creciente interés de la opinión pública y los medios en el bienestar y la calidad de vida de las mujeres. El Hospital Juárez de México cuenta con personal altamente capacitado para ofrecer innovadores tratamientos, que permitan

Las mejoras en el diagnóstico y tratamiento clínico y la llegada repentina de cirugía mínimamente invasiva han revolucionado el tratamiento quirúrgico en casos de Incontinencia urinaria de esfuerzo.

El objetivo de la tendencia actual de la cirugía contra la incontinencia es lograr los mismos resultados que las técnicas tradicionales, pero utilizar enfoques mínimamente invasivos realizados en cirugía ambulatoria, con ventajas obvias en comparación con los procedimientos tradicionales.

OBJETIVOS

-Objetivo general

El objetivo principal es evidenciar la mejoría en la calidad de vida de las mujeres que padecían incontinencia urinaria de esfuerzo y recibieron tratamiento con malla ophira al menos a un año de seguimiento.

- Objetivo específico

El tratamiento con malla ophira para la incontinencia urinaria de esfuerzo presentó buenos resultados, regresando la calidad de vida a las pacientes y así mismo tuvo una baja incidencia de complicaciones.

Hipótesis:

Ho: Las pacientes post operadas de colocación de malla Ophira como tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo recuperan su calidad de vida.

H1: Las pacientes post-operada de colocación de malla Ophira como tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo presentan dispareunia.

MATERIAL Y METODOS

TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO: observacional, descriptivo y retrospectivo

POBLACION DE ESTUDIO

Se estudiarán los expedientes de 38 pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo en el Hospital Juárez de México, las cuales recibieron tratamiento con malla ophira, a las cuales se les realizará un cuestionario sobre incontinencia urinaria ICIQ-SF vía telefónica que valore su evolución a un año y su calidad de vida a un año del post-quirúrgico. Así mismo revisaremos las principales complicaciones e incidencia de las mismas.

Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida. Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero.

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta).
 Nunca 0
 Una vez a la semana 1
 2-3 veces/semana 2
 Una vez al día 3
 Varias veces al día 4
 Continualmente 5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.
 No se me escapa nada 0
 Muy poca cantidad 2
 Una cantidad moderada 4
 Mucha cantidad 6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nada Mucho

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.
 • Nunca.
 • Antes de llegar al servicio.
 • Al toser o estornudar.
 • Mientras duerme.
 • Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
 • Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
 • Sin motivo evidente.
 • De forma continua.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

39 mujeres con diagnostico de incontinencia urinaria de esfuerzo que recibieron tratamiento con malla ophira del 2015 al 2016.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Mujeres con diagnostico de incontinencia urinaria de esfuerzo tratadas con malla ophira.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes sin protocolo de estudio prequirúrgico completo, pacientes con diagnostico de incontinencia urinaria mixta o de urgencia, cirugías previas para tratar incontinencia urinaria, patología neurológica, o diabetes mellitus descontrolada.

DEFINICION DE VARIABLES:

Correccion de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

<p>COMPLICACIONES POST OPERATORIAS A LARGO PLAZO</p>	<p>PROCESOS MORBIDOS QUE SE PRESENTAN DESPUES DE UNA CIRUGIA</p>	<p>-INCONTINENCIA URINARIA A PESAR DE TRATAMIENTO -RETENCION DE ORINA -EXTRUSION DE MALLA</p>
---	---	--

		-FISTULAS VESICOVAGINALES
--	--	--------------------------------------

PROCEDIMIENTO.-

Revisión de expedientes de las pacientes post-operadas de colocación de malla Ophira como tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo en Hospital Juárez de México, para evidenciar la mejoría del padecimiento y que con esto permita recuperar la calidad de vida, así mismo mencionar, las principales complicaciones post-quirúrgicas a largo plazo, referidas como variables como son incontinencia urinaria que persista a pesar del tratamiento, dispareunia, extrusión de malla o fistulas vesico-vaginales.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
PRESENTACION DE PROTOCOLO													
RECOLECCIÓN DE DATOS													
VACIADO DE DATOS													
ANALISIS ESTADISTICO													
ENTREGA DE TESIS A INVESTIGACION													
ENTREGA DE TESIS A LA UNAM													

ASPECTOS BIOETICOS Y DE SEGURIDAD

La información obtenida de los expedientes, así como la recabada de cada uno de ellos, solo será para uso exclusivo del presente protocolo y respetando la confidencialidad de los mismos.

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó estadística descriptiva mediante datos cualitativos y porcentajes.

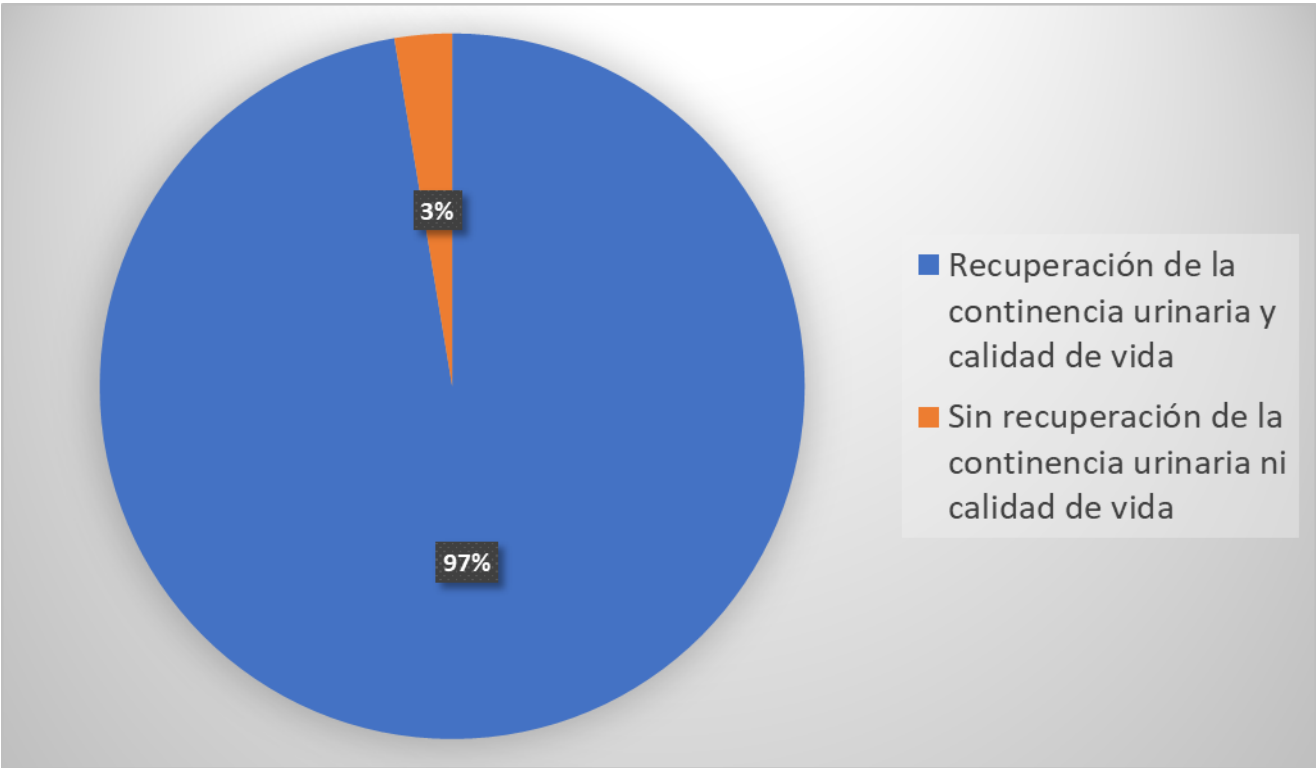
RESULTADOS.

El estudio fue de tipo retrospectivo y descriptivo se incluyeron 38 pacientes operadas, del 2015 a 2016 diagnosticadas con incontinencia urinaria de esfuerzo pura y con protocolo de estudio prequirúrgico completo, prueba de la tos positiva prueba de la toalla positiva, test del hisopo, y estudio urodinámico, que recibieron tratamiento quirúrgico con malla Ophira, en el quirófano del Hospital Juárez de México todas ellas con anestesia regional en su seguimiento a un año las pacientes refieren haber recuperado su calidad de vida en un 97.3% de la muestra estudiada al solucionar su problema de continencia.

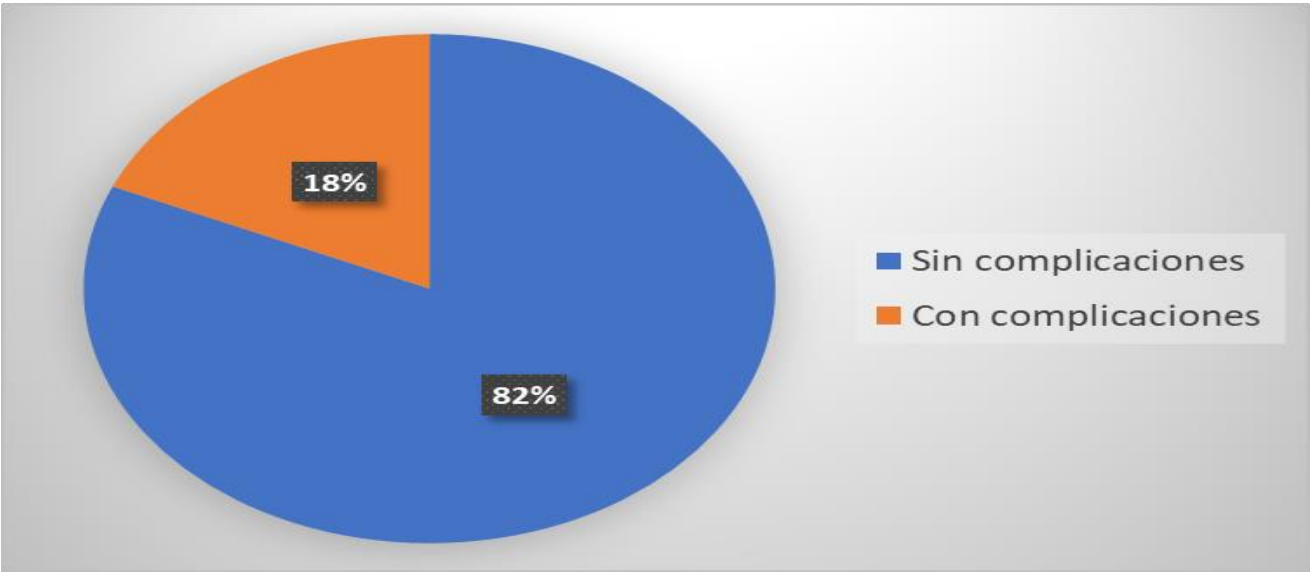
Las pacientes que refieren vida sexual activa, cinco de ellas que corresponden al 13.1 % de la muestra estudiada refieren dispareunia sin embargo, se refieren satisfechas al resolver su problema de continencia que no les permitía otras actividades como salir del hogar, viajar o practicar actividad física. Dentro de las complicaciones que se encontraron en esta revisión, la extrusión de la malla se presentó en dos casos correspondiente al 5.2% de la muestra, que tuvieron que ser sometidas a un segundo procedimiento quirúrgico para su retiro parcial, pero la continencia quedó resuelta.

En cuanto a un porcentaje exclusivo de complicaciones encontramos que la dispareunia es la complicación que refieren con mas frecuencia con un 71% de la muestra de este rubro, por esto en algunas revisiones bibliográficas considerarlo en mujeres que llevan vida sexual activa.

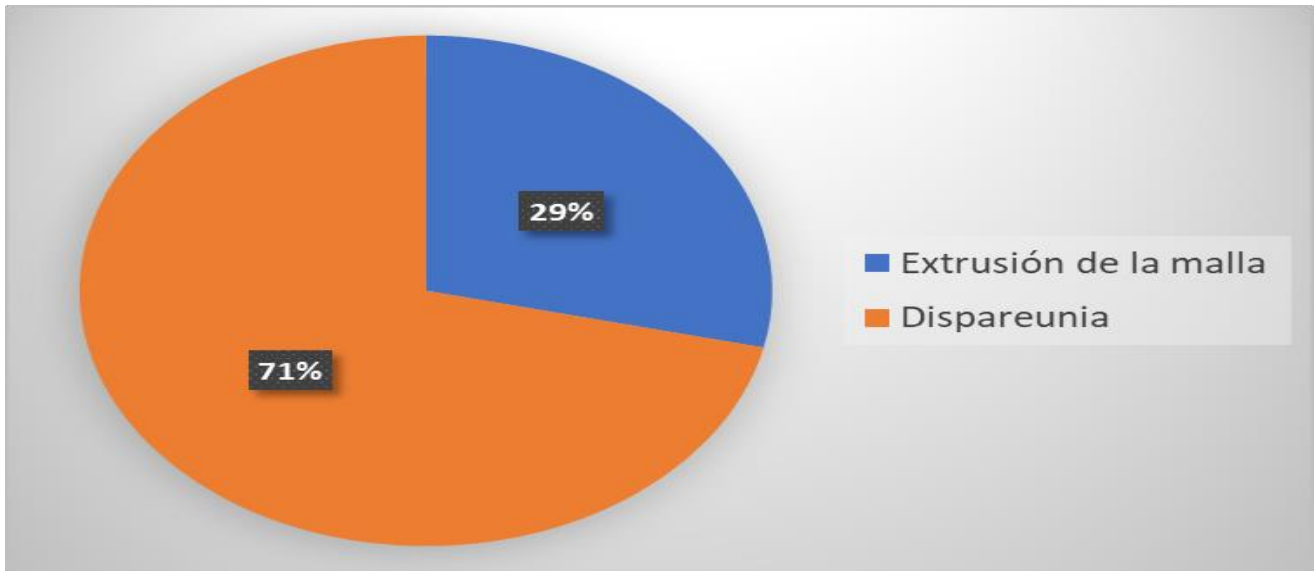
Una paciente refirió persistir con incontinencia de esfuerzo, además de prolapso de pared anterior por lo que al realizar una revisión del caso consideramos que no fue adecuadamente protocolizada, y no se brindó el tratamiento adecuado puesto que no fue corregido el prolapso, no se reportaron otras complicaciones como retención de orina o fistulas vesico-vaginales.



Gráfica 1.-porcentaje de mujeres que recuperaron la continencia urinaria y con ello su calidad de vida a un año de la colocación de malla Ophira.



GRAFICA 2.- Porcentaje de pacientes que presentaron complicaciones asociadas a la colocación de malla Ophira.



GRAFICA 3.-Porcentaje de las complicaciones encontradas relacionadas con la colocación de malla Ophira.

DISCUSION

Si bien los médicos generalmente buscan una cura "objetiva" cuando tratan a pacientes con incontinencia urinaria, en muchos aspectos los aspectos de la calidad de vida deberían ser el objetivo principal. Una amplia gama de herramientas están disponibles para evaluar todos los aspectos de la calidad de vida, desde el desempeño de las actividades diarias hasta la vida sexual, antes y después del tratamiento.

Prestar atención a los problemas de la calidad de vida nos ayuda a comprender mejor qué sienten nuestros pacientes y cuáles son sus necesidades. Un hecho muy positivo ha sido el reconocimiento de que, especialmente en la cirugía de incontinencia, es importante saber cuáles son las expectativas del paciente. Este es un requisito previo para desarrollar un plan de tratamiento con objetivos realistas. La evaluación del logro de estos objetivos y el impacto en la calidad de vida deben formar parte de cada plan de seguimiento.

CONCLUSIONES

El tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con malla Ophira recupera la calidad de vida en las pacientes en todas las escalas del cuestionario, presentado además otras ventajas demostrables por ser mínimamente invasivo, menos tiempo quirúrgico, menos sangrado, costo accesible, disminuye la estancia hospitalaria, por requerir corta estancia en la vigilancia del postquirúrgico, y baja incidencia de complicaciones, sin embargo es un tratamiento recomendado en

pacientes sin vida sexual activa, ya que la principal complicación referida por las pacientes es la dispareunia.

10.- Bibliografía

- 1. Haylen BT et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010; 29:4–20
- (1) Palma P., Riccetto C., Reges R., Fraga R., Miyaoka R., Hermann V., Marcondes T. Arcus to arcus microsling: technique and preliminary results. *Int Urogynecol J.* 19: 1133-1136. DOI 10.1007/s00192-008-0595-x. (2008)
- (2) Siniscalchi R T1, Dias F G F1, Fabro I D2, Santos A C P D1, Palma P1, Ricetto C1. 1. Division of Urology, University of Campinas – Unicamp, 2. Division of Engeneering, University of Campinas – Unicamp. Mechanical properties of mini sling fixation devices: Ophira® versus Mini Arc®. 41st Annual ICS Meeting. Glasgow, UK. Abstract #13016. (2011)
- (3) Palma P1, Riccetto C1, Bronzatto E1, Castro R2, Altuna S3. 1. University of Campinas - UNICAMP, 2. Federal University of São Paulo - Unifesp – Brazil, 3. Austral University Hospital - Buenos Aires – Argentina. What is the best indication for single incision mini slings? Insights from 2 year follow-up multicentric international study. *Int Urogynecol J.* 2013 Oct 30. [Epub ahead of print]. DOI 10.1007/s00192-013-2242-4. (2013)
- (4) Huebner Jana, Lobodasch Kurt, Brosche Torsten. DRK Krankenhaus Cernitz-Rabenstein, Gynecology, Chemnitz, Germany. Experience with Vaginal Mini-Sling Ophira: First Interim Analysis. 58. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Munich. Abstract #PO-Gyn 02.12. (2010)
- (5) P. P. Smith, R. K. Dhillon, M. Baptiste and A.S. Arunkalaivanan. Comparison of single-incision mid-urethral tape (Ophira™) and transobturator tape (Obtryx™) sub-urethral sling procedures for female stress urinary incontinence. *Journal of Clinical Medicine and Research.* Vol. 5(4), pp. 53-57, June, 2013. DOI 10.5897/JCMR12.019. (2013)
- (6) Arunkalaivanan A1; Smith P2; Baptiste M3. 1. University of Melbourne, 2. University of Birmingham, 3. City Hospital. Single-Incision Midurethral Tape (Ophira™) Vs Transobturator Tape (Obtryx™): Prospective Comparative Study – 2 Year Follow-Up. 44th ICS Annual Meeting 2014. Rio de Janeiro, Brazil. Abstract #245. (2014)
- (7) H. Enzelsberger1, I. Cemer 1, E. Kostersitz1, S. Enzelsberger2. Ophira® (Minisling) versus Monarc® (Tot) - A Prospective Randomized Study for the Treatment of Female Stress Urinary Incontinence at a follow-up of 20 months. 36th Annual Meeting of the International Urogynecological Association. Lisbon, Portugal. Abstract #281. (2011)
- (8) Ahn J H1, Chung H S1. 1. Incheon Sarang Hospital. Comparison of Single-Incision Mid-Urethral Tape (Ophira) and Transobturator Tape (Safyre) suburethral sling procedures for female stress urinary incontinence. 44th ICS Annual Meeting 2014. Rio de Janeiro, Brazil. Abstract #263. (2014)

(9) Mehmet Bilgehan Yuksel, Osman Kose , Ayhan Karakose, Sacit Nuri Gorgel, Yuksel Yilmaz, Bilal Gumus. 2013 Turkey. The comparison of short term results of transobturator tape and single incision midurethral sling procedures. Int J Women's Health Reproduction Sci Vol. 1, No. 3, Autumn 201. (2013)

(10) Pushkar D, Kasyan G, Godunov B, Gvozdev M, Lynova Y. MSMSU, Russia. Preliminary results of treatment of stress urinary incontinence with Ophira Mini-Sling. ICS/IUGA Meeting (Toronto, Canada) . Abstract #800. (2010)