

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.

U.N.A.N. - MANAGUA.

FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS.

HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERON ROQUE.



Tesis para optar al título especialista en Ginecología y obstetricia.

Tema

Caracterización y resultado del abordaje quirúrgico de las pacientes con incontinencia Urinaria de esfuerzo manejadas en el servicio de Uro-Ginecología del antiguo Hospital Fernando Vélez Paiz de abril 2012 a enero 2013.

Autor:

Francisco Javier Gutiérrez Toruño. Médico residente de Gineco-Obstetricia

Tutor:

Dr. Juan José Almendarez. Uro-gineco-obstetra, H. B. C. R.

Asesor metodológico:

Dr. Steven Cuadra, MD.,Msc., LicMed., PhD.

Managua - Nicaragua 2015

OPINION DEL TUTOR

La Incontinencia Urinaria de esfuerzo es un problema que afecta negativamente la calidad de vida de la mujer en los ámbitos personales, conyugal familiar y social. Tomando en cuenta que la multiparidad es un factor fuertemente relacionado con la etiopatogenia del trastorno, la mujer nicaragüense presenta de manera frecuente dicha entidad.

A lo largo de la historia se han llevado a cabo numerosas técnicas quirúrgicas que permiten corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo, procedimientos que han evolucionado a lo largo de la historia, empezando por la plicatura suburetral de Kelly, descrita a inicio del siglo XX, hasta la operación Burch, que marca el inicio de la era moderna dentro de los procedimientos anti-incontinencia.

La descripción de cinta vaginal libre de tensión, realizada en 1996 por el profesor Ulf Umsten retoma el principio fisiológico de la fascia endopélvica como mecanismo de soporte uretral que permite mantener presiones de cierre adecuadas evitando la incontinencia urinaria. La mínima invasión del procedimiento, así como los excelentes resultados postquirúrgicos y la baja tasa de complicaciones han hecho de la misma la “Cirugía Antiincontinencia del siglo XX”.

El presente trabajo refleja los primeros resultados de la experiencia institucional en el servicio de la Ginecología/Uroginecología del antiguo Hospital Fernando Vélez Paiz en el abordaje quirúrgico de las pacientes desde abril del 2012 a enero del 2013

Felicito al autor del presente estudio, Dr. Francisco Javier Gutiérrez Toruño, residente de IV año de Ginecología y Obstetricia por la conclusión del mismo. Los resultados nos servirán para evaluar el abordaje quirúrgico y mejorar cada día más.

DR. Juan José Almendarez.

GINECOLOGO Y OBSTETRA/UROGINECOLOGO
HOSPITAL “BERTHA CALDERON ROQUE”

DEDICATORIA

Este esfuerzo de superación, lo dedico con todo cariño a los que lo merecen, a los que con la más fiel comprensión y ternura forjaron mi vida y mi ser:

Mis padres.

También es dedicado a los que comparten conmigo la bondad paterna y hacen nuestros hogares felices:

Mis hermanos.

A la que a mi lado comparte cada momento vivido, de lucha por lo más querido:

Mi esposa

A los que en cada amanecer llenan de vida e ilusión en busca del faro de luz que ilumine mi camino:

Mis hijos.

AGRADECIMIENTO

A **DIOS**, que me brinda el aliento de la vida.

A cada uno de mis maestros, al brindar los conocimientos que fielmente reproduciré

En especial al Dr. Juan José Almendarez Martínez

A mi familia por comprender cada momento robado en esta fase de preparación profesional.

Resumen

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, longitudinal que tuvo como propósito la caracterización y descripción del resultado clínico del abordaje quirúrgico de 98 pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo manejadas en el antiguo Hospital Fernando Vélez Paiz en el servicio de uro-ginecología, investigando paciente intervenidos entre abril 2012 a Enero 2013 a los que se le dio seguimiento por dos años posterior a su intervención quirúrgica. Durante el seguimiento se evaluó recurrencia y calidad de vida. En este estudio se observó que la incontinencia urinaria fue un síntoma presente en las pacientes fundamentalmente de la tercera edad, cuyo inicio correspondió a pacientes en edades intermedias, principalmente aquellas que cursaron con patologías asociadas como obesidad, hipoestrogenismo y hábitos como la ingesta de café. En cuanto a la evolución clínica se caracterizó por un tiempo no menor de 1 año, con un incremento en la frecuencia en aquellas pacientes de 5 años de evolución, con antecedente de parto vía vaginal, con producto macrosómico y en aquellas que presentan prolapso de órganos pélvicos. Por otro lado la incontinencia urinaria de esfuerzo se caracterizó con un índice de severidad alto (severa o muy severa), con afectación significativa de la calidad de vida. En cuanto al tipo de cirugía previa, una proporción importante de pacientes presentaron como antecedente la colpoplastia y en menor frecuencia la histerectomía. Esto indica que la corrección de incontinencia urinaria a través de colpoplastia no fue apropiada ya que requirió nueva intervención para corrección. En la casuística estudiada la técnica quirúrgica más frecuente fue la aplicación de cintas suburetrales (malla TOT), seguido por la técnica de Burch. No se observaron diferencias significativas en cuanto a las complicaciones presentadas en las técnicas implementadas. La técnica de aplicación de cintas suburetrales (malla TOT) nuestro estudio indica que esta técnica reduce el tiempo de hospitalización y uso de sonda Foley, evidenciándose una corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo, expresada en una mejoría de la calidad de vida de las pacientes y con una frecuencia de complicaciones mínimas. En conclusión la operación de Burch continua siendo el estándar de oro para la corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo y para los casos en donde se presenta recidiva de incontinencia urinaria, y en aquellas pacientes que tengan patologías concomitantes ginecológicas, sin embargo la aplicación de cintas suburetrales (malla TOT) es una técnica eficaz y con pacientes bien seleccionados presenta niveles de eficacia y seguridad similares a la técnica de Burch.

ÍNDICE

<u>INTRODUCCIÓN</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>ANTECEDENTES</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>JUSTIFICACIÓN</u>	13¡Error! Marcador no definido.
<u>PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>OBJETIVOS</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>Objetivo general</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>Objetivos específicos</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>MARCO TEÓRICO</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>MATERIAL Y MÉTODO</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>RESULTADOS</u>	36
<u>DISCUSIÓN</u>	51
<u>CONCLUSIONES</u>	57
<u>RECOMENDACIONES</u>	58
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	59
<u>ANEXOS</u>	61

INTRODUCCIÓN

La incontinencia de orina constituye una enfermedad frecuente en la población femenina y constituye un problema clínico y personal de primera magnitud. La alteración de la calidad de vida que provoca en las mujeres que la padecen es muy profunda, habitualmente con deterioro de la autoestima. Supone un reto y un desafío para el personal sanitario. Es de la máxima importancia conseguir una adecuada relación médico-paciente y llegar a un correcto diagnóstico para su ulterior tratamiento.^[1-3]

Estudios en distintas poblaciones han demostrado que además determina una importante repercusión sanitaria y económica. La sintomatología de esta enfermedad aparece más comúnmente en mujeres multíparas y posmenopáusicas, siendo la forma más frecuente la pérdida de orina ante los esfuerzos de la tos, la risa o el ejercicio. Esto que se conoce como incontinencia de orina de esfuerzo es una situación tratable que afecta a mujeres de todos los grupos etáreos. Dentro de las causas de la incontinencia de orina de esfuerzo se encuentran la alteración en el soporte del piso pélvico y la alteración en el mecanismo del esfínter uretral.^[2-4]

Sin embargo, la gran revolución se ha producido en el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Las técnicas de mallas suburetrales, realizadas como cirugía mínimamente invasiva y, con frecuencia, en el contexto de cirugía mayor ambulatoria han sustituido con resultados idénticos o mejores a técnicas con estancias hospitalarias prolongadas.^[4-8]

Existen múltiples modalidades terapéuticas ante esta enfermedad las cuales se pueden agrupar en tratamientos no quirúrgicos y tratamientos quirúrgicos. Dentro de los primeros se encuentran la fisioterapia perineal con los ejercicios musculares descritos por Kegel, la hormonoterapia con estrógenos preferentemente de uso local, la estimulación eléctrica del piso pélvico, la terapia conductual que mediante el aprendizaje lleva a modificar las conductas que contribuyen a la incontinencia y la reciente “inervación magnética extracorpórea”.^[4-8]

En Nicaragua la incontinencia urinaria de esfuerzo es un problema frecuente, y en nuestros hospitales se realizan intervenciones quirúrgicas para reparar la incontinencia. Hay una experiencia acumulada, por lo que se hace necesario evaluar cuál ha sido el resultado de estas intervenciones.

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo conocer las Características clínicas relevantes y resultado del abordaje terapéutico de las pacientes con incontinencia Urinaria de esfuerzo manejadas en el servicio de Uro-Ginecología del antiguo Hospital Fernando Vélez Paiz de abril 2012 a enero 2013, y que se le dio seguimiento por dos años.

ANTECEDENTES

A nivel internacional, en 1996 Ulmstem, introduce la técnica TVT (Cinta Vaginal Libre de Tensión)^[2] la cual se caracteriza por ser mínimamente invasiva, con una rápida curva de aprendizaje, cortó tiempo operatorio y baja incidencia de complicaciones, presentando resultados comparables a Burch incluso en los seguimientos a largo plazo. Sin embargo, en los últimos tiempos han aparecido reportes que revelan una incidencia de complicaciones intra y postoperatorias no despreciable llegando a una tasa global de aproximadamente 35%.^[1, 10, 11]

Ulmstem y cols. En 1996 comunicaron una tasa de curación de la incontinencia urinaria con la técnica de TVT del 85%, a los 36 meses de seguimiento.^[2] En un estudio realizado por Meschia y cols. en la que se realizó esta misma técnica, se reportó una tasa de curación del 90% al 92%, en 404 mujeres sometidas al procedimiento, con una media de seguimiento de 21 meses (rango de 12 a 35 meses), entre las principales complicaciones reportadas se describen; perforaciones vesicales en el 6% de las pacientes, dificultad en la micción en un 4%, se presentó sangrado retropúbico que requirió intervención en el 0.5 % de los casos y en un 0.2% de los casos se lesionó el nervio obturador.^[12]

Olsson y Kroon en 1999 describieron una tasa de curación con la técnica de TVT del 90%, en 51 mujeres con un seguimiento de 3 años.^[13] Azam y cols. Reportaron una tasa de curación del 81%, tras un 1 año de seguimiento en pacientes sometidas a procedimientos de T.V.T.^[14]

En un estudio prospectivo multicéntrico realizado por P.C.R. Palma et al. en el periodo comprendido entre febrero del 2001 y marzo del 2002, a 100 pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, cuyas edades oscilaban entre los 40 y los 71 años, a las cuales se les realizó corrección de su incontinencia a través de la vía transobturatriz con cabestrillo Safyre obteniéndose los siguientes resultados; el procedimiento quirúrgico tuvo una duración media de 25 minutos, y el tiempo de hospitalización promedio fue de 24 horas, con un rango de 12 a 36 horas. La principal complicación en el postoperatorio fueron síntomas de irritación tras la micción que se produjo en 26 pacientes. Hubo 6 casos infección de la cinta y se retiró el cabestrillo en 4 pacientes, no se reportaron sangrados, transfusiones sanguíneas, ni perforaciones uretrales o vaginales, en 6 pacientes se reajustó la cinta bajo anestesia local.^[15]

A nivel nacional en 1989, el Dr. Blandón García, revelo en estudio realizado en el HEODRA, que el 71.8% de la población de estudio con IU eran múltiparas con más de 4 partos, los factores desencadenantes de mayor prevalencia encontrados en ese momento fueron la tos y el estornudo; siendo el grupo más afectado entre los 30 y 39 años. ^[16]

La investigación llevada a cabo en 1993, por el Dr. Ruiz Lorente en el HEODRA, concordó con el estudio anterior que el 75% de la población tenían como antecedente más de 4 partos; pero que la población afectada era mayor de 40 años. Siendo el tipo el tipo de incontinencia de predominio en ese momento la de estrés pura, seguida de las mixta con predominio de urgencia. Además reveló que el tratamiento para las pacientes con IU de esfuerzo fue quirúrgico; mientras las pacientes con IU de urgencia fue médico y a las mixtas tratamiento combinado médico y quirúrgico. ^[17]

Otro estudio realizado en 1993, por el Dr. Erick Esquivel Muñoz en el HEODRA, concordó con los estudios anteriores que la mayoría de la población tenía como antecedente más de 4 partos. Encontrando también que la población afectada era mayor de 40 años y que las pacientes con IU de esfuerzo se manejaron con procedimiento quirúrgico, las IU de urgencia el manejo fue médico y a las IU mixta se manejaron con tratamientos combinados, datos que concuerdan con la investigación realizada por el Dr. Ruiz Lorente; pero el tipo de IU que predominó en este estudio fue la mixta con predominio de esfuerzo, seguida por la incontinencia de esfuerzo. ^[18]

A nivel local, **Morales y Osorno**, presentaron en 1999 un estudio sobre la valoración posquirúrgica de las pacientes intervenidas por IUE en el Hospital Bertha Calderón Roque, entre 1993 y 1997 encontrando los siguientes resultados: en el estudio se incluyeron un total de 256 pacientes, un 74.6% eran mayores de 40 años, el 61.7% estaban en etapa peri o postmenopáusica, de las que sólo 1.2% recibieron terapia de reemplazo hormonal antes y después de la cirugía. La obesidad se asoció a un 28.9% de las pacientes, un 8.5% de los casos tenía antecedente de cirugía correctora previa, la patología ginecológica más frecuentemente asociada fue el cistocele en un 86.7% y la cirugía más utilizada para dicha indicación fue la plastía de Kelly – Kennedy correspondiente al 89.8%, seguido por la colposuspensión de Pereira Razz 6.3%. La cirugía complementaria más frecuente fue la colporrafia anterior y posterior que se realizó en el 62.9%. La complicación posquirúrgica más frecuente fue la retención urinaria. Un 15.2% de todos los casos presentó recidiva. Especificando la recidiva según la técnica quirúrgica, la plastía Kelly Kennedy tuvo 17% de recidiva, Pereira Razz 31.2%,

Marshall Marchetti Krants 16.65%. No se encontró recidivas en las pacientes a quienes se les realizó operación de Burch. ^[19]

En el Hospital Fernando Vélez Paiz se tenían registro de un estudio realizado en el periodo de enero 1999 a agosto 2002 realizado por el Dr. Juan Almendárez en el que se incluyeron 27 pacientes en las que se estudió el abordaje y evaluación de las pacientes atendidas por incontinencia urinaria de esfuerzo. Encontrando que la prevalencia se dio en las mujeres de la tercera edad y cuarta década, procedente del área urbana, la mayoría de las pacientes eran multíparas con alteración de la estática pélvica con una evaluación de 2 años asociada a su etapa climática/ menopáusica. No se realizaron estudios diagnósticos necesario para reconocimiento y diferenciación de la incontinencia urinaria, así como la notoria diversidad de criterio de clasificación de las alteraciones de la estática pélvica, la colpografía anterior con plastia de Kelly Kennedy fue la terapia más utilizada, no se tiene conocimiento de las complicaciones tardía por no brindar un seguimiento adecuado de las pacientes. ^[20]

En un estudio realizado en el HALF por el Dr. Alemán Cruz en el 2006, en el que se incluyeron 15 pacientes con incontinencia urinaria tanto del HALF como del HBCR, se evaluó el éxito de la cinta vaginal libre de tensión para la corrección de la IUE. El tipo de incontinencia más frecuentemente encontrada en el estudio fue mixta con el 72.7% y en el 27.3% pura. El tiempo operatorio fue 10-19 min en el 54.4%, de 20-29 min en el 27.3%. La estancia posquirúrgica fue de 30 horas en 90.9% y de 48 h en el 9.1% y respecto al uso de sonda uretral un 90.9% de las pacientes la usó por 24 horas. Los resultados de la cirugía en el post operatorio fue: curación en el 81,8% y el 18.2% mejoría significativa, lo que respecta al grado de satisfacción fue del 100%. ^[21]

En el Hospital Fernando Vélez Paiz se llevó a cabo un estudio de Cirugía anti-incontinencia urinaria: Indicación y eficacia de dos técnicas quirúrgicas para corregir Incontinencia Urinaria de Esfuerzo durante el periodo de marzo-diciembre 2012, por el Dr. Ariel Aguilar Blanco; encontrando que el grupo de edad con mayor frecuencia de incontinencia urinaria de esfuerzo fue el comprendido entre las edades de 46-59 años, Casi el 48% de las pacientes padecían de una incontinencia urinaria de esfuerzo catalogado como severa según el índice de severidad de incontinencia de Hogne Sandvik, seguido por la incontinencia muy severa; La Malla TOT fue aplicada al 91.3% de las pacientes y la operación Burch al 8.7%. En el grupo de pacientes a las que se les aplico malla TOT, se presentaron complicaciones en el 11.11% de los casos, siendo la más común el rechazo de la malla con un 4.76%. En relación a la operación Burch, solo se

presentó complicación en una de las seis pacientes, siendo esta un hematoma de la herida quirúrgica. En el 100% de las pacientes a las que se realizó operación Burch no fue encontrada incontinencia urinaria al esfuerzo durante los distintos momentos de evaluación. A las pacientes que se les aplicó malla TOT, solo el 3.17% presentó recurrencia de la incontinencia, correspondiendo a dos pacientes que sufrieron expulsión de la malla.^[22]

JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de la uroginecología permite en la actualidad contar con guías de referencias para la valoración y manejo de pacientes con incontinencia urinaria, en las que se ha contado con numerosas técnicas quirúrgicas que permiten corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo, procedimientos que han evolucionado a lo largo de la historia, empezando por la plicatura de Kelly, descrita a inicio del siglo XX, hasta la operación Burch, que marca el inicio de la era moderna dentro de los procedimientos anti-incontinencia.^[4-6]

El mejor conocimiento de la fisiología del piso pélvico y por ende de la fisiopatología de la Incontinencia, nos permite acercarnos a procedimientos quirúrgicos más efectivos y con menor morbilidad intra y posoperatoria.^[4-6]

El éxito del tratamiento quirúrgico para corrección de la Incontinencia Urinaria Femenina, depende no sólo del buen conocimiento de las técnicas, como de los recursos para practicarlas, sino de la experiencia de los especialistas y obviamente de las conclusiones obtenidas de la Medicina Basada en la Evidencia; y de la evaluación de cuestionarios previamente diseñados de la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria.^[4-8, 23]

En nuestro país la información es muy limitada para identificar la eficacia de estas recomendaciones o su relación con los resultados terapéuticos y los estudios disponibles abarcan pequeñas muestras. Por esta razón, el presente trabajo se realizó con el propósito de valorar el manejo de las pacientes tratadas por incontinencia urinaria de esfuerzo, el cual es diverso y complejo; esperando que los resultados obtenidos contribuyan a mejorar las conductas terapéuticas implementadas en estas pacientes.

PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las Características clínicas relevantes y resultado del abordaje terapéutico de las pacientes con incontinencia Urinaria de esfuerzo manejadas en el servicio de Uro-Ginecología del antiguo Hospital Fernando Vélez Paiz de abril 2012 a enero 2013?

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer las Características clínicas relevantes y resultado del abordaje terapéutico de las pacientes con incontinencia Urinaria de esfuerzo manejadas en el servicio de Uro-Ginecología del antiguo Hospital Fernando Vélez Paiz de abril 2012 a enero 2013.

Objetivos específicos

1. Describir las características generales, antecedentes patológicos y no patológicos y hábitos de las pacientes en estudio.
2. Identificar la presentación clínica y las condiciones de las pacientes previas al estudio.
3. Determinar el tipo de técnica quirúrgica aplicada y sus indicaciones, en las pacientes en estudio.
4. Comparar la mejoría clínica a través cuestionario de calidad de vida según técnica quirúrgica aplicada, en las pacientes estudiadas.
5. Comparar la ocurrencia de complicaciones postquirúrgicas según tipo de técnica quirúrgica aplicada, en las pacientes en estudio.
6. Comparar la ocurrencia de recidiva según tipo de técnica quirúrgica aplicada, en las pacientes en estudio.

MARCO TEÓRICO

Conceptos básicos y definiciones de incontinencia urinaria^{4,6}

La continencia urinaria se mantiene por un mecanismo basado en una simple relación de presiones: mantenimiento de una presión uretral superior a la vesical en cualquier circunstancia, salvo en la micción. Esto se consigue porque la vejiga es capaz de guardar grandes cantidades de orina con cambio mínimo de la presión intravesical, merced a las características especiales de su pared, y gracias a la acción esfinteriana del cuello vesical y de la uretra proximal. Por otro lado, es necesaria una fina regulación nerviosa para conservar la continencia y para iniciar la micción.

Definición

Según definición reciente de la International Continence Society (ICS), la incontinencia urinaria (IU) es simplemente la manifestación por parte del paciente de escape de orina (Abrams, 2002). De acuerdo con el Subcomité de Estandarización de la ICS, además, “en cada circunstancia concreta, la IU debería ser descrita especificando los factores relevantes como el tipo, frecuencia, severidad, factores desencadenantes, impacto social, efecto sobre la higiene y calidad de vida, medidas utilizadas para las pérdidas, y si el individuo desea o no ayuda para su IU”.

En una definición anterior, la ICS describía la IU como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable que originaba un problema social o higiénico (International Continence Society, 1980).

Esta definición constaba de una apreciación subjetiva que obligaba a la aplicación de escalas de calidad de vida y dificultaba la homogeneidad de las publicaciones, por lo que se ha abandonado.

Epidemiología.^{1, 24}

En las sociedades occidentales la mayoría de los estudios epidemiológicos indican una prevalencia de 25 a 55%. Los datos disponibles hoy en día, se limitan aún más por el hecho de que la mayoría de las mujeres no buscan atención médica para este trastorno.

Se estima que solo una de cada cuatro mujeres buscan ayuda médica para la incontinencia por sentirse avergonzada por acceso limitado a la atención de salud o por detección deficiente por parte de los profesionales de la salud.

Wagner y Hu, calcularon que el costo total que la incontinencia urinaria generaba en la sociedad era de 26300 millones de dólares para los individuos mayores de 65 años.

Factores etiológicos.³

Generalmente se cree que el factor etiológico principal que predispone a la incontinencia urinaria es el parto vaginal, con un incremento del riesgo al aumentar la paridad. Etiologías posibles para la incontinencia urinaria incluyen la distensión o la interrupción imperceptible de los músculos, ligamentos y nervios responsables de controlar el vaciado de la vejiga, que ocurre durante el parto por vía vaginal. Otros autores, sin embargo, han encontrado que la presencia de incontinencia urinaria durante el embarazo en nulíparas tiene una asociación más fuerte con la incontinencia persistente después del parto, que el parto mismo.

Existen otros factores de riesgos como la edad, observándose un incremento de la incontinencia urinaria en la edad madura de la mujer y luego un incremento constante después de los 65 años de edad. Asimismo, la obesidad, representa un factor de riesgo significativo e independiente para la incontinencia urinaria de todos los tipos, teniendo una relación directamente proporcional con el incremento de índice de masa corporal.

Estudios demuestran de manera inconsistente un aumento en la disfunción urinaria cuando la mujer llega a la menopausia. Se cree que los cambios en el colágeno, relacionadas con el descenso estrogénico, la reducción en la vascularidad uretral y el descenso en el volumen del músculo estriado uretral contribuyen en su conjunto a la disfunción uretral mediante el descenso de la presión uretral de reposo.

Los efectos del parto en la incontinencia, pueden deberse a la lesión directa de los músculos pélvicos e inserciones de tejido conjuntivo. Además, el daño nervioso por traumatismo o estiramiento podría causar disfunción de la musculatura pélvica.

El tabaquismo, también se ha relacionado con un aumento significativo en el riesgo de incontinencia urinaria en las mujeres mayores de 60 años de edad. En teoría, se produce un aumento persistente de las presiones intra-abdominales a causa de la tos crónica del fumador y la síntesis de colágeno, disminuye por la acción anti-estrogénica del tabaquismo

Fisiología de la micción y la continencia³

La función correcta del tracto urinario inferior sólo puede hacerse de forma adecuada cuando existe integridad anatómica, las relaciones anatómicas con las demás estructuras pélvicas están mantenidas y la inervación está intacta.

El ciclo de la micción consta de una fase de llenado y . Durante la fase de llenado, la vejiga recibe orina procedente de los riñones a través de los uréteres. La presión dentro de la vejiga se mantiene constante a lo largo del llenado gracias a las propiedades elásticas de la pared vesical y la activación de los mecanismos neuronales que inhiben la contracción del músculo detrusor. Durante la fase de llenado y almacenamiento no se produce ninguna salida de orina fuera de la vejiga, esto se consigue porque la presión dentro de la uretra es superior a la presión intravesical manteniéndose así la continencia.

Cuando la mujer realiza un esfuerzo físico el aumento de presión que se genera en la cavidad abdominal se transmite a la vejiga, lo cual provoca un aumento de la presión intravesical. En condiciones normales, a pesar del incremento de presión en la vejiga, la uretra permanece cerrada, esto se debe a que la uretra es “comprimida” contra un suelo pelviano íntegro y contraído, lo cual hace que se mantenga una presión uretral de cierre positiva, hecho fundamental para el mantenimiento de la continencia.

Cuando la vejiga ha alcanzado un cierto grado de repleción, aproximadamente la mitad de su capacidad fisiológica, la sensación de deseo miccional llega a la corteza cerebral y se hace consciente; si no es momento adecuado para la micción se mantiene activado el impulso que inhibe la contracción del detrusor hasta que se encuentra el lugar adecuado para vaciar de forma voluntaria de vejiga. Cuando se inicia el proceso de micción la presión dentro de la uretra disminuye como consecuencia de la relajación de los músculos del suelo pelviano y se activa la contracción vesical a través del estímulo para- simpático hasta conseguir el vaciado vesical completo. Al terminarla micción se cierra la uretra y la presión en su interior aumenta mientras desciende la presión intravesical, iniciándose un nuevo ciclo.

Clasificación^{3, 8,25, 26}

La IU se puede clasificar de acuerdo con parámetros fisiopatológicos. En la Tabla 1 se puede apreciar dicha clasificación en tres tipos primordiales en la clínica ginecológica: incontinencia de esfuerzo, de urgencia y mixta. En un cuarto apartado —bajo el epígrafe “Otros tipos”— se encuentran diversas formas fisiopatológicas de incontinencia de baja incidencia en nuestras consultas, pero que es preciso conocer para realizar el diagnóstico diferencial.

1.2.1. Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)

La ICS define la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) como la percepción del escape de orina con el esfuerzo, como por ejemplo tos, estornudo, etc. (Abrams, 2002).

Es, por lo tanto, la pérdida involuntaria de orina originada por un aumento brusco de la presión abdominal. Habitualmente se produce debilidad de los elementos de sostén uretrales o IUE por hipermovilidad uretral.

Clasificación fisiopatológica de la incontinencia urinaria

- Incontinencia urinaria de esfuerzo: pérdida involuntaria de orina que coincide con el aumento de la presión abdominal, desencadenado por la actividad física.
- Incontinencia urinaria de urgencia: pérdida involuntaria de orina asociada con un fuerte deseo de orinar (urgencia). Clínicamente suele acompañarse de aumento de la frecuencia diurna y nocturna.
- Incontinencia urinaria mixta: asociación de síntomas de pérdida involuntaria de orina con los esfuerzos y síntomas de vejiga hiperactiva.
- Otros tipos: anomalías congénitas, fístulas, incontinencia por rebosamiento, obstrucciones uretrales y disfunciones neurógenas.

El soporte de todas las vísceras pélvicas, incluida la uretra, depende del suelo pélvico (SP), que es una estructura músculo-facial que se extiende desde el pubis y las paredes laterales de la pelvis hasta el coxis, cerrando el abdomen por debajo y dejando una abertura central para el paso de la uretra, vagina y recto.

El SP se extiende entre estructuras óseas fijas y, por lo tanto, al contraerse no se acorta, sino que se tensa.

Con los esfuerzos bruscos se produce una contracción refleja de éste que contrarresta el aumento de presión intra-abdominal y evita el descenso de los órganos pélvicos.

En este complejo muscular existen unos haces musculares que, al contraerse, comprimen y cierran la luz uretral.

Por este motivo, la disfunción del SP podrá producir IUE al fallar los soportes que estabilizan y cierran la uretra durante los esfuerzos.

Podrá asociarse a otras formas de prolapso más o menos severo de los órganos vecinos. Incluso puede quedar la IUE enmascarada si existe un cistocele que acode la uretra.

Una de las causas más comunes que lesionan el SP son los traumatismos obstétricos como la producción de desgarros musculares y faciales, así como la inducción de lesiones neurales por compresión de ramas del pudendo y aparición de denervaciones parciales.

Otros factores son las sobrecargas continuadas, como las producidas por la obesidad, la tos crónica, el estreñimiento crónico y los esfuerzos físicos laborales o deportivos.

La manera de reconocerla es comprobar la salida de orina por la uretra concomitante con los esfuerzos, a la vez que la uretra se desplaza hacia abajo.

Este desplazamiento uretral se puede apreciar fácilmente a simple vista. Si se quiere apreciar mejor se puede introducir un bastoncito estéril en la uretra.

El extremo externo que sobresale ascenderá durante los esfuerzos, llegando a un ángulo con la horizontal mayor de 30°, con la mujer en decúbito supino. Esta prueba se llama “test del hisopo”, o Q-tip test en la literatura anglosajona.

Así, la IUE por hipermovilidad uretral la podemos apreciar a simple vista o con el test del hisopo. La urodinamia nos confirmará el diagnóstico.

Otra forma mucho menos frecuente de IUE es la lesión del mecanismo uretral esfinteriano intrínseco o IUE por disfunción uretral intrínseca, que suele aparecer tras cirugía.

Suele ser clínicamente severa y recidivante tras cirugía para la IUE, o se origina después de cirugía radical pélvica, o secundaria a radioterapia.

En la literatura también se la conoce como defecto, daño, deficiencia uretral intrínseca o deficiencia esfinteriana intrínseca. Puede estar causada por una lesión de la pared uretral, una fibrosis periuretral o una denervación de la musculatura intrínseca uretral.

Todo ello impide que sus paredes coapten y cierren adecuadamente. Se sospechará de ella cuando aparezca IUE clínicamente severa y recidivante con uretra fija o poco móvil.

El diagnóstico se basa en la urodinamia y, en especial, en la realización del perfil uretral con detección de una baja presión uretral.

Se dice que existe cuando la máxima presión uretral de cierre con vejiga llena y en posición sentada es igual o inferior a 20 cm de agua.

1.2.2. Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)

La ICS la define como la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia miccional (Abrams, 2002). Así pues, es la pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo de orinar.

Clínicamente suele acompañarse de síntomas irritativos vesicales como polaquiuria diurna o nocturna, dolor a la distensión vesical, micción imperiosa, incapacidad de interrumpir la micción una vez iniciada y, con frecuencia, enuresis nocturna.

Urodinámicamente cursa con capacidad y adaptabilidad vesical normales o disminuidas y existencia o no de contracciones involuntarias del detrusor. Si existen contracciones involuntarias del detrusor, se la denomina incontinencia de urgencia motora, que representa la forma más habitual. Si no existen, se la denomina incontinencia de urgencia sensorial.

En la incontinencia de urgencia motora, las contracciones involuntarias del detrusor o detrusor hiperactivo constituyen lo que se denomina vejiga o detrusor inestable. La ICS la define como "existencia en la cistomanometría de contracciones objetivables y medibles del detrusor superiores a 15 cm de agua y que la mujer no puede inhibir". Pueden producirse durante el llenado vesical o provocarse mediante determinados test (bipedestación, esfuerzo, marcha, actividad corporal, tocar agua).

La incontinencia de urgencia sensorial, muchísimo menos frecuente, se presenta como la pérdida de la orina causada por un imperioso deseo de orinar, que suele asociarse a un dolor vesical.

Urodinámicamente existe una disminución de la capacidad y de la adaptabilidad vesical, pero con un detrusor sin contracciones involuntarias. Suele estar causada por alteraciones de la mucosa o de la pared vesical, como litiasis, cuerpos extraños, cistitis radica, tumores, etc. Requiere diagnóstico causal y tratamiento urológico.

1.2.3. Incontinencia urinaria mixta

La ICS la define como la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a la urgencia como al esfuerzo (Abrams, 2002).

Su diagnóstico urodinámico es muy importante, ya que con sólo la reparación quirúrgica puede que no se consiga su curación y que se requieran ulteriores tratamientos farmacológicos.

1.2.4. Otros tipos de incontinencia

Son menos frecuentes en la práctica ginecológica habitual. Existe un amplio abanico de tipos de incontinencia.

La incontinencia urinaria neurógena es la pérdida involuntaria de orina debida a la actividad refleja anormal de la médula espinal con ausencia de la sensación usualmente asociada del deseo de orinar.

Clínicamente cursa con evidencia de lesión neurológica, incontinencia inconsciente y vaciamiento vesical incompleto. Urodinámicamente se manifiesta por hiperactividad del detrusor y de la uretra y relajación involuntaria de la uretra. Es siempre causada por lesión medular y cae fuera del ámbito ginecológico.

La incontinencia urinaria por rebosamiento es la pérdida involuntaria de orina asociada a la sobredistensión de la vejiga en ausencia de actividad del detrusor y de esfuerzo físico. Según su causa, puede ser obstructiva o neurológica.

En ginecología podemos encontrarnos este tipo de IU en retenciones urinarias agudas posparto, en el postoperatorio de cirugía vaginal o cirugía de la incontinencia, o con tumoraciones pélvicas que eleven y compriman la uretra, como el útero gestante en retroflexión o miomas encarcerados en Douglas. Por causa neurológica, tras la histerectomía radical.

Otros tipos menos frecuentes de incontinencia se pueden .

1.2.5. Clasificación según su severidad

Es importante determinar el grado de severidad de la IU. En las formas leves, las fugas de orina son infrecuentes y de pequeña intensidad. En las formas severas, por el contrario, las pacientes tienen que ir protegidas con compresas específicas ya que las pérdidas son muy intensas y frecuentes.

No obstante, la ICS ha establecido unas normas objetivas para su catalogación. Se basan en el peso del llamado pad test. Se da a las pacientes una serie de compresas que se pesan en seco y que luego son devueltas una vez utilizadas para su pesado ulterior. La prueba se ha estandarizado tras una hora de exposición y/o tras 24 horas de uso, según la intensidad de los síntomas. Así, en la prueba horaria se define como leve cuando el aumento de peso de la compresa es de 2,1 a 5 g; como moderada cuando es de 5,1 a 10 g, y como severa cuando es de 10,1 a 50 g (Jorgensen,1987).

La poca practicidad del pesado de las compresas ha hecho que se haya investigado la correlación entre diferentes cuestionarios y el pad test. Así, diferentes cuestionarios (Ishiko, 2000) presentan una muy buena correlación matemática y simplifican la catalogación de la severidad de la incontinencia.

Otros tipos de incontinencia urinaria

1. Malformaciones congénitas

- Extrofia vesical
- Persistencia del seno urogenital
- Uréter ectópico

2. Fístulas

3. Incontinencia urinaria por rebosamiento

4. Obstrucciones uretrales adquiridas

- Compresiones extrínsecas

- Obstrucciones secundarias a cirugía

5. Disfunciones neurógenas

Tratamiento quirúrgico^{2, 8, 24, 33}

El tratamiento quirúrgico irá dirigido a aumentar la resistencia uretral “estabilizando” la uretra en los casos de hipermovilidad y a conseguir una coaptación de la uretra, en las disfunciones uretrales intrínsecas. Un hecho importante a considerar es que la IUE puede ir asociada a otras patologías ginecológicas, especialmente el prolapso genital. Por ello a la hora de hablar de tratamiento quirúrgico de la IUE distinguiremos entre:

- Tratamiento quirúrgico de la IUE aislada. En esta situación la paciente no precisa más que la aplicación de la técnica anti-incontinencia.
- Tratamiento de la IUE asociada al prolapso genital.

En la práctica ginecológica, la incontinencia de orina de esfuerzo se encuentra asociada al prolapso genital en más de un tercio de los casos, si por el grado de prolapso la paciente es candidata a tratamiento quirúrgico, se considera recomendable asociar una técnica anti-incontinencia a la cirugía del prolapso.

Se han descrito gran cantidad de técnicas quirúrgicas para la corrección de la IUE desde la plicatura suburetral, a las técnicas de agujas, la colposuspensión retropúbica por laparotomía o laparoscopia, los cabestrillos suburetrales en cuello vesical o libre de tensión en uretra media, las inyecciones uretrales, etc. Hay que señalar que dada la escasez de ensayos clínicos que comparen las distintas técnicas quirúrgicas para la corrección de la IUE, resulta difícil establecer unos criterios basados en la evidencia científica para su elección.

Técnicas Quirúrgicas

Operación de Burch^{2, 8, 24, 33}

Hacia 1914. Howard Kelly describió la plicatura suburetral como mecanismo quirúrgico corrector de la incontinencia urinaria, con resultados efectivos para la época. Los cirujanos Víctor Marshall, Andrew Marchetti y Kermit Krantz obtuvieron un logro importante cuando describieron la fijación de la fascia vaginal en la sínfisis del pubis como mecanismo de

continencia, lo que constituyó una nueva era en los procedimientos quirúrgicos antiincontinencia. Sin embargo

, dos problemas limitaron la difusión de la técnica: la osteítis púbica post-operatoria y la imposibilidad de corrección del cistocele.

John Christopher Burch, profesor de ginecología de la universidad de Vanderbilt, al observar estas complicaciones, lleva a cabo en 1958 la primera uretropexia retropubica con fijación de la fascia vaginal hacia el ligamento de Cooper (ileopectíneo). Esta técnica descrita por primera vez en 1961, evitaba la osteítis púbica, corregía el cistocele y proveía un medio más firme y seguro para evitar las suturas.

En 1976, Emil Tanagho propuso una variante de la técnica de Burch. Como observó que la colocación de suturas muy cerca de la uretra ocasionaba erosión de la musculatura esfinteriana, propuso que se ubicaran a 2 cm por fuera de la uretra media (el primer par) ya 2 cm por fuera del cuello vesical (el segundo par), con el fin de prevenir daño por este mecanismo de continencia. Esta modificación fue ampliamente adoptada por ginecólogos, urólogos y uroginecólogos.

Hasta hoy la operación de Burch, con la modificación de Tanagho, se considera el patrón de referencia en la operación anti incontinencia, y es el parámetro contra el que se compara la eficacia de cualquier procedimiento de este tipo.

Operación de Burch: técnica original

Burch modificó la uretropexia de Marshall-Marchetti-Krantz cuando encontró que las suturas de una de sus pacientes se desprendían de la sínfisis del pubis. En un primer momento propuso fijar la sutura para-vaginal a la línea blanca (arco tendinoso de la fascia endopélvica), pero encontró el mismo problema, para descubrir que el ligamento pectíneo (de Cooper) es un buen medio de fijación

La técnica original fue descrita en 1961: “Mediante incisión vertical se abre el espacio de Retzius, y el hueso púbico, el ligamento de Cooper y las paredes laterales de la pelvis se exponen mediante disección roma y con filo en el plano a vascular. Se inyecta leche estéril dentro de la vejiga y ésta literalmente se absorbe del tejido para vaginal mediante el uso de

esponja con soporte contra el dedo índice izquierdo que empuja hacia arriba y lateralmente la vagina”.

Se emplearon tres pares de sutura tipo catgut crómico núm.2, que atravesaban la fascia paravaginal y la pared vaginal, excepto la mucosa, y se anclaron luego al ligamento de Cooper.

Burch notó que la aproximación del tejido “solía ser perfecta”, pero no siempre posible o deseable. La tensión en las suturas debía evitarse e indicó que el uso de catgut crómico era bueno por ser absorbible: la morbilidad en el postoperatorio se reducía si de manera inadvertida se atravesaba dicha sutura en la vagina o en la vejiga. Recomendó el drenaje en el espacio de Retzius en caso de que hubiera sangrado o lesión vesical.

Si el procedimiento era exitoso, la vagina formaba una cinta ancha que daba soporte al cuello vesical. Burch observó cambios demostrables en la posición uretral, elevación del cuello vesical y cambios en el ángulo uretrovesical.

Modificaciones a la técnica original

Tanagho describió su modificación al procedimiento de Burch en 1976 y su técnica operatoria se ha convertido en la referencia más citada para esta operación. Recomendó la incisión suprapúbica transversa o de línea media para acceder al espacio de Retzius. El cuello vesical se identifica mediante catéter Foley, 22 o 24 French, con balón de 5 mL. Se identifica la cara anterolateral de la vagina y se procede a disecar la grasa superpuesta para permitir el anclaje adecuado de la sutura. Entonces se colocan dos pares de suturas Dexon (ácido poliglicólico) núm.1: el primer par en la uretra media y el segundo en la unión uretrovesical (la sutura más crítica), 2 cm por fuera de la uretra y a 2 cm del cuello vesical. Con pinzas finas se puede tomar el tejido perivaginal donde se atravesarán las suturas, con el fin de mejorar la exposición. Estas suturas atraviesan luego el ligamento de Cooper y se atan de manera secuencial, primero las más distales. El grado de elevación de la sutura debe determinarse mediante los dedos introducidos en la vagina, sin intentar juntar la fascia vaginal al ligamento de Cooper. De hecho, se sugiere que la distancia debe permitir la introducción de dos dedos entre el pubis y la uretra. Esto “elimina la posibilidad de obstrucción postoperatoria o la falsa continencia creada por compresión y obstrucción”. Al concluir el procedimiento se cambia la sonda Foley ancha por una de calibre 16, en caso de sangrado se colocan drenajes de Penrose en el espacio

retropúbico. En cuanto a la actividad luego de la operación, Tanagho recomienda restringirla durante tres o cuatro meses.

Otras modificaciones y procedimientos acompañantes

Stanton publicó en 1984 su versión de la colposuspensión de Burch. La exposición al espacio de Retzius fue similar a la técnica original, como sutura utilizó ácido poliglicólico n.º 1 que se pasaba por la fascia paravaginal y luego se dirigía al ligamento de Cooper. Se deja un catéter supra-púbico y drenaje del espacio retro púbico.

Diversos estudios comprobaron que en la actualidad los cirujanos utilizan partes de cada técnica para realizar el procedimiento. El uso del catgut crómico se sustituyó con suturas de reabsorción lenta, como el ácido poliglicólico o poliglactínico, o bien suturas permanentes.

Colocar las suturas en el sitio correcto es decisivo para el óptimo resultado quirúrgico. La práctica de la cistoscopia en el transoperatorio es un procedimiento ampliamente adoptado en la actualidad, que permite detectar la aparición de suturas en la vejiga, lesiones vesicales y garantiza el flujo uretral

Tasas de éxito y fracaso^{4-8, 25,26}

Entre los procedimientos quirúrgicos antiincontinencia, la colposuspensión de Burch es la técnica que más se realiza y contra la que todos deben compararse en términos de efectividad, dificultad técnica e inocuidad.

En general, los estudios con seguimiento a largo plazo (10 a 20 años) informan tasas de éxito para la operación de Burch entre 69 y 90% cuando el procedimiento se practicó en forma primaria, y tasas entre 60 y 82.4% cuando fue repetitivo por persistencia o recurrencia de la incontinencia

Complicaciones

La incidencia global de complicaciones relacionadas con la operación de Burch puede ser tan alta como 41.2%. Entre ellas se incluyen trastornos de vaciamiento, hiperactividad del músculo detrusor, lesión vesical o ureteral, infección del conducto urinario y hemorragia; pueden haber otras más serias como trombo embolismo venoso o fístula vesicovaginal; sin

embargo, son raras. La secuela tardía más frecuente es el enterocele.

Cabestrillo de cinta transobturatriz (Malla TOT).^{4,5,6,22}

La operación de cabestrillo de cinta transobturatriz (TOT) es una variación de los procedimientos de cabestrillo mediouretrales que se iniciaron con la cinta vaginal sin tensión (TVT). Esta operación está ganando aceptación, aunque no se dispone de datos acerca de su tasa de éxito a largo plazo.

En general, la TOT, está indicada para la incontinencia urinaria de esfuerzo primaria por hipermovilidad uretral.

Durante la operación de TOT, se coloca material no absorbible de cabestrillo a ambos lados de la aponeurosis obturatriz y se extiende debajo de la porción media de la uretra. El punto de ingreso cubre al tendón proximal del musculo aductor mediano. Por medio de este acceso, no se ingresa al espacio de Retzius cuya hemorragia es una las principales complicaciones de la TVT. Además, en pacientes que se han sometido a operaciones previas contra la incontinencia, con cicatrización del espacio de Retzius, se puede evitar la perforación vesical al no hacer disección de ese espacio.

Técnica Quirúrgica

La preparación del paciente se realiza en posición de litotomía, bajo anestesia regional o local asistida. Previa colocación de una sonda Foley transuretral y de evacuar la vejiga completamente, se incide la mucosa vaginal sobre la línea media, un centímetro abajo del meato uretral hacia el tercio medio e inferior de la uretra, profundizando en la totalidad de la pared vaginal y la fascia de Halban. Posteriormente se realiza una disección a los dos lado de la uretra, aproximadamente de 15mm., de forma que permita el paso del dedo índice del cirujano.

Para realizar la implantación de la cincha es necesario la localización de la zona inferior e interna del foram en obturador, para lograr esto, se ubica un punto, a nivel del clítoris, sobre el pliegue inguinfemoral, posteriormente y en forma bilateral se realiza una incisión cutánea puntiforme. A través de estas incisiones se realiza el paso de las agujas, en dirección inicialmente perpendicular a la pelvis y posteriormente con un movimiento rotatorio se obtiene el eje horizontal buscando el espacio parauretral previamente disecado.

Es de vital importancia que durante el paso de la aguja desde el agujero obturador hasta la incisión vaginal, la punta de la misma sea guiada por el dedo índice del cirujano, que a demás rechaza y protege las estructuras urinarias. Se realiza el procedimiento en forma bilateral, para que retrógradamente al paso de las agujas la cincha sea situada, dejando el implante libre de tensión. El material que excede el nivel de la piel, se secciona de tal forma que el extremos se localiza subcutáneo. El territorio quirúrgico y la técnica permiten que este procedimiento se realice sin requerir con trolendoscópico. Las incisiones se suturan en forma convencional. La sonda se retira tempranamente, durante el postoperatorio, midiendo el residuo postmiccional.

La corrección del soporte uretral en esta técnica, está basado en la restitución del ligamento uretropélvico (eje horizontal) mediante un abordaje a través del foramen obturador, distante de las estructuras vasculares, mediante el movimiento técnico de las agujas

Cuestionario de calidad de vida^{4-8, 25, 26}

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire), es un cuestionario que identifica a los pacientes con incontinencia urinaria y cuantifica la interferencia con la vida habitual del paciente.

Es válido para hombres y mujeres de cualquier edad, utilizándose habitualmente el formato corto, más útil en la práctica clínica (ICIQ-SF). Sería diagnóstico de incontinencia urinaria, cualquier valor superior a cero en la suma de los ITEMS 1+2+3. Tiene un grado de recomendación A y se encuentra traducido al castellano.

En 1998 se efectuó la primera consulta internacional sobre incontinencia (*International Consultation on Incontinence*) patrocinada por la Organización Mundial de la Salud y luego de su análisis y conclusiones un comité de expertos forma dopor *laInternacional Continence Society* decidió desarrollar un cuestionario breve y simple que evaluando los síntomas y el impacto de la incontinencia urinaria pudiera ser aplicado en la práctica clínica y en la investigación por la comunidad científica internacional. En este contexto se elabora el cuestionario denominado "ICIQ-SF" ("*International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form*") validado originalmente en el idioma inglés. Las condiciones para la validación de un cuestionario de este tipo en el contexto cultural y social en que seba a utilizar es una traducción a decuada y cumplir con criterios de *validez* (de contenido, de constructo y de criterio), de *confiabilidad*

(precisión, reproducibilidad) y de *sensibilidad*. El cuestionario ICIQ-SF ha sido ya traducido conforme a las normas requeridas a 35 idiomas, entre ellos el español, y puesta a disposición de los grupos de estudio para su validación con la condición de realizar las pruebas primarias esenciales destinadas a establecerla validez de contenido y la confiabilidad mediante los coeficientes de Cronbachy de Kappa (prueba re prueba). (14). El cuestionario ICIQ-SF sea validado en poblaciones de idioma portugués, italiano, árabe, japonés y esloveno.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio:

Descriptivo, prospectivo de corte longitudinal

Lugar y periodo

El estudio se llevó a cabo en el servicio de Ginecología del antiguo Hospital Fernando Vélez Paiz en el período de abril 2012 – enero 2013. Se dio seguimiento a las pacientes por dos años.

Universo

Las 98 Mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo diagnosticadas e intervenidas quirúrgicamente en el antiguo Hospital Fernando Vélez Paiz durante el periodo en estudio abril 2012 a enero del 2013.

Muestra

Las 98 pacientes que conforman el universo de estudio.

Criterios de inclusión:

1. Mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo demostrable al examen clínico
2. Mujeres sin contraindicación para realizar cirugías.
3. Mujeres que aceptaron ser parte del estudio
4. Mujeres a las que se les aplico el cuestionario de calidad de vida

Criterios de exclusión:

1. Mujeres con otros tipos de incontinencia urinaria.

2. Mujeres a las que no se les aplico el cuestionario de calidad de vida

Método de recolección de la información

Los datos fueron recopilados a través de una ficha de recolección de datos elaborada por el autor. Las pacientes fueron captadas en el área de consulta externa en donde se le confirmó el diagnóstico mediante el examen clínico y se programaron para realizar una u otra técnica quirúrgica de acuerdo a las indicaciones de cada una de ellas

Una vez intervenidas se les dio seguimiento en sus citas en consulta externa y se les solicitó llenar una encuesta de calidad de vida consistente en tres preguntas para determinar el resultado de la cirugía siendo evaluadas al mes, al trimestre, seis meses, doce meses, dieciocho meses y veinticuatro meses posteriores a la cirugía. Las pacientes que no acudieron a su consulta de evaluación se les realizaron dicha encuesta vía telefónica.

Fuente primaria: ficha de recolección de datos

Fuente secundaria: Expediente clínico, libro de programación quirúrgica, Cuestionario de calidad de vida.

Para el análisis de la recurrencia, se analizó con el grado de continencia encontrado en los momentos de las evaluaciones. .

Método procesamiento de los datos

- a. Creación de base de datos

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento será introducida en una base de datos utilizando el programa SPSS 20.0 versión para Windows (SPSS Inc 2011).

b. Estadística descriptiva

Las variables fueron descritas usando los estadígrafos correspondientes a la naturaleza de la variable de interés (si eran variables categóricas o variables cuantitativas)

Variables categóricas (conocidas como cualitativas): Se describirán en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes). Los datos serán mostrados en tablas de contingencia. Los datos serán ilustrados usando gráficos de barra.

Variables cuantitativas: Para variables cuantitativas se determinaran estadígrafos de tendencia central y de dispersión. Los estadígrafos utilizados estarán en dependencia del tipo de distribución de los valores de la variable (normal o no normal- asimétrica). Para variables con distribución normal se usaran la media (promedio) y la desviación estándar (DE). Para variables con distribución asimétrica se usaran mediana, rango y percentiles. Las variables cuantitativas estarán expresada en gráficos histograma, y cuando fuesen analizadas por grupos se usaran gráficos de caja (cajas y bigotes – Boxplot).

Para la evaluación de la normalidad de la distribución se evaluarán los gráficos de histogramas con curvas de normalidad, y se aplicarán los siguientes tests de normalidad: prueba de Kolmogorov-Smirnov, con un nivel de significancia de Lilliefors para probar la normalidad. Para el análisis descriptivo de las variables se usará el programa estadístico de SPSS 20.0

Estadística analítica (inferencial, contraste de hipótesis estadística)

En este estudio la estadística analítica se presentó dividida en dos componentes, la estadística inferencial y el contraste de hipótesis. De forma adicional se evaluo la fuerza de asociación entre dos variables categóricas dicotómicas.

- Estadística inferencial:

Se calcularon los intervalos de confianza del 95%, con el programa SPSS 20.0

- Contraste de hipótesis:

Para explorar la asociación entre dos variables categóricas se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado (X²)

Para explorar la asociación entre una variable dependiente categórica (formada por dos categorías) y una variable dependiente cuantitativa, se usaron las pruebas de T de Student o la prueba de U de Mann-Whitney. Estas pruebas evalúan si hay diferencias significativas entre grupos (dicotómica) en relación a una variable cuantitativa. La T de Student se enfatiza cuando la variable cuantitativa se distribuye de forma normal, la prueba de U de Mann-Whitney cuando la variable cuantitativa tiene una distribución asimétrica.

Se considera que una asociación o diferencia es estadísticamente significativa, cuando el valor de p es <0.05 . Las pruebas estadísticas para contraste de hipótesis se llevaron a cabo a través del programa SPSS 20.0

Lista de variables

Edad

Estado Civil

Escolaridad

Procedencia

Tos crónica o bronquitis

Obesidad

Estreñimiento

Diabetes Mellitus

Hipertensión arterial crónica

Infecciones urinarias a repetición

Tabaquismo

Consumo de café.

Paridad

Antecedentes de la Vía del parto

Vida sexual activa

Antecedentes de trauma obstétrico

Cirugías ginecológicas previas

Hipoestrogenismo genital

Uso de Terapia de reemplazo hormonal

Tiempo de evolución de la IUE

Vida sexual activa

Tipo de cirugía

Estancia intrahospitalaria

Orina residual

Cirugías concomitantes

Tiempo Quirúrgico

Uso de sonda Foley

Defectos del piso pélvico asociados

Erosión de la malla

Rechazo de la malla

Hemorragia

Infección

Lesión vesical

Hematomas/Seromas

Retención urinaria

Complicaciones anestésicas

Recurrencia de la IUE

Índice de severidad de la incontinencia

1-2 leve

3 -6 moderado

8 -9 severo

12 muy severo

Resultados antes/después

Consideraciones Éticas

Durante el diseño y ejecución del trabajo investigativo, así como durante el análisis de la información, se siguieron los principios y recomendaciones de la Declaración de Helsinki para el desarrollo de investigaciones biomédicas. Por otro lado se seguirán las normas y criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el desarrollo de ensayos clínicos controlados.

Se elaboró un documento médico legal de Consentimiento Informado, donde se le solicito a la paciente la participación en el estudio, en este se le informo sobre el proyecto de investigación, haciendo especial énfasis en aspectos relevantes tales como instituciones y personas involucradas, propósito y procedimientos, así como también acerca de los mecanismo de seguimiento de los pacientes. También se explicó sobre los riesgos potenciales de participar en el estudio. Por otro lado se remarcó en los aspectos relacionados con la confidencialidad, asegurándole al paciente que únicamente el equipo investigador tendría acceso a la información detallada de los participantes y de los resultados del estudio, y que en el caso de que propusiese estudios posteriores se le contactaría para solicitar su aprobación.

De igual manera se le explico que así como acepta participar en el estudio, podía retirarse cuando lo deseara, sin que esto afectara la relación médico-paciente y produjera perjuicios en su tratamiento y salud.

El presente estudio conto con la aprobación por parte de las autoridades del hospital: Dirección General, Médica y Docente, y los jefes de servicio.

Resultados

Tabla No 1 Características generales de las pacientes sometidas a procedimientos quirúrgicos para corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo, en el antiguo hospital Fernando Vélaz Paiz, entre abril 2012 y enero 2013.

		N	%
Edad en años	35-45 años	33	33.7
	46-60 años	47	48.0
	60 o más años	18	18.4
	Total	98	100.0
Procedencia	Urbano	69	70.4
	Rural	29	29.6
	Total	98	100.0
Estado civil	Soltera	29	29.6
	Casada	42	42.9
	Acompañada	24	24.5
	Viuda	3	3.1
	Total	98	100.0
Escolaridad	Analfabeta	11	11.2
	Primaria	54	55.1
	Secundaria	31	31.6

	Universitaria	2	2.0
	Total	98	100.0

La población estudiada se caracterizó por un predominio del rango entre 46 y 60 años (48%), de procedencia urbana (70%), con pareja estable (64%), de escolaridad primaria (55%) o secundaria (31%).

Tabla No 2 Número y tipos de partos previos y antecedente de producto macrosómico de las pacientes sometidas a procedimientos quirúrgicos para corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo, en el antiguo hospital Fernando Vélez paiz, entre el 2012 y 2013.

		N	%
Número de partos	1-2 partos	12	12.2
	3 o más partos	86	87.8
	Total	98	100.0
Vía vaginal	No	20	20.4
	SI	78	79.6
	Total	98	100.0
Vía cesárea	No	78	79.6
	SI	20	20.4
	Total	98	100.0
Productos macrosómicos	Si	58	59.2
	No	40	40.8
	Total	98	100.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

El 87.8% de las pacientes tenía más de tres partos, predominando la vía vaginal (79.6%), con el antecedente de producto macrosómico (59.2%).

Tabal No 3 Antecedentes patológicos y no patológicos de las pacientes sometidas a procedimientos quirúrgicos para corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo, en el antiguo hospital Fernando Vélez Paiz, entre el 2012 y 2013.

	N	%
Tos crónica	9	9.2
Obesidad	51	52.0
Estreñimiento	2	2.0
Trauma Obstétrico	3	3.1
Diabetes Mellitus	9	9.2
Hipertensión Arterial	41	41.8
IVU a repetición	12	12.2
Uso de Terapia de Reemplazo hormonal	5	5.1
Hipoestrogenismo Genital	17	17.3
Tabaquismo	6	6.1
Consumo de café	67	68.4
Negados	5	5.1

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

El 52% de las paciente tenían como antecedente de obesidad, hipertensión arterial 41.8% con un consumo de café con 68% e hipoestrogenismo genital en un 17.3%.

Tabal No 4 Trastornos ginecológicos asociados, de las pacientes sometidas a procedimientos quirúrgicos para corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo, en el antiguo hospital Fernando Vélez Paiz, entre el 2012 y 2013.

	N	%
Cistocele	82	83.7
Rectocele	43	43.9
Enteroccele	4	4.1
Descenso uterino	13	13.3
Miomatosis uterina	13	13.3
Sin trastornos asociados	9	9.2

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

El principal trastorno ginecológico fue cistocele con el 83% seguido del rectocele con un 43% y el descenso uterino y miomatosis uterina con el 13.3%.

Tabla No 5 Condición clínica previa a cirugía, de pacientes sometidas a corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo, en el antiguo Hospital Fernando Vélez Paiz, entre abril 2012 y Enero 2013

		n	%
Tiempo de evolución	<12 meses	14	14.3
	1-3 años	41	41.8
	4-5 años	20	20.4
	más de 5 años	23	23.5
Índice de severidad de la IUE	Moderada	5	5.1
	Severa	49	50.0
	Muy severa	39	39.8
	Leve	5	5.1
Frecuencia de la pérdida de orina antes de la cirugía	Una vez por semana	4	4.1
	De dos a tres veces por semana	6	6.1
	Una vez al día	2	2.0
	Varias veces al día	59	60.2
	Continuamente	27	27.6
Cantidad de orina que se escapa antes	Muy poca	22	22.4
	Cantidad moderada	29	29.6

de la cirugía	Mucha cantidad	47	48.0
Afección de la calidad de vida antes de la cirugía	Poca	1	1.0
	Moderada	17	17.3
	Mucha	80	81.6
	Total	98	100.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

En cuanto a la condición clínica previa, el tiempo de

evolución que predominó fue de 1 a 3 años (41.8%), y el índice de severidad correspondió a incontinencia urinaria severa con el 50%, y la muy severa con el 39.8%.

La frecuencia de la pérdida urinaria previo a la cirugía está representada por la categoría de varias veces al día que corresponde al 60.2%. La cantidad de orina que se escapa previo a la cirugía estaba representada por la categoría de mucha cantidad correspondiente al 48%. La afección de la calidad de vida estaba determinada por la categoría de mucha en un 81.6%.

Tabla No 6 Abordaje quirúrgico, de las pacientes sometidas a corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo, en el antiguo hospital Fernando Vélez Paiz, entre el 2012 y 2013.

		n	%
Cirugías Concomitantes	Colpoplastía	61	62.2
	Histerectomía vaginal	13	13.3
	Ninguna	10	10.2
	Cirugía abdominales	10	10.2
	Colpectomía	4	4.1
Histerectomía Previa	NO	18	18.4
	SI	80	81.6
Colpoplastia previa	NO	15	15.3
	SI	83	84.7
Tipo de cirugía	Operación Burch	10	10.2
	Malla TOT	88	89.8
Tiempo Quirúrgico	30-59 min	60	61.2
	60-120 min	20	20.4
	>120 min	18	18.4
	Total	98	100.0

La cirugía concomitante más frecuente fue la colpoplastia con el 62%, con histerectomía previa en el 81.6% de los casos, con antecedente de colpoplastia previa a cirugía del 84.7%. El tipo de cirugía para corrección de incontinencia mpas frecuente fue la aplicación de malla TOT con el 89.8%. El tiempo quirúrgico más frecuente fue el de la categoría de 30 a 59 min, correspondiente al 61%.

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

Tabla No 7 Complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidas a corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo, en el antiguo hospital Fernando Vélez Paiz, entre el 2012 y 2013.

	n	%
Erosión de la malla	3	3.1
Infección de la herida	2	2.0
Retención Urinaria	2	2.0
Rechazo de la malla	2	2.0
Complicaciones anestésicas	2	2.0
Hematomas/Seromas	1	1.0
Ninguna complicación	87	88.8

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

En el 88% de los casos no se presentó ninguna complicación. En los que si se presentó la más frecuente fue erosión de malla (3.1%)

Tabla No 8 Condición clínica posterior a la cirugía, de las pacientes sometidas a corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo, en el antiguo hospital ferbando vélez paiz, entre el 2012 y 2013.

		n	%
Estancia Intrahospitalaria	24-36 hrs	73	74.5
	37-72 hrs	14	14.3
	> 72hrs	11	11.2
Uso de sonda Foley	<24 hrs	86	87.8
	>24 hrs	12	12.2
Orina residual	< del 50%	75	76.5
	>del 50%	8	8.2
	No cuantificada	15	15.3
Frecuencia de la pérdida de orina después de la cirugía	Nunca	96	98.0
	Varias veces al día	2	2.0
	Total	98	100.0
Cantidad de orina que se escapa después de la cirugía	Nada	96	98.0
	Mucha cantidad	2	2.0
Afección de la calidad de vida después de la cirugía	Nada	96	98.0
	Mucha	2	2.0
	Total	98	100.0

En cuanto a la condición clínica posterior a la cirugía se observó que las estancia intrahospitalaria en promedio fue de 24 a 36 horas (24.75%), uso de sonda Foley en menos de 24 horas en 87% de los casos, orina residual se estimó en menos de 50% en el 76.5% de los casos. El 98% de los casos reportan nunca presentar pérdida de orina.

En cuanto a la cantidad de orina que se escapaba después de la cirugía fue más frecuente para la categoría de “nada” con el 98%. No estaba afectada la calidad de vida en 98%.

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

Tabla No 9 Recurrencia de la incontinencia a los dos años postquirúrgicos en pacientes sometidas a corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo, en el antiguo hospital Fernando Vélez Paiz, entre el 2012 y 2013.

	N	%
Recurrencia e los dos años	2	2.0
Sin recurrencia	96	98.0
Total	98	100.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

La tasa de recurrencia global fue muy baja, correspondiendo a un 2%.

Tabla 10 Trastornos asociados y cirugías previas, según tipo de cirugía de corrección de la incontinencia, en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, en el antiguo hospital Fernando Vález Paiz, entre el 2012 y 2013.

		Tipo de cirugía				Total	
		Operación Burch (n=10)		Malla TOT (n=88)		Recuento	
		n	%	n	%		
Trastornos asociados	Cistocele	5	50.0%	77	87.5%	82	84%
	Rectocele	1	10.0%	42	47.7%	43	44%
	Enteroccele	1	10.0%	3	3.4%	4	4%
	Descenso uterino	1	10.0%	12	13.6%	13	13%
	miomatosis uterina	10	100.0%	4	4.5%	13	13%
Cirugías previas	Histerectomía Previa	0	0%	17	19.3%	18	18%
	Colpoplastia previa	3	30.0%	12	13.6%	15	15%

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

Al correlacionar los trastornos asociados y el tipo de cirugía previa según técnica quirúrgica para corrección de la incontinencia se observó en el grupo de Burch predominó miomatosis (90%) y en el grupo de TOT cistocele (87%). En el grupo de burch la cirugía previa más frecuente fue colpoplastia (30%) y en el grupo TOT fue la histerectomía con el 19.3%.

Tabla No 11 Cirugías concomitantes, según tipo de cirugía de corrección de la incontinencia, en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, en el antiguo hospital Fernando Vélez Paiz, entre el 2012 y 2013.

		Tipo de cirugía				Total		Pruebas de chi-cuadrado		
		Operación Burch		Malla TOT						
		n	%	N	%	n	%	Valor	gl	p
Cirugías Concomitantes	Colpoplastia	0	0.0	61	69.3	61	62.2	98.000 ^a	4	0.0001
	Histerectomía vaginal	0	0.0	13	14.8	13	13.3			
	Cirugía abdominales	10	100.0	0	0.0	10	10.2			
	Colpectomía	0	0.0	4	4.5	4	4.1			
	Ninguna	0	0.0	10	11.4	10	10.2			
Total		10	100.0	88	100.0	98	100.0			

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

En cuanto a la cirugía concomitante, en el grupo Burch fue cirugías abdominales (100%) y en el grupo Malla fue la colpoplastia. La diferencia observada fue estadísticamente significativa ($p=0.0001$).

Tabla No 12 Complicaciones según tipo de cirugía de corrección de la incontinencia, en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, en el antiguo hospital Fernando Vélez paiz, entre el 2012 y 2013.

	Tipo de cirugía				Total (n=98)		Pruebas de chi-cuadrado		
	Operación Burch (n=10)		Malla TOT (n=88)		N	%	Valor	gl	P
	N	%	n	%					
Infección de la herida	0	.0%	2	2.3%	2	2.0%	.232 ^a	1	.630
Retención Urinaria	0	.0%	2	2.3%	2	2.0%	.232 ^a	1	.630
Complicaciones anestésicas	0	.0%	2	2.3%	2	2.0%	.232 ^a	1	.630
Hematomas/Seromas	1	10.0%	0	.0%	1	1.0%	8.891 ^a	1	.003
Erosión de la malla			3	3.4%					
Rechazo de malla			2	2.3%					
Al menos una complicación	No	90.0%	78	88.6%	87	88.8%	.017 ^a	1	.897
	Si	10.0%	10	11.4%	11	11.2%			
Total	10	100.0%	88	100.0%	98	100.0%			

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

En cuanto a las complicaciones asociadas, en el grupo Burch la más frecuente fue hematoma, y en el grupo TOT no hubo predominio pero se presentaron complicaciones de forma más frecuentes. La única complicación con significancia estadística fue hematoma ($p=0001$).

Tabla No 13 Condiciones clínicas posterior a cirugía de corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo, en el antiguo hospital Fernando Vélez paiz, entre el 2012 y 2013.

		Tipo de cirugía				Total		Pruebas de chi-cuadrado		
		Operación		Malla TOT						
		Burch				n	%	Valor	gl	P
		n	%	N	%	n	%			
Estancia Intrahospitalaria	24-36 hrs	0	.0%	73	83.0%	73	74.5%	70.007 ^a	2	.000
	37-72 hrs	1	10.0%	13	14.8%	14	14.3%			
	> 72hrs	9	90.0%	2	2.3%	11	11.2%			
Total		10	100.0%	88	100.0%	98	100.0%			
Uso de sonda Foley	<24 hrs	4	40.0%	82	93.2%	86	87.8%	23.635 ^a	1	.000
	>24 hrs	6	60.0%	6	6.8%	12	12.2%			
Total		10	100.0%	88	100.0%	98	100.0%			
Orina residual	< del 50%	6	60.0%	69	78.4%	75	76.5%	2.015 ^a	2	.365
	>del 50%	1	10.0%	7	8.0%	8	8.2%			
	No cuantificada	3	30.0%	12	13.6%	15	15.3%			
Total		10	100.0%	88	100.0%	98	100.0%			

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

En cuanto a la estancia hospitalaria fue mayor en la cirugía de Burch (más de 72 en el 90%) y en el grupo de las malla la estancia era menor a 36 horas (83%). En cuanto a la orina residual y uso de sonda Foley no hubo diferencias.

Tabla No 14 Recurrencia posterior a cirugía de corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo, en el antiguo hospital Fernando Vélez Paiz, entre el 2012 y 2013.

	Tipo de cirugía				Total		Pruebas de chi-cuadrado		
	Operación Burch		Malla TOT						
	n	%	n	%	N	%	Valor	gl	P
Recurrencia SI	0	0.0%	2	2.3%	2	2.0%	.232 ^a	1	.630
IUE									
NO	10	100.0%	86	97.7%	96	98.0%			
Total	10	100.0%	88	100.0%	98	100.0%			

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

La tasa de recurrencia no hubo diferencias estadísticamente significativa, pero solo en el grupo de malla hubo recurrencia (2.3%).

DISCUSIÓN

No todas las personas son curables. Como médicos que habitualmente no manejamos pacientes con enfermedad terminal, esto es lo que más se acerca a tener pacientes que simplemente no mejorarán. El compromiso de mejorar sus vidas ayudará mucho y, en última instancia, la mejoría puede ser el mejor resultado que logremos obtener. Hay razones para el fracaso; ciertas condiciones subyacentes tales como la obesidad, una cirugía previa, o antecedentes de radiación pueden predisponer a las mujeres a resultados menos que óptimos. Al principio de nuestras carreras, la falta de experiencia o no apreciar los pequeños matices de la técnica puede jugar un papel importante en nuestros resultados. Los cirujanos con mayores volúmenes quirúrgicos tienen una mayor proporción de casos de éxito. En cualquier caso, nadie tiene un nivel de curación del 100%. Puesto que sabemos que cada operación tiene un índice implícito de falla, la necesidad de reintervención es real. La comprensión de este mensaje es esencial antes de entrar a la sala de operaciones. Igualmente importante es incluir a las mujeres en un proceso interactivo de consentimiento para asegurar su participación y conocer sus expectativas.

Durante la evaluación de la IU, es esencial determinar si se trata de IUE, IUU, ambas o ninguna. Se asume que las pacientes que tienen fugas de orina al toser, reír, estornudar y participar en actividades físicas, tienen IUE. Se asume también que las pacientes que dicen sentir una urgencia repentina que no puede ser controlada tienen IUU.

Cuando vemos estudios que correlacionan estos síntomas con el diagnóstico supuesto, la asociación no siempre es perfecta. Brown analizó la sensibilidad y especificidad de las preguntas de detección y desarrolló las 3 Preguntas sobre Incontinencia, que constituyen una prueba sencilla, rápida y no invasiva para clasificar IUU y IUE.

Las 3 Preguntas sobre Incontinencia se desarrollaron como una herramienta para atención primaria, como una alternativa a las evaluaciones extensas y que consumen mucho tiempo.²¹

El análisis de las 3 Preguntas sobre Incontinencia demostró que para la IUU la sensibilidad era de 75% aproximadamente, lo que sugiere que alrededor del 25% de las mujeres con incontinencia de urgencia no serán detectadas; y la especificidad, 77%, lo que indica que

aproximadamente 23% de las mujeres con otros tipos de incontinencia pueden ser inadecuadamente tratadas por IUU. En cuanto a la IUE, la sensibilidad fue de 86%, sugiriendo que aproximadamente 14% de las mujeres con IUE no serán detectadas y la especificidad fue de 60%, lo que revela que aproximadamente 40% de las mujeres con otros tipos de incontinencia pueden ser inapropiadamente tratadas por IUE.²¹ Aunque la gran mayoría de las pacientes que verdaderamente tenían IUE fueron identificadas al hacer las preguntas, 40% de las pacientes que no tenían IUE fueron diagnosticadas sin precisión. Esta es la razón por la que las pruebas adicionales son útiles. Una de las mejores razones para usar un cuestionario es correlacionar los síntomas de la paciente con su calidad de vida.

Si no hay molestias por síntomas, probablemente no esté indicado un tratamiento invasivo. Analizando la sensibilidad y especificidad entre todas las herramientas de detección existentes, la Sociedad Internacional de Continencia ha dado a tres de ellas una "A" (muy recomendable). Éstas son: el Cuestionario Internacional de Consulta sobre Incontinencia, el Formulario de Puntuación de Bristol para Síntomas del Tracto Urinario Inferior en la Mujer y el Cuestionario Noruego de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo y de Urgencia. Sin embargo, entre todos los cuestionarios, ninguno es considerado el criterio estándar de referencia.²²

Las intervenciones quirúrgicas para la IUE tienen tres resultados posibles. La primera es que nuestro tratamiento no dé suficiente aumento a la resistencia uretral y que la paciente siga teniendo fugas durante eventos de esfuerzo. Esta mujer sería capaz de orinar con normalidad, pero seguiría siendo incontinente. La segunda es que hagamos algo para que la uretra sea más fuerte, nuestra paciente permanecería seca durante situaciones de esfuerzo y podría orinar normalmente (el resultado óptimo). La tercera implica que extrememos.

Nuestra intervención, haciendo que la resistencia en la uretra sea tan alta que la paciente esté seca durante situaciones de esfuerzo, pero que sea incapaz de orinar completamente o no pueda orinar. La cirugía correctiva se puede agrupar en cuatro categorías: 1) cintas, 2) Uretropexia retropúbica, 3) Agentes volumétricos de la uretra, y 4) esfínteres artificiales. El éxito y el fracaso de cada método necesita ser analizado en el contexto del por qué fue elegido y para quién. No es equitativo comparar agentes volumétricos con cintas, o uretropexia, porque se utilizan en diferentes situaciones para las pacientes y no dan como resultado los mismos índices de curación o de mejoría.

La población de nuestro país es una población joven, en donde la vida sexual se inicia a edades tempranas. Teniendo una alta frecuencia de embarazos a edades precoces, una pobre cultura de planificación familiar, predisponiendo por lo tanto a multiparidad con los múltiples riesgos que esto conlleva, entre ellos la incontinencia urinaria de esfuerzo.

En nuestro estudio, este trastorno predominó en edades intermedias demostrándose que es una afección que puede presentarse desde edades más tempranas. Las diferentes estadísticas de incidencia corresponden a países desarrollados, en donde las mujeres tienen sus hijos a edades mayores y tienen solamente uno o dos hijos. Esta realidad no puede trasladarse a nuestros países, en donde sucede exactamente lo contrario; por lo tanto en países en vías de desarrollo la incontinencia urinaria probablemente tenga relación no solo con la edad avanzada sino también con la multiparidad y lesiones al piso pélvico provocado por los múltiples partos o con fetos mayores de 8 libras de peso al nacer, encontrándose en nuestro estudio una relación directa entre estas dos variables y la presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo.

Dado que la mayor procedencia de las pacientes eran del área urbana con nivel de escolaridad es su mayoría primaria, casadas con vida sexual activa y dedicadas a labores de ama de casa que en su mayoría requiere un nivel de esfuerzo físico que predisponga a incontinencia urinaria de esfuerzo, la que en un principio puede ser vista como un proceso evolutivo normal al paso de los años, sobre todo si tomamos en cuenta que las pacientes han referido un periodo de evolución de 1-3 años, hasta el momento en que la pérdida de orina es tan severa que implica un cambio en su calidad de vida social/sexual buscando atención médica especializada.

En países en vías de desarrollo como México, la obesidad se ha convertido en un problema de salud pública al tener este un primer lugar en obesidad infantil a nivel mundial. La tendencia de la población estudiada, es a padecer de obesidad, que al asociarlo con el índice de severidad de Sandvik para incontinencia urinaria esta va de severa a muy severa según la literatura internacional; en el presente trabajo se demostró la frecuencia importante de paciente que consume café que por su alto contenido de cafeína por sí sola provoca cambios en el urotelio vesical; si tomamos en cuenta que el 42% de las pacientes presentó hipertensión arterial es bien sabido que el uso de fármacos como el enalapril (tos crónica), alfa bloqueantes y diuréticos (incrementan volumen urinario) todos estos factores nos pueden llegar a agravar la presencia de incontinencia urinaria.

La principal vía de terminación del embarazo ha sido el parto vaginal con un número de 3 o más partos, el que por sí solo puede representar un factor de asociación causal de importancia si tomamos en cuenta además de la multiparidad, el sitio de atención del mismo, el tiempo de trabajo de parto, la variedad de presentación del producto y por ende la manipulación y/o trauma obstétrico presente. La macrosomía fetal está presente en la mayor parte de los nacimientos. Esto predispone a alteraciones del piso pélvico.

El tiempo de evolución de la incontinencia urinaria se evidenció a partir del primer año, pero sin embargo si nosotros agrupamos a las pacientes en un tiempo mayor o igual a los cuatro años esto denotaría el hecho que estas pacientes no ven como problema la pérdida de orina en los primeros años, hasta que el índice de severidad es muy alto con una pérdida de orina de varias veces por semana y en mucha cantidad afectando de manera importante a la calidad de vida.

Nuestras pacientes muestreadas, tenían cirugía ginecológica previa (histerectomía, colpoplastia) que en algunos casos fueron para tratar problemas de incontinencia urinaria con resultados negativos o bien para tratar defectos del piso pélvico. No fue objetivo de mi estudio, el comparar otros tipos de técnicas con las ya mencionadas.

Las cirugías anti-incontinencia predominante ha sido la aplicación de malla suburetral con técnica de TOT, seguida por la operación de Burch (Standard de oro). La técnica TOT implica una cirugía minimamente invasiva, con reducción en el tiempo quirúrgico, en la estancia intrahospitalaria y con menor riesgo de lesión de estructuras anatómicas pélvicas; la técnica consiste en aplicar una malla de Polypropileno-monocryl de adentro hacia fuera perforando la fascia endo-pélvica a nivel de su arco tendinoso y fascia obturadora con salida a nivel del pliegue inguinocrural (libre de tensión), con un tiempo quirúrgico aproximado de 20-25 min. En cambio en la técnica retropubiana de Burch implica abordar el espacio de Retzius a través de disección digital hasta identificarse fascia endopélvica a nivel de la unión uretrovesical y base de la vejiga con puntos referidos y anclados al ligamento de Cooper, haciendo uso de Prolene 1; antes de concluir dicha cirugía se deja drenaje de dicho espacio por aproximadamente 72 hrs o hasta que la producción del mismo sea menor o igual a 10 ml en 24 horas.

Las pacientes a las cuales se aplicó malla suburetral TOT, se acompañaron principalmente de colpoplastia por la asociación de la incontinencia urinaria de esfuerzo a la presencia de prolapso de órganos pélvicos.

Las pacientes operadas con técnica de Burch se hicieron acompañar de histerectomía y/o colposacrosuspensión. Esto fue debido principalmente a 10 pacientes que presentaron miomatosis uterina, por lo que se decidió realizar histerectomía. Se sabe que si a una paciente se le realiza Burch y se deja los miomas, estos podrían continuar su crecimiento y por lo tanto podrían ocasionar un aumento de la tensión en las suturas de anclaje provocando a su vez con el tiempo un aumento en el riesgo de fracaso de la técnica.

Al estudiarse las complicaciones de ambas técnicas quirúrgicas estas se han presentado en un mínimo porcentaje obteniendo una mayor frecuencia de exposición de malla, la cual está en menor proporción a la descrita en las literatura internacional. No menos importante es hacer referencia a que en la operación de Burch se encontró hematoma de la herida quirúrgica el cual fue debido a un retiro temprano del drenaje cerrado. Aunque se buscaron otras posibles complicaciones, las mismas jamás se presentaron (lesión vesical e infección)

En evaluaciones post-quirúrgicas subsecuentes para ambos grupos, al valorar la calidad de vida de estas pacientes, se ha logrado mejorar de manera significativa hasta el punto en que las pacientes refieren nada de afección en su vida diaria. Por ende la recurrencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo con malla TOT ha sido evidente únicamente en aquellas que tuvieron rechazo de la misma y de las que al final se les propuso realizarles cirugía de rescate (Operación de Burch). No más cabe hacer referencia a que ninguna de las pacientes con técnica de Burch presento recurrencia de dicha patología; es por ello que este procedimiento es y seguirá siendo el Standard de oro al momento de compararse con otras técnicas de anti-incontinencia

Otros factores de riesgo descritos en la literatura fueron investigados en este estudio como el tabaquismo, la tos crónica, el estreñimiento y el trauma obstétrico, el uso de terapia de reemplazo hormonal y el hipoestrogenismo genital siendo su frecuencia de presentación relativamente baja o inexistente en comparación a los mencionados previamente.

Desde una perspectiva global, los datos observados en nuestro estudio confirman la tendencia de los datos publicados en la literatura internacional con relación a la corrección de la incontinencia y la no recurrencia de la misma, sin embargo es evidente que en nuestra casuística la tasa de éxito es superior a la observada en otras casuísticas latinoamericanas. Aunque cada una de las técnicas que aparecen en nuestro estudio tienen similar en eficacia, también son evidente las ventajas potenciales del uso de la malla, a como se explicó en párrafos anteriores.

Es muy importante señalar que el número de pacientes estudiados nos permite realizar inferencias consistentes, lo cual sirve como sustento sólido para futuras evaluaciones clínicas y tomas de decisión con respecto a la problemática de la incontinencia.

CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio se observó que la incontinencia urinaria fue un síntoma presente en las pacientes fundamentalmente de la tercera edad, cuyo inicio correspondió a pacientes en edades intermedias, principalmente aquellas que cursaron con patologías asociadas como obesidad, hipoestrogenismo y hábitos como la ingesta de café.
2. En cuanto a la evolución clínica se caracterizó por un tiempo no menor de 1 año, con un incremento en la frecuencia en aquellas pacientes de 5 años de evolución, con antecedente de parto vía vaginal, con producto macrosómico y en aquellas que presentan prolapso de órganos pélvicos. Por otro lado la incontinencia urinaria de esfuerzo se caracterizó con un índice de severidad alto (severa o muy severa), con afectación significativa de la calidad de vida.
3. En cuanto al tipo de cirugía previa, una proporción importante de pacientes presentaron como antecedente la colpoplastia y en menor frecuencia la histerectomía. Esto indica que la corrección de incontinencia urinaria a través de colpoplastia no fue apropiada ya que requirió nueva intervención para corrección.
4. En la casuística estudiada la técnica quirúrgica más frecuente fue la aplicación de cintas suburetrales (malla TOT), seguido por la técnica de Burch. La tasa de recurrencia global fue muy baja, correspondiendo a un 2%. No se observaron diferencias significativas en cuanto a la ocurrencia de recidiva ni en cuanto a la aparición de complicaciones presentadas en las técnicas implementadas.
5. La técnica de aplicación de cintas suburetrales (malla TOT) nuestro estudio indica que esta técnica reduce el tiempo de hospitalización y uso de sonda Foley, evidenciándose una corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo, expresada en una mejoría de la calidad de vida de las pacientes y con una frecuencia de complicaciones mínimas.
6. La operación de Burch continua siendo el estándar de oro para la corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo y para los casos en donde se presenta recidiva de incontinencia urinaria, y en aquellas pacientes que tengan patologías concomitantes ginecológicas (mioamatosis uterina), sin embargo la aplicación de cintas suburetrales (malla TOT) es una técnica eficaz y con pacientes bien seleccionados presenta niveles de eficacia y seguridad similares a la técnica de Burch.

RECOMENDACIONES

1. Insistir en planes educativos y oferta de métodos de planificación familiar, disminuyendo números de embarazos y partos y así disminuir las lesiones de las estructuras anatómicas del piso pélvico durante el parto.
2. Crear el departamento uro-ginecología y dotar de equipamiento necesario para realización de estudios urodinámicos y funcionales de uretra y vejiga, para establecer diagnóstico de incontinencia urinaria en forma más selectivas.
3. Realizar planes educativos acerca de incontinencia urinaria de esfuerzo, enfatizando en la importancia de la asistencia precoz a unidades de salud para el abordaje terapéutico oportuno y cura de esta patología.
4. Continuar la formación teórico-práctica en Uroginecología dirigida a médicos residentes y médicos gineco-obstetras para adiestrarlos en los protocolos de diagnóstico y abordaje integral de la IUE.
5. Continuar la aplicación de cinta vaginal libre de tensión como la opción quirúrgica más adecuada para el tratamiento de la incontinencia urinaria por todas las ventajas que representa para la paciente y la institución.
6. Crear una clínica para rehabilitación del suelo pélvico, capacitando al personal médico y de enfermería en el tratamiento complementario al procedimiento quirúrgico, así como consejería a la mujer durante su embarazo y puerperio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nygaard, I.E. and M. Heit, *Stress urinary incontinence*. *Obstet Gynecol*, 2004. **104**(3): p. 607-20.
2. Mukherjee, M., *Stress urinary incontinence and quality of life in women*. *J Indian Med Assoc*, 2011. **109**(10): p. 717-20.
3. Sangsawang, B. and N. Sangsawang, *Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment*. *Int Urogynecol J*, 2013. **24**(6): p. 901-12.
4. Wood, L.N. and J.T. Anger, *Urinary incontinence in women*. *Bmj*, 2014. **349**: p. g4531.
5. Agur, W., et al., *Surgical treatment of recurrent stress urinary incontinence in women: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*. *Eur Urol*, 2013. **64**(2): p. 323-36.
6. Naumann, G. and H. Kolbl, *[Current developments and perspectives on the diagnosis and treatment of urinary incontinence and genital prolapse in women]*. *Aktuelle Urol*, 2013. **44**(3): p. 201-6.
7. Pastijn, A., et al., *[The treatment of female urinary incontinence]*. *Rev Med Brux*, 2013. **34**(4): p. 229-31.
8. Revicky, V. and D.G. Tincello, *New surgical approaches for urinary incontinence in women*. *Maturitas*, 2014. **77**(3): p. 239-42.
9. Ulmsten, U., Henriksson, L., Johnson, P., & Varhos, G. (1996). *An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence*. *International Urogynecology Journal*, 7(2), 81-86.
10. Koch, Y.K. and P. Zimmern, *A critical overview of the evidence base for the contemporary surgical management of stress incontinence*. *Curr Opin Urol*, 2008. **18**(4): p. 370-6.
11. Mondet, F., et al., *[Surgical treatment of stress urinary incontinence in women]*. *Presse Med*, 2000. **29**(11): p. 625-31.
12. Meschia, M., Pifarotti, P., Bernasconi, F., Guercio, E., Maffiolini, M., Magatti, F., & Spreafico, L. (2001). *Tension-free vaginal tape: analysis of outcomes and complications in 404 stress incontinent women*. *International Urogynecology Journal*, 12(2), S24-S27.
13. Olsson I, Kroon U (1999) *A three-year postoperative evaluation of tension-free vaginal tape*. *Gynecol Obst Invest* 48:267-269.
14. Azam, U., Frazer, M. I., Kozman, E. L., Ward, K., Hilton, P., & Rane, A. (2001). *The tension-free vaginal tape procedure in women with previous failed stress incontinence surgery*. *The Journal of urology*, 166(2), 554-556.
15. Palma, P. C. R., Riccetto, C. L. Z., Dambros, M., Thiel, M., De Fraga, R., Tamanini, J. T. N., ... & Colaço, J. (2004). *Safyre. Un nuevo concepto de cabestrillo*

- ajustable mínimamente invasivo para la incontinencia urinaria por estrés femenina. Actas Urológicas Españolas, 28(10), 749-755.*
16. *Blandon Garcia, Isidro Ivan (1989). Cirugiauroginecologica en el HEODRA. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN León).*
 17. *Ruiz Lorente, Edgar Javier (1995). Manejo de la incontinencia urinaria en la consulta uroginecologica del HEODRA. Junio a Noviembre 1993-1994. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN León).*
 18. *Esquivel Muños, Erick Martín (2000). Valoración del tratamiento de la incontinencia urinaria en el HEODRA. Noviembre a Enero 1998-1999. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN León).*
 19. *Morales y Osorno (1999). Valoración posquirúrgica de las pacientes intervenidas por IUE en el Hospital Bertha Calderón Roque, entre 1993 y 1997. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN Managua).*
 20. *Almendarez Muños, Juan . Abordaje y evaluacion de las pacientes atendidas por incontinencia urinaria de esfuerzo en el Hospital Dr Fernando Velez Paiz Enero 1999 a Agosto 2002. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN Managua).*
 21. *Alemán Cruz (2006). Éxito de la cinta vaginal libre de tensión para la corrección de la IUE en pacientes con incontinencia urinaria del HALF como del HBCR. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN Managua).*
 22. *Aguilar Blanco, Ariel (2013). Cirugía anti-incontinencia urinaria: Indicación y eficacia de dos técnicas quirúrgicas para corregir Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en Hospital Fernando Vélez Paiz durante el periodo de marzo-diciembre 2012. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN Managua).*
 23. *Anger, J.T., et al., Development of quality indicators for women with urinary incontinence. Neurourol Urodyn, 2013. 32(8): p. 1058-63.*
 24. *Starczewski, A., A. Brodowska, and J. Brodowski, [Epidemiology and treatment for urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women]. Pol Merkur Lekarski, 2008. 25(145): p. 74-6.*
 25. *Nadeau, G. and S. Herschorn, Management of recurrent stress incontinence following a sling. Curr Urol Rep, 2014. 15(8): p. 427.*
 26. *Schimpf, M.O., et al., Sling surgery for stress urinary incontinence in women: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol, 2014. 211(1): p. 71.e1-71.e27.*
 27. *Carpenter, D.A. and C. Visovsky, Stress urinary incontinence: a review of treatment options. Aorn j, 2010. 91(4): p. 471-8; quiz 479-81.*
 28. *Cox, A., S. Herschorn, and L. Lee, Surgical management of female SUI: is there a gold standard? Nat Rev Urol, 2013. 10(2): p. 78-89.*
 29. *Hersh, L. and B. Salzman, Clinical management of urinary incontinence in women. Am Fam Physician, 2013. 87(9): p. 634-40.*
 30. *Lapitan, M.C., J.D. Cody, and A. Grant, Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev, 2009(2): p. Cd002912.*

31. Mischinger, J., et al., *Different surgical approaches for stress urinary incontinence in women*. Minerva Ginecol, 2013. **65**(1): p. 21-8.
32. Pollard, M.E., S. Morrisroe, and J.T. Anger, *Outcomes of pregnancy following surgery for stress urinary incontinence: a systematic review*. J Urol, 2012. **187**(6): p. 1966-70.
33. Umoh, U.E. and L.A. Arya, *Surgery in urogynecology*. Minerva Med, 2012. **103**(1): p. 23-36.
34. CALVO, J., Hualde, A., & Santiago, A. (2000). TVT (cinta libre de tensión) nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Arch Esp Urol*, 53(1).
35. Rondini, F. D., Troncoso, R., Moran, V., Vesperinas, A., & Levancini, A. (2004). Incontinencia urinaria de esfuerzo: comparación de tres alternativas quirúrgicas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 69(6), 414-418.
36. Solá, V., Pardo, J., Ricci, P., Guilloff, E., & Chiang, H. (2006). Cirugía mínimamente invasiva en el tratamiento de la incontinencia urinaria femenina de esfuerzo: TVT-O. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(1), 3-9.
37. Martínez Córcoles, B., Salinas Sánchez, A. S., Giménez Bachs, J. M., Donate Moreno, M. J., Pastor Navarro, H., Carrión López, P., ... & Virseda Rodríguez, J. A. (2009). Impacto de la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la calidad de vida de las pacientes. *Archivos Españoles de Urología (Ed. impresa)*, 62(1), 22-33.
38. Christofi, N. and A. Hextall, *Which procedure for incontinence?* J Br Menopause Soc, 2005. **11**(1): p. 23-7.
39. Comiter, C.V., *Surgery insight: management of failed sling surgery for female stress urinary incontinence*. Nat Clin Pract Urol, 2006. **3**(12): p. 666-74.

ANEXOS

Anexo 1. Hospital Materno-Infantil Dr. Fernando Vélez Paiz

Servicio de Ginecología

Ficha de identificación.

Cedula _____ Fecha _____

Nombre _____ Fecha de Nac. _____

Edad _____ Teléfono _____

Factores de riesgo

Diabetes Mellitus _____ Estado de conciencia _____ Marcha _____

Tabaquismo _____ Actividad Física _____ Insuficiencia venosa _____

Insuficiencia cardiaca _____ Hernias _____

Cirugías previas _____

Medicamentos (anotar el nombre y la dosis)

Antecedentes Gineco-Obstetricos

Gestaciones _____ Partos _____ Cesáreas _____ Abortos _____

Fecha de última menstruación _____ Años de menopausia _____

Síntomas generales

Se ha sentido una bola o tumor en su vagina _____ (en caso positivo) Se la ha palpado _____

Tiene ardor al orinar _____ Dolor al orinar _____

Se queda con ganas de seguir orinando _____ orina a gotas _____

Tiene ardor en su vagina _____ Prurito (comezón) en su vagina _____

Dolor en las relaciones sexuales _____

Cuantificación de la pérdida

Pierde orina diario _____ Semanalmente _____ mensualmente _____

Solo cuando está enferma de la gripe _____

Esta pérdida de orina representa un problema para su vida cotidiana _____

Usa protectores para mantenerse seca _____ (en caso positivo continuar, si es negativo

pasar al siguiente párrafo) Cuantos protectores usa al día _____

Qué tipo de protector utiliza (papel higiénico, toalla sanitaria o pañal) _____

Como se los retira (seco, húmedo o mojado) _____

Su ropa interior esta (seca, húmeda o mojada) _____

Esfuerzo:

Pierde orina cuando tose o estornuda (nunca, a veces, siempre) _____

Cuando levanta objetos pesados _____ cuando corre o hace ejercicios _____

Cuando realiza las labores de su casa o camina _____

Urgencia:

Cuantas veces durante el día va a orinar, _____ en la noche _____ Total _____

Cuando tiene deseos de orinar, tiene dolor o deseos de correr al baño _____

Alcanza a llegar sin perder la orina _____ (en caso de que tenga perdida antes de llegar al baño)

Esta orina que pierde es (poca, regular o mucha) _____

Durante las relaciones sexuales tiene salida de orina _____

Sintomatología de las paredes vaginales

En este ultimo año en cuantas ocasiones ha tenido infección de vías urinarias _____

Presenta las infecciones de vías urinarias después de las relaciones sexuales _____

Después de terminar de orinar, se levanta y sale un poco de orina _____

Pierde excremento sin que lo pueda controlar _____

Pierde excremento líquido sin que lo pueda controlar _____

Pierde gases sin que los pueda controlar _____ Tiene estreñimiento _____

Si ha recibido tratamiento médico y/o quirúrgico realizar esta pregunta

Después del tratamiento o cirugía considera usted que se encuentra:

Peor _____ Mejor _____ Igual _____ Curada _____

Exploración física general

Peso _____ Talla _____ Índice de masa corporal _____ kg/m²

Tono del esfínter externo del ano _____ Reflejo vulvocavernoso _____

Uretrocele (primeros 3 cms de la pared vaginal anterior) _____

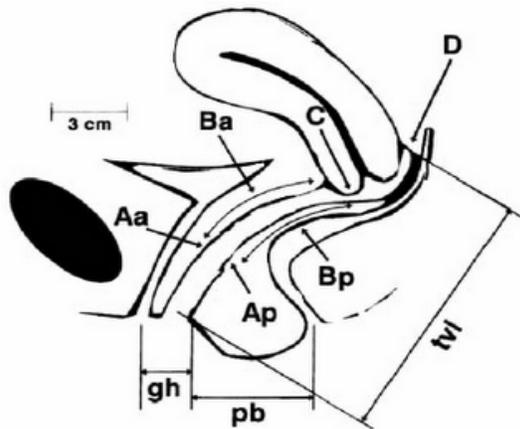
Cistocele (punto más prominente de la pared vaginal anterior) _____ cérvix _____

Fondo de saco _____

Rectocele (punto más prominente de la pared vaginal posterior después de los primeros 3 cms) _____

Rectocele (primeros 3 cms de la pared vaginal posterior) _____

Longitud total de la vagina _____



Urodinamia:

Orina residual _____ Primera sensación de micción _____

Capacidad vesical máxima _____

Contracciones no inhibidas del detrusor _____

Prueba de la tos _____

Cistoscopia:

Trabeculaciones _____ Uréteres _____ Trígono _____

Uretra _____

Tiene cirugía previa? _____ Prueba del hisopo _____

Diagnostico y plan

*Anexo 2. Índice de severidad de Incontinencia
(ISI) Hagne Sandvik*

PREGUNTAS UTILIZADAS PARA EVALUAR EL GRADO DE SEVERIDAD DE LA
INCONTINENCIA URINARIA

a. **¿Con que frecuencia se le escapa la orina?**

1. Menos de una vez al mes
2. Algunas veces al mes
3. Algunas veces a la semana
4. Todos los días y noches

b. **¿Que cantidad de orina se le escapa cada vez?**

1. Gotas (muy poca cantidad)
2. Chorro pequeño (una cantidad moderada)
3. Mucha cantidad

El índice se obtiene de multiplicar los resultados de las dos preguntas

- 1-2 leve
- 3-6 moderado
- 7-9 severo
- 12 muy severo

Cuestionario de incontinencia urinaria ISIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida.

Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta).

Nunca 0

Una vez a la semana 1

2-3 veces/semana 2

Una vez al día 3

Varias veces al día 4

Continuamente 5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

No se me escapa nada 0

Muy poca cantidad 2

Una cantidad moderada 4

Mucha cantidad 6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

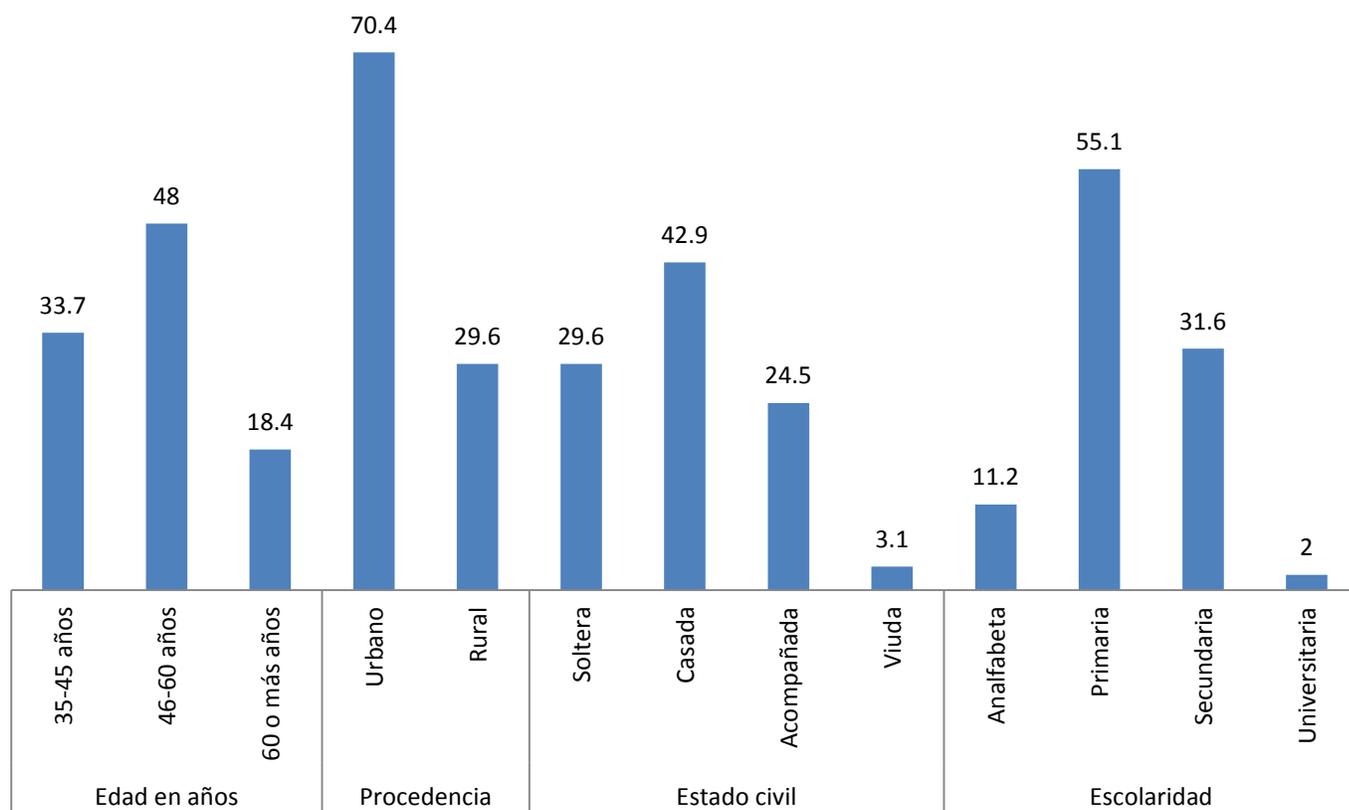
Nada

Mucho

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

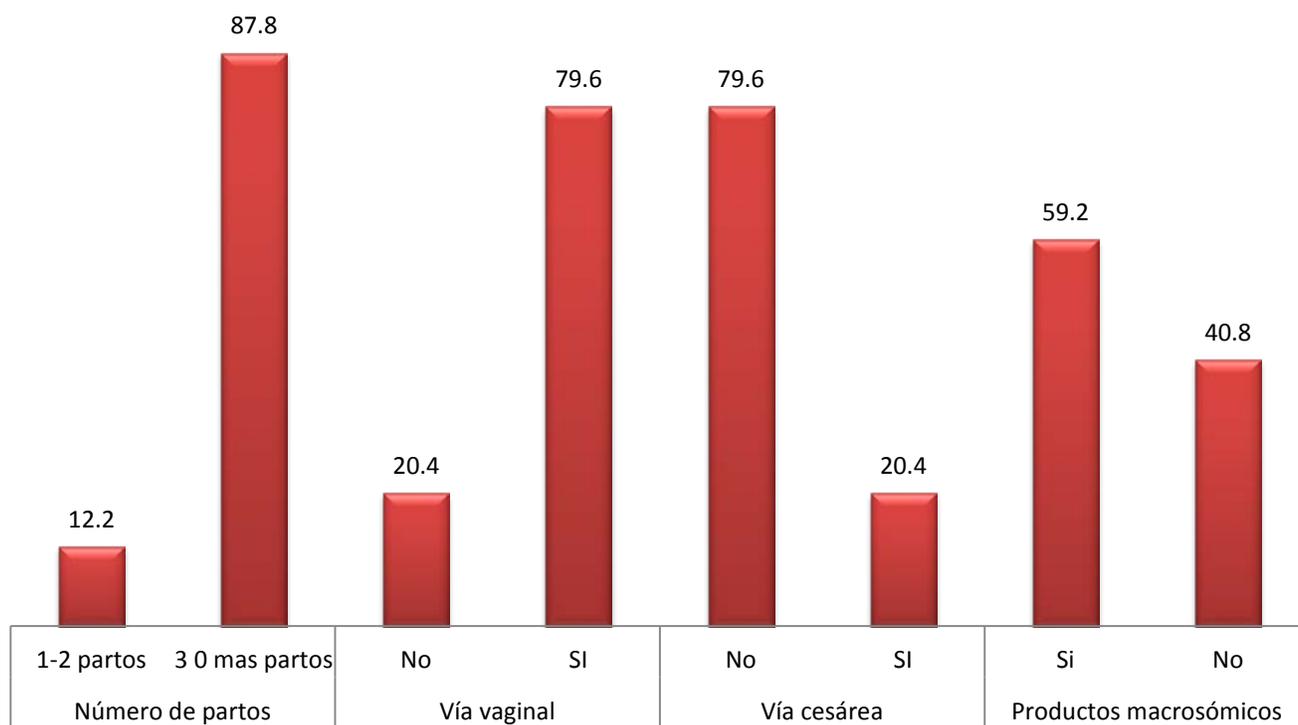
- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Al toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
- Sin motivo evidente.
- De forma continua.

GRÁFICO 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA CORRECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, EN EL ANTIGUO HOSPITAL FERNANDO VÉLEZ PAIZ, ENTRE EL 2012 Y 2013.



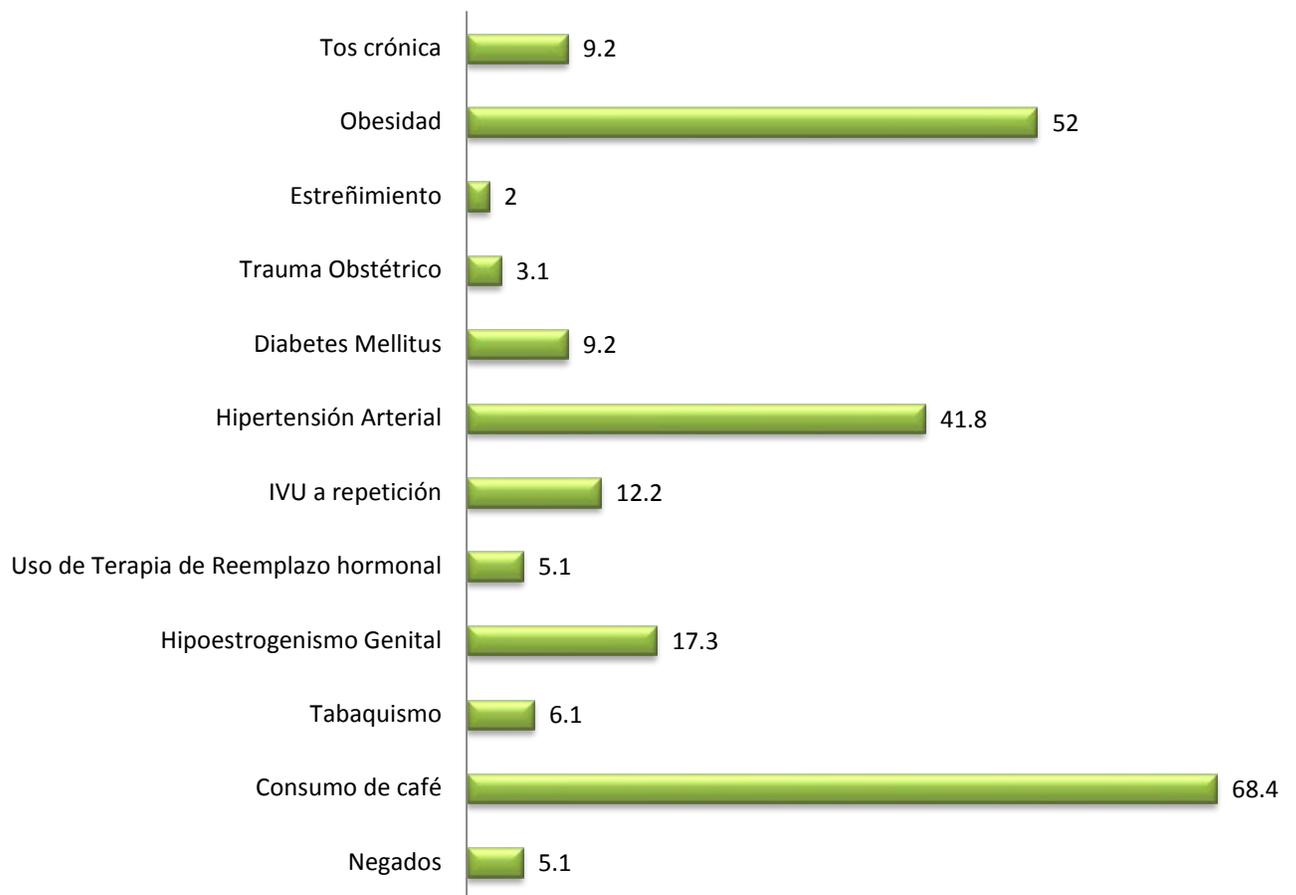
FUENTE: CUADRO 1

GRÁFICO 2: NÚMERO Y TIPOS DE PARTOS PREVIOS Y ANTECEDENTE DE PRODUCTO MACROSÓMICO DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA CORRECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, EN EL ANTIGUO HOSPITAL FERBANDO VÉLEZ PAIZ, ENTRE EL 2012 Y 2013.



FUENTE: CUADRO 2

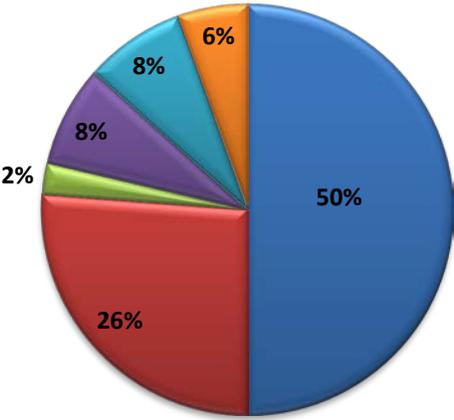
GRÁFICO 3: ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA CORRECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, EN EL ANTIGUO HOSPITAL FERBANDO VÉLEZ PAIZ, ENTRE EL 2012 Y 2013.



FUENTE: CUADRO 3

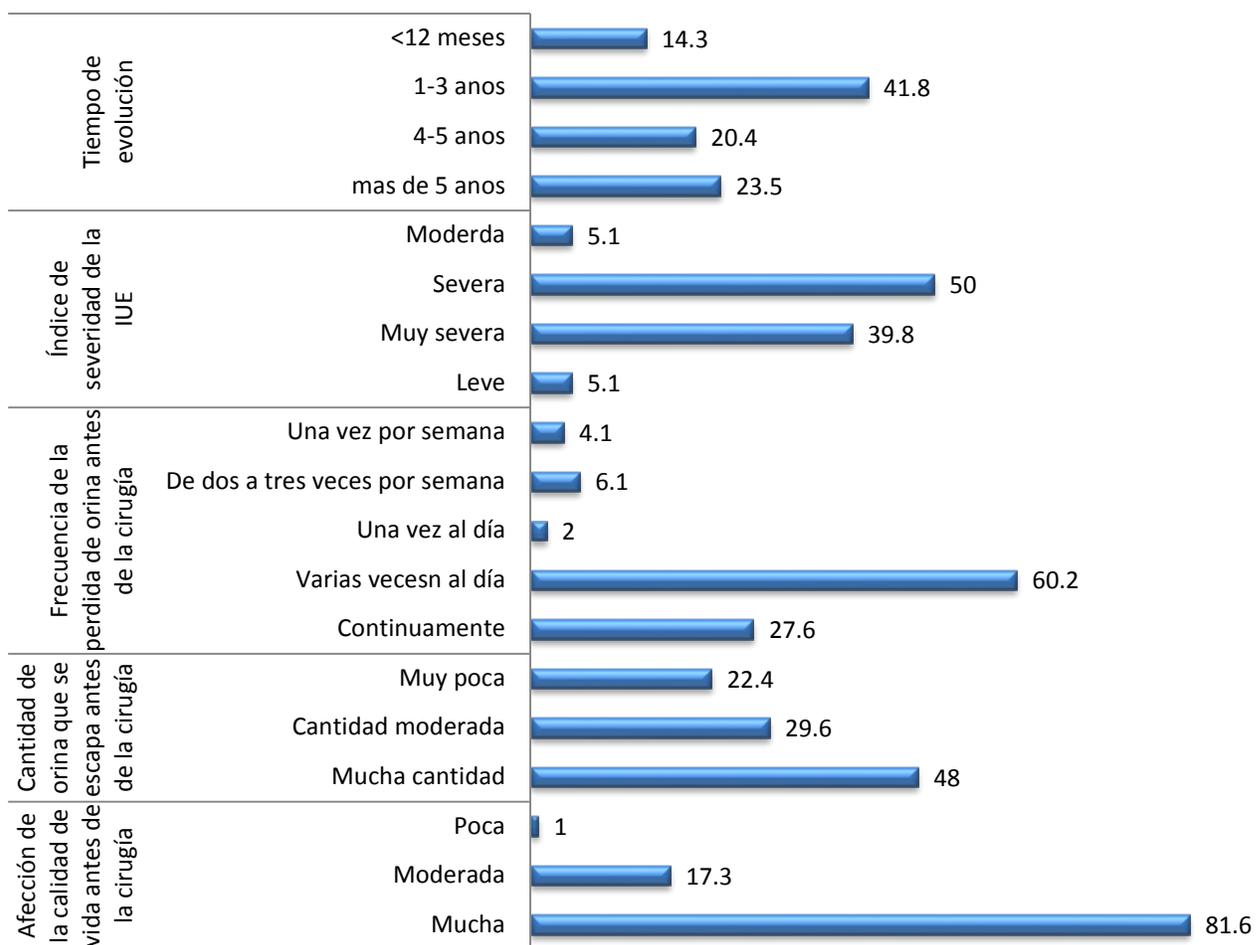
GRÁFICO 4: TRASTORNOS GINECOLÓGICOS ASOCIADOS, DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA CORRECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, EN EL ANTIGUO HOSPITAL FERBANDO VÉLEZ PAIZ, ENTRE EL 2012 Y 2013.

- Cistocele
- Rectocele
- Enterocele
- Descenso uterino
- Miomatosis uterina
- Sin trastornos asociados



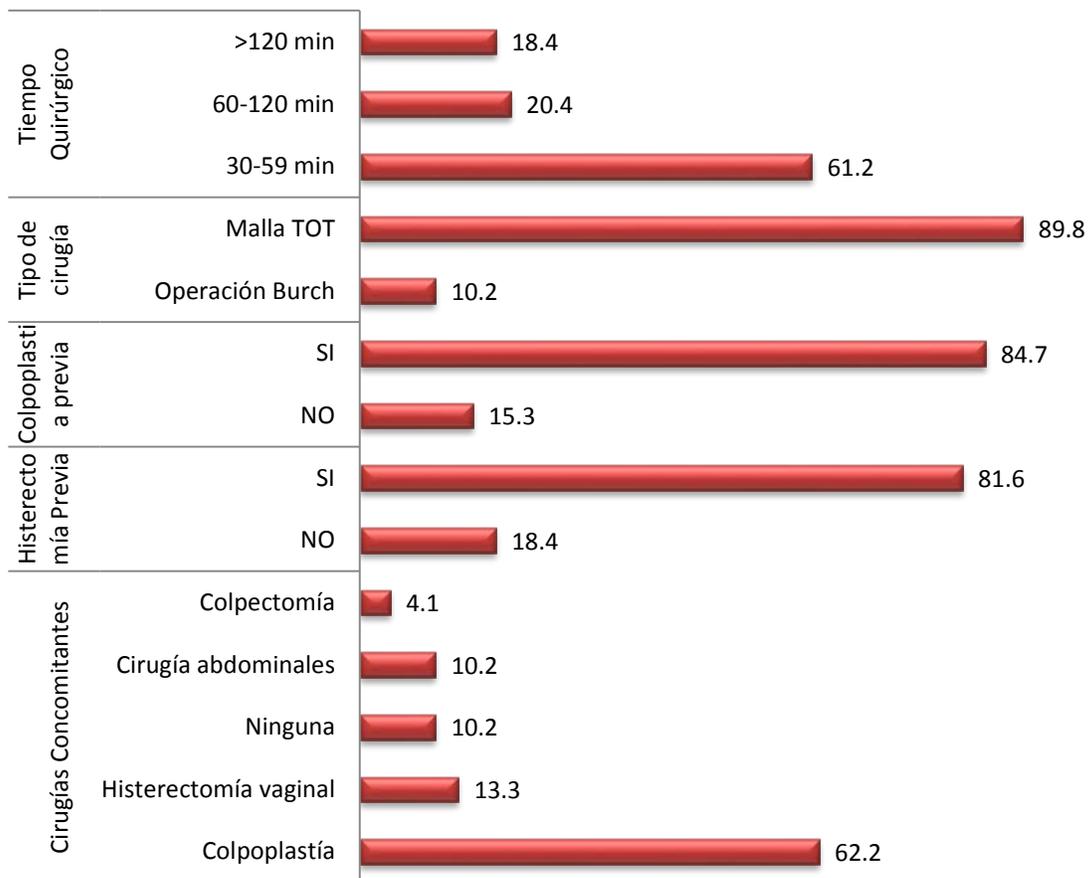
FUENTE: CUADRO 4

GRÁFICO 5: CONDICIÓN CLÍNICA PREVIA A LA CIRUGÍA, DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CORRECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, EN EL ANTIGUO HOSPITAL FERBANDO VÉLEZ PAIZ, ENTRE EL 2012 Y 2013.



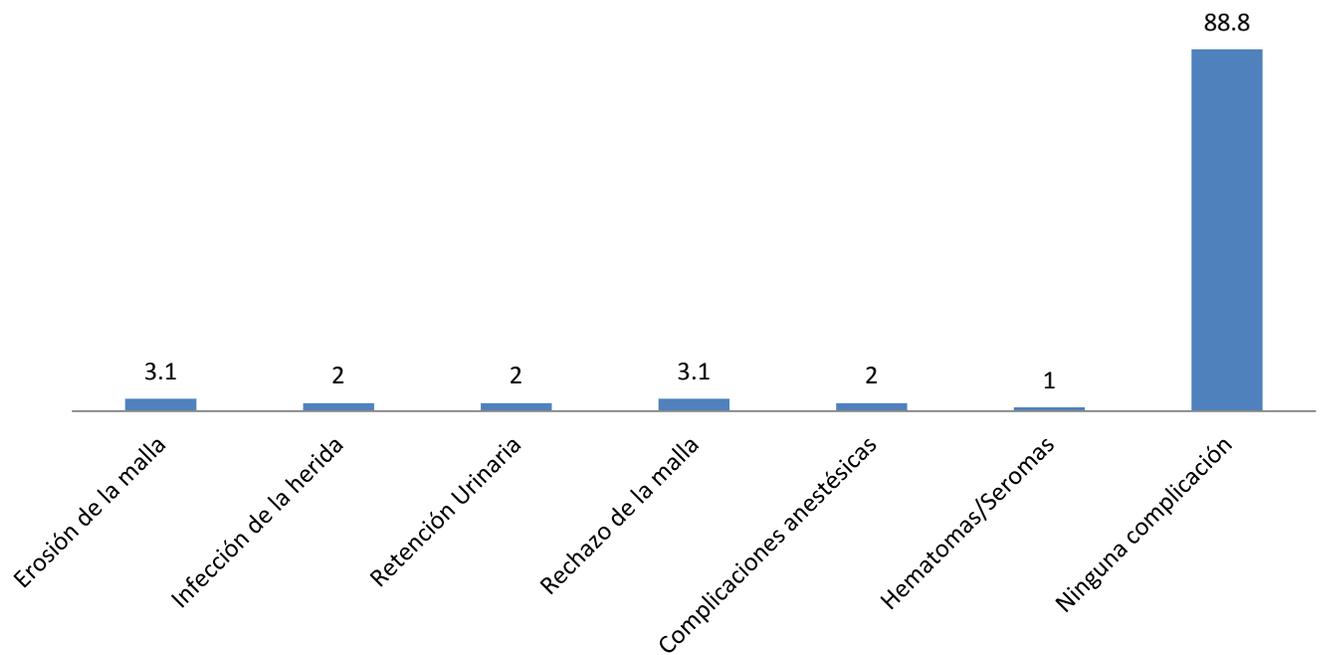
FUENTE: CUADRO 5

GRÁFICO 6: ABORDAJE QUIRÚRGICO, DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CORRECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, EN EL ANTIGUO HOSPITAL FERBANDO VÉLEZ PAIZ, ENTRE EL 2012 Y 2013.



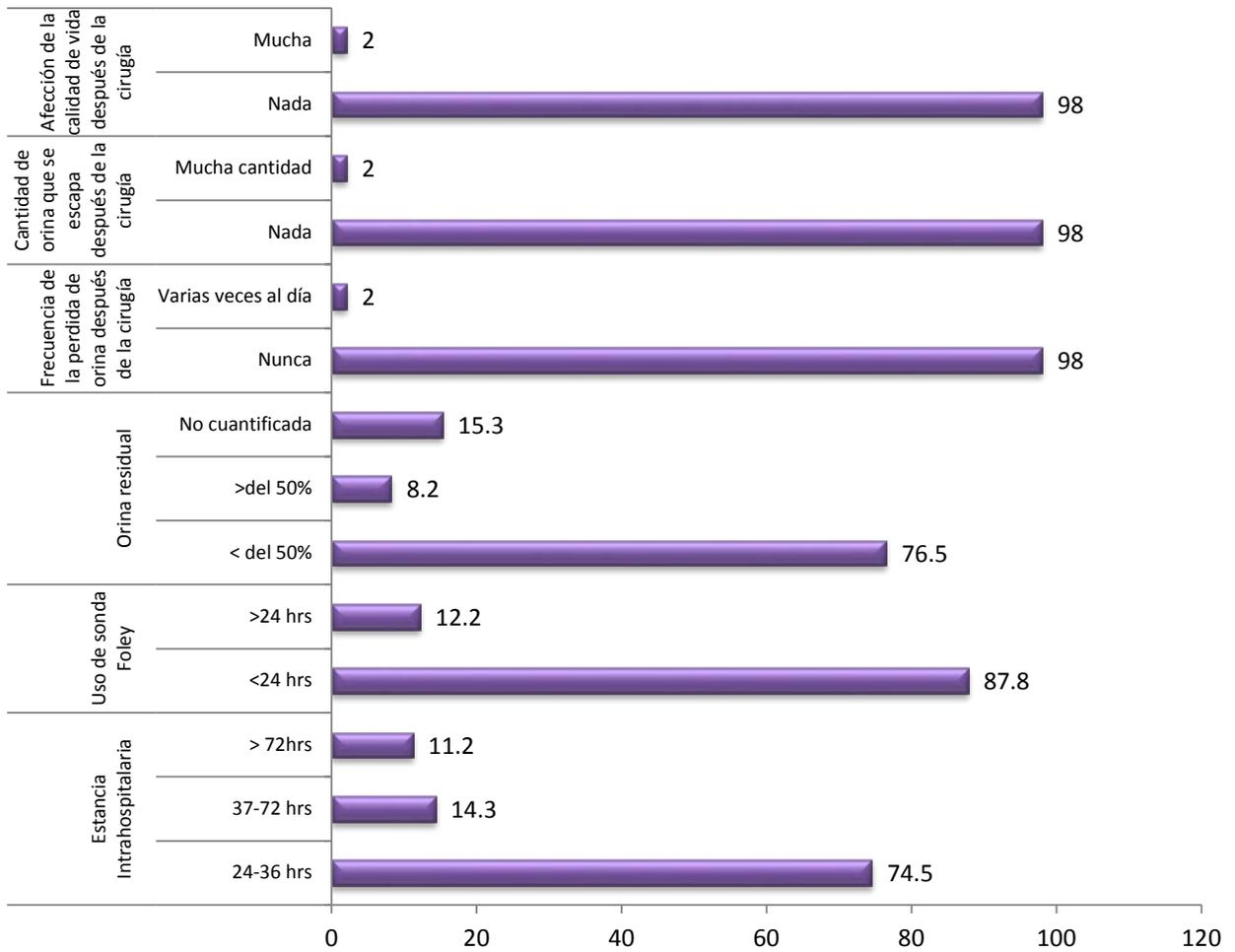
FUENTE: CUADRO 6

GRÁFICO 7: COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A CORRECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, EN EL ANTIGUO HOSPITAL FERBANDO VÉLEZ PAIZ, ENTRE EL 2012 Y 2013.



FUENTE: CUADRO 7

GRÁFICO 8: CONDICIÓN CLÍNICA POSTERIOR A LA CIRUGÍA, DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CORRECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, EN EL ANTIGUO HOSPITAL FERBANDO VÉLEZ PAIZ, ENTRE EL 2012 Y 2013.



FUENTE: CUADRO 8

GRÁFICO 9: RECURRENCIA DE LA INCONTINENCIA A LOS DOS AÑOS POSTQUIRURGICOS EN PACIENTES SOMETIDAS A CORRECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, EN EL ANTIGUO HOSPITAL FERBANDO VÉLEZ PAIZ, ENTRE EL 2012 Y 2013.



FUENTE: CUADRO 9

