

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

RECURRENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA
POR ESFUERZO REFERIDA EN PACIENTES
LUEGO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO



CARLOS ROBERTO FLORES ORELLANA
MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

* <i>TITULO Y SUBTITULO</i>	1
* <i>INDICE</i>	5
I. <i>INTRODUCCION</i>	6
II. <i>DEFINICION DEL PROBLEMA</i>	7
III. <i>JUSTIFICACION</i>	8
IV. <i>OBJETIVOS</i>	9
V. <i>REVISION BIBLIOGRAFICA</i>	10
VI. <i>MATERIAL Y METODOLOGIA</i>	22
VII. <i>PRESENTACION DE RESULTADOS</i>	28
VIII. <i>ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS</i>	39
IX. <i>CONCLUSIONES</i>	41
X. <i>RECOMENDACIONES</i>	42
XI. <i>RESUMEN</i>	43
XII. <i>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</i>	44
XIII. <i>ANEXOS</i>	46

I. INTRODUCCION

La IUE (Incontinencia Urinaria de Esfuerzo) es un problema frecuente entre la población femenina y senil, el cual conlleva a numerosos problemas socioeconómicos y de salud. En el hospital Roosevelt el tratamiento quirúrgico de este problema está establecido por la técnicas de *Kennedy* y la *Operación de Pastrana*.

El presente estudio busca determinar: A. Si existe diferencia en cuanto a la recurrencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo luego del tratamiento quirúrgico con plicatura de Kelly Kennedy y Operación de Pastrana en el Hospital Roosevelt durante Junio de 1993 a Junio de 1997. B. Darle un seguimiento a estos casos que no se tienen datos. C. Establecer si existe diferencia en cuanto a las complicaciones post-operatorias entre una y otra técnica.

Se evaluaron 46 pacientes 22 con operación de Pastrana y 24 con Kelly Kennedy, quienes fueron visitadas en su domicilio, e interrogadas sobre la recurrencia del problema por el que fueron operadas. 13 pacientes refirieron que si había recurrencia: con operación de Pastrana 9, y con Kelly Kennedy 5.

De las 46 pacientes, 13 presentaron complicaciones post-operatorias (dicho dato fue establecido por la historia clínica de la paciente): Kelly Kennedy con 9 casos y la operación de Pastrana 4 casos.

Se concluyó que si existe una diferencia estadística significativa (chi cuadrada) de recurrencia de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo luego del tratamiento quirúrgico; así como una diferencia en el porcentaje de casos complicados en el post-operatorio de cada técnica investigada.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La incontinencia urinaria de esfuerzo es la pérdida involuntaria de orina al toser, estornudar, ejercicio, al reír o cualquier maniobra que aumente la presión intrabdominal. En mujeres la incontinencia urinaria por stress o esfuerzo es la causa más común de incontinencia urinaria.

Se estima que la prevalencia de este problema es de 8 a 51% para la población general, y ésta es dos veces mayor en mujeres que en hombres. (1, 2,3,6,25)

Esto trae consigo problemas sociales, económicos, higiénicos y psicológicos. (6)

Básicamente este problema se ha atribuido a la pérdida del ángulo uretrovesical posterior, secundario a un relajamiento del piso pélvico que ocurre regularmente en las mujeres mayores (57% de las mujeres que padecen este problema se encuentran entre las edades de 45 a 65 años)(6,25) o en las multiparas.

En el departamento de ginecología del hospital Roosevelt se llevan a cabo 2 técnicas quirúrgicas para este problema: Técnica de Kelly Kennedy, por vía vaginal; y la Operación de Pastrana la cual es por vía abdominal o suprapubica. Sin embargo, no hay datos de estas pacientes luego de la corrección quirúrgica, tampoco se sabe si estas pacientes continúan continentes o tienen actualmente recidiva de dicho problema.

Esta investigación busca determinar la recurrencia de incontinencia urinaria de esfuerzo, por medio de visitas domiciliarias a un grupo de pacientes que fueron sometidas a cirugía correctiva en el centro hospitalario ya mencionado, durante el periodo de junio de 1,993 a junio de 1,997; así como establecer una comparación entre las dos técnicas y determinar cual es la que mayor frecuencia de recurrencia tiene.

III. JUSTIFICACION

La incontinencia urinaria, y especialmente la producida por esfuerzo o stress (IUE), es un problema bastante frecuente en nuestra población femenina, sobre todo en las mujeres mayores, lo que ha llevado a idear numerosas técnicas quirúrgicas (mas de 50 técnicas quirúrgicas conocidas)(6) y no quirúrgicas de tratamiento. (ver páginas 9 a 24).

Uno de los principales objetivos del tratamiento es mejorar la calidad de vida de estas pacientes, sin embargo, no se ha determinado si existe o no recurrencia del problema luego del tratamiento quirúrgico, lo que nos lleva a la conclusión de no saber si se cumple con el objetivo, además, nos crea la necesidad de determinar si existe o no recurrencia de IUE.

Por otro lado este estudio se hace necesario, pues la mayoría de las pacientes con IUE que se sometieron a cirugía correctiva durante los 3 años anteriores al presente, no llevaron un seguimiento del problema (básicamente por falta de asistencia a la consulta externa en el post-operatorio), por lo que la presente investigación pretende buscarlas (visitas domiciliarias) y determinar por interrogatorio directo si existe o no recurrencia de incontinencia urinaria.

Por último este estudio nos ayudará a conocer mas el problema de IUE, y de esta forma mejorar las técnicas actualmente utilizadas.

IV. OBJETIVOS:

A) GENERAL: DETERMINAR LA FRECUENCIA DE RECURRENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO EN PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS AL TRATAMIENTO QUIRURGICO CON TECNICA DE KELLY KENNEDY Y LA OPERACIÓN DE PASTRANA.

B. ESPECIFICOS: 1. DETERMINAR SI EXISTE DIFERENCIA ENCUANTO A LA FRECUENCIA DE LA RECURRENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO SEGÚN LA TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA.

2. ESTABLECER UN SEGUIMIENTO TRANSVERSAL POST-OPERATORIO DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A LAS TECNICAS QUIRURGICAS DE "KELLY KENNEDY Y OPERACIÓN DE PASTRANA".

3. DETERMINAR LA EDAD MAS AFECTADA TANTO DE INCIDENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, ASÍ COMO DE LA RECURRENCIA DE LA MISMA LUEGO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO.

4. DETERMINAR CUAL ES EL PROCEDIMIENTO MAS AFECTADO CON COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A) Generalidades

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina, un síntoma que puede tener varios aspectos diferentes y que puede ocurrir en una diversidad de situaciones normales y patológicas. Esto significa que no todas las mujeres que la padecen necesitan de tratamiento quirúrgico. Antes del trabajo histórico de S. Marion Sims era una de las más temibles alteraciones ginecológicas, pero actualmente se dispone de métodos clínicos específicos para diagnosticar adecuadamente la incontinencia urinaria (9).

B) Tipos de incontinencia urinaria:

b.1 INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: Llamada también de stress ó genuina, es la salida involuntaria de orina a través de la uretra cuando la presión intravesical excede la presión uretral máxima, todo esto en ausencia de actividad del músculo detrusor y la cual se hace evidente al aumentar la presión intrabdominal como el toser, reír, levantar objetos pesados, estornudar, caminar o correr. (1,2,3,6,7) La causa se atribuye fundamentalmente a la pérdida del ángulo uretrovesical posterior, y al soporte del suelo pélvico, edad avanzada, post-menopausia por falta de estimulación estrogénica, o alguna situación patológica. Contribuyentes: obesidad, neoplasias intrapélvicas y otras enfermedades que contribuyen a aumentar la presión intrabdominal por ejemplo: bronquitis crónica. (1,2,3,4,7,10,12)

b.2 INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO: Llamada también paradójica, se caracteriza por el goteo constante e intermitente de orina, las causas son diversas: neurológicas, farmacológicas, psicogénas, obstrutivas. (1,2)

b.3 INCONTINENCIA DE URGENCIA: Es la micción precipitada secundaria a la irritabilidad vesical asociada con exacerbación de la sensación de presión y de la respuesta evacuadora. Causantes postulados: principalmente uretrotigonitis. (1,2,3)

b.4 INCONTINENCIA NEUROGENA: Cuando existe lesión neurológica que produce Inhibición, lo que conlleva a la micción periódica inevitable o también produce retención urinaria. Puede ser que se presente como una vejiga hipertónica o hipotónica: Ejemplos: lesiones cefálicas, tumores del SNC, ACV, neuropatías etc. (1,2,3,4,5.)

b.5 INCONTINENCIA PRODUCIDA POR FISTULAS: Causadas por fistulas entre vagina y uréter o vejiga y uretra.

b.6 INCONTINENCIA POR DIVERTICULOS: Los divertículos pueden estar localizados principalmente en la uretra en forma de bolsa. (3,4)

b.7 INCONTINENCIA PSICOGENA: causada por psicosis menores. (2)

C) ANATOMIA DEL TRACTO URINARIO FEMENINO:

El aparato urinario femenino se compone de: 2 órganos que secretan orina: Los riñones, Los conductos excretores encargados de conducir la orina desde los riñones a la vejiga: Uno para cada riñón: Los Cálices, la pelvis renal y el uréter; un reservorio: La vejiga; Un conducto evacuador: La Uretra. (9)

Las porciones que revisten especial interés para el ginecólogo son los ureteres, la vejiga y la uretra. Claro está que los riñones son una importante estructura que puede verse afectada secundariamente por enfermedades ginecológicas pero esto cae en el campo de los urólogos y nefrólogos.

URETER: Comprende una porción abdominal y una pélvica, cada una de las cuales mide aproximadamente 12.5 cms. de longitud. Son estructuras musculares tubulares revestidas de epitelio transicional. El uréter pélvico pasa por el peritoneo posterior del ligamento ancho hacia el parametrio, después se dirige hacia el cérvix, para luego entrar en la pared de la base de la vejiga, en ángulo oblicuo.

VEJIGA: La forma, tamaño, posición y las relaciones varían con la edad y con la cantidad de orina que contiene. La vejiga vacía se encuentra enteramente en la pelvis, descansa en el pubis, y a medida que se llena sube en el abdomen. Es un órgano muscular hueco situado entre el útero y la vagina por detrás y la pared abdominal y el pubis por delante. Esta unida al útero y a la vagina por tejido conectivo que aumenta en densidad de arriba hacia abajo, esta separada del pubis por el espacio de Retzius.

El detrusor es el músculo liso de la pared vesical, que está compuesto por capas longitudinales y oblicuas, este es el responsable de la ejecución involuntaria de la micción una vez que ha comenzado ésta. Existe una marcada condensación de las fibras musculares cerca de la base o trigono, donde se originan las contracciones. Se cree que la unión de la vejiga y la uretra es asiento del esfínter interno. Sin embargo, histológicamente no existe esfínter individualizado. (1,2,3,4,6,8,9)

La vejiga está apoyada sobre el arco que forma el grupo muscular del elevador del ano, especialmente de pubococcígeo. La fascia del elevador se une a la fascia endopélvica que rodea a la vejiga para formar una densa capa por debajo de su porción dependiente y proporcionar una línea de defensa contra el prolapse. Esta capa se encuentra directamente debajo del músculo liso submucoso de la vagina, que también mantiene la vejiga y la uretra hasta que pierde su elasticidad con la senilidad o lesiones del parto. (1.2.3.5.8.9.)

Jeffcoate y Roberts fueron los primeros que postularon la importancia de la configuración anatómica de la unión uretrovesical (ángulo uretrovesical posterior) con respecto a la continencia urinaria. Este ángulo está formado por la unión de la uretra a la vejiga en su base, con respecto a la pared posteroinferior de la misma. Normalmente este ángulo debe tener entre 90 y 100 grados. (4,8,9)

URETRA: Tapizada por epitelio transicional y luego escamoso es un conducto fibromuscular que mide 1 cm. en la mujer. Se extiende desde el cuello vesical hasta el orificio uretral externo se halla unida al pubis por fibras del ligamento pubovesical así como de la fascia endopélvica. En su trayecto, ésta pasa a través del diafragma pélvico y la fascia del diafragma urogenital.

INERVACION: La principal inervación de la vejiga es autónoma, la porción parasimpática deriva de los segmentos sacros, II, III y IV y atraviesa la pared lateral de la pelvis por debajo de los grandes vasos, hacia los ganglios situados dentro de la adventicia vaginal. Estos nervios son aferentes y eferentes y son los responsables del tono vesical y los cuales utilizan neurotransmisores como acetilcolina, y que suscitan la contracción del detrusor. Otro mecanismo es el reflejo de distensión, por medio del arco reflejo. La porción simpática es una continuación de las cadenas ganglionares lumbaras y del plexo intermesentérico combinados para formar el nervio hipogástrico, que atraviesa el área presacra hacia el plexo anterior del recto.

Las fibras se introducen en la base del ligamento ancho y abordan la vejiga en la región del trigono. También estas fibras son aferentes y eferentes. El músculo somático que envuelve a la uretra está inervado por una rama del nervio pudendo externo. Los músculos elevadores del ano están inervados por ramas del nervio pudendo. El arco reflejo parasimpático tiene su centro en la médula sacra. Las fibras nerviosas preganglionares son colinérgicas (T-10 a T-12 Y S-2 a S-4), las fibras postganglionares son adrenérgicas. La vejiga está inervada especialmente por fibras beta adrenérgicas, y la uretra por fibras alfa adrenérgicas. El componente alfa adrenérgico del sistema simpático contrae el músculo liso de la uretra, mientras que el componente beta adrenérgico relaja la vejiga y la uretra.

D) FISIOLOGIA DE LA MICCION

Se siente el primer deseo de orinar cuando la vejiga contiene aproximadamente 150 ml de orina. En ese momento las mujeres normales pueden evitar la micción en forma voluntaria aún cuando hay un aumento de la presión intravesical e intrabdominal como ocurre al toser. Con un mayor volumen la presión intravesical se mantiene bastante constante hasta llegar a 450 ml (300 ml en promedio) (2.3.4.6.9.19) que es cuando la persona siente la necesidad de orinar. Cuando se alcanza el límite de la capacidad vesical, la presión intravesical excede a la presión intrauretral y produce micción involuntaria. (1.2.3.) Para iniciar la micción los músculos estriados periuretrales deben relajarse en forma refleja o voluntaria. Después la vejiga desciende en sentido posterior conforme se contrae lo que va abriendo el ángulo uretrovesical posterior y al mismo tiempo se contrae el músculo detrusor, esto produce que el cuello vesical adquiera una forma de embudo y que la uretra parezca acostarse. De esta manera se reduce la tensión uretral y una determinada cantidad de orina es impulsada al exterior a través de la uretra para iniciar la micción. Cuando termina la micción el orden en que se suceden estos cambios se invierte. algunas mujeres ayudan a que se ocurra la micción aumentando conscientemente la presión intrabdominal. (1, 3,6,9)

E) FISIOPATOLOGIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE STRESS:

Cada vez se acumulan más datos de la desnervación muscular secundaria a partos y al envejecimiento lo que puede alterar la conducción nerviosa a componentes musculares y en sí al suelo pélvico. No se ha aclarado si esto es causa de disfunción subsiguiente de cada componente o es el resultado de lesión directa de cada una de ellos, pero requiere mayor investigación determinar si tiene o no origen neurológico. Actualmente se supone que un piso desnervado puede debilitar el sostén uretral y producir decremento de la transmisión de la presión intrabdominal a la uretra posterior, así como puede desaparecer el ángulo posterior de la unión uretrovesical.

Cada tipo causal diferente de incontinencia urinaria refleja disfunción de un componente anatómico del mecanismo esfinteriano; por tanto, es fundamental un conocimiento adecuado de la estructura de este mecanismo para entender este problema clínico frecuente.

El mecanismo de esfínter uretral interno consta de músculo liso uretral, tejido elástico en las paredes uretrales, plexo vascular submucoso y urotelio. La lesión de esta región por traumatismo, intervenciones quirúrgicas previas o privación de estrógenos, puede alterar la transmisión de presión durante el esfuerzo, disminuir la presión uretral en reposo y evitar un buen sello por la mucosa. El esfínter estriado externo proporciona hasta un 33% de la presión uretral en reposo y las fibras pubococcígeas de descarga rápida aumentan la presión uretral con el esfuerzo. El sostén anatómico en la unión uretrovesical (ángulo uretrovesical posterior) depende de inserciones musculares y aponeuróticas intactas. (1,2,3,4,6,16,17,19,20,21,26)

F) DIAGNOSTICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO:

e.1) Clínico:

En la anamnesis los pacientes deben referir los siguientes síntomas:

- i) Salida de orina con el acto de toser, reír, estornudar caminar, correr o realizar alguna actividad física que requiera esfuerzo.
- ii) La salida de orina es breve, en forma de chorros y corresponde precisamente al periodo en que aumenta la presión intrabdominal.
- iii) La salida de orina suele limitarse a la posición erecta.
- iv) No suele acompañarse de deseo de miccionar.
- v) No ocurre durante el sueño.

Además, debe descartarse cualquier patología que pudiera confundir o alterar el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo: 1. incontinencia urinaria de urgencia: vinculada al deseo urgente de orinar. 2. Incontinencia por rebosamiento: caracterizada por goteo constante y dolor suprapúbico por sobredistensión vesical. 3) ITU.

Entre los antecedentes ginecológicos debe establecerse el número y tipo de partos, tamaño y talla del hijo mayor, fecha de la menopausia (si es pertinente), uso de estrogenoterapia o algún fármaco, y si tiene o no actividad sexual.

Entre los antecedentes médicos debe buscarse la presencia de problemas como: estreñimiento, diabetes mellitus, problemas respiratorios crónicos, infecciones del tracto urinario a repetición.

e.2) Examen físico:

La característica más frecuente es cierto grado de relajación pélvica, que suele incluir la pared vaginal anterior con uretrocele, cistocele y enterocele. Si se coloca a la paciente en posición de litotomía, la maniobra de valsalva provoca relajación, rotación posterior de la uretra y el cuello vesical, con lo que la unión uretovesical se mueve en forma excesiva, muchas veces hasta un punto bastante más allá de la sinfisis del pubis.

Es prudente observar la salida de orina con el esfuerzo, se revisan la fuerza y el tono del esfínter anal externo, la respuesta de este, así como la respuesta del reflejo del bulbo cavernoso los que indican funcionamiento normal de las ramas aferente y eferente del arco reflejo. La exploración digital pélvica y rectovaginal descarta tumores pélvicos, cicatrización vaginal o una masa blanda detrás de la uretra. (1.2.3.5.6.7.16.17)

e.3) Pruebas Diagnósticas:

i) Prueba del aplicador con punta de algodón (Q-TIP): El 95% de las personas con incontinencia urinaria de esfuerzo tienen positiva esta prueba (2). Se coloca un aplicador con punta de algodón lubricado en la uretra, hasta llegar a la unión uretovesical. La paciente se pone en decúbito dorsal, se mide al ángulo que forma el aplicador sobre el piso, practicando la maniobra de valsalva. Un ángulo de 15 de grados o menos durante el reposo y maniobra de valsalva significa que hay un soporte anatómico adecuado. Un ángulo mayor de 30 grados indica un soporte anatómico deficiente. De 15 a 30 grados es no concluyente. Para mayor comprensión ver figura 1.

e.3) Pruebas Diagnósticas

- ii) Prueba del esfuerzo urinario: Se instila en la vejiga 300 ml de solución fisiológica, luego la paciente realiza la maniobra de valsalva o tose unas 8 a 10 veces, mientras está de pie. Se inspecciona el perine para ver si hay escape de orina.
- iii) Movilización del cuello vesical: se puede valorar la funcionalidad del ángulo uretovesical posterior mediante la movilización del cuello vesical, al elevarlo manualmente por medio del tacto vaginal, este se dirige hacia el pubis y se le pide a la paciente que realice la maniobra de valsalva o que tosa, se comprueba si tiene o no salida de orina, si la tiene se aproxima el cuello vesical hacia el pubis digitalmente y se le vuelve a pedir que practique la maniobra de valsalva. En esta ocasión no habrá salida de orina lo que indica que hay una pérdida en la funcionalidad del ángulo uretovesical posterior.
- iv) Pruebas de laboratorio: Se deben practicar análisis de orina y urocultivos.
- v) Pruebas urodinámicas: Incluyen las siguientes: Uroflujometria, perfilometria de presión uretral, cistometria. Todos ellas tienen indicaciones específicas.
- vi) Endoscopia: Uretroscopia y cistoscopia.
- vii) Imagenología Diagnóstica: Ultrasonido pélvico, tomografía axial computadorizada, pielograma intravenoso.
- viii) Videocistouretrografía: Combina el cistograma miccional y la fluoroscopía intravesical e intravaginal o intrarectal y uroflujograma. (6,26,27).

G) TRATAMIENTO QUIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO:

f.1 Técnica de Kelly Kennedy:

En víspera de la operación se instila una solución de povidona en la cavidad vaginal. En la paciente de más edad es conveniente la administración previa de un antibiótico por vía oral en el preoperatorio. Esta operación hace una incisión en la proximidad del cuello vesical, y luego; ubicada la unión uretrovesical, se empieza a colocar puntos de arriba abajo en forma de "U" y colocados transversalmente usando catgut sertix crómico No.1.

En el postoperatorio inmediato se realiza taponamiento vaginal no muy apretado con gasa embebida en un gel que contenga una sulfá o un antibiótico. Este taponamiento se retira a las 24 horas, y la sonda foley a las 48 horas de la intervención. En los días siguientes, se administran antibióticos bajo la forma de óvulos vaginales.

f.2 Operación de Pastrana:

Bajo anestesia espinal se realiza una incisión media infraumbilical y se expone el espacio de Retzius. Se libera la grasa de la superficie de la uretra y se hace hemostasia de los vasos sanguíneos. Una sonda foley es colocada antes de la operación y se insuflan 5 cc de suero fisiológico en su balón para ayudar a localizar el cuello vesical.

Se coloca un punto longitudinal con seda No. 1 en el margen lateral derecho de la unión uretrogástrica, inmediatamente por delante del cuello vesical que englobe la cara inferior de la vagina. Se produce de igual forma en el lado izquierdo.

Se coloca transversalmente un punto con seda No.1 a nivel del cuello de la vejiga y se tiene cuidado de no penetrar en la cavidad vesical. Como al realizar la incisión media infraumbilical, la aponeurosis de los músculos rectos anteriores del abdomen queda dividido, la sutura paraustral del lado derecho se fija en la hoja aponeurótica derecha, inmediatamente por detrás de la sinfisis pública. De la misma forma se procede con la sutura de la región paraustral izquierda. Los cabos de la sutura al nivel del cuello vesical se fijan, el lado derecho a la hoja aponeurótica ipsilateral y el lado izquierdo a la hoja aponeurótica izquierda, inmediatamente por detrás de donde se fijaron los puntos anteriores. Se coloca la mano de un ayudante en la vagina el cual elevará esta para acercarlos a los planos anteriores del abdomen y facilitar anudar las tres suturas.

Se deja un drenaje en el espacio prevesical. Se cierra por planos y se mantiene la sonda foley por tres o cuatro días.

H) TRATAMIENTO NO QUIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

La siguiente es una descripción breve de los tratamientos no quirúrgicos de IUE :

Es muy frecuente encontrar en la mujer, a cualquier edad cierto grado de incontinencia urinaria de esfuerzo. Muchos de estos casos carecen de importancia clínica. Hay que recordar además que las intervenciones quirúrgicas diseñadas para la IUE no pueden utilizarse cuando la incontinencia se acompaña de contracciones involuntarias del detrusor, su tratamiento es muy diferente y depende de la causa fundamental. Por otro lado las pacientes prefieren las medidas conservadoras (por ejemplo: fisioterapia, farmacoterapia) en lugar del tratamiento quirúrgico, lo que conlleva a evaluar adecuadamente a nuestro paciente, y elegir correctamente el tratamiento. (6,13,15,18)

i) MEDIDA GENERALES: Se deberá recomendar a la paciente que disminuya de peso, y deberá dársele tratamiento a cualquier problema vinculado con la exacerbación de la incontinencia urinaria (ejemplo: Bronquitis crónica).(6,15)

ii) EJERCICIOS DE KEGEL: Como la debilidad de la musculatura uretral contribuye a la intensidad de la incontinencia, el fortalecimiento de los músculos del piso pélvico puede disminuir y prevenir la misma. KEDEL encontró que las contracciones repetidas del músculo pectococcigeo con la frecuencia eran beneficiosas. La técnica es que la paciente debe apretar los músculos pectococcigeos y vaginales, o bien

poner tensos los que emplea para interrumpir la micción. Cuando esto se práctica de 150 a 200 veces al día, se produce una mejoría satisfactoria en el 15 a 30% de las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, otro 30 a 40% manifiesta solo mejoría. Diversos investigadores mencionan que debe contraerse el piso pélvico seguido de tos o saltos y después aumentar lentamente el número de tosidos, lo que debe hacerse con diferentes volúmenes intravesicales, esto se debe de hacer no menos de 12 semanas, con lo que han encontrado índices de mejoría de hasta un 85%. (2,6)

iii) TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: Se han utilizado varios fármacos para la incontinencia del esfínter uretral de los que los estrógenos y alfa adrenérgicos son los más importantes. Este tratamiento no es eficaz contra la IUE intensa. (2,6)

1. ESTROGENOS
2. ALFA ADRENERGICOS
3. ANTAGONISTA BETA ADRENERGICOS

iv) ESTIMULACION ELECTRICA: Es un método poco aceptado y se basa en el principio de la estimulación eléctrica que produce un contracción sostenida de los músculos estriados uretrales y peruretrales del piso pélvico. Se ha observado un 62% de mejoría en pacientes con estimulación eléctrica transvaginal y 50% transanal. (6,16)

v) DISPOSITIVOS MECANICOS:

1. MUELLE DE EDWARD
2. DISPOSITIVO DE BONNAR
3. DISPOSITIVO DE SILASTIC

VI . MATERIAL Y METODOLOGIA

A) Tipo de Estudio: TRANSVERSAL – PROSPECTIVO (AMBISPECTIVO)

B) Sujeto de estudio: Se seleccionó a las pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, y que fueron sometidas a corrección quirúrgica (las técnicas en cuestión son: plicatura de Kelly Kennedy y operación de Pastrana), durante el período de junio de 1,993 a junio de 1,997. Se buscó a las pacientes en el libro de sala de operaciones de ginecología del hospital Roosevelt, después de seleccionar a las pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se revisaron las historias clínicas, para proceder a la visita domiciliaria y nuevamente a la recolección de datos (Recuérdese que hubieron dos fases de recolección de datos: i) cuando se revisaron el libro de sala de operaciones y posteriormente las historias clínicas en el archivo general del hospital y ii) cuando se realizaron las visitas domiciliarias).

C)	Tamaño de la población en estudio:	50 pacientes
	Pacientes con técnica de Kelly Kennedy	25
	Pacientes con operación de Pastrana	25

D) Criterios de inclusión:

i) Edad: 35 a 70 años.

ii) Sujeto: Paciente quien se le diagnosticó IUE previo al procedimiento quirúrgico: Histerectomía abdominal o vaginal con ó sin apendicectomía profiláctica, y quien, además, se le practicó cirugía correctiva para dicho problema.

Se incluirán también a las pacientes con anexectomía, corrección de cistocele o rectocele, sin embargo, es mandatorio que tenga el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo referida previo a procedimiento quirúrgico.

Paciente quien únicamente se le practicó tratamiento quirúrgico para problema de incontinencia urinaria.

iii) Lugar: Departamento de ginecología del hospital Roosevelt.

iv) Periodo: 1 Junio de 1,993 a 1 junio de 1,997.

v) Domicilio: Deberán residir en el departamento de Guatemala, Guatemala.

E) Criterios de exclusión:

i) Paciente quien además de la histerectomía (vaginal o abdominal), hayan sido sometidas a las siguientes operaciones: Vaginectomía parcial o total, exploración pélvica o laparotomía exploratoria.

Paciente que haya sido sometida a histerectomía vaginal o abdominal, quien, además, se haya colocado cistorectocele, pero SIN DIAGNOSTICO PREVIO DE IUE.

ii) Complicaciones preoperatorias: ninguna

Complicaciones postoperatorias: Infección de herida operatoria.

iii) Que padeczan de las siguientes enfermedades:

Asma bronquial o Bronquitis crónica.
Neuropatía de cualquier índole
Diabetes Mellitus
Secuelas de ACV.

iv) No debe estar bajo tratamiento con los siguientes medicamentos:

Efedrina, Seudoefedrina
propanolol,
estrógenos.

v) Que residan fuera del departamento de Guatemala, Guatemala.

F) Plan de análisis estadístico:

Debido a que: 1. La investigación tiene 2 proporciones (tratamiento quirúrgico con técnica de kennehy y operación de pastrana), 2. Que las características de interés (variables) están en escala de medición de tipo nominal categórica; se estableció que la prueba chi cuadrada (χ^2) es la que se usará para analizar los resultados obtenidos de la recolección de datos.

Se usará un valor P :0.05

G) Recursos:

i) Económicos:

Impresión de tesis	Q. 1,200.00
Utiles de escritorio	Q. 260.00
Gastos imprevistos	Q. 175.00
Viáticos	Q. 330.00
	Q. 1,965.00

ii) Físicos: Departamento de Ginecología del Hosp. Roosevelt

Departamento de Registros Médicos. H. Roosevelt

Bibliotecas: USAC, INCAP, APROFAM, H. ROOSEVELT.

iii) Humanos: personal que labora en los departamentos arriba mencionados.

Estudiante de medicina que cursa el último año de la carrera.

iv) Recolección de datos: Por medio de boletas de recolección de datos. Ver anexo 1.

H) Variables:

- i) Variable independiente: Tratamiento Quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo.
- ii) Variable Dependiente: Recurrencia de la incontinencia de esfuerzo luego del tratamiento quirúrgico.

VARIABLE INDEPEND.	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICA DOR.
TRATAM. QUIRURGICO DE IUE VIA ABDOMINAL	SE BASA EN LA SUSPENSION DEL ANGULO U- RETROVESICAL POSTERIOR	DESCRITO EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS	NOMINAL	OP.PASTRANA
TRATAM. QUIRURGICO DE IUE VIA VAGINAL	SE BASA EN LA COLOCACION DE PUNTOS DE "U", TRANSVERSALMENTE EN LA PROXIMIDAD DEL CUELLO VESICAL	DESCRITO EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS	NOMINAL	K. KENNEDY

EL INSTRUMENTO DE MEDICION SERA LA BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

VARIABLE DEPEND.	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR.
RECURREN- CIA DE = IUE LUEGO DEL TRATA- MIENTO - QUIRUR- GICO	PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA AL AUMENTAR LA PRESION INTRAABDOMI- NAL, LA QUE EXCEDE LA PRE- SION MAXIMA URETRAL EN	REFERIDO POR LA PACIENTE	NOMINAL	SI NO

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

EL INSTRUMENTO DE MEDICION SERA LA BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

VII) PRESENTACION DE RESULTADOS

METODOLOGIA

Se sometieron al estudio 50 pacientes, todas asistentes al hospital Roosevelt, departamento de ginecología y residentes en el departamento de Guatemala, Guatemala, quienes, además, fueron examinadas y se les diagnosticó incontinencia urinaria de esfuerzo.

Se distribuyeron los pacientes de la siguiente forma: 25 con historia de haber sido diagnosticado de incontinencia urinaria de esfuerzo y haber sido sometida a operación de pastrana, y 25 también con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo y sometidas a plicatura de kelly kennedy.

Las pacientes estuvieron comprendidas entre los 30 a 65 años de edad y todas son multiparas. El diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo fue hecho a base del interrogatorio y por medio del examen físico en la consulta externa y emergencia.

La recurrencia de la patología después del tratamiento quirúrgico se estableció por visita domiciliaria.

De las 50 pacientes, 4 no se pudieron localizar, 3 pacientes con operación de pastrana y 1 con plicatura de kelly kennedy, por lo que el total es de 46 pacientes: 22 con operación de pastrana y 24 con técnica de kelly kennedy.

La determinación estadística de la diferencia de recurrencia de incontinencia urinaria de esfuerzo entre las dos técnicas quirúrgicas, se estableció por medio de la prueba estadística chi cuadrada, los resultados de la investigación se exponen a continuación:

CUADRO NO. 1

TOTAL DE PACIENTES VISITADAS, QUIENES FUERON
TRATADAS QUIRURGICAMENTE POR PROBLEMA DE IUE.

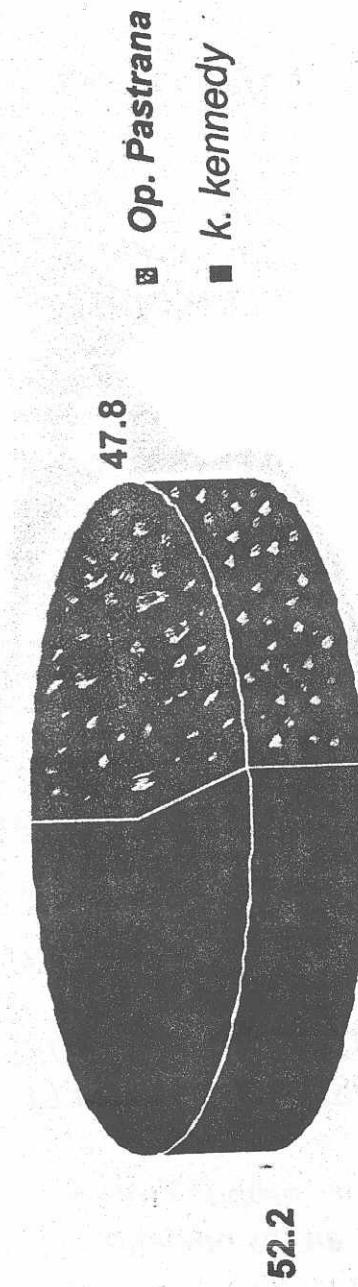
de Casos op. Pastrana K. Kennedy

46 Ptes.	22	24
----------	----	----

FUENTE: REGISTROS DEL ARCHIVO DEL HOSPITAL
ROOSEVELT.

La totalidad de los pacientes sometidos a la investigación,
dejando ver que ambos procedimientos tienen similares
cantidades de casos.

TOTAL DE PACIENTES VISITADAS, QUIENES FUERON
TRATADAS QUIRURGICAMENTE POR PROBLEMA DE IUE



FUENTE: REGISTRO MEDICO DEL ARCHIVO DEL H. R.

CUADRO NO. 2

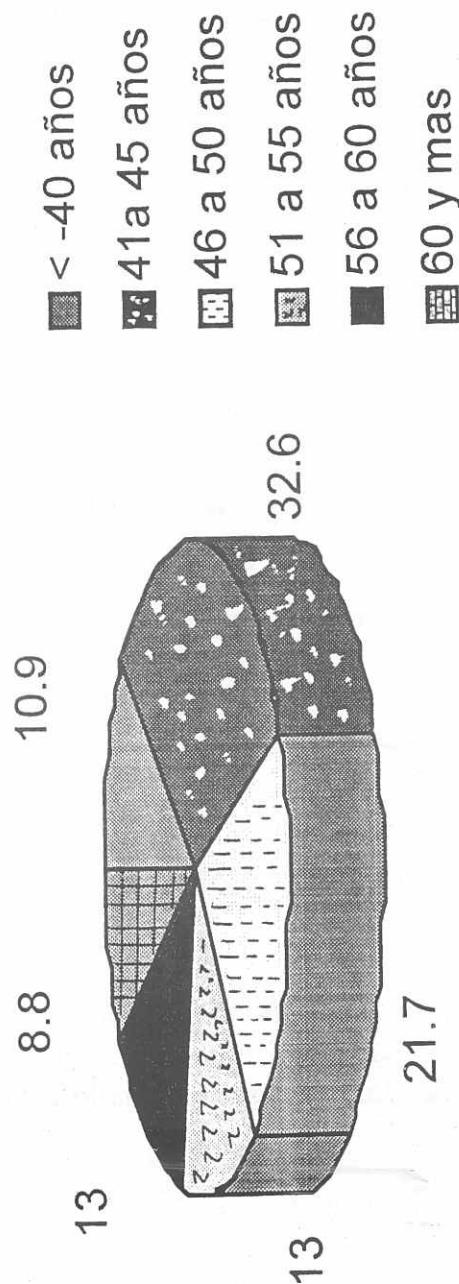
DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO DE LAS PACIENTES TRATADAS QUIRURGICAMENTE POR PROBLEMA DE IUE.

EDAD	OP. PASTRANA	K. KENNEDY	%
40 O MENOS	4	1	11%
41 A 45 A.	8	7	32%
46 A 50 A.	6	4	21%
51 A 55 A.	2	4	13%
56 A 60 A.	2	4	13%
61 Y MAS.	0	4	9%
TOTAL	22	24	100%

FUENTE: REGISTROS MEDICOS DEL ARCHIVO DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

La distribución por grupo etáreo tiene una mayor proporción (32 %) en las pacientes de 41 a 45 años, esto para los dos procedimientos.

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO DE LAS PACIENTES TRATADAS QUIRURGICAMENTE POR IUE REFERIDA



CUADRO NO. 3

*FRECUENCIA DE RECURRENCIA DE INCONTINENCIA
URINARIA DE ESFUERZO EN LOS PACIENTES A
QUIENES SE LES REALIZO CORRECCION
QUIRURGICA*

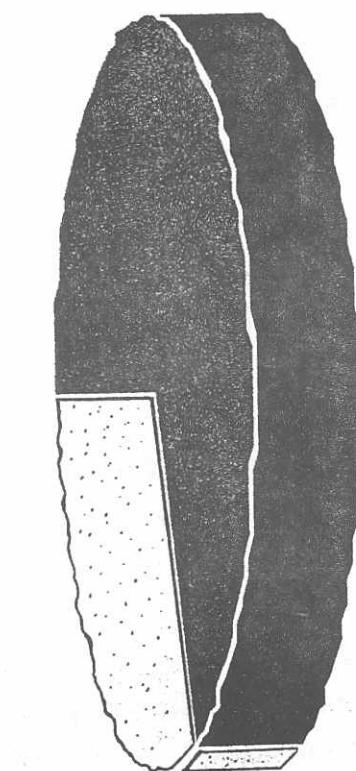
# CASOS	O.PASTR.	%	K. KENNED.	%	TOTAL	%
	9	19	4	9	13ptes.	28

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

La IUE recurre en 9 pacientes de las 22 con operación de Pastrana y en 4 casos de 24 con K Kennedy, esto significa que el 28% de todas las pacientes investigadas el procedimiento no tuvo éxito.

FRECUENCIA DE RECURRENCIA DE IUE DESPUES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

- O.PASTR.
- K. KENNE



8.7

19.6

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 4

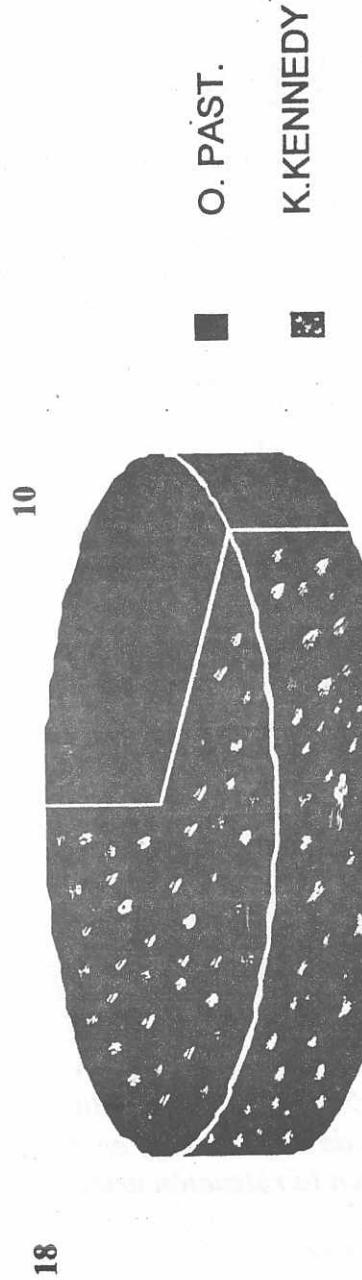
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAS AFECTADO CON COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.

# casos complicad	Operación Pastrana	%	Kelly Kennedy	%
12 ptes.	5 ptes.	10	8 ptes.	18

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS Y REGISTROS MEDICOS DEL ARCHIVO DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

La plicatura de Kelly Kennedy es el procedimiento más afectado con respecto a complicaciones post-operatorias, contribuyendo con el 18% de todas las pacientes tratadas quirúrgicamente.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAS AFECTADO CON COMPLICACIONES POST OPERATORIAS.



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS Y ARCHIVO H. R.

CUADRO NO. 5

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES EN
PACIENTES TRATADAS POR IUE, SEGÚN TIPO DE
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.

COMPLI-CACIONES	OP. PAS-TRANA	%	KELLY KENNE-DY	%	TOTAL	%
ITU	3	6	4	8	7	14
RETENCION URINARIA	0	0	5	10	5	10
OTRAS CAUSAS	1	2.5	1	2.5	2	5
TOTAL	4	8.5	10	20.5	14	29

FUENTE: REGISTROS MEDICOS DEL ARCHIVO DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

La complicación post-operatoria más frecuente es la ITU (Infección del tracto Urinario); y el procedimiento quirúrgico más afectado es la plicatura de K. Kennedy, en donde la complicación más frecuente fue también la retención urinaria.

37.

CUADRO NO. 6

EDAD MAS AFECTADA EN LA RECURRENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO LUEGO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO.

EDAD	OP. PASTRANA	%	KELLY KENEDY	%
40 O MENOS	1	4.5	0	0
41 A 45 A.	2	9.1	1	4.2
46 A 50 A.	2	9.1	1	4.2
51 A 55 A.	2	9.1	0	0
56 A 60 A.	2	9.1	2	8.3
60 A MAS.	0	0	0	0

FUENTE: REGISTROS MEDICOS DEL ARCHIVO DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

a edad mas afectada se encuentra entre los 41 y 0 años de edad, mostrando una distribución casi uniforme, curiosamente a partir de los 60 años no se vivieron recurrencias.

38

VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.

Los resultados recabados por medio de las visitas domiciliarias a las pacientes con tratamiento quirúrgico de IUE (Incontinencia urinaria de esfuerzo), son objeto de discusión ahora. Hay que hacer notar que las pacientes fueron sumamente colaboradoras y entusiastas, sin embargo dijeron que era necesario llevar un seguimiento y plan educacional post-operatorio adecuado por parte del medico, ya que luego de la intervención se sintieron "abandonadas".

El total de las pacientes sometidas a investigación fue de 50, pero solo 46 fueron interrogadas (cuadro y gráfica No. 1), el resto no se pudo localizar en su domicilio o en otro lugar. El 52.2% correspondió a la plicatura con K. Kennedy y el 47.8% a la op. Pastrana; estos porcentajes son similares y hacen posible que dichos procedimiento puedan ser comparados entre sí.

Con respecto a la edad de las pacientes con problema de IUE y que fueron tratadas quirúrgicamente (cuadro y gráfica no. 2), se estableció que el grupo de 41 a 50 años es el más numeroso para los dos procedimientos, y se mantiene para ambos procedimientos hasta los 60 años, aunque con menos casos. A partir de los 60 años, el único procedimiento observado fue k. Kennedy, y , esto es muy particular y probablemente se deba al menor riesgo quirúrgico que ésta ofrece. Estos resultados concuerdan con los datos proporcionados por Lesly J. Castilla en su tesis RECIDIVA DE INCONTINENCIA URINARIA, en donde menciona que a mayor edad , mayor frecuencia de IUE.

El cuadro y grafia No. 3 merecen especial importancia, no solo porque es en si el objetivo del estudio, sino porque presenta datos que se contraponen que algunas investigaciones realizadas.

La recurrencia de IUE luego del tratamiento quirúrgico fue referida en 13 pacientes de 46 investigadas: 9 casos correspondieron a la operación de Pastrana y 4 fueron de K. Kennedy. Danforth en su TRATADO DE GUINECOLOGIA y Lesly Castilla en su RECIDIVA DE IUE, mencionan que ambos procedimiento tienen la misma frecuencia de recurrencia de IUE , sin embargo esta investigación demuestra que la plicatura de K. Kennedy es más efectiva.

Por otro lado K. Kennedy resultó ser el procedimiento con más complicaciones post-operatorias (cuadro y gráfica No. 4) , de las 12 pacientes con complicaciones; 8 resultaron ser de este procedimiento, y la Retención Urinaria e ITU (infección del tracto urinario) fueron las causantes de las mismas. (cuadro no. 5) Esta bien documentado que la Retención Urinaria en la principal complicacion de este procedimiento (Julio Barnes PARAURETROPEXIA, METODO QUIRURGICO POR VIA VAGINAL PARA TRATAMIENTO QUIRURGICA DE IUE. Guillermo Bertiz, Marlen Zuñiga RETENCION URINARIA SECUNDARIA AL TRATAMIENTO QUIRURGICA DE IUE).

Por último la edad más afectada con Recurrencia de IUE (cuadro no.6), va desde los 40 años hasta los 60 años, sin embargo se estableció que el grupo etario de 60 y más años no tuvo recurrencia, y , esto sí es importante, ya que el único procedimiento en ese grupo fue la plicatura de Kelly Kennedy.

X. CONCLUSIONES

SE CONCLUYE LO SIGUIENTE:

1. Se determinó que la recurrencia de incontinencia urinaria de esfuerzo luego de la operación de pastrana es estadísticamente diferente en cuanto a la frecuencia, con respecto a la recurrencia después de la plicatura de kelly kennedy; concluyéndose que la op. de pastrana tiene mas casos de recurrencia (19. %) en comparación con la plicatura de kelly kennedy (9%).
2. Se concluyó que a mayor edad, mayor riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo y mayor riesgo de recurrencia de dicho problema después de la intervención quirúrgica, a excepción de las pacientes mayores de 60 años, ya que no se tuvieron datos de recurrencia de incontinencia urinaria de esfuerzo luego del tratamiento quirúrgico.
3. Aunque la operación de pastrana tuvo un mayor numero de casos de recurrencia de incontinencia urinaria en comparación con la plicatura de kelly kennedy, la operación de pastrana tuvo menor casos de complicaciones (5 casos) , no así k. Kennedy (con 8 casos), lo que conlleva a concluir que ambos procedimientos tienen beneficios y sus factores perjudiciales, lo que hay que evaluar a la hora de someter a una paciente a cualquier de los dos procedimientos.

X. RECOMENDACIONES.

Además a que este estudio demuestra la existente diferencia de recurrencia de incontinencia urinaria de esfuerzo luego del tratamiento quirúrgico se recomienda lo siguiente:

1. Hacer un estudio más extenso (probablemente prospectivo), ya que este es de corte transversal, para determinar con mayor exactitud la diferencia de resultados (recurrencia) entre ambos procedimientos y aplicar las medidas quirúrgicas más adecuadas.
2. Se debe establecer una técnica quirúrgica apropiada a cada paciente, así como darle prioridad a la técnica de K. Kennedy, pues con esta técnica logramos el objetivo principal: Hacer que las pacientes no sufran de IUE y así mejorar su calidad de vida.
3. Introducir en el departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt otras técnicas quirúrgicas para resolver la IUE, por ejemplo: La colposuspensión de Burch o/y otros.
4. Determinar con exactitud que pacientes tienen verdaderamente problema de incontinencia urinaria de esfuerzo previo al procedimiento quirúrgico y dejarlo por escrito en el historial clínico a fin de poderle dar un seguimiento post-operatorio adecuado a dichas pacientes.
5. Darle un seguimiento post-operatorio más estrecho a estas pacientes, ya que es de suma importancia para determinar los resultados quirúrgicos de las intervenciones realizadas para resolver el problema de IUE.

XI . RESUMEN

"Estudio transversal para evaluar la recurrencia de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo Referida en pacientes luego del Tratamiento Quirúrgico (operación de pastrana y técnica de kelly kennedy) en el departamento de Ginecología del hospital Roosevelt. Junio de 1993 a junio de 1997.

Fueron sometidas al presente estudio 50 pacientes de las cuales solo 46 fueron localizadas, 21 pacientes con operación de pastrana y 24 con plicatura de kelly kennedy.

Las 46 pacientes fueron visitadas en su domicilio e interrogadas personalmente a fin de determinar la existencia de sintomatología de incontinencia urinaria o bien la misma sintomatología previa a su operación, utilizando para el efecto la boleta de recolección de datos.

De las 46 pacientes investigadas, 13 presentaron recurrencia del problema, 9 con operación de pastrana y 4 con plicatura de kelly kennedy.

Además, se determinó que la técnica de kelly kennedy presentó mas casos de complicaciones post-operatorias como retención urinaria e infección del trato urinario (9 casos), en comparación con la operación de pastrana (3 casos con infección del trato urinario).

Finalmente se concluye que hay diferencia significativa en cuanto a la frecuencia de recurrencia de incontinencia urinaria de esfuerzo cuando se utiliza la técnica de kelly kennedy en comparación con la operación de pastrana, determinándose menos casos para la primera; sin embargo, la técnica de kelly kennedy proporcionó mas casos de complicaciones post-operatorias, no así la operación de pastrana.

Se recomienda utilizar la plicatura de kelly kennedy ya que resulta más económico, menos riesgoso para el paciente, pero minimizando en lo posible las complicaciones post-operatorias.

XII . REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Danforth D. N., tratado de Ginecología y obstetricia. 14ava. Edición, editorial Prensa Libre Técnica. DF. México 1990. 935 a 955
2. Benson, Ralph C., Pennell, Martil L. Diagnóstico y tratamiento ginecobstéticos. 5ta. Edición. Editorial el manual moderno. S.A.: De Cv, México DF. 1989.
3. Jones III, Howard W.; Went, Anne C., Buennett Lonnie S., Tratado de ginecología de Novak. 11ava. Edición.
4. Boclis baun, Herberth, Schimith, Joseph D. Ginecología and obstetric urology. W.B. Saunders company. 1978.
5. Nichols, David H.; Randall, Clyde L. Vaginal Surgery. The william & wilkins Company. 1979.
6. Castilla Jacobo, Leslie Juliette. Recidiva de Incontinencia urinaria. Mayo 1992. Tesis presentada a la facultad de Ciencias médicas.
7. Wingarden y Smith Cecil, Tratado de medicina interna. 19 va. Edición. Editorial Interamericana MC. Graw Hill. 1994. México.
8. Gardner-Gray-O rahilly. Anatomía humana de Gardner. Editorial Interamericana Mac Graw-Hill. México. 1989.
9. H. Rouviers A. Delmas. Anatomía humana descriptiva, topográfica y funcional. 9na. Edición Masson S.A. París. Reimpresión 1991. España. Tomo III.
10. Colombo M; Milani R, Vitobello D; Maggioni. A randomized comparison of burch colpo suspension an abdominal paravaginal defect repair for female stress urinary incontinency. Am J Obstetric and Gynecology (EEW) jul. 1996. Pag 78-84
11. O'Brien J, Long H. Urinary incontinence: long term effectiveness of nursing intervention in primary care. Departament of public health medicine, Someset Health comission, Taunton. British Medicina Journal. Nov. 1995.

12. Alcalya M, Mong a., Staton SL., Burch colposuspension: a 10- 20 years follow up British journal obstet gynecolo. Sept 1995. Paginas 740 a 745.
13. Diokno A, Yuhico Msr. Preference compliance and initial outcome of therapeutic options chosen by female patients with urinary incontinence. Journal Urology (EEW) Nov. 1995 pag 1731.
14. Sand PI; Richardson DA; Stasden Dr.; Swift SE; Apell RA; Withmore Ke. Pelvic floor electrical stimulation in the treatment of genuine stress incontinence. Jul. 1995. Pag. 66-71.
15. Bergman A, Eliea E. Three surgical procedures for genuine stress incontinence: five years follow of a prospective reandomizae study. Am Journal Gynecology (EEW) march. 1995 pag 175- 188
16. Weinberger MW., Osterdard Dr. Long term clinical and urodinamic evaluation of the polytetrafluoroethylene suburethral sling for treatment stress incontinence Am Obstetric Gynecology (EEW)- Jul. 1995 pag. 92-96.
17. Clin Yk, Stanton SL. A follow up of solastic sling for genuine stress incontinence. British Journal obstetric Gynecology. (EEW) Feb. 1995. Pag. 143-147.
18. Barners P, Raul; Pinto Julio., paraureteropexia: metodo quirurgico por via vaginal para el tratamiento de incontinencia de esfuerzo. Rev. Chilena. Obstetricia y Ginecología. 1993
19. Bogado S, Justo., Herrera P, Juan. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con la técnica de Burch: nuestra experiencia. Rev. Chilena urologia. 1993
20. Vasquez, Avendaño, Jaime., Marchant Gabriel. Incontinencia urinaria de esfuerzo: tratamiento quirúrgico con técnica de Burch. Rev. Chilena. Urologia. 1993.
21. Bertiz Luna Guillermo., Rodriguez C, Ester. Zufiga, Marlen. Retención urinaria secundaria al tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo. Rev. Mexicana Ginecología. Mayo 995.
22. Polo Pérez, Juan., García B, Severo., cistometria en la incontinencia urinaria femenina. Rev. Cubana obstetricia y ginecología. Enero a diciembre 1994.
23. Wein, Alan, Barret, David. Voiding-función and dysfunction. Year Book medical Publishers., Inc. 1988.

XIII. ANEXOS Y FIGURAS

ANEXO 1

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS:

NOMBRE: _____

DE REGISTRO: _____ EDAD: _____

DIRECCION: _____

OPERACION DE PASTRANA _____

OPERACION DE KELLY KENNEDY _____

RECURRENCIA SI NO

FECHA APROXIMADA EN MESES DE LA RECURRENCIA A PARTIR DE LA
OPERACION _____

COMPLICACIONES

POST

OPERATORIAS

CARLOS FLORES

ANEXO # 2 DIAGNOSTICO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

BASICAMENTE CONSISTIO EN DOS FASES:

1. Interrogatorio: Las pacientes siempre refirieron salida involuntaria de orina al toser, reír, estornudar, correr o realizar algún esfuerzo.

No refirieron deseos de miccionar.

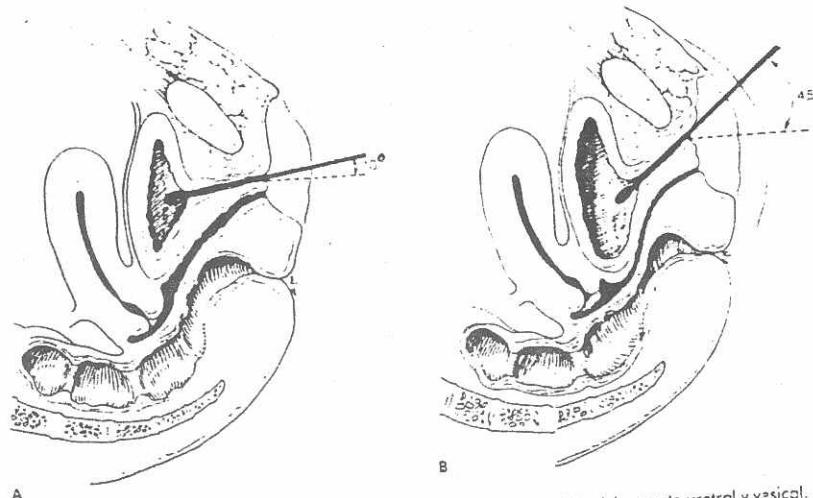
Refirieron que su ropa íntima quedaba impregnada de orina sin que se dieran cuenta.

Examen clínico: En posición de litotomía y luego de observar genitales externos (incluyendo uretra) se procedió a verificar la presencia de cistocele o rectocele, luego se pidió a las pacientes que tosieran, rieran, o simplemente realizaran la maniobra de Valsalva, para poder evidenciar la salida involuntaria de orina en forma de gotas o pequeños chorros de la misma.

Cuando una de las dos fases del diagnóstico fué positiva se estableció que la paciente padecía de incontinencia urinaria de esfuerzo.

El examen fue realizado por el residente del servicio de ginecología y/o el jefe del departamento.

FIGURA NO. 1



41-3. Prueba del aplicador con punta de algodón (Q-tips) para la evaluación del soporte uretral y vesical. A: El ángulo de reposo del aplicador con punta de algodón es normal. B: Con la realización de un esfuerzo, la unión uretrovesical desciende, haciendo que el extremo del aplicador gire hacia arriba.