

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**PERFIL CLINICO Y EPIDEMIOLOGICO DE  
PACIENTES SOMETIDAS A CORRECCION QUIRÚRGICA  
POR INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y  
EVOLUCIÓN DEL POST OPERATORIO INMEDIATO**

**AMPARO MARISOL FUENTES GONZALEZ**

**MEDICA Y CIRUJANA**

**Guatemala, septiembre de 2002**

PERFIL CLINICO Y EPIDEMIOLOGICO DE  
PACIENTES SOMETIDAS A CORRECCION QUIRÚRGICA  
POR INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y  
EVOLUCIÓN DEL POST OPERATORIO INMEDIATO

Departamento de Ginecoobstetricia del Instituto  
Guatemalteco de Seguridad Social, Pamplona, IGSS.  
Enero - Diciembre del 2001.

## INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	3
III.	JUSTIFICACION	5
IV.	OBJETIVOS	6
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	7
VI.	METODOLOGIA	21
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	26
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	32
IX.	CONCLUSIONES	35
X.	RECOMENDACIONES	37
XI.	RESUMEN	38
XII.	BIBLIOGRAFIA	39
XIII.	ANEXOS	43

## I. INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria de esfuerzo se define como la pérdida involuntaria de orina que afecta aproximadamente a 13 millones de personas en Estados Unidos, de los cuales el 85% son mujeres económicamente activas y con edades entre los 30 a 60 años. Siendo la incontinencia de esfuerzo el tipo más común. (13,22,27,28)

Las opciones para la solución de este problema son amplias y van desde ejercicios pélvicos, pasando por el tratamiento médico al quirúrgico, dependiendo de la naturaleza y severidad de la incontinencia. (1) El tratamiento de elección es el quirúrgico, siendo la colporrafia vaginal anterior la técnica más antiguamente usada, descrita por primera vez en 1914 por Howard Kelly, hoy en día continua siendo la técnica utilizada por muchos cirujanos. (15,22) Su principal ventaja sobre otras técnicas que también corrigen la incontinencia urinaria es que evita la incisión abdominal, permitiendo que se efectúa junto a otras operaciones vía vaginal. (22)

El proposito del presente estudio busco determinar y relacionar el perfil clínico como epidemiológico de todas aquellas pacientes que presentaron incontinencia urinaria y que fueron sometidas a corrección quirúrgica como tratamiento a su problema así como la evaluación post operatoria inmediata a la cirugía.

Por lo cual esta investigación analizo los datos que se obtuvieron en el departamento de Ginecología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, a través de los registros clínicos de las pacientes que fueron tratadas quirúrgicamente, en el periodo comprendido del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2001.

Las edades que mayor incidencia presentaron fueron las comprendidas entre los 41 a 50 años seguidas de las de 30 a 40 años respectivamente. Así mismo de un total de 153 pacientes 116 fueron ladinas y 37 indígenas dándonos un porcentaje del 76 y 24 %. Todas presentando una evolución post operatoria satisfactoria del 100%.

## II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La incontinencia urinaria de esfuerzo se define como la pérdida involuntaria de orina, la cual se produce al toser, estornudar, realizar ejercicios o cualquier maniobra que aumente la presión intraabdominal. Este problema es un síntoma y/o signo y no un diagnóstico<sup>(1, 29,30,33)</sup>

La incontinencia urinaria se clasifica en tres tipos principalmente, de **esfuerzo, urgencia, rebosamiento**, siendo la incontinencia de esfuerzo (IUE) la forma más común de este padecimiento<sup>(22,27,28)</sup>

Se estima que la prevalencia de este problema es de un 8 a un 51% para la población en general y esta es dos veces mayor en mujeres que en hombres. <sup>(5,15)</sup>

Básicamente este problema se ha atribuido a la pérdida del ángulo uretrovesical posterior, secundario al relajamiento del piso pélvico que ocurre regularmente en las mujeres mayores; de las cuales un 57% se encuentran entre las edades de 40 a 60 años, o en pacientes que son multíparas. <sup>(7,9,12)</sup>

Una vez identificada la causa, las opciones para el tratamiento van desde ejercicios pélvicos hasta la cirugía, la elección del tipo de tratamiento dependerá de la naturaleza, severidad y condición del problema que presenta la paciente. <sup>(1,4,14,21)</sup>

Existen varias alternativas como tratamiento quirúrgico para la corrección de la incontinencia urinaria, sin embargo en el Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, casi todas las correcciones se hacen por vía vaginal, siendo la técnica más utilizada la colporrafia anterior más punto de Kelly. <sup>(15,22,23,28)</sup>

Se han realizado varios estudios y mucho se sabe de correcciones quirúrgicas para tratar este problema, sin embargo estudios recientes o estadísticos que confirmen datos de las pacientes que son sometidas a este tratamiento y las características específicas de cada una de ellas no hay, a pesar de varios años de utilizar técnicas específicas no hay descritos resultados de los tratamientos quirúrgicos por IUE en regiones de nuestro país.

### III. JUSTIFICACIÓN

La incontinencia urinaria y especialmente la producida por esfuerzo llamada también por estrés o genuina es un problema bastante frecuente en la población femenina, principalmente en mujeres mayores, lo que a llevado a perfeccionar numerosas técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas como tratamiento. (19,26,32)

Uno de los principales objetivos del tratamiento en este caso quirúrgico es mejorar la calidad de vida de estas pacientes el cual se vuelve un problema social ya que también afecta a mujeres en edad reproductiva y económicamente activas.

La incontinencia urinaria de esfuerzo dependiendo de su severidad, puede ser tratada con cirugía, existiendo hoy día diversos procedimientos, aunque por antigüedad la técnica más utilizada sigue siendo la Colporrafia anterior más punto de Kelly.

A la fecha no hay datos que orienten, determinen y analicen las características clínicas y epidemiológicas (edad, paridad, antecedentes, etc.) de las pacientes con IUE y los resultados obtenidos en las correcciones quirúrgicas por incontinencia y que hayan sido tratada en el servicio de Ginecología del Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, siendo esta institución la que más procedimientos anualmente realiza.

Por todo lo expuesto es importante revisar las características epidemiológicas de las pacientes que presentan Incontinencia Urinaria de Esfuerzo y así evaluar el resultado de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico para que en base a estadísticas propias se formulen pautas y protocolos terapéuticos.

#### IV. OBJETIVOS

##### A. GENERAL

Describir el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes sometidas a corrección quirúrgica por incontinencia urinaria de esfuerzo y evaluación post operatoria inmediata

##### B. especificos

Identificar:

- 1.El grupo de edad que más prevalece con este problema
- 2.El grado de cistocele y la edad mas frecuente de aparicion que provoca la incontinencia urinaria de esfuerzo
- 3.El grado de cistocele e incontinencia urinaria según el numero de partos vaginales
4. El grupo étnico mas afectado por la incontinencia urinaria de esfuerzo
- 5.El grado de cistocele que provoca la incontinencia urinaria de esfuerzo
- 6.La evolución y complicaciones trans operatorias más frecuentes en pacientes sometidas a corrección quirúrgica por incontinencia urinaria
- 7.La evolución y complicaciones postoperatorias inmediatas más frecuentes en pacientes sometidas a corrección quirúrgica por incontinencia urinaria.

## V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

### A. VEJIGA URINARIA:

#### 1. Definición:

Es un órgano muscular hueco situado retroperitonealmente en la cavidad pélvica por detrás de la sínfisis púbica, anterior a la vagina e inferior al útero. Es un órgano con movilidad libre que se mantiene en posición por pliegues del peritoneo. La forma de la vejiga urinaria depende de la cantidad de orina que contiene, vacía esta colapsada; esférica cuando se distiende ligeramente, a medida que aumenta el volumen en la orina adquiere forma de pera y asciende en la cavidad peritoneal. La capacidad en la mujer es menor debido a que el útero está situado justo por encima de la vejiga. (9-11-14)

#### 2. Estructura:

En el suelo de la vejiga existe una pequeña zona triangular, el trígono. Los dos ángulos posteriores del trígono contienen las dos aberturas ureterales y el ángulo anterior está situada la abertura a la uretra (orificio ureteral interno) debido a que su mucosa está firmemente unida a la capa muscular, el trígono tiene un aspecto liso. (9-11-14)

#### 3. Histología:

La pared de la vejiga urinaria está formada por tres capas.

a) mucosa: capa más interna; membrana compuesta por epitelio de transición y una lámina propia subyacente.

b) muscular: o músculo detrusor que rodea a la mucosa, consta de tres capas de músculo liso: longitudinal interna, circular media y longitudinal externa

c) peritoneo: o capa externa que rodea la cara superior de la vejiga, el resto de la vejiga

presenta un recubrimiento de tejido conjuntivo fibroso (serosa) que se continúa con la capa de los uréteres. (1-4-9-11-14)

#### 4. Fisiología:

La orina se expulsa de la vejiga urinaria por micción, esta respuesta se ejecuta por una combinación de impulsos nerviosos voluntarios e involuntarios. La capacidad promedio de la vejiga urinaria es de 700 a 800 ml, cuando la cantidad de orina presente en la vejiga supera los 200 a 400 ml los receptores de estiramiento de la pared transmiten impulsos nerviosos a la porción inferior de la medula espinal, estos impulsos a través de vías sensoriales que llegan a la corteza inician un deseo consciente de eliminar la orina, a través de un centro especializado en la medula espinal sacra un reflejo denominado "reflejo de micción". En este centro se originan impulsos parasimpáticos que son conducidos hasta la pared de la vejiga urinaria y el esfínter central interno, la corteza cerebral permite la relajación voluntaria del esfínter uretral externo y se produce la micción. Aunque el vaciado de la vejiga urinaria es un reflejo puede iniciarse e interrumpirse de forma voluntaria debido al control cortical cerebral del esfínter uretral externo y de ciertos músculos del diafragma urogenital (9-12-20)

#### **B. INCONTINENCIA URINARIA**

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina que es un problema social o higiénico. La incontinencia urinaria es un síntoma no un diagnóstico, no es parte normal del envejecimiento aunque la prevalencia del problema se incrementa con la edad y no es una queja que carezca de importancia. (3-8-13-18)

### **C. TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA:**

1. Incontinencia urinaria de esfuerzo: llamada también de estrés o 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 intraabdominal como toser, reír, levantar objetos pesados, estornudar, caminar o correr. La causa se atribuye fundamentalmente a la pérdida del ángulo ureterovesical posterior y al soporte del suelo pélvico, edad avanzada, post-menopausia, falta de estimulación estrogenica o situación patológica. Los contribuyentes a este problema son obesidad, neoplasias intrapelvicas y otras enfermedades que contribuyen a aumentar la presión intraabdominal (ejemplo bronquitis crónica). La incontinencia urinaria de esfuerzo es la forma más común de continencia urinaria transureteral en la mujer. El termino incontinencia de esfuerzo se refiere a tres entidades diferentes, un síntoma, un signo y un trastorno.
  
2. Incontinencia por rebosamiento: llamada también paradójica, se caracteriza por el goteo constante e intermitente de orina, las causas son diversas; neurogenas, farmacológicas, psicógenas, obstructivas.
  
3. Incontinencia de urgencia: es la micción precipitada secundaria a la irritabilidad vesical asociada con exageración de la sensación de presión y de la respuesta evacuadora. Causantes postulados: uretrotrigonitis.

4. Incontinencia neurogena: cuando existe lesión neurogena que produce inhibición lo que conlleva a la micción periódica inevitable o también produce retención urinaria, puede presentarse como una vejiga hipertónica o hipotónica (ejemplo lesiones cefálicas, tumores del SNC, ECV, neuropatías, etc.)

Otros tipos de incontinencia que se pueden presentar aunque no son frecuentes son: incontinencia producida por fístulas, incontinencia por divertículos e incontinencia psicógena. (3-8-13-18)

#### **D. CLASIFICACION:**

1. Grado I: completa o casi completa pérdida del ángulo ureterovesical posterior pero con inclinación vertical o normal del ángulo hacia el eje uretral (rango de 10 a 30 grados) o por lo menos de 45 grados (por uretrocistograma).

2. Grado II: pérdida del ángulo ureterovesical posterior y con inclinación anormal vertical del ángulo hacia el eje uretral (mayor de 45 grados o incluso mayor de 90 grados). (3-13-21-23)

#### **E. FISIOPATOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, STRESS O GENUINA:**

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 tienen o no origen neurológico. Actualmente se considera que un piso desnervado puede debilitar el sostén uretral y producir decremento de la transmisión de la presión

intraabdominal a la uretra posterior, así como desaparecer el ángulo posterior de la unión ureterovesical.

Cada tipo causal diferente de incontinencia urinaria refleja disfunción de un componente anatómico del mecanismo esfinteriano. El mecanismo de esfínter interno consta de músculo liso ureteral, tejido elástico en las paredes uretrales, plexo vascular submucoso y urotelio. La lesión de esta región por traumatismo, intervenciones quirúrgicas previas, privaciones estrogenicas, pueden 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 pubococcigeas de descarga rápida aumentan la presión uretral con el esfuerzo. El sostén anatómico en la unión ureterovesical (ángulo ureterovesical posterior) depende de las inserciones musculares y aponeuroticas intactas. (1-8-13-24)

#### **F. DIAGNOSTICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA:**

Valorar la incontinencia en las pacientes debe realizarse con criterios sistemáticos para considerar todas las posibles causas, se debe valorar:

Historia

Exploración física

Análisis general de orina y /o cultivos

Citología si se considera necesario

Medición de orina residual

#### **1. HISTORIA CLINICA.**

Es de utilidad escribir la manifestación principal de la paciente en sus propias palabras y ampliar la historia a partir de este punto. Se debe verificar

los síntomas que le molesten mas, pudiendo ella referir:

Salida de orina breve, si es a chorros, con que frecuencia pierde orina, cuanta orina pierde, que es lo que le produce la perdida de orina, que le ayuda a que mejore o empeore la salida de orina, si ha recibido o no tratamiento en el pasado a causa de este problema. (17,20)

Los antecedentes medicos generales suelen revelar enfermedades generales que tienen una relación directa con la incontinencia urinaria, como la diabetes sacarina que produce diuresis osmótica si es malo el control de la glucosa. Insuficiencia vascular, que produce incontinencia nocturna cuando se moviliza el edema periférico, hacia el sistema vascular, enfermedad pulmonar crónica, que genera incontinencia urinaria de esfuerzo a causa de la tos crónica, etc. (4,5,9,27)

Entre los antecedentes ginecoobstetricos debe establecerse el número y tipo de partos, tamaño, talla del hijo mayor, fecha de menopausia (si ya la presento), uso de estrogenoterapia o algún fármaco y si tiene o no actividad sexual. (8,12)

## 2. SÍNTOMAS:

- a) Sensación de llenura en la vejiga
- b) Incremento de la frecuencia de urgencia urinaria
- c) Incomodidad perineal o vulvar
- d) Perdida de la orina contra él tose, reír, o actividades físicas de esfuerzo
- e) Dolor referido.

## 3. EXAMEN FÍSICO.

La exploración física de la paciente con incontinencia urinaria debe incluir identificación

de los trastornos médicos generales que pueden afectar a las vías urinarias inferiores, (22)

Los trastornos más frecuentes son insuficiencia cardiovascular, enfermedad pulmonar, procesos neurológicos, anomalías de la columna vertebral.

La característica mas frecuente es cierto grado de relajación pélvica que suele incluir la pared vaginal anterior con ureterocele, cistocele, enterocele, (15,28)

Si se coloca a una paciente en posición de litotomía maniobra de valsalva provoca relajación, rotación posterior de la uretra y el cuello vesical, con lo que la unión ureterovesical se mueve en forma excesiva, muchas veces hasta un punto bastante mas allá de la sinfisis del pubis. (10,12,17,)

Es prudente observar la salida de orina con el esfuerzo, se revisan la fuerza y el tono del esfínter anal externo y 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. (5,15,23,32)

#### 4. PRUEBAS DIAGNOSTICAS:

a) Prueba del aplicador con punta de algodón:

(Q-TIP) el 95% de las personas con incontinencia urinaria de esfuerzo tienen positiva esta prueba. Esta consiste en un aplicador con punta de algodón lubricado en la uretra hasta llegar a la unión ureterovesical, la paciente se coloca en decúbito dorsal, para medir el ángulo que forma el aplicador sobre el piso, practicando la maniobra de valsalva. Un grado de 1.5 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. ( 4.8.11,12,14)

b) Prueba del esfuerzo urinario:

Se instala en la vejiga 300 ml de solución fisiológica, luego la paciente realiza la maniobra de Valsalva o tose de 8 a 10 veces mientras está de pie, se inspecciona el perineo para ver si hay o no escape de orina.

c) Movilización del cuello vesical:

Se puede valorar la funcionalidad del ángulo ureterovesical 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 verifica la 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 ureterovesical posterior.

5. Pruebas de laboratorio:

Se deben practicar análisis de orina y urocultivos.

6. Pruebas urodinámicas:

Se incluyen: uroflujometría, perfilometría de presión uretral, cistometría. Todas con indicaciones específicas

7. Uretroscopia y cistoscopia e imagen diagnóstica:

Ultrasonido pélvico, tomografía axial computarizada, pielograma intravenoso.

8. Videocistouretrografía:

Combina el cistograma miccional y la fluoroscopia intravenosa e intravaginal o intrarectal y uroflujograma. (1,2,3,10)

## **G. TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO:**

Las más utilizadas son:

### **1. Técnica de Kelly:**

En vísperas de la operación se instala una solución de povidona en la cavidad vaginal. En la paciente de mas edad es conveniente la administración de un antibiótico por vía oral en el preoperatorio. Esta operación consiste en hacer una incisión vertical sobre la línea media que parte de un punto situado a dos centímetros del orificio externo de la uretra llegando un poco por debajo del pliegue ginocervical, esta incisión abarca la mucosa y la túnica conjuntiva vaginal y la disección de los colgajos, sujetando los bordes con pinzas Allis, se trata de palpar con el dedo índice de la mano derecha el globo de la sonda foley colocado en la proximidad del cuello vesical al mismo tiempo de ejercer cierta tracción sobre la sonda, se inician los puntos de arriba abajo en forma de U colocados transversalmente usando catgut Sertix cromico, interrumpiéndose la tracción ejercida sobre la sonda foley; se separan muy bien los bordes de la incisión vaginal y se realiza un segundo plano de sutura que oculta al anterior. (29-30)

En el post operatorio inmediato se realiza taponamiento vaginal no muy apretado con gasa embebida en un gel que contenga una sulfa o un antibiótico. Este tapón se retira a las 24 horas y la sonda foley a las 48 horas de la intervención. En los días siguientes se administra antibióticos bajo la forma de óvulos vaginales. (29-30)

### **2. Método de Marshall- Marchetti Krantz**

Este método consiste en la suspensión y fijación de la vagina a la cara posterior del pubis, así como en la suspensión del cuello vesical a la pared posteroinferior del hipogastrio. La vía utilizada en esta operación es la abdominal extraperitoneal. La

indicación de este procedimiento es paciente con incontinencia urinaria durante el esfuerzo.

Durante la preparación preoperatoria se realiza una desinfección de la cavidad vaginal por medio de la instalación de yodopovidona y el tipo de anestesia puede ser general o raquídea y la posición del paciente en trendelemburg. (29-30)

Este método consiste en realizar una laparotomía infraumbilical media que debe prolongarse hasta el borde superior del arco púbico. No se abre el peritoneo, se desprende la vejiga en forma manual para liberarla del arca anterior del pubis desplazándola hacia abajo manteniéndola en esa posición con una valva maleable, se expone la cúpula vaginal y se introduce en la vagina una torunda con ayuda de una pinza cherron, con el objeto de levantar la pared anterior de este órgano en el momento de realizar la sutura, se palpa la sonda foley que esta en el interior de la vejiga. Se palpa la uretra y se desplaza hacia la izquierda comenzando a pasar hilos de abajo arriba de modo que se abarque la túnica conjuntiva vaginal sin atravesar la mucosa, partiendo de allí se introduce la aguja de abajo arriba en el periostio del pubis, practicando en la fascia dos puntos mas que son equidistantes y quedan por encima y fuera de ella, estos puntos se repiten del lado opuesto invirtiendo la posición de la uretra, se sutura con algodón # 1 alternadamente los cuales se cortan a medida que son atados. (29-30)

Continuamente se practica dos o más puntos laterales encima del cuello vesical, los cuales quedan referidos por una pinza de Kelly, es retirada la valva que contiene al peritoneo, y se fijan los hilos del ángulo inferior de la incisión y se

atraviesa la aponeurosis de los músculos rectos del abdomen y se cierra el abdomen en dos planos. (29-30)

Durante el postoperatorio la sonda de Foley permanece en la vejiga durante 48 horas y se administra antibiótico por vía parenteral.

### 3. Método de Kennedy:

La indicación de este procedimiento es incontinencia urinaria de esfuerzo. La preparación preoperatoria consiste en instalar una solución de yodopovidona en la cavidad vaginal, en las pacientes con mas edad es conveniente la administración previa de estrogénos por vía bucal durante las tres semanas previas a la intervención. (29-30)

El procedimiento consiste en introducir una sonda foley dentro de la vejiga e inflando el globo, esta se mantiene traccionada hacia fuera para aproximar el área del esfínter vesical, se pinza el cervix y se hace tracción hacia abajo empleando para ello pinzas de Pozzi, la incisión realizada tiene la forma de una T invertida; Se realiza la disección de los colgajos vaginales liberando la vejiga hacia los lados empleando una tijera curva o bisturí. (29-30)

Con el dedo índice de la mano derecha se palpa la sonda foley. La sutura de Kennedy que tiene forma de U se inicia a los lados y en la proximidad del ángulo superior de la incisión abarcando la capa muscular de la vejiga, esta sutura se curva por debajo en la base del globo de la sonda foley y regresando hacia arriba, esta sutura se anuda obteniendo una disminución de la amplitud del esfínter vesical, se colocan puntos separados que van de un lado a otro a partir de la porción superior de los pilares de la vejiga, resecaando el exceso de mucosa vaginal y realizando la colpografía con puntos separados. (29-30)

#### 4. Método de Kennedy modificado:

La indicación para la realización de este procedimiento es igual de método de Kennedy al igual que el procedimiento preoperatorio.

Este método consiste en introducir en la vejiga una sonda Foley con un globo de cinco mililitros de capacidad, colocando valvas vaginales, se pinza cervix uterino y se tracciona hacia abajo, se realiza una incisión longitudinal dos cms por debajo del orificio externo de la uretra llegando hasta por debajo del pliegue vaginocervical, la cual compromete mucosa y túnica conjuntiva vaginal, se practica hemostasia de mucosa con catgut; Seguidamente estas dos capas son disecadas cuidadosamente con bisturí para no lesionar la fascia vesicovaginal. Se separan los bordes laterales de la vejiga de la unión con la túnica conjuntiva, se sujetan los cuatro ángulos con hilos de algodón, se realiza suturas de Kennedy y se refuerza con un segundo plano, se realiza el plegamiento de la vejiga y se inician las suturas de los pliegues en forma lateral, se reseca ambos lados de la mucosa vaginal excedente y se realiza la colpografía con puntos separados con catgut simple.

(29-30)

#### 5. 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 sangrantes, 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 #1 en el margen lateral derecho de la unión ureterovesical inmediatamente por delante del cuello vesical que englobe la cara inferior de la vagina. Se produce de igual forma en el lado izquierdo.

Otras técnicas quirúrgicas utilizadas para corregir la incontinencia urinaria así como otras correcciones ginecoobstetricas en otros países son:  
Colpopexia video-laparoscopica  
Colpoclesis.  
Prótesis intravaginal de soporte en el cuello vesical  
Instrumentos de succión- oclusión meatal(uso reciente en USA) (1,2,6,7,8,22,23)

#### **H. TRATAMIENTOS NO QUIRÚRGICOS DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO**

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 tener en cuenta 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 otra parte hay pacientes que prefieren las medidas conservadoras en lugar del tratamiento quirúrgico, lo que conlleva a evaluar adecuadamente a nuestro paciente y elegir correctamente el tratamiento:

Como medidas generales se debe de recomendar a la paciente que disminuya de peso y deberá dársele tratamiento a cualquier problema vinculado con la exacerbabción de la incontinencia (22)

##### **1. 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. KEGEL encontró que las contracciones repetidas del músculo subccoccigeo con la frecuencia eran beneficiosas.

La técnica es que la paciente debe apretar los músculos suboccígeos y vaginales o bien poner tensos los que emplea para interrumpir la micción, cuando esto se practica de 150 a 200 veces al día se produce mejoría satisfactoria en el 15 al 30 % de las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, otro 30 a 40% manifiestan solo mejoría. (1,2, 12,20)

## 2. Tratamiento con medicamentos:

Se han utilizado varios fármacos por la incontinencia del esfínter uretral de los que los estrógenos y alfa adrenergicos son los más importantes. Este tratamiento no es eficaz contra la incontinencia urinaria de esfuerzo intensa.

a) ESTRÓGENOS

b) ALFA ADRENERGICOS

c) ANTAGONISTAS BETA ADRENERGICOS.

## 3. Estimulación eléctrica:

Es un método poco aceptado y se basa en el principio de la estimulación eléctrica que produce una contracción sostenida de los músculos estriados uretrales y periuretrales del piso pélvico. Se ha observado un 62% de mejoría en pacientes con estimulación eléctrica transvaginal y 50% transanal.

(1,2,28)

## VI. MATERIAL Y METODOS

### A. METODOLOGÍA:

#### 1. **Tipo de estudio:**

Retro-prospectivo descriptivo.

#### 2. **Sujeto de estudio:**

Registros clínicos de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que fueron a corrección quirúrgica con diagnostico de incontinencia urinaria de esfuerzo.

#### 3. **Universo:**

Total de pacientes en el servicio de Ginecología del Hospital de Ginecoobstetricia con diagnostico de incontinencia urinaria de esfuerzo que fueron tratadas quirúrgicamente durante el año 2001.

#### 4. **Criterios de inclusión:**

Toda paciente con diagnostico de incontinencia urinaria de esfuerzo que consulto al servicio de Ginecología del Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y que fueron tratadas quirúrgicamente durante el periodo de 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2001.

#### 5. **Criterios de exclusión:**

Toda paciente que aparte del diagnostico de incontinencia urinaria de esfuerzo, presente otro problema por el cual tuvo que ser intervenida y se le realizo cirugía por IUE recidivante

Cuando la cirugía por IUE sea realizada como parte de otro procedimiento mayor (Histerectomía vaginal) mas colpografía anterior.

## 6. Variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
EDAD	Tiempo cronológico que transcurre desde el nacimiento a la fecha actual	Tiempo transcurrido en años, meses y días desde el nacimiento hasta la actualidad	Cuantitativa	Numérica continua	Años Meses
PARIDAD	Número de veces que ha estado embarazada Siendo viable o no el producto de la concepción	Numero de veces que a estado embarazada a presenta do abortos, cesareas hijos vivos y muertos	Cuantitativa	Numérica continua	Cantidad de gestas
GRUPO ETNICO	Características propias de cada persona	Diferencias físicas, Culturales Propias de Cada individuo	cualitativa	Nominal	Indígena Ladina
INCONTINENCIA URINARIA	Perdida involuntaria de orina ocasionada por aumento de la presión intraabdominal	Expulsión de orina involuntaria producida al hacer un esfuerzo	Cualitativa	Ordinal	Tipo y grado de Incontinencia

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
CORRECCION QUIRURGICA UTILIZADA	Técnica quirúrgica utilizada para la corrección de la IUE	Procedimiento realizado en quirófano para la corrección de la IUE	cualitativa	nominal	Corrección vaginal Corrección abdominal Otras
EVOLUCION	Cambios observados en el paciente en Calidad de Efecto Durante la recuperación y estancia hospitalaria	Cambios observados en la paciente Durante su hospitalización	cualitativa	nominal	Satisfactoria No satisfactoria
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS	Alteración de la evolución normal del paciente durante la intervención	Evento no contemplado durante la corrección quirúrgica	cualitativa	nominal	Si No
COMPLICACIONES POST OPERATORIAS	Alteración de la evolución normal del paciente después de la intervención	Alteración del proceso durante la recuperación intra Hospitalaria del pte	cualitativa	nominal	Inmediata Mediata Tardía

**7. Instrumento de medición:**

Esta fue la boleta de recolección de datos.

**8. Operacionalización:**

La operacionalización del estudio se realizó tomando nota de toda la información pertinente que se encuentra escrita en los expedientes clínicos del departamento de Ginecología de todas aquellas pacientes que fueron sometidas a corrección quirúrgica por IUE y que se encontraron en el archivo médico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, utilizando como instrumento de recolección de datos la boleta elaborada de acuerdo a las variables planteadas sobre el particular y mencionadas con anterioridad.

**9. Presentación de resultados:**

Los datos fueron ordenados en cuadros acorde a las variables planteadas anteriormente.

## **B. RECURSOS**

### 1. FÍSICOS:

Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto  
Guatemalteco de Seguridad Social  
Departamento de Archivo del Hospital de  
Ginecoobstetricia.  
Bibliotecas de la USAC y del Hospital de  
Ginecoobstetricia

### 2. HUMANOS:

Pacientes que fueron sometidas a corrección  
quirúrgica  
Asesor: Dr. Luis Humberto Araujo  
Revisor : Dr. Edgar Rodolfo Herrarte  
Docente Cics: Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas  
Personal de bibliotecas  
Estudiante de medicina que cursa él ultimo año de  
medicina

### 3. MATERIALES :

Registros médicos de las pacientes que fueron  
sometidas a corrección quirúrgica  
Material bibliográfico de libros, revistas,  
Internet,  
Computadora para almacenar y ordenar la información  
Boleta de recolección de datos

## VII. Presentación de resultados

### CUADRO 1

Distribución por edad y frecuencia de pacientes sometidas a corrección quirúrgica por incontinencia urinaria, realizado en el Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. IGSS, Pamplona realizado de enero a diciembre del 2001.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 30 años	01	1%
30 a 40 años	37	24%
41 a 50 años	82	53%
51 a 60 años	21	14%
61 a 70 años	08	5%
> 71 años	04	3%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

### CUADRO 2

Grado de cistocele mas frecuente en pacientes sometidas a corrección quirúrgica por incontinencia urinaria según la edad, realizado en el Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. IGSS, Pamplona realizado de enero a diciembre del 2001.

EDAD	GRADO DE CISTOCELE					
	C. G I	%	C.G II	%	C. GIII	%
< 30 a	1	5%				
30-40 <sup>a</sup>	11	52%	24	30%	5	10%
40-50 <sup>a</sup>	8	38%	46	58%	26	50%
51-60 <sup>a</sup>	1	5%	8	10%	13	25%
61-70 <sup>a</sup>	0	0%	2	2%	4	7.5%
> 71 a	0	0%			4	7.5%
Total	21	100%	80	100%	52	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

### CUADRO 3

Distribución según el grado de cistocele encontrado en pacientes sometidas a corrección quirúrgica por incontinencia urinaria, realizado en el Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. IGSS, Pamplona realizado de enero a diciembre del 2001.

GRADO DE CISTOCELE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Grado I	22	14%
Grado II	79	52%
Grado III	52	34%
TOTAL	153	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

### CUADRO 4

Grado de cistocele más frecuente en pacientes sometidas a corrección quirúrgica por incontinencia urinaria según el número de partos obtenidos, realizado en el Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. IGSS, Pamplona realizado de enero a diciembre del 2001.

PARTOS	GRADO DE CISTOCELE					
	C. G I	%	C.G II	%	C. GIII	%
0 PARTO			3	4%		
1 PARTO	5	24%	1	1%	0	0%
2 PARTO	9	43%	17	21%	0	0%
3 PARTO	4	19%	31	39%	8	15%
4 PARTO	0	0%	17	21%	13	25%
> 5 PTOS	3	14%	11	14%	31	60%
Total	21	100%	80	100%	52	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

### CUADRO 5

Distribución según el grupo étnico perteneciente de las pacientes sometidas a corrección quirúrgica por incontinencia urinaria, realizado en el Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. IGSS, Pamplona realizado de enero a diciembre del 2001.

GRUPO ETNICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Grupo ladino	116	76%
Grupo indígena	37	24%
TOTAL	153	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

### CUADRO 6

Distribución según el tipo de incontinencia urinaria encontrado en pacientes sometidas a corrección quirúrgica realizado en el Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. IGSS, Pamplona realizado de enero a diciembre del 2001.

TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Esfuerzo	122	80%
Urgencia	19	12%
Mixta	12	8%
TOTAL	153	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

### CUADRO 7

Distribución según complicaciones post operatorias presentadas en las pacientes sometidas a corrección quirúrgica por incontinencia urinaria, realizado en el Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. IGSS, Pamplona realizado de enero a diciembre del 2001.

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No-complicación	135	88%
Sí complicación	18	22%
TOTAL	153	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

### CUADRO 8

Distribución según el tipo de complicación a tiempo presentada en pacientes sometidas a corrección quirúrgica por incontinencia urinaria, realizado en el Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. IGSS, Pamplona realizado de enero a diciembre del 2001.

COMPLICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	135	88%
Inmediata	8	5%
Mediata	6	4%
Tardia	4	3%
TOTAL	153	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

### CUADRO 9

Distribución por clínica según la complicación post operatoria presentada en pacientes sometidas a corrección quirúrgica por incontinencia urinaria, realizado en el Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. IGSS, Pamplona realizado de enero a diciembre del 2001.

CLINICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edema en HOP	5	23%
Retencion urinaria	4	18%
Secresion HOP	4	18%
Dehicensia HOP	3	14%
Hemorragia HOP	3	14%
Hematuria	2	9%
Incontinencia urinaria	1	3%
TOTAL	153	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

## VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La población estudiada en el presente trabajo se caracterizó por ser un grupo representativo, que cursó con los mismos problemas y que tuvo acceso a los servicios que presta el Seguro Social.

El grupo que representa el cuadro 1 es el de las pacientes distribuidas por edad y la frecuencia con que se vieron afectadas por la incontinencia urinaria siendo el grupo que más sobresalió el de 41 a 50 años seguido de las de 30 a 40 años con un 53 y 24% respectivamente. Esto refleja las características propias de nuestro país en donde la mujer decide tener relaciones sexuales; que se embaraza precozmente desarrollandose este tipo de problema antes de lo debido.

Dentro de la clasificación según el grado de cistocele y la relación con la edad de la paciente se encontró que de un total de 153 pacientes hubo mayor predominio de cistocele grado I en pacientes de 30 a 40 años de edad con 52%, seguido de un 38% para las pacientes de 41 a 50 años; cistocele grado II entre las edades de 41 a 50 años representado por un 58% y cistocele grado III con 26 pacientes que dio 50% entre las edades también de 41 a 50% (Cuadro 2).

Con relación a la distribución según el grado de cistocele encontrado fue; pacientes con cistocele grado II afectadas 79 pacientes con un 52%, seguido del cistocele grado III con 52 pacientes siendo esto un 34% del total de la población. Es de mencionar que 6 pacientes que presentaron cistocele grado I fueron corregidas previamente, presentando en esta ocasión recurrencia del problema, siendo tomadas en cuenta ya que solo se les aplico colporrafia anterior mas punto de Kelly- Kennedy sin otro tipo de corrección quirúrgica. (cuadro 3)

Los datos estadísticos obtenidos de la relación grado de cistocele diagnosticado con el número de partos obtenidos fueron:

cistocele grado I, corregidas 9 pacientes con 43%  
cistocele grado II, corregidas 31 pacientes con 39%,  
cistocele grado III, corregidas 31 pacientes. Así también se encontró que 3 pacientes sin tener antecedentes de partos vaginales, pero si datos de tener abortos sin mencionar que tipo ni el espacio intergenesico de los mismos presentaron incontinencia urinaria, dos de ellas con incontinencia de esfuerzo y una mixta y las tres con cistocele grado II, esto contrario a lo que la literatura menciona que a mayor cantidad de embarazos resueltos por vía vaginal mayor será el grado de cistocele diagnosticado al momento, esto debido a la desnervación muscular que sufren estas pacientes, esto confirma también que no solo las personas de edad puedan presentar este tipo de problema ya que las pacientes se encontraron entre las edades de 30 a 40 años y una con edad de 27 años. (cuadro 4)

Con relación a las características étnicas que cada paciente presento, el grupo que más consulto al Hospital fue el de las ladinas con 116 lo que represento un 76% contra un 24% representado por 37 pacientes del grupo indígena. Esto no indica que este grupo sea él mas afectado, tal vez todo lo contrario, ya que el Hospital por ser una institución privada solo brinda servicio a sus afiliados, siendo el grupo indígena el que muchas veces no hace uso de estos servicios, es el grupo que más se embaraza y el que se considera presenta mayor problema, sin consultar, esto explica la lógica de este fenómeno.

En cuanto al procedimiento empleado como tratamiento quirúrgico para las pacientes el 100% fue corregido por la técnica de colpografía anterior mas punto de Kelly- Kennedy, esto debido a que las molestias y

problemas de las pacientes eran el grado de cistocele asociado a la incontinencia urinaria. Aunque existen otras técnicas quirúrgicas para corrección de este problema la mayoría implica otro procedimiento como histerectomía, situación que este estudio no realizó por ser un criterio de exclusión.

Dentro de la distribución de los tipos de incontinencia urinaria encontrada en las pacientes que con mayor frecuencia se encontró están:  
Incontinencia de esfuerzo con 122 pacientes y 80%,  
Incontinencia de urgencia con 19 pacientes y un 12%  
Incontinencia mixta con 12 casos para un 8%. No se encontró otros tipos de incontinencia como incontinencia de rebosamiento o neurogena descritas en la literatura. (cuadro 6)

Del total de las 153 pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria y que fueron llevadas a corrección quirúrgica solo 18 pacientes que representa el 22% presentaron complicaciones postoperatorias (cuadro 7). Siendo la más frecuente la complicación inmediata al procedimiento con 51% seguido de las mediatas con 4% y tardías con 4 pacientes que representa un 3%. (cuadro 8)

La manifestación clínica más frecuentemente manifestada en las complicaciones postoperatorias fue el edema de herida operatoria con 23% seguido de retención urinaria con 18%. Sin embargo la evolución postoperatoria fue satisfactoria en un 100% para todas las pacientes (cuadros 9 y 10)

## IX. CONCLUSIONES

1. Dentro del perfil clínico y epidemiológico de las pacientes sometidas a corrección quirúrgica por incontinencia urinaria la edad que presento mayor porcentaje fueron mujeres comprendidas entre los 30 a 40 años con 52% para Cistocele grado I, 58 % para cistocele grado II y 50% para cistocele grado III, estos últimos comprendidos entre las edades de 41 a 50 años.
2. El grado de cistocele en pacientes a nivel general fue cistocele grado II con una frecuencia de 79 pacientes lo que represento un 52% de la población total.
3. Se concluyo una estrecha relación entre cistocele de mayor grado con la cantidad de partos presentados por cada paciente; en más de dos partos se reporto cistocele grado I con un 43%, cistocele grado II se ubico en pacientes con mas de 3 partos con un 39% y un cistocele grado III aquellas que tuvieron mas de 5 partos en adelante.
4. El grupo étnico más afectado que consulto fue el de las ladinas con un 76% de la población estudiada.
5. El grado de cistocele no influyo directamente para que se presentará incontinencia urinaria, ya que de 153 pacientes 22 presentaron cistocele grado I; 79 cistocele grado II y 52 cistocele grado III, todas con incontinencia urinaria.
6. El tipo de incontinencia urinaria diagnosticada en pacientes que fueron sometidas a corrección quirúrgica fue de ESFUERZO siendo un 80% de la población.

7. No se presentaron complicaciones tras operatorias en ninguna paciente; dentro de las complicaciones postoperatorias se encontró un 22% de la población siendo la más frecuente la inmediata al procedimiento con 51%
8. Clínicamente las complicaciones post operatorias más frecuentemente encontradas fueron: edema de herida operatoria y retención urinaria con 23% y 18% seguidas de dehiscencia, secreción y hemorragia de herida operatoria.
9. La evolución post operatoria fue satisfactoria en el 100%
10. El procedimiento quirúrgico utilizado en este tipo de corrección fue colpografía anterior más punto de Kelly-Kennedy en un 100%, presentando esta técnica menor riesgo quirúrgico, así como complicaciones post operatorias.

## **X RECOMENDACIONES**

1. Profundizar en los parámetros clínicos de cada paciente que consulta llenando debidamente la ficha clínica como corresponde, ya que esto facilitaría el trabajo de las personas que hacen uso y consultas de los diferentes expedientes médicos.
2. Dar seguimiento a todas aquellas pacientes en donde no se ha concluido con certeza el motivo del problema que las aqueja.
3. Brindar en cada consulta a la pacientes un buen plan educacional con lenguaje sencillo indicándole en que consiste su problema, ayudando así a evitar complicaciones posteriores.
4. Reconsiderar si realmente pacientes que han recibido correcciones anteriores por el mismo problema ameritan recibir el mismo tratamiento tomando en cuenta la recurrencia de la misma.

## **XI. RESUMEN**

Este fue un estudio de tipo prospectivo descriptivo en donde se evaluó el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes sometidas a corrección quirúrgica por incontinencia urinaria y la evaluación del post operatorio inmediato, en el Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. IGSS. Pamplona. Durante el periodo de Enero a Diciembre del año 2001.

Fueron tomadas para el presente estudio 153 pacientes de las cuales 116 fueron ladinas y 37 del grupo indígena, la mayoría comprendidas entre las edades de 41 a 50 años seguidas por las de 30 a 40 años.

De las 153 pacientes estudiadas 18 presentaron algún tipo de complicación post operatoria, siendo las mas frecuentes las inmediatas al procedimiento quirúrgico.

Clínicamente estas complicaciones post operatorias se manifestaron en primer lugar como edema en herida operatoria, seguida de retención urinaria.

Para este tipo de corrección quirúrgica se utilizo la técnica de colporrafia anterior mas punto de Kelly Kennedy ya que resulta menos riesgoso para la paciente, disminuyen las complicaciones post operatorias siendo la evolución post operatorias satisfactoria.

## XII. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

1. Alonso Serrano. et al. Evaluación de la efectividad de los diferentes tratamientos en problemas urinarios. Ginecología y obstetricia de México, volumen 68, Abril 2001, pag 174-181.
2. Azzis, AI. Et al. Treatment for incontinence. A. Journal. octubre 1995 (6) pag 80-82
3. Bergman A. Elies E. Three surgical procedures for genuine stress incontinence: five years follow of a prospective randomizer study. Am Journal Gynecology (EEW) march 1995. pag 175-188
4. Danforth D.N, tratado de Ginecología y obstetricia. 14ava edición, editorial Prensa Libre Técnica D.F. México 1990. pag 935-955
5. Dikno, A. Urología Ginecoobstetrica. Clínicas de Norte América. Nov. 1996; (1) pag 13-50
6. Diokino A. Yuhico Mrs. Preference complance and initial outcome of therapeutic options cosen by female patients with urinary incontinence. Journal Urology (EEW). 1996. pag 1731-1732
7. Dosa, Laszlo. Abdominal Vs Vaginal: Which is better for incontinence surgery. Urología. 1998. Ap.26; 19

8. Gómez L. Oscar. Ginecología y obstetricia.  
WWW://http/ file://A:// gine
9. Guyton, Arthur C. et al. Fisiología humana.  
9 edición. Nueva York. editorial  
Interamericana. 1997. Pag 447-449.
10. Harvard Medical School. Harvard women's  
health. More ways to stay. Dry. E.E.U.U.  
marzo 1998.
- 11 .H. Rouviers A. Delmas. Anatomía humana  
descriptiva, topográfica y funcional. 9  
edición. Editorial Masson S.A. París.  
Reimpresión 1991. tomo II
11. Jones III, Howard W. et al. Tratado de  
Ginecología de Novak. 12 edición.
12. Koh, Charles H. Urinary stress  
incontinence. 1998. WWW.mimis. Com
13. Latarjet, Michael A. et al. Anatomía humana.  
3 edición. Madrid España. Editorial  
Panamericana 1997. Tomo II. Pag 1667-1677
14. Newiman, Fant J. Et al. Impact of surgery  
for stress incontinence on morbidity.  
British medical journal. Dec. 1997. (6) pag  
1493-1499

15. Nitti Victor W. Obstruction may because of post op voiding dysfunction. Urology times: April 1998.26:21.
16. Novak, Joseph. et al. Ginecología general. XVI edición. México D.F 1997 pag 621-645.
17. O. Briend. Urinary incontinence: jong term effectiveness of nursing intervention in priorecare. Department of public health medice. Someset Health commission, Taunton . Brithish. Medical Journal. Nov 1995.
18. Polh. Jf. Bilateral trasvaginal sacrospinous colpopexy. Preliminary experience. A. Journal of obstet Ginecol. 19997: 177 pag 1356-1362.
19. Raymont A. Lee MD. Histerectomía vaginal, reparación de cistocele, entero-rectocele. Obstetricia y ginecología urológica. Rochester Minnesota, Mayo 2001, pag 904-915
20. Smith Mr. Colposacropexy and alternative technique. A. Journal of obstet Gynecol. 1997, 176. pag 1374-1376
21. Summary from the healt Answer 1. 1998. New York. Urinary incontinence.6-8 September pag 1-3

22. Summary from the health answer 1. 1999. New York. Stress incontinence. 18 of January. Pag 1-6
  
23. Ugas Gustavo Dr. et al. Incontinencia urinaria de esfuerzo www: // file.//A: / ginecología y obstetricia. Febrero 2000.pag 1-13
  
24. Vasquez A. Jaime. Incontinencia urinaria de esfuerzo: tratamiento quirúrgico. Revista chilena de urología. Santiago 1993.
  
25. Williams. Et al. Obstetricia de William. Obstetricia instrumental cap 20-22. 20 edición
  
26. Wingarden Cecil. Tratado de medicina interna 19. Edición.editorial Interamericana. Graw Hill. 1994. México. Pag
  
27. Young, S. B. et al. Esquema practico para la atención de la incontinencia urinaria. A. Journal. 1996. Nov 15; 6: pag 349-357
  
28. David M. Gershenson . et al. operative gynecology. Second edition
  
29. Richard F. Ginecologia operatoria de Telinde 6ta edición

# XIII ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
UNIDAD DE TESIS  
BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS  
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA PAMPLONA

BOLETA \_\_\_\_\_ AFILIACION \_\_\_\_\_ MES/AÑO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

GRUPO ETNICO: LADINA \_\_\_\_\_ INDIGENA \_\_\_\_\_

PARIDAD: G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

AB \_\_\_\_\_ HV \_\_\_\_\_ HM \_\_\_\_\_

GRADO DE CISTOCELE : I \_\_\_\_\_ II \_\_\_\_\_

III \_\_\_\_\_ IV \_\_\_\_\_

TIPO DE INCONTINENCIA ENCONTRADA \_\_\_\_\_

METODO QUIRURGICO UTILIZADO \_\_\_\_\_

SE PRESENTARON COMPLICACIONES TRANSOPERATORIOS:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CUALES \_\_\_\_\_

SE PRESENTARON COMPLICACIONES POST OPERATORIAS :

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SI SE PRESENTARON QUE TIPO DE COMPLICACION:

INMEDIATAS \_\_\_\_\_ MEDIATAS \_\_\_\_\_ TARDIAS \_\_\_\_\_

CLINICAMENTE EN QUE CONSISTIO LA

COMPLICACION \_\_\_\_\_

EVOLUCION POST OPERATORIO: SATISFACTORIO \_\_\_\_\_

NO SATISFACTORIO \_\_\_\_\_

