

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ginecología y Obstetricia
para obtener el grado de Maestra en Ginecología y Obstetricia
Febrero 2012



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Fernanda Lucrecia Alvarado Fuentes

Carné Universitario No.: 100016354

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Período intergenésico de incontinencia urinaria de esfuerzo y descripción de factores de riesgo"**.

Que fue asesorado: Dr. Erick Antonio Montenegro Pereira

Y revisado por: Dr. Jorge David Alvarado Andrade

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2012.

Guatemala, 02 de enero de 2012



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyer MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala, 16 de agosto de 2011

Doctor

Ricardo Walter García Manzo

Coordinador Específico de Programas de Postgrado
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Estimado Doctor García Manzo:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del Informe Final de Tesis con el título **PERIODO INTERGENESICO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y DESCRIPCION DE FACTORES DE RIESGO** presentado por la **Dra. Fernanda Lucrecia Alvarado Flores**, carné 100016354, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,

Dr. Erick Montenegro Pereira
Ginecólogo y Obstetra
Col. 10241

Dr. Erick Antonio Montenegro Pereira
Asesor de Tesis

Docente de Investigación Maestría en Ginecología y Obstetricia
Especialista A de Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Guatemala, 16 de agosto de 2011

Doctor

Ricardo Walter García Manzo

Coordinador Específico de Programas de Postgrado

Universidad de San Carlos de Guatemala

Presente

Estimado Doctor García Manzo:

Por este medio le informo que revisé el contenido del Informe Final de Tesis con el título **PERIODO INTERGENESICO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y DESCRIPCION DE FACTORES DE RIESGO** ", presentado por la Dra. **Fernanda Lucrecia Alvarado Flores**, carné 100016354, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,

Dr. Jorge D. Alvarado
PROGRAMA DE INVESTIGACION
IGSS - USAC



Dr. Jorge David Alvarado Andrade

Revisor de Tesis

Docente de Investigación Maestría en Ginecología y Obstetricia

Especialista A de Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Guatemala, 24 de enero de 2012

Doctor

Ricardo Walter García Manzo

Coordinador Específico de Programas de Postgrado

Universidad de San Carlos de Guatemala

Presente

Estimado doctor García Manzo:

De la manera mas atenta me dirijo a usted deseando que sus labores diarias sean de éxito.

El motivo de la presente es informarle que la **Dra. Fernanda Lucrecia Alvarado Flores**, carné 100016354, realizó su Maestría en Ginecología y Obstetricia en el Hospital de Ginec Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social aprobando los cursos y exámenes satisfactoriamente. Así mismo en septiembre de 2011, fue aprobado su examen de tesis por lo cual solicito su revisión y autorización para la impresión de la misma.

Sin otro particular y agradeciendo su atención a la presente, me suscribo,

Atentamente,



Dr. Edgar Herrarte
Ginecólogo y Cirujano
Carné 5,660

Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Coordinador Docente Maestría en Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 24 de enero de 2012

Doctor

Luis Alfredo Ruiz Cruz

Coordinador General del Programa de Maestrías y Especialidades

Facultad de Ciencias Médicas

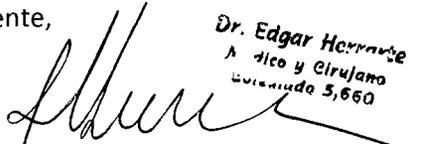
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado doctor Ruiz:

Deseo que sus actividades diarias sean de éxito, el motivo de la presente es informarle que he revisado el Informe Final de la Tesis titulada: **PERIODO INTERGENESICO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y DESCRIPCION DE FACTORES DE RIESGO**, presentado por la **Dra. Fernanda Lucrecia Alvarado Flores**, carné 100016354, el cual ha cumplido con todos los requisitos para su aval establecidos por la Maestría en Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y por la Universidad de San Carlos de Guatemala, pudiendo continuar con todos los trámites correspondientes para la impresión de tesis y realización del acto de graduación.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,



*Dr. Edgar Herrarte
Médico y Cirujano
Licenciado 5,660*

Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Coordinador Docente Maestría en Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Universidad de San Carlos de Guatemala



Vo. Bo. Dr. Ricardo Walter García Manzo

Coordinador Especifico de Programas de Postgrados
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

*Dr. Ricardo Garcia Manzo
Médico y Cirujano
Col. 2,512*

INDICE DE CONTENIDOS

	Página
1. Resumen	1
2. Introducción	3
3. Objetivos	5
4. Antecedentes	7
5. Materiales y Métodos	19
6. Resultados	23
7. Discusión y Análisis	27
8. Referencias Bibliográficas	31
9. Anexos	33

INDICE DE TABLAS

	Paginas
Tabla 1	23
Tabla 2	23
Tabla 3	23
Tabla 4	24
Tabla 5	24
Tabla 6	24
Tabla 7	25
Tabla 8	25
Tabla 9	25
Tabla 10	26
Tabla 11	26

I. RESUMEN

La incontinencia urinaria consiste en la pérdida involuntaria de orina lo suficientemente importante como para constituir un problema social, emocional y orgánico. Afecta hasta a un 25% de las mujeres entre los 15 y los 60 años de edad; y una de cada 4 mujeres afirma haber experimentado incontinencia urinaria en algún momento de su vida y más de una mujer de cada 10 habrá percibido la incontinencia como un auténtico problema social o higiénico. El tiempo de desarrollo de la incontinencia fue de mayor de 5 años en el 49% de las pacientes, lo que indica que la incontinencia es multifactorial (10) entre los factores de riesgo asociados a esta están los obstétricos principalmente el parto, los ginecológicos, los médicos, y condiciones asociadas como la obesidad. Se realizaron entrevistas a 173 pacientes, y el objetivo fue estudiar factores de riesgo en donde se incluyeron los obstétricos entre ellos la multiparidad, la realización de episiotomía, la colocación de fórceps, el peso del recién nacido al nacimiento, los factores ginecológicos los cuales fueron la menopausia, uso de TRH, edad, realización de histerectomía; factores médicos, como lo son la diabetes mellitus, depresión; factores asociados como lo son la obesidad; y el tiempo del desarrollo de la incontinencia y su persistencia luego de tratamiento quirúrgico, se realizaron tablas de frecuencia e intervalos de confianza. Se entrevistaron 173 pacientes de las cuales el 95% (IC 91.75-98.25%) se le había realizado episiotomía, el 66.4% (58.94-73.06%) eran multíparas, el 56.6% (48.6%-63.4%) tuvieron recién nacidos con peso mayor de 4000 gramos, 57% se encontraban menopáusicas y de estas el 95% (91.75-98.25%) no recibía terapia de reemplazo hormonal. La patología médica mas asociada fue la diabetes mellitus con un 53.1%. De 173 pacientes el 37.5% sufrían de obesidad, el 12.7% de obesidad mórbida, el 34.6% de sobrepeso. Este estudio realiza una descripción de la incontinencia urinaria en pacientes del IGSS. La muestra es suficientemente grande como para permitir hacer comparaciones con otros centros asistenciales. Adicionalmente, la muestra es suficientemente grande para servir de base para realizar estudios prospectivos al respecto.

II. INTRODUCCION

La incontinencia urinaria afecta hasta un 25% de las mujeres entre los 20 y 60 años de edad, y una de cada 4 mujeres afirma haber experimentado incontinencia urinaria en algún momento de su vida (10). La prevalencia aumenta con la edad y afecta un 7% a mujeres entre las edades de 20 a 39, 17% entre 40 a 59, 23% entre 60-79 y 32% en mayores de 80 años y ésta usualmente no es detectada por lo tanto no se trata por el personal medico al rededor del mundo a pesar del impacto causado a las pacientes.

Mientras una causa especifica es identificada en personas jóvenes, un síndrome multifactorial es más usual en personas de más edad. Existen múltiples factores de riesgo para el desarrollo de incontinencia urinaria entre estos se encuentran los obstétricos, ginecológicos, médicos, y condiciones asociadas como la obesidad.

En Guatemala no existen datos estadísticos claros sobre los factores de riesgo más comúnmente asociados a la incontinencia urinaria de esfuerzo; por lo que el objetivo de este trabajo es dar una descripción de los factores de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo en la población que asiste al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y que de esta forma se forme una base para futuros estudios.

III. OBJETIVOS

3.1. General

Determinar el periodo intergenesico de incontinencia urinaria de esfuerzo y describir sus factores de riesgo, en pacientes de la Consulta Externa de Ginecología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

3.2. Específicos

3.2.1. Determinar cuáles son los factores de riesgo obstétricos y ginecológicos asociados a incontinencia urinaria

3.2.2. Determinar cuáles son los factores de riesgo médicos (Diabetes Mellitus, Depresión, Demencia, Problemas neurológicos, Infartos) asociados a incontinencia urinaria

3.2.3. Determinar el tiempo en el que se desarrollo la incontinencia urinaria luego de un parto

IV. ANTECEDENTES

4.1. Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, que se puede demostrar de manera objetiva y que se presenta en grado suficiente como para constituir un problema social o higiénico.(3)

La prevalencia de la incontinencia urinaria aumenta con la edad, se sitúa en 15% en mujeres de 35 años y en 28% en mujeres de 55 años. Después de la edad de la jubilación aproximadamente el 50% de la población, mujeres y varones, sufre algún tipo de incontinencia. De todas las mujeres con incontinencia, menos de la mitad consulta con su médico por este motivo.(4-3)

Se produce incontinencia urinaria en el 53% de las mujeres nulíparas en la gestación, y el comienzo de esta se produce igualmente en los tres trimestres de la gestación, pero solo el 9% de las mujeres tienen problemas después del parto. El riesgo de incontinencia urinaria y fecal aumenta con la obesidad, paridad, parto vaginal quirúrgico, episiotomía y con la duración del parto. La cesárea parece reducir la incidencia de incontinencia si se realiza antes de que comience el trabajo del parto en los estadios precoces del mismo.(2).

La prevalencia de incontinencia no varía según raza o etnia en los hombres. La prevalencia de incontinencia urinaria según raza y etnia ha sido variable en varios reportes. La prevalencia es mayor en mujeres blancas no hispánicas comparadas con afro americanas en algunos estudios(17-18), en otros estudios es mas alta en mujeres blancas e hispano americanas que en mujeres negras. (19), y no es diferente entre grupos raciales/étnicos en otros estudios. (16)

La prevalencia de tipos específicos de incontinencia urinaria es difícil de estimar por la gran variedad de definiciones que existen. En general, la mitad de las mujeres afectadas tienen incontinencia por estrés, luego le sigue en frecuencia la incontinencia mixta con de urgencia, y la incontinencia de urgencia sola es menos común. (20) Estas proporciones cambian con la edad, volviéndose más común la incontinencia de urgencia. (21)

4.1.1. Consideraciones Anato-Fisiologicas

La vejiga es un órgano hueco, ubicado en forma extraperitoneal, en la excavación pelviana, formado por varias capas de tejido muscular liso orientado en diferentes direcciones, dos capas longitudinales, interna y externa, y una media en forma circular. La orientación de estas capas musculares va cambiando en la medida que se acercan a la parte interna o proximal de la uretra, conducto de salida de la orina, convergiendo para formar el cuello vesical, al que les corresponde la función de esfínter interno.(7)

La vejiga femenina tiene íntimas relaciones con el aparato femenino y por ello la mujer tiene patología urológica propia: parte del soporte del órgano en situación normal depende de la integridad del útero y de sus anexos. Esto en lo anatómico, en el aspecto funcional, las hormonas femeninas son fundamentales en el trofismo de las vías urinarias bajas y por esto existe un incremento de la patología urológica femenina con el correr de los años.(7)

El complejo esfinteriano está compuesto de un llamado esfínter interno, originado en la mencionada convergencia de fibras musculares lisas, involuntario, y un esfínter externo compuesto por fibras musculares estriadas lentas y voluntarias, ubicado entre las capas del diafragma urogenital. Este esfínter externo mantiene un tono constante, responsable de la continencia en reposo, el que es potenciado en el curso de los esfuerzos por la contracción de los músculos estriados del piso pelviano. Por ello la alteración de la relación vejiga-piso pelviano es de especial importancia en la comprensión y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzos.(7)

Finalmente es importante considerar la unión urétero-vesical, que por la disposición anatómica actúa como esfínter funcional, impidiendo el reflujo de orina hacia el riñón.(7)

Desde el punto de vista funcional el acto de la micción es particularmente especial; la vejiga, órgano de musculatura lisa e involuntaria, está bajo el control cerebral voluntario. La alteración de esta condición origina una patología frecuente, llamada Vejiga Inestable con incontinencia urinaria por urgencia o en grados menores, polaquiuria. Esta situación aparece en algunos niños por falta de maduración del sistema nervioso y en algunos ancianos por deterioro de él. Esto nos lleva a considerar y a tratar de construir un modelo comprensible de la relación sistema nervioso-vejiga.(7)

La vejiga puede diferenciarse esquemáticamente en un músculo liso, el detrusor, y un complejo esfinteriano. En la primera predominan los receptores colinérgicos excitatorios y en el segundo los alfa adrenérgicos. Además del sistema autonómico, las vías urinarias

bajas reciben inervación somática aferente y eferente. El parasimpático se origina en los segmentos sacros (S2-S4) y el plexo pélvico, emergen las fibras postganglionares colinérgicas a la vejiga y esfínteres. Los nervios simpáticos nacen de D10 a S2, dirigiéndose las postganglionares nor- adrenérgicas, del plexo pélvico o hipogástrico, fundamentalmente al complejo esfinteriano. La inervación somática va al esfínter externo vía nervio pudendo y se origina en segmento S2 y S3.(7)

Las vías aferentes de la vejiga y de la uretra son somáticas y viscerales y llevan la información a los centros nerviosos responsables del control de la micción.(7)

Estos centros tienen una diferente jerarquía en el manejo del reflejo miccional; así el centro medular sacro que recibe la información desde los receptores de la pared muscular y mucosa de la vejiga podría y de hecho sucede, si está aislado del SNC por alguna lesión, desencadenar el reflejo primitivamente; sin embargo, la información asciende hacia el centro miccional de la protuberancia, el que fundamentalmente coordina la micción: contracción del detrusor y relajación simultánea del complejo esfinteriano. Se entiende de esta forma que una lesión medular que corte la comunicación de ambos centros (sección medular completa) produzca una micción descoordinada, con contracción del detrusor y esfínter parcial o totalmente cerrado. Esto genera micción entrecortada, reflujo, residuo postmiccional importante, infecciones urinarias, reflujo vesicoureteral, daño renal y eventualmente la muerte del individuo. Si el reflejo de la micción terminara aquí, el resultado sería el de una micción sin control voluntario, frecuente, urgente y las más de las veces súbita. El ascenso a niveles corticales de la información desde la protuberancia permite modular el reflejo, haciendo que voluntariamente el individuo lo inicie o lo posponga. Ejemplo de una lesión de este mecanismo es el deterioro psicoorgánico.(7)

4.1.2. Tipos de incontinencia urinaria:

·Incontinencia de esfuerzo o incontinencia de stress (IUE), se produce con el aumento de la presión abdominal y con esfuerzos físicos como toser, estornudar, hacer deporte, reír, etc. Está en relación con el incremento de la motilidad uretral y/o insuficiente función intrínseca del esfínter. La pérdida de orina es escasa intermitente y no ocurre en decúbito. Es el tipo de Incontinencia Urinaria más frecuente en mujeres. (4-3)

·Incontinencia de urgencia o urgencia miccional, es una pérdida involuntaria acompañada o precedida por urgencia, está en relación a contracciones involuntarias del músculo detrusor por defectos neurológicos o inestabilidad vesical. La necesidad

de orinar se presenta de manera repentina, la pérdida de orina se produce antes de iniciar la micción voluntaria, a diferencia de la IUE se puede presentar en decúbito. Se conoce también como vejiga no inhibida, inestable, espástica o hiperactividad vesical. Es la forma más frecuente en personas mayores de 75 años. (4-3)

·Incontinencia mixta, pérdida involuntaria de orina que se presenta con urgencia y al realizar ejercicio, esfuerzos, estornudar o toser. Coexisten los mecanismos responsables de la incontinencia urinaria de estrés y de la urgencia miccional. (4-3)

·Incontinencia por rebosamiento, mucho menos frecuente que los anteriores se asocia a sobredistensión de la vejiga, puede estar causada por obstrucción o lesión neurológica.(4-3)

En la incontinencia de esfuerzo existe una debilidad del suelo pélvico en relación con obesidad, embarazos, partos y trabajos pesados. La debilidad del tejido conectivo, el asma y el uso de fármacos relajantes musculares también pueden causar incontinencia urinaria de esfuerzo.(5)

4.1.3. Clasificación de la incontinencia urinaria de esfuerzo

Desde 1968 Green propuso una clasificación de la incontinencia urinaria de esfuerzo⁴. El propósito de esta clasificación era permitir establecer una etiología y servir de guía para el tratamiento. En ese orden de ideas clasificaba a las pacientes de acuerdo a la medición de los ángulos anterior y posterior formados entre una paralela al pubis, el eje uretral y la placa basal de la vejiga. De este modo se establecía si la paciente era susceptible de tratamiento quirúrgico por vía vaginal cuando solamente estaba perdido el ángulo posterior o por vía retropúbica cuando estaban perdidos ambos. (8)

Desde cuando se estableció la poca efectividad de la cirugía vaginal (Kelly) para la corrección de la incontinencia, esta clasificación perdió su vigencia. Como se menciona en la definición y clasificación de incontinencia urinaria del punto anterior, la condición de incontinencia urinaria de esfuerzo se puede relacionar con anomalías esfinterianas. (8)

En la forma más frecuente la incontinencia se presenta cuando el aumento de presión abdominal no se transmite proporcionalmente a vejiga y uretra proximal haciendo que la presión en la vejiga se vuelva mayor que en la uretra y por tal motivo se pierde orina con el esfuerzo. Esto implica que el esfínter funciona como tal mientras no se produzca un aumento importante de la presión vesical. Esto corresponde a la denominada hipermovilidad uretral y la otra es la deficiencia intrínseca del esfínter que hace referencia

a la alteración de la funcionalidad esfinteriana en si. Estas son las dos condiciones que se presentan en la incontinencia urinaria de esfuerzo.

A continuación presentamos la clasificación que actualmente mas se está usando en la literatura cuando se habla de incontinencia de esfuerzo la cual hasta este momento tiene alguna vigencia porque puede explicar la etiología de la incontinencia y puede ayudar en la selección de los pacientes para tratamiento quirúrgico. Probablemente si alguna técnica se encuentra que se puede utilizar con buen éxito para las dos condiciones esta clasificación, como sucedió con la de Green, perderá vigencia.(8)

En 1981 McGuire analizó las causas de las fallas quirúrgicas de las operaciones para incontinencia urinaria observando que la mayoría de pacientes en quienes fracasaba la cirugía tenían un deficiente mecanismo esfinteriano. Blaivas reproduce esas consideraciones y plantea en su artículo la clasificación que se conoce con su apellido y que posteriormente ha presentado con modificaciones orientándola desde el punto de vista radiológico mediante estudios de Video Urodinamia pero cuya esencia es que separa las dos grandes condiciones de incontinencia urinaria de esfuerzo: La Hipermovilidad uretral: Tipos 0, I y II, y la Deficiencia Esfinteriana: Tipo III.(8)

Tipo 0:

Historia típica de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo pero no se puede demostrar durante el examen. Probablemente la paciente evita el escape urinario mediante contracción momentánea del esfínter uretral externo.

Tipo I:

Mínimo descenso del cuello vesical y la uretra con incontinencia aparente, sin cistocele.

Tipo II:

Cistourethrocele obvio con escape urinario evidente durante el esfuerzo.

Tipo III:

Cuello vesical abierto durante el llenamiento, escape urinario con mínimo esfuerzo o permanentemente a través del meato. Usualmente historia de fracasos quirúrgicos anti-incontinencia o de trastorno neurológico.(8)

La incontinencia de urgencia es una consecuencia de la irritación crónica de la vejiga. Se ha puesto en relación con infecciones urinarias recurrentes, cirugía previa de la incontinencia, deficiencia de estrógenos tras la menopausia, diabetes, esclerosis múltiple y uso de fármacos como neurolépticos y diuréticos.(5)

La debilidad de esta región es causada principalmente por la falta de ejercicio, la anatomía, los trastornos hormonales, los embarazos y el parto. Los dos últimos afectan considerablemente a la región debido al "peso" que debe soportar el periné durante el segundo y tercer trimestre de embarazo, y a la gran dilatación que debe sufrir la musculatura durante el parto vaginal. (1).

4.1.4. Factores asociados a incontinencia urinaria en la mujer

Desde el punto de vista traumático los factores de riesgos para la incontinencia urinaria provocados por el parto son: (1)

- Presencia de patología urinaria antes y/o durante el embarazo
- Parto por vía vaginal
- Aumento de peso mayor al 10%
- Peso del bebé al nacer mayor a 3.700 kgs.
- Parto difícil.(1)

Factores modificables

- Ginecológicos: Cistocele, prolapso uterino.
- Urológicos e intestinales: Infección urinaria recurrente, incontinencia fecal, estreñimiento.
- Factores asociados: diabetes, ACVA, HTA, afectación cognitiva, artritis, problemas de espalda, EPOC.
- Fármacos: diuréticos, estrógenos, benzodiazepinas, antidepresivos, hipnóticos, laxantes.
- Tabaquismo
- Consumo elevado de cafeína
- Índice de masa corporal elevado
- Afectación funcional, parkinson, edad avanzada. (5)

Factores no modificables

- Histerectomía, puede incrementar el riesgo de desarrollo de incontinencia por encima de un 60%
- Cirugía previa de prolapso
- Edad
- Aspectos relacionados con partos y paridad
- Vaginitis o uretritis atrófica .(5)

4.2. Evaluación y Diagnostico

Se han utilizado múltiples herramientas para el diagnóstico tanto del tipo como de la severidad de la incontinencia urinaria.(13)

En primera instancia se han intentado desarrollar múltiples tipos de cuestionarios para ser aplicados durante la consulta, lo cual permitiría tener una información similar para todos los pacientes, así como poder tener una fuente similar de comparación para todos los estudios. A pesar de estar presentes en múltiples artículos de revisión, no se encontró ningún artículo en el cual se compare la utilidad de cada uno de estos frente al diagnóstico mas preciso de la incontinencia urinaria.(13)

Ninguno de los formularios hallados se encuentra traducido y validado en nuestro idioma y mucho menos en nuestro país. Así pues, no es factible hacer una recomendación para el uso o implementación como instrumento de medición de ninguno de los cuestionarios6. Esta puede ser mas bien una recomendación para investigación sencilla y útil en Colombia.(14)

El panel de expertos consideró que el interrogatorio deberá establecer claramente el motivo de consulta de la paciente, la enfermedad actual, los antecedentes personales, familiares y gineco-urológicos, la revisión por Sistemas y en el examen físico deberá consignarse un examen neurológico simplificado y el gineco-urológico. En cuanto a los procedimientos paraclínicos toda paciente debe tener un examen parcial de orina que descarta infección urinaria y/o hematuria que orientan el estudio hacia otro tipo de problemas y además en las pacientes post-menopáusicas la citología funcional con el propósito de valorar el perfil hormonal.

Se han desarrollado múltiples métodos para hacer el diagnóstico y evaluar la incontinencia urinaria. De estos los mas conocidos son el test de Bonney, el Q-tip test y el pad test. El primero intenta hacer una predicción de una potencial suspensión cervical, el segundo muestra la movilidad uretral y el tercero permite establecer la severidad de la incontinencia urinaria.(13)

4.2.1. Urodinamia

El estudio de Urodinamia es el principal método de ayuda diagnóstica en la evaluación de la incontinencia urinaria femenina; juega un papel primordial en el estudio de los síntomas asociados con incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia, al igual que en el análisis de las complicaciones y/o síntomas urinarios persistentes asociados a los tratamientos quirúrgicos utilizados para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo pura, el control de la inestabilidad idiopática del detrusor y la valoración de insuficiencia esfinteriana intrínseca.

El principio fundamental de un estudio de Urodinamia consiste en la reproducción de los signos y síntomas clínicos del paciente (análisis de síntomas irritativos, asociación entre eventos cotidianos y los episodios de incontinencia urinaria, etc.), para así obtener un diagnóstico más preciso del tipo de incontinencia urinaria, y por lo tanto, elegir un esquema de tratamiento óptimo para cada caso en particular. Hoy en día se considera éste tipo de estudios como parte integral de la investigación de rutina en pacientes con incontinencia urinaria en muchos centros médicos y hospitales universitarios.

Estudio Estándar. Es conveniente efectuar un estudio urodinámico convencional que incluya:

*Uroflujometría libre con evaluación del residuo post-miccional.

*Fase Cistométrica, que según el tipo de incontinencia en estudio, debe incluir la evaluación de la presión en punto de incontinencia (Abdominal LPP o Valsalva LPP: presión abdominal o presión de valsalva en el punto de incontinencia).

La ALPP o VLPP es una medida de la competencia uretral o de la capacidad de la uretra para resistir la fuerza expulsiva de la presión abdominal. Esta nos permite clasificar el tipo de incontinencia (0,I o II) y además permite evaluar la incontinencia urinaria tipo III o incontinencia por insuficiencia esfinteriana intrínseca

*Fase de presión/flujo, si se está estudiando o desea descartar probables procesos obstructivos del tracto urinario de salida, aunque estos en mujeres no son frecuentes.

*Electromiografía esfinteriana si existe sospecha de algún tipo de alteración de origen neurológico.

Este tipo de estudios es conveniente efectuarlo cuando se esta investigando cualquier tipo de incontinencia urinaria (esfuerzo, urgencia o mixta), ya que los diferentes subtipos de incontinencia pueden representar diferentes rangos de patología funcional (detrusor inestable, trastornos de adaptabilidad o capacidad) o anatómica (hipermovilidad uretral o insuficiencia esfinteriana intrínseca). Es importante establecer que actualmente el único método diagnóstico de la insuficiencia esfinteriana intrínseca es el Estudio de Urodinamia con ALPP o VLPP y es mandatorio efectuarlo en pacientes con síntomas de incontinencia asociados con las siguientes entidades:

- a) Pacientes con cirugías anti-incontinencia previas con reaparición o persistencia de la incontinencia por lo cual se está estudiando con miras a un nuevo tratamiento.
- b) Pacientes con sospecha de lesiones neurológicas (antecedentes de cirugías como resección abdomino - perineal o Histerectomía radical).
- c) Pacientes con radioterapia pélvica. Durante los últimos años en que se ha incrementado el uso de este método diagnóstico para evaluación de incontinencia urinaria, se han observado con mayor frecuencia pacientes con insuficiencia esfinteriana intrínseca primaria, es decir, pacientes en las que se practica el estudio de urodinamia y se encuentra insuficiencia esfinteriana sin ninguna de las patologías asociadas mencionadas anteriormente; además, se han encontrado fenómenos de hipermovilidad uretral asociados a insuficiencia esfinteriana, los cuales se desconocían antes de que existieran estos tipos de análisis. Por todo esto, puede ser conveniente aunque no mandatorio que como parte de la evaluación de la incontinencia urinaria femenina se practique un Estudio de Urodinamia e idealmente se debe determinar el ALPP o VLPP en todas las pacientes para tener una mejor clasificación y diagnóstico.

4.2.2. Otras ayudas diagnósticas

Durante muchos años el Perfil de Presión Uretral se consideró como parte del Estudio de Urodinamia en la evaluación de la incontinencia urinaria femenina de esfuerzo; sin embargo, los estudios de Videourodinamia efectuados por McGuire demostraron que este tipo de estudio es de poca ayuda en la valoración de la incontinencia urinaria femenina y actualmente no se están practicando como estudio de rutina.

Algunos autores consideran que para evaluar la insuficiencia esfinteriana, o cuando existen casos muy complicados o de difícil valoración, el método ideal es el Estudio de Videourodinamia. Este tipo de estudio permite evaluar simultáneamente el componente

anatómico y funcional del mecanismo esfinteriano en las mujeres y se debe practicar en aquellos casos en que los datos obtenidos durante la medición del ALPP o VLPP es equívoco y se requiere confirmar la presencia de insuficiencia esfinteriana antes de definir el tipo de tratamiento quirúrgico. Sin embargo, los estudios de videourodinamia en la actualidad no se realizan en el país.

Urodinamia Ambulatoria. La urodinamia ambulatoria no es usada ampliamente en la práctica clínica pero muchos autores informan una alta prevalencia de contracciones anormales del detrusor en pacientes asintomáticos. Adicionalmente, muchos clínicos no tienen acceso a este procedimiento diagnóstico que requiere un especialista experto que es costoso y consume mucho tiempo. Actualmente este tipo de estudios no son efectuados en nuestro país.

4.3. Tratamiento

En un estudio tan solo el 60% de las pacientes que buscan ayuda medica por perdida urinaria recibe tratamiento para la incontinencia. (22) adicionalmente cerca del 50% de estas pacientes reportaron frustracion de moderada a severa por la persistencia de la perdida involuntaria de orina.

La estrategia del tratamiento deberia iniciar de lo mas simple a lo mas invasivo, por lo que se incia con cambio de conductas antes del tratamiento medico, y este antes de tratamiento quirurgico. (23) Corregir los factores de riesgo debe ser el primer paso el tratamiento, ademas de identificar la causa primaria responsable de la incontinencia urinaria.

Varias terapias, la mayoría re-entrenamiento vesical y ejercicios del piso pelvico, son efectivos para varios tipos de incontinencia urinaria, incluyendo incontinencia de urgencia, incontinencia de estres, e incontinencia mixta. (23)

4.4. Manejo no quirúrgico de la incontinencia

4.4.1. Re-Entrenamiento Vesical

El proceso se lleva a cabo aproximadamente por 10 días durante los cuales se le explica adecuadamente su problema, aprende a usar un diario de micción registrando tiempos y cantidades y ellos van aumentando los intervalos en forma progresiva. Ayuda principalmente en pacientes con incontinencia de urgencia.

4.4.2. Bio-retroalimentación

Es una técnica cuya información acerca del proceso fisiológico inconsciente se le presenta al paciente como una señal visual, auditiva o táctil.

Con una línea de presión intravesical y unida a una señal de audio, el paciente recibe una señal auditiva cuando la presión vesical aumenta al presentarse una contracción no inhibida no sólo el paciente escucha el aumento en el audio sino que observa en un espejo la oscilación de la aguja que registra este movimiento. Por períodos de tratamiento de una hora, siempre el paciente está alerta para inhibir esa contracción con ejercicios de los músculos del piso pélvico.

Este tratamiento se efectúa por períodos de 6 semanas y, según los autores, se han obtenido mejorías hasta en un 50%. Es considerado muy poco costo-efectivo.

Modificación del comportamiento

La modificación del comportamiento comprende un análisis y alteración de la relación entre los síntomas del paciente y su medio ambiente para el tratamiento de la mala adaptación de los patrones de micción.

Por esto es importante considerar en forma adecuada la interacción del paciente con sus condiciones generales y el medio ambiente que lo rodea. La modificación del comportamiento puede emplearse solamente como un adyuvante a cualquier otra forma de tratamiento de disfunción del tracto urinario inferior.14-15

4.4.3. Estimulación Eléctrica

La estimulación eléctrica estimula el piso pélvico inhibe la vejiga por diferentes métodos.

Hay varios métodos: Se pueden colocar por vía retropúbica electrodos directamente en la musculatura del piso pélvico o se utilizan electrodos anales o intravaginales.

La aplicación en estos casos es el control de la micción y son una importante ayudaterapéutica para pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo que no son candidatos para cirugía.(13)

Rehabilitación muscular del piso pélvico

El entrenamiento del piso pélvico como una contracción y relajación voluntaria selectiva de los músculos del piso pélvico: Estos ejercicios fueron descritos por Kegel en 1948

informando un éxito en el tratamiento del 83% sin haber hecho discriminación entre IUE y otros tipos de incontinencia.

Un esquema utilizado aconseja 50 ejercicios de Kegel- día, contracción relajación 10 segundos, 5 -10 contracciones – relajaciones rápidas para suprimir la urgencia urinaria.(13)

4.5. Cirugía

Incontinencia de urgencia- el tratamiento quirúrgico potencial para casos severos de incontinencia urinaria de urgencia intratable es la cistoplastia, y la modulación del nervio sacro. Los reportes de la eficacia son limitados y las pacientes deberían ser referidas a un centro especializado. La cistoplastia esta asociada a una alta morbilidad, lo cual limita su uso a individuos profundamente afectados, usualmente a pacientes jóvenes con vejigas poco funcionales secundario a enfermedades neurológicas. (24)

Incontinencia de Estrés- la cirugía ofrece los rangos más altos de curación, aun en pacientes de mayor edad. (25) Sin embargo, este es un procedimiento muy invasivo y potencialmente morbido, es incierto acerca de la forma de seleccionar al paciente, y existe escasa información sobre las pacientes luego de cinco años del procedimiento y en pacientes de mayor edad(25)

Un largo estudio (n=147,473) de procedimientos quirúrgicos en los EEUU para incontinencia de estrés, reportaron un 9% de complicaciones incluyendo hemorragía, daño quirúrgico, infección, problemas cardiacos, tromboembolicos, y eventos pulmonares. Otro 4% de las pacientes presento problemas urinarios que incluyeron el egreso con cateter urinario temporal que es un evento muy comun.

La forma de escoger el metodo quirurgico depende del tipo de defecto:

- procedimientos retropubicos tales como la colposuspension de Burch son utilizados para tratar la hiper movilidad uretral y la incontinencia urinaria de estrés. (23)
- utilización de materiales autologos o sinteticos que de soporte a la uretra y el cuello de la vejiga, o TVT (tape libre de tension vaginal) son utilizados generalmente como primera línea en el tratamiento de incontinencia de estrés en las mujeres. (23)
- Aguja de suspension vaginal (Pereya, Stamey, y el procedimiento de Raz) son usados rara vez ya que los resultados en un seguimiento de 5 años son menos efectivos que el procedimiento de Burch. (23)

5.5. CRITERIOS DE EXCLUSION

Las pacientes que asisten a la clinica de Ginecologia de la consulta externa que no sean vistas por incontinencia urinaria

5.6. CLASIFICACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Paridad	Numero de hijos concebidos	Numero de hijos	cuantitativa	Ordinal
Incontinencia urinaria	Perdida involuntaria de orina	Perdida involuntaria de orina	Cualitativa	Nominal
Episiotomia	Es un procedimiento quirurgico que comprende el corte del perineo (piel entre la vagina y el ano) y que se practica ocasionalmente con el fin de agrandar la abertura vaginal	Realizacion Si No	Cualitativa	Nominal
Obesidad	Se clasifica segun la OMS con un IMC mayor o igual a 30	Se clasificara segun en IMC de la OMS	Cuantitativa	Continua

Peso	Medida de fuerza que ejerce la gravedad sobre su cuerpo	Peso en libras	Cunatitativa	Continua
Menopausia	Cese de la Menstruacion	Si o No	Cualitativa	Nominal
Edad	es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo	Medida de tiempo para estimar un ser vivo	Cuantitativa	Ordinal
Periodo Intergenesico	Tiempo entre las fechas de dos nacimientos sucesivos	Tiempo entre dos nacimientos	Cuantitativo	Ordinal

5.7. CAPTACION DE LA INFORMACION

Se captara a la paciente al momento de la cita en la consulta externa y se aplicara un cuestionario estandarizado, previo a eso se le pasara un consentimiento informado para que la paciente dé su aprobación en la participación del estudio.

5.8. TABULACION DE LA INFORMACION

Se utilizara para tabular la informacion el programa Excel para la base de datos y Epi info para el analisis de datos. Y se analizaran los datos binarios con xi cuadrada, cuando en una tabla se encuentren resultados menores de 5 se realizara una prueba exacta de fischer.

5.9. RECURSOS

5.9.1. Humanos:

- Revisor
- Residente II investigador
- Paciente

5.9.2. Materiales:

computadora

impresora

hojas

lapiceros

internet

5.9.3. Economicos: mas o menos Q1500.00

5.10. ASPECTOS ETICOS

Este estudio es un estudio no intervencional por lo que ninguna paciente puede ser afectado directamente, las pacientes que participen en este firmaran un consentimiento informado y de encontrarseles incontinencia urinaria se les ofrecera tratamiento.

VI. RESULTADOS

Tabla 1

Realización de Episiotomía en pacientes diagnosticadas con incontinencia urinaria en el IGSS*, Guatemala año 2010**

EPISIOTOMIA	frecuencia	porcentaje
si	164	95.00%
no	9	5.00%
Total	173	100

IGSS Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Coex
2010** hasta septiembre del 2010

Tabla 2

Paridad en pacientes diagnosticadas con incontinencia urinaria en el IGSS*, Guatemala año 2010**

paridad	Frecuencia	Porcentaje
multiparidad	115	66.40%
menor de 3 partos	58	33.60%
Total	173	100.00%

IGSS Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
2010** hasta septiembre del 2010

Tabla 3

Mayor peso de nacimientos en pacientes diagnosticadas con incontinencia urinaria en el IGSS*, Guatemala año 2010**

peso neonatal en gramos	Frecuencia	Porcentaje
mayor de 4000	98	56.60%
menor de 4000	75	43.30%
Total	173	100.00%

IGSS Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
2010** hasta septiembre del 2010

Tabla 4

Uso de forceps en pacientes diagnosticadas con incontinencia urinaria en el IGSS*, Guatemala año 2010**

USO DE FORCEPS	Frecuencia	Porcentaje
SI	26	15.00%
No	147	85.00%
Total	173	100.00%

IGSS Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
2010** hasta septiembre del 2010

Tabla 5

Presencia de menopausia en las pacientes diagnosticadas con incontinencia urinaria en el IGSS*, Guatemala año 2010**

MENOPAUSIA	frecuencia	porcentaje
Si	98	57.00%
No	75	43.00%
Total	173	100.00%

IGSS Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
2010** hasta septiembre del 2010

Tabla 6

Uso de TRH* en pacientes diagnosticadas con incontinencia urinaria en el IGSS**, Guatemala año 2010***

USO DE TRH	Frecuencia	Porcentaje
SI	25	5.00%
No	148	95.00%
Total	173	100.00%

TRH* Terapia de Reemplazo Hormonal
IGSS Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
2010*** hasta septiembre del 2010

Tabla 7

Pacientes con histerectomia diagnosticadas con incontinencia urinaria en el -IGSS*, Guatemala año 2010**

HISTERECTOMIA	frecuencia	porcentaje
Si	50	29.00%
No	123	71.00%
Total	173	100.00%

IGSS Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
2010** hasta septiembre del 2010

Tabla 8

Categoría de Índice de Masa Corporal en pacientes diagnosticadas con incontinencia urinaria en el IGSS*, Guatemala año 2010**

IMC	Frecuencia	Porcentaje
OBESIDAD	65	37.50%
OBESIDAD MORBIDA	22	12.70%
SOBREPESO	60	34.60%
BAJO PESO	2	1.15%
NORMAL	24	13.80%
Total	173	100.00%

IGSS Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
2010** hasta septiembre del 2010

Tabla 9

Enfermedades asociadas en pacientes diagnosticadas de incontinencia urinaria en el HGJJAB-IGSS*, Guatemala año 2010**

ANTECEDENTES MEDICOS	frecuencia	porcentaje
DEPRESION	15	8.60%
DIABETES	92	53.10%
ninguno	66	38.10%
Total	173	100.00%

IGSS Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
2010** hasta septiembre del 2010

Tabla 10

Tiempo de desarrollo de incontinencia luego de un parto en pacientes diagnosticadas en IGSS*, Guatemala año 2010**

TIEMPO DE DESARROLLO	frecuencia	porcentaje
1 AÑO	17	9.80%
2 A 5 AÑOS	56	32.30%
MAS DE 5 AÑOS	85	49.10%
MENOS DE 1 AÑO	15	8.60%
Total	173	100.00%

IGSS Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
2010** hasta septiembre del 2010

Tabla 11

Edad de pacientes evaluadas con incontinencia urinaria de esfuerzo en el IGSS*, Guatemala año 2010**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 45 años	46	27%
Mayores de 46 años	127	73%
TOTAL	173	100%

IGSS* Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
2010** hasta septiembre del 2010

VII. DISCUSION Y ANALISIS

Para la realizacion del estudio se evaluo 173 pacientes de la consulta externa de Ginecologia diagnosticadas con incontinencia urinaria de esfuerzo y se consideraron los factores de riesgo obstetricos, ginecologicos, y medicos.

Como se sabe la etiología de la incontinencia urinaria es multifactorial. Richard Bump ordena los factores de riesgo de IUE, en factores que predisponen, desencadenan y promueven, pudiendo combinarse entre ellos y agregarse otros factores que descompensan e intervienen para dar lugar a la incontinencia de esfuerzo. Con mucho el más importante es el parto, el cual no sólo daña las estructuras de suspensión y soporte del piso pélvico, sino que puede ocasionar neuropatía del pudendo, por elongación de éste nervio, ocasionada por el pujo constante durante una segunda etapa del trabajo de parto prolongada (esta es, cualquier tiempo mayor de 2 horas), o por aplicación de fórceps en una parto distócico o realización de episiotomía; por lo que los resultados concuerdan con lo expuesto anteriormente ya que se encontró que el 95% de las pacientes evaluadas se les había realizado episiotomía al momento del parto; el 66.4% eran multíparas y tan solo el 15% de las pacientes evaluadas refirió haber tenido aplicación de fórceps.

La incontinencia urinaria post parto es una patología frecuente, que aparece en el 20% de las puérperas, y entre los factores se ha visto fetos con peso mayores de 3,500 gramos. (16-17). Con respecto a este factor en las pacientes evaluadas se puede ver que el 56.6% tuvieron partos con fetos de más de 4000 gramos y que el 43.3% tuvieron fetos por debajo de este valor, lo que indica que el peso fetal es un factor importante que predispone a incontinencia urinaria de esfuerzo.

La prevalencia de la incontinencia urinaria aumenta con la edad, se sitúa en 15% en mujeres de 35 años y en 28% en mujeres de 55 años. Después de la edad de la jubilación aproximadamente el 50% de la población, mujeres y varones, sufre algún tipo de incontinencia(3-4). Esto concuerda con los datos obtenidos en esta investigación ya que se determino las edades con respecto a menores de 45 años que fue del 27% y por arriba de esta edad que se encontró al 73%, esto probablemente asociado a la menopausia y a los cambios que esta da a nivel genital, ya que de las pacientes mayores

de 46 años el 98% estaban menopáusicas y de estas tan solo en 5% tenía uso de terapia de reemplazo hormonal

Entre los factores medicos fueron evaluados las patologías mas frecuentemente asociadas con incontinencia urinaria de esfuerzo entre estas estuvieron la diabetes, la depresion y se encontro que la patologia mas asociado fue la diabetes que se encontro en el 58% de las pacientes.

Otros factores asociados a la incontinencia urinaria de esfuezo fueron el sobrepeso con 34.6%; la obesidad con un 37.5%, y la obesidad morbida con un 12.7%

Se constato que la incontinencia urinaria se desarrollo con mayor frecuencia luego de 5 años con un porcentaje del 49.1 en las pacientes evaluadas. Que persistio la incontinencia luego de tratamiento quirurgico en el 9.8%

7.1. Conclusiones

7.1.1. Durante la entrevista se pudo constatar que de 173 paciente (100%); el 95% (91.75-98.25%) se le habia realizado episiotomia al momento del parto, el 66.4% (58.94-73.06%) de las pacientes eran multiparas, el 56.6% (48.6%-63.4%) tuvieron recien nacidos con peso mayor de 4000 gr, que el 15% (9.86-20.32%) habia tenido uso de forceps

7.1.2. Entre los factores de riesgo ginecologicos de la 173 pacientes el 57% (49.62-64.38%) estaban en menopausia, el 95% (91.75-98.25%) no recibia terapia de reemplazo hormonal, al 71%(64.24-77.76%) no se le habia realizado hysterectomia.

7.1.3. Entre los factores de riesgo medico se encontro que de las 173 pacientes el 53.1% (45.56-60.44%) sufria de diabetes mellitus, el 8.6% (4.42-12.78%) sufria de depresión y el 38.1% (30.77-45.23%) no tenia ninguna patologia asociada.

7.1.4. De 173 pacientes el 37.5%(29.81-44.19%) surian de obesidad, el 12.7% (7.99-18.01%) de obesidad morbida, el 34.6%(27.89-42%) de sobrepeso.

7.1.5. El tiempo en que las pacientes desarrollaron incontinencia urinaria de esfuerzo luego de un parto fue de mas de 5 años con 49.5% (41.55-56.45%) , de 2 a 5 años en el 32.3% (25.05-38.95%), menos de 1 años en el 8.6% (4.42-12.78%)

7.2. RECOMENDACIONES

7.2.1. De acuerdo a los resultados se recomienda la mejoría en la detección y prevención de factores de riesgo para el mejor manejo de incontinencia urinaria de esfuerzo

7.2.2. Mejorar el plan educacional a las pacientes post parto con respecto a los ejercicios de Kegel

7.2.3. Dar educación a las pacientes sobre la mejoría en hábitos para disminuir la obesidad y la incidencia de enfermedades asociadas a la incontinencia urinaria

7.2.4. La episiotomia es una de las operaciones mas comunes realizadas en la mujer. Las tendencias en obstetricia han cambiado y el resultado es disminuir la prevalencia del procemiento (60.9% en partos vaginales en 1979 versus 24.5% en 2004). la prevalencia de la episiotomia es mas alta en Latino America y mas baja en Europa. La decision de realizar una episiotomia esta influenciada por el personal que atiende el parto. La posicion materna, paridad, y uso de anestesia epidural juegan un rol en la decision de realizarla. Un parto atendido con la paciente en posicion lateral o vertical pueden asociarse con menos uso de la episiotomia, mientras que la anestesia epidural y las pacientes primiparas aumentan el riesgo. Y la episiotomia es mas comun en partos inducidos, que en partos espontaneos por lo que es necesario tomar en cuenta esto para disminuir el riesgo de incontinencia urinaria

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Marshall K, Thompson KA, Walsh DM, Baxter GD. Incidence of urinary incontinence and constipation during pregnancy and postpartum: survey of current findings at the Rotunda Lying-In Hospital. Br J Obs-tet Gynaecol 1998;105:400-2.
2. D.G. Tincello, et al. / European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (Ed. Española) 2002; 2: 173-176
3. Finnish Medical Society Duodecim. Urinary incontinence in women.. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd.; 2001 Jan 4. [Acceso 19/03/04]. Disponible en: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=3400
4. Holroyd-Leduc J. Management of Urinary Incontinence in Women. Clinical applications. Jama 2004; 291:996-999
5. O'Neil B, Gilmour D. Approach to urinary incontinence in women. Diagnosis and management by family physicians. Can Fam Physician 2003;48;611-618
6. Milson I. The prevalence of urinary incontinence. Acta obstet Gynecol Scand 2000;79:1056-1059
7. Del Campo S, Fernando, Manual de Urologia, Urologia Femenina, Pontificia Universidad Católica de Chile, unica edicion <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualUrologia/UrologiaFemenina.html>
8. Diaz B, Jaime, et. Incontinencia urinaria femenina, Sociedad Colombiana de Urologia, Guías de Practica Clinica, unica edicion www.urologiacolombiana.com/guias/005.pdf
9. B. Villares. La musculatura del suelo pelvico y la salud de la mujere. El farmaceutico 1996; 177:52-8
10. C. Flores Carlos. Rehabilitacion Perineal y del Suelo Pelvico, Fisiomedics, Centro de Especialidades de Rehabilitacion <http://www.nobeltrading.cl/revista1.pdf>
11. Victoria L. Handa, et. al. The impact in fecal and urinary incontinence in quality of life 6 months after chilbirth, American Journal of obstetrics and gynecology, Vol. 197, Issue 6 (Diciembre 2007)
12. Rebecca G. Rogers, Postpartum genitourinary changes, Urologic Clinics of North America, Vol 34 (2007) p13-21
13. Jaime Berrocal, et. al. Incontinencia urinaria femenina, Sociedad Colombiana de Urologia, Guías de Practicas Clinicas
14. BLAIVAS, Jerry. The neurophysiology of micturition: a clinical study of 550 patients. En: Then journal of urology. Volume 127: 958, 1982

15. BLAIVAS, Jerry. Classifying stress urinary incontinence. En: Neurourology and Urodynamics. Volume 18: 71-72 ,1999
16. Nygaard, In, Barber, M, Burgio, K. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. JAMA 2008; 300:1311
17. Tennstedt SL; Link CL; Steers WD; McKinlay JB, Prevalence of and risk factors for urine leakage in a racially and ethnically diverse population of adults: the Boston Area Community Health (BACH) Survey, Am J Epidemiol. 2008 Feb 15;167(4):390-9. Epub 2008 Jan 7
18. Brown JS; Nyberg LM; Kusek JW; Burgio KL; Diokno AC; Foldspang A; Fultz NH; Herzog AR; Hunskar S; Milsom I; Nygaard I; Subak LL; Thom DH, Proceedings of the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases International Symposium on Epidemiologic Issues in Urinary Incontinence in Women. Am J Obstet Gynecol. 2003 Jun;188(6):S77-88}
19. Dooley Y; Kenton K; Cao G; Luke A; Durazo-Arvizu R; Kramer H; Brubaker L, Urinary incontinence prevalence: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. J Urol. 2008 Feb;179(2):656-61. Epub 2007 Dec 21
20. Hunskar, S, Burgio, K, Clark, A, et al. Epidemiology of urinary and fecal incontinence and pelvic organ prolapse. In: Incontinence, 3rd International Consultation on Incontinence, Volume 1: Basic Evaluation, Paris, 2005 p.255
21. Nygaard IE; Lemke JH, Urinary incontinence in rural older women: prevalence, incidence and remission. J Am Geriatr Soc 1996 Sep;44(9):1049-54
22. AU Harris SS; Link CL; Tennstedt SL; Kusek JW; McKinlay JB SO. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. J Urol. 2007 Feb;177(2):680-4.
23. Fantl, JA, Newman, DK, Colling, J, et al. Urinary Incontinence in Adults: Acute and Chronic Management. Clinical Practice Guideline, No. 2, 1996 Update, AHCPR Publication No. 96-0682
24. AU Flynn MK; Amundsen CL; Perevich M; Liu F; Webster GD SO. Outcome of a randomized, double-blind, placebo controlled trial of botulinum A toxin for refractory overactive bladder. J Urol. 2009 Jun;181(6):2608-15. Epub 2009 Apr 16.
25. AU Nitti VW; Bregg KJ; Sussman EM;The Raz bladder neck suspension in patients 65 years old and older. Raz S SO J Urol 1993 Apr;149(4):802-7.

IX. ANEXOS

9.1. Hoja de Recolección de Datos

INCONTINENCIA URINARIA IGSS COEX DE GINECOLOGIA

No. de Afiliación _____

Fecha _____

Edad _____ Sexo _____ Peso _____

Talla _____ IMC _____

OBSTETRICOS

Paridad _____ Peso de RN mayor peso

Episiotomía _____ uso de fórceps _____

GINECOLOGICOS

Histerectomía SI _____ NO _____

Histerectomía abdominal _____ Histerectomía vaginal _____

Menopausia SI _____ NO _____

uso de terapia de reemplazo hormonal SI _____ NO _____

MEDICOS

Diabetes Mellitus _____

Depresión _____

Demencia _____

Problemas neurológicos _____

Infartos _____

Tiempo en que se desarrollo la incontinencia luego del parto

menos de 1 años _____ 1 año _____ 2 a 5 años _____ mas de 5 años _____

Persiste con el problema de incontinencia urinaria luego del tratamiento quirúrgico

SI _____ NO _____

Cuanto tiempo luego del tratamiento inicio con IUE

menos de 1 años _____ 1 año _____ 2 a 5 años _____ mas de 5 años _____

9.2. Hoja De Consentimiento Informado

Factores de riesgo para incontinencia urinaria de esfuerzo

Fecha _____

Yo _____

He leído la hoja de información que se me ha entregado, he podido hacer preguntas sobre el estudio, he recibido suficiente información sobre el estudio, He hablado con Fernanda Alvarado quien es el médico encargado de la realización del estudio, comprendo que mi participación es voluntaria, y que no se quite la atención que en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se deba de darme por lo que presto libremente mi conformidad para participar en el presente estudio sin ser presionada u obligada .

Firma del participante

PERMISO PARA REPRODUCCION

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **PERIODO INTERGENESICO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y DESCRIPCION DE FACTORES DE RIESGO** Para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos del autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial