



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN MANAGUA

HOSPITAL ALEMÁN NICARAGÜENSE.

EFICACIA DE LA TÉCNICA TRANSOBSTURATRIZ COMPARADA CON COLPORRAFIA ANTERIOR PARA CORRECCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO ENERO 2012 A DICIEMBRE 2017.

TESIS PARA OPTAR A LA ESPECIALIDAD DE GINECO OBSTETRICIA

Autora: Dra. Gabriela Alejandra Sequeira Valle.

Asesor Científico:

Dra. Nubia María Fuentes Sarria

Especialista en Gineco Obstetricia

Abril 2018

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	2
JUSTIFICACIÓN	3
ANTECEDENTES	4
MARCO TEÓRICO	7
OBJETIVOS	30
DISEÑO METODOLÓGICO	31
CONSIDERACIONES ETICAS.....	34
RESULTADOS	41
ANALISIS DE LOS RESULTADOS	43
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES.....	48
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS.....	55

INTRODUCCIÓN

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE), es la pérdida de orina que se produce cuando una persona tose, ríe, estornuda o realiza alguna actividad física. El daño de los músculos del suelo pélvico y las lesiones de los nervios durante el parto pueden dar lugar a este problema que muchas veces afecta la calidad de vida de las mujeres tanto en el ámbito social, cultural como económico.

En los últimos 15 años se ha visto un importante progreso en el campo de la uroginecología. Esto resulta evidente al considerar los avances en el diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria. Gran parte de estos avances se debe a la sucesiva implementación de nuevos procedimientos quirúrgicos que han sido introducidos para corregir este defecto pero aún sin contar con resultados de estudios clínicos que avalen su uso y debido a las frecuentes recidivas y al riesgo de exposición a la malla utilizada este tema aún se encuentra en discusión.

Uno de los procedimientos utilizados consiste en la colocación de una malla sintética o “cabestrillo” a base de polipropileno, debajo del cuello vesical. La base de las pruebas actuales indica que las intervenciones en donde se utilizan cabestrillos suburetrales por la vía del obsturador (TOT, son tan efectivas como la colposuspensión retropúbica dado el menor número de complicaciones postoperatorias y menor recurrencia de la incontinencia urinaria.

En el hospital alemán Nicaragüense cada año se realizan unas 50 cirugías con la técnica TOT y la colpoplastía de Kelly para corregir la IUE, pero hasta la fecha no se conocen a ciencia cierta los resultados postquirúrgicos obtenidos a mediano ni a largo plazo, tampoco se lleva el seguimiento de estas mujeres por un período mayor de 3 meses.

El propósito de esta investigación es obtener información que provenga de las propias mujeres la que servirá para conocer los resultados postquirúrgicos obtenidos en relación a la corrección de la IUE, el grado de satisfacción y factores asociados al éxito o fracaso de la cirugía correctiva y de esta manera contribuir de forma científica con el personal responsable de realizar estos procedimientos y sea de utilidad para la toma de decisiones en relación al manejo quirúrgico de las mujeres con esta patología. Por tal razón el Planteamiento del problema es el siguiente:

Cuáles son los resultados postquirúrgicos obtenidos y el grado de satisfacción posterior a la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres intervenidas quirúrgicamente durante el período de enero 2012 a Diciembre 2017 en el hospital alemán nicaragüense.

JUSTIFICACIÓN

En la literatura médica están descritas una gran variedad de técnicas quirúrgicas para corregir la incontinencia urinaria en las mujeres. En los últimos 10 años se ha utilizado cada vez con mayor frecuencia los cabestrillos o slings suburetrales libres de tensión con la técnica transobsturatriz (TOT) ya que estudios realizados han llegado a la conclusión que las mujeres presentan menor morbilidad y la misma eficacia que las cirugías abiertas convirtiéndose en la opción más empleada para la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

En el hospital alemán Nicaragüense el servicio de Urología y Ginecología, cada año se realizan un promedio de 50 cirugías para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo y la mitad de ellas son con la técnica transvaginal obsturatriz (TOT), a diferencia de otros países, que también utilizan diferentes técnicas para corregir la IUE, no hay estudios ni datos estadísticos que determinen el éxito o el fracaso de estas cirugías correctivas aunque estudios realizados en algunos hospitales en donde lleva seguimiento de mujeres por varios años, arrojan tasas de corrección de un 85% a 90% con bajas tasas de complicaciones o recidivas de la incontinencia urinaria.

Este estudio será un aporte para poder determinar resultados postquirúrgicos mediano y largo plazo a igual que el grado de satisfacción referida por la propia paciente ya que el éxito fracaso de la cirugía repercute de forma directa en su calidad de vida en los diferentes ámbitos ya sea social, labora, conyugal por lo que también tendrá un aporte social al igual que científico dado la información que se obtendrá con el estudio servirá para modificar los factores que pueden influir para mejorar los resultados postquirúrgicos y disminuir las recurrencias o los casos de persistencia total o parcial de la IUE..

ANTECEDENTES

En el hospital alemán nicaragüense, año 2017 se realizó un estudio retrospectivo para determinar la evolución clínica de pacientes intervenidas quirúrgicamente por incontinencia urinaria de esfuerzo en el período del 2014 al 2017, encontrando como factores predisponentes la edad mayor de 40 años (77%), multiparidad (35%), partos de productos macrosómicos, además la mayoría de las mujeres se encontraban en etapa de menopausia (62%), obesidad (50%). Entre las complicaciones postquirúrgicas las más frecuentes fueron retención urinaria, infección, lesión vesical. Las complicaciones tardías se presentaron un caso de fístula en una cirugía de colporrafia anterior y plastía de KK, posterior al seguimiento de dos años el 90% de mujeres conservaban continencia urinaria.

En un hospital Universitario en Madrid España se realizó un trabajo monográfico en mujeres con IUE, que fueron intervenidas quirúrgicamente en el 2009 al 2013 para colocación de una banda transvaginal libre de tensión retropúbica después de 5 años de la intervención, la muestra fue de 210 mujeres, entre los hallazgos relevantes fue una curación en el 96,5%, 5 mujeres presentaron recurrencia de la IUE, 9 se complicaron con erosión vaginal. El 85% de las pacientes continuaban sin IUE a los 5 años de la cirugía.

En el año 2015 en la ciudad de México se realizó un estudio para determinar las complicaciones de la colocación de malla sintética vaginal para la incontinencia urinaria de esfuerzo durante los años de 2007 al 2014. Se analizaron 58 intervenciones con una edad promedio de las mujeres de 56 años. Se encontraron complicaciones tempranas como retención de orina en el 8%, entre las complicaciones tardías fueron dolor uretral o vaginal (12%), dispareunia (20%), extrusión de malla (10%), dos mujeres requirieron otra intervención quirúrgica. El 90% evolucionaron sin incontinencia y el 10% persistió dicho problema. (Mayorga Gómez, 2015)

En el año 2011 en Valparaiso se realizó un estudio para determinar la eficacia de la técnica TOT utilizando malla de polipropileno con un seguimiento de 84 pacientes durante 12 a 48 meses. Durante el seguimiento se encontraron complicaciones en el 7% destacándose una perforación vesical durante el acto quirúrgico y una estenosis ureteral en el postoperatorio, 11% de las pacientes presentaron exposición de la malla. En el 98% de las mujeres se les corrigió el defecto anatómico. (CIFUENTES M, 2011)

En el Instituto de Seguridad Social de Guatemala (2010), se realizó un estudio comparativo en mujeres intervenidas con cirugía de TOT y colporrafia anterior con plastía de Kelly para corregir la IUE, con una recurrencia del 13% y como principal complicación la infección urinaria en el 37% de los casos. (MAYEN Astrid)

En ese mismo año en México otro estudio evaluó los resultados y complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas con el uso de sling transobsturador en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo en un período de 5 años. Se analizaron 41 casos, no encontrando complicaciones transquirúrgicas. Una paciente presentó retención urinaria en el post operatorio y 24% refirieron dolor uretral y vaginal. La tasa de éxito a los 12 meses fue de 85% y a los 3 años de 82%. (HERNANDEZ C. SANTANA R, 2'011)

En Junio de 2008 se publicó un estudio que duró 3 años realizado en el hospital Universitario De Santa Cristina en Madrid, con el objetivo de evaluar la eficacia de las mallas libres de tensión y satisfacción de 241 mujeres intervenidas quirúrgicamente con la técnica TOT para corrección de la IUE. Entre los resultados del estudio, la tasa de continencia de las pacientes a los 2 meses fue de 70% y de satisfacción fue 65%. Presentaron un 3,3% de complicaciones transquirúrgicas y 26,5% postquirúrgicas todas fueron menores. (ZAPARDIEL I, 2008)

En un estudio realizado en Taiwán (2006) se revisaron factores que pudieran predisponer a fracasos de la colposuspensión para corregir la IUE no logrando demostrar una asociación estadísticamente significativa. El 92% de las mujeres operadas manifestaron satisfacción por los resultados. Se evaluaron factores como la edad, paridad, empleo de THR, antecedente de histerectomía para establecer si existía relación con los resultados postquirúrgicos y complicaciones inmediatas o mediatas asociadas al fracaso de la cirugía. (SUBG M, 2006)

En Uruguay (2005), se realizó un estudio que consistió en evaluar los resultados de la cirugía Transvaginal Obsturatriz (TOT) para el manejo de 70 mujeres con IUE. Se encontraron buenos resultados a mediano plazo y largo plazo con una curación de 83,5%. El 7,5% restante no tuvieron mejoría o ésta no fue total. Las recidivas se presentaron al mes de la cirugía, el 10% de las mujeres presentaron urgencia urinaria posterior al procedimiento. (L Briozzo, 2005)

En Perú en el 2004 se realizó un estudio analítico para evaluar la eficacia a los 5 años de la plastia de Kelly modificada en 110 mujeres con IUE, concluyendo que fue eficaz en el 98% de las mujeres. Como complicaciones se presentaron retención urinaria en el 8% manteniendo la sonda Foley por 11 días. Solo 2 pacientes presentaron recidiva de la IUE a los 4 años de la cirugía. (MI Mercado, 2004)

En el año 2004 en Buenos Aires, Argentina salió a la luz un estudio de seguimiento por 10 años de 160 mujeres que se les realizó cirugía de TOT por incontinencia urinaria, cuyo resultados fueron una edad promedio de las mujeres de 60 años, la causa de la cirugía fue por hipermovilidad uretral en 120 pacientes, insuficiencia esfinteriana en 17 mujeres y combinación de ambas en 2 de ellas. En 44 pacientes se utilizó sling con malla sintética de diferentes tipos las que fueron adaptadas al momento de la cirugía en forma

de rectángulo de 8 cm de largo y 1,5 cm de ancho la que fue colocada por vía vaginal a nivel de la unión uretro vesical, con puntos de anclaje a la región aponeurótica con agujas diseñadas para ese fin. Entre las complicaciones tempranas se encontraron retención urinaria, urgencia de novo, e infección urinaria recurrente. El 58% evolucionaron satisfactoriamente. El resto presentaron complicaciones como erosión vaginal por la malla, lesión uretral y fístula uretro vaginal en 2 de ellas. (Dres: Tejerizo J, 2004)

MARCO TEÓRICO

La incontinencia de orina femenina es una patología que afecta a más del 10% de las mujeres mayores de 50 años. La incontinencia urinaria se clasifica en 4 tipos: 1) incontinencia urinaria de esfuerzo, 2) incontinencia urinaria de urgencia, 3) incontinencia urinaria mixta y 4) incontinencia urinaria por rebosamiento.² De acuerdo con la Sociedad Internacional de Incontinencia, la incontinencia urinaria de esfuerzo se define como la salida involuntaria de orina con esfuerzo físico al toser o estornudar, y afecta a 49% de la población femenina.

La incontinencia de esfuerzo es el tipo más frecuente en mujeres jóvenes, con incidencia más alta entre los 45 y 49 años de edad. De acuerdo con la edad, su prevalencia varía de 29 a 75% (promedio de 48%) y hasta un tercio reporta, al menos, un evento de fuga de orina de manera semanal. Los principales factores de riesgo asociados con incontinencia urinaria de esfuerzo incluyen: edad, embarazo y paridad; antecedente de histerectomía, obesidad y radiación pélvica. (TELLEZ DIAZ, 2017) En contra de la idea popular anterior, no parece que la menopausia sea, en sí misma, un factor de riesgo de IU y hay datos contradictorios en relación con la histerectomía. La diabetes mellitus es un factor de riesgo en la mayoría de los estudios. La investigación también indica que la restitución estrogénica por vía oral y el índice de masa corporal son factores de riesgo modificables importantes de IU. Aunque un deterioro leve de la función cognitiva no constituye un factor de riesgo de IU, incrementa los efectos de ésta. Tabaquismo, dieta, depresión, infecciones de las vías urinarias (IVU) y ejercicio no son factores de riesgo. (BERROCAL J, 1997) (Urología, 2010)

FACTORES PREDISPONENTES A LA IUE:

Nacimientos vaginales: El evento precipitante más frecuente es el antecedente de partos vía vaginal. En estas pacientes existe un daño neuromuscular en el piso pélvico y una lesión en la fascia endopélvica, que implica estiramiento o compresión mecánica de los nervios pélvicos, o rupturas en la fascia endopélvica. En general, la incontinencia es muy rara en pacientes nulíparas o en las que tuvieron a luz por cesárea electiva. (DÍAZ Miguel, 2013)

El daño durante el parto se da primariamente en el segundo período (expulsivo). Cuando el vértice fetal topa con el piso pélvico y se da el descenso y deflexión hay un estiramiento y compresión de los nervios, de la unión uretrovesical y del músculo elevador del ano. La consecuente injuria de estas fibras nerviosas lleva a disfunción en los músculos inervados por las mismas, por ejemplo, se altera el m. elevador del ano alterando el mecanismo de “hamaca” de la fascia pubocervical que soporta la unión uretrovesical. Todas estas injurias pueden desarrollar con el tiempo IUE y prolapso vaginal. (ACOG, 2014)

Edad: El cuadro clínico de la IUE y desórdenes del piso pélvico suele instaurarse hasta años o décadas luego de la injuria del parto. La edad empeora todas las formas de injuria neuromuscular. La edad avanzada está relacionada con el aumento de la prevalencia de la incontinencia urinaria. Se ha considerado la edad avanzada como posible factor predictor de fracaso del tratamiento quirúrgico. Hay varios estudios que han logrado establecer esta relación. El trabajo prospectivo de Cammu con TVT establece la edad avanzada como factor predictor de fracaso, con una asociación estadísticamente significativa. Asimismo Trabuco y su grupo de trabajo valoran la satisfacción de la TOT con carácter retrospectivo, estableciendo una Odds Ratio (OR) de 0,8 para las pacientes con edad creciente ($p < 0,02$), de modo que existe una disminución de la OR de satisfacción en relación con la edad. Hay dos autores que realizan el estudio en TVT y TOT que encuentran asociación entre edad y fracaso. Barber encuentra la edad creciente asociada con incremento en la tasa de fracaso. Asimismo la edad fue la única variable de las estudiadas que se asoció de forma independiente con IUE recurrente, estableciendo 55,6 años \pm 12 años para cualquier tipo de recurrencia ($p < 0,004$) (valorado como un puntuación en ISI superior a 0), y de 57 \pm 13 años para la IU recurrente (0,04) (considerado si respondían sí, a la pérdida urinaria con actividad, tos o estornudo). Malek distribuyó a las pacientes en dos grupos, y llegó a la conclusión de que las pacientes menores de 70 años presentaron una mejoría más elevada en el impacto de los síntomas. (Irene, 2015)

Deficiencia de estrógeno. El estatus estrogénico parece tener un importante rol en el mecanismo de continencia. El tracto urinario inferior es rico en receptores estrogénicos. La estimulación de estos receptores provoca aumento en el flujo del plexo sanguíneo submucoso de la uretra, provocando el plegamiento de su luz y el aumento de la presión intrauretral. Esto constituye unos mecanismos de continencia. La deficiencia estrogénica puede contribuir de manera importante al mecanismo de incontinencia durante la menopausia y posmenopausia. (ACOG, 2014)

Otros factores. Aquellos factores que aumentan la presión intraabdominal de manera crónica predisponen a alteraciones del piso pélvico sometiendo tejidos previamente dañados a mayor estrés mecánico. Estos incluyen: Constipación, tos crónica por fumado, bronquitis o neumopatías, obesidad, ocupaciones que obligan a levantar peso. (ACOG, 2014)

Obesidad: La obesidad es un problema creciente en la sociedad actual, habiendo encontrado diferentes estudios epidemiológicos un aumento del riesgo de incontinencia urinaria con el aumento del IMC. El papel de las bandas uretrales en la población obesa ha sido debatido en referencia al aumento de fallos y a la asociación con el aumento de complicaciones intra y postoperatorias. Existen varios estudios que han intentado identificar la obesidad como factor predictor de éxito en pacientes con cirugía correctora de IUE. El estudio retrospectivo de Trabuco logra establecer una relación, obteniendo

que a IMC creciente, existe una menor satisfacción postquirúrgica con OR 0,8 (p 0,01). Asimismo sucede con el estudio de Stav, en el que a partir de un IMC de 25 se observa fallo del sling, con un OR de 2.9, siendo estadísticamente significativo. Haverkorn llega a la conclusión de que la tasa de curación de mujeres obesas con IMC igual o superior a 30 es más baja, presentando sin embargo una mejoría significativa en su calidad de vida. Asimismo la obesidad no parece ser un factor de riesgo de complicaciones durante la inserción de la banda suburetral. Se obtuvieron tasas de éxito superiores en la inserción de TOT en mujeres con menor IMC, que se atribuyeron a la mayor levedad de la IUE preoperatoria en este grupo. (Irene, 2015)

Factores genéticos: Los cambios microscópicos y bioquímicos de la fascia endopélvica, en particular de la colágena están involucrados en el desarrollo de la IUE. Los defectos de la colágena dependen de la interacción de factores ambientales y hereditarios. La fascia endopélvica es un tejido viviente, que constantemente reacciona al estrés mecánico y a cambios en la actividad nutricional y neuropática.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)

Para su tratamiento se han desarrollado múltiples técnicas quirúrgicas, entre ellas el sling, descrita por primera vez a comienzos del 1900 donde utilizaban músculo gracilis como soporte de la unión vesicouretral. Dicha técnica ha sufrido múltiples modificaciones con el correr de los años no sólo en su concepto, sino también en los diferentes tipos de materiales utilizados. (Abigail Ford, 2017)

Varios factores se han considerado como potenciales condicionantes del éxito de las cirugías para corregir la IUE. Se propuso que a mayor edad de la paciente, menor sería la probabilidad de lograr resultados satisfactorios, tal vez debido al envejecimiento del propio tracto urinario inferior.

En la literatura médica se han descrito más de cien procedimientos quirúrgicos diferentes para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) femenina. En la década del 80 luego de estar relegada dentro de las alternativas terapéuticas por otras cirugías como la de Marshall Marchetti, Burch, Pereyra, Raz, etc. comenzó nuevamente a utilizarse no sólo con tejidos autólogos como la aponeurosis de los rectos o fascia lata, sino también con la utilización de tejidos sintéticos como el politetrafluoroetileno, polipropileno, siliconas, entre otras. (GARCÍA M, 2005)

En 1995, Ulmsten U y Petros P1 revolucionan el planteamiento terapéutico con una técnica quirúrgica mínimamente invasiva (TVT: tensión free vaginal tape), eficaz (tasas de curación en torno al 85–90%) pero no exenta de complicaciones intraoperatorias importantes (lesiones vesicouretrales e intestinales) que ensombrecen sus resultados.

En 1996 posterior a rigurosos ensayos clínicos en los que se seleccionaron los materiales y técnicas adecuadas Ulmsten y colaboradores describieron los primeros resultados obtenidos con la TVT (Tension-free Vaginal Tape).

En el año 2001, Delorme E. y colaboradores presentan una modificación de este procedimiento en un intento de evitar la perforación accidental de la vejiga, y por tanto, la necesidad de realizar una exploración endoscópica intraoperatoria; hablamos de la TVT transobturador o TOT. La técnica se basa en la restauración de los ligamentos pubouretrales mediante el implante de un soporte suburetral de malla de polipropileno en la uretra media, sin tensión y a través de una mínima incisión vaginal. El objetivo era lograr un procedimiento quirúrgico sencillo, mínimamente invasivo, fácilmente reproducible y relativamente económico para corregir la IUE femenina. (GARCÍA M, 2005)

Estos ensayos mostraron que más del 80% de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo se curan o tienen una mejoría significativa en los síntomas con cualquiera de las intervenciones, durante hasta cinco años después de la cirugía. Se encontró que el resultado anterior ocurrió independientemente de las cintas utilizadas y la vía de inserción de las cintas. Los estudios utilizaron cuestionarios diferentes para evaluar la calidad de vida, lo que significó que no fue posible combinar los resultados para el análisis. Sin embargo, la información que está disponible para la calidad de vida indica que mejora como resultado de estas intervenciones, aunque no hay diferencias claras entre los dos procedimientos. Solamente unos pocos ensayos proporcionaron información acerca de la efectividad de estas cintas más de cinco años después de la cirugía. Las pruebas que se han podido evaluar indican que persisten los efectos positivos. Entre los efectos adversos fueron que las cintas que pasan por detrás del hueso púbico (retropúbica) parecen conllevar un riesgo mayor de daño de la vejiga durante la intervención y de que las pacientes experimenten problemas para lograr el vaciado completo de la vejiga después de la cirugía. Esta intervención provoca menos dolor en la ingle a corto plazo. Hay algunas pruebas limitadas de que esta manera de insertar la cinta tiene un riesgo menor de necesitar una intervención repetida a largo plazo en comparación con las cintas que pasan a través de la ingle (transobturador). Hay pruebas de calidad moderada de que las tasas generales informadas de complicaciones relacionadas con la cinta son bajas, como la erosión de la cinta en la vagina de alrededor del 2% para ambas vías de inserción de la cinta. El informe de la aparición de problemas con el coito que incluye el dolor fue bajo y la pérdida de orina durante el coito mejoró después de la inserción de estas cintas. (Abigail Ford, 2017)

La vía transobturatriz (TVT-O) surge para tratar de evitar la perforación accidental de la vejiga y por tanto, siendo innecesaria la exploración endoscópica intraoperatoria, así como minimizar las infrecuentes pero graves lesiones viscerales o vasculares. Las agujas se van a pasar desde la cara interna del muslo hasta la región vaginal parauretral a través del agujero obturador y los músculos puborectales. Se han descrito dos

abordajes diferentes: desde el muslo hasta la vagina (técnica “Out-In”) y en dirección contraria (“In-Out”). Sin embargo, tal y como se ha demostrado en algunos trabajos, la probabilidad de lesionar la vejiga no es nula, por lo que no resulta aconsejable eliminar la necesidad de una cistoscopia, sobre todo en los abordajes “Out-In”. La utilización de un acceso “In-Out, desde la uretra hacia el exterior, prácticamente anula la posibilidad de lesión vesical (haciendo innecesario el estudio endoscópico intraoperatorio) y permite una menor disección parauretral. (GARCÍA M, 2005)

Técnica TOT

Incisión suburetral

Se coloca una pinza de Allis a 1 o 2 cm del meato uretral mediante una toma transversal.

Se coloca la segunda pinza de Allis a 2 cm de la anterior en la línea media.

Se emplaza la incisión con bisturí de 1,5 a 2 cm por encima del meato urinario en dirección proximal. La incisión debe incluir la mucosa vaginal y la submucosa.

Debe permitir un buen acceso a la zona media de la uretra y con una amplitud tal que permita la introducción del pulpejo del dedo en la disección posterior.

Disección subvaginal

Se coloca una pinza de Allis en las comisuras laterales de la incisión equidistante de las dos pinzas mediales.

Dando apoyo externo sobre la vagina con el pulpejo del dedo índice homolateral a la incisión se disecciona con tijera dirigiendo la punta de la misma hacia la cara profunda de la rama isquiopubiana hasta tomar contacto con el periosteo.

Una vez logrado esto, se amplía la prolongación anterior de la fosa isquioanal mediante la introducción del dedo índice hasta tomar contacto con el hueso y la inserción de la aponeurosis perineal media.

Se separan así los fascículos mediales del músculo elevador del ano, de dirección vertical, del área de punción. Ello posibilita que la aguja alcance la vagina pasando por debajo del plano del diafragma pelviano.

Se respeta así la integridad anatómica de uno de los principales fascículos de este músculo, el fascículo puborrectal integrante del esfínter externo del ano y principal

elemento para la continencia rectal. También se preservan los fascículos pre y retrouretrales integrantes del aparato esfinteriano externo de la uretra

Incisión inguinocrural

Se repara la rama descendente del pubis mediante palpación.

Por fuera y en la parte más anterior de la rama descendente del pubis, sobre el agujero obturador, se repara el ángulo supero medial del agujero obturador, topografiado en la intersección del pliegue inguinocrural con el capuchón del clítoris.

Con una hoja de bisturí número 11 se emplazan dos incisiones simétricas en este punto, profundamente, hasta atravesar la aponeurosis obturatriz.

Pasaje de la aguja

Previo al pasaje de la aguja se cateteriza la vejiga evacuando completamente la misma.

Con el dedo índice homolateral a la incisión colocado en el túnel sub vésico laterouretral y en contacto con la rama descendente del pubis por dentro se aproxima la aguja de Emmet tomando la punta contacto con la incisión inguinocrural.

Se presiona atravesando la aponeurosis del obturador y se realiza la excursión de adentro hacia afuera, de adelante hacia atrás y de arriba hacia abajo en una dirección de 45 grados con respecto a la horizontal hasta tomar contacto con la falange del dedo índice. Luego se exterioriza a nivel vaginal sobre el dedo índice que se mueve acompañando la punta de la aguja.

Pasaje de la malla suburetral

Se fija un extremo de la malla a la aguja mediante tres pasadas de hilo y se retira la aguja con un movimiento opuesto al realizado en la introducción, hasta que la misma emerge por la incisión cutánea en el muslo.

Llenado vesical

Se coloca una sonda vesical y se instilan generalmente 300 ml de suero fisiológico. Si la capacidad vesical máxima es de más de 400 ml se deberá instilar ese volumen.

Regulación de tensión

Posicionada la malla en la zona suburetral se regula la tensión hasta el punto en que con maniobras de Valsalva excesivas (tos fuerte) no se manifieste la incontinencia urinaria. Se recomienda que sólo aparezca el brillo de la gota de suero en el meato uretral

ya que al recuperar la posición ortostática y al descender la pared anterior de la vagina, la angulación sobre la uretra actúa como un mecanismo de continencia urinaria.

Sección de la malla y colpografía

CIRUGÍA DE MARSHALL MARCHETTI KRANTZ (MMK)

Este procedimiento requiere una incisión abdominal. El cuello de la vejiga y la uretra se separan de la superficie posterior del hueso púbico. Las suturas se colocan a ambos lados del cuello de la uretra y la vejiga, que son elevados a una posición más alta. Los extremos libres de los puntos de sutura se anclan a los alrededores del cartílago y el hueso púbico. MMK ya no es una técnica preferida porque hay un potencial para el desarrollo de adherencias obstructiva y la incisión se limita la capacidad del médico para corregir una hernia de la vejiga en la vagina.

COLPOSUSPENSIÓN DE BURCH

Este procedimiento de suspensión vaginal a menudo se realiza cuando el abdomen está abierto para otros fines, tales como la histerectomía abdominal. El cuello de la vejiga y la uretra se separan de la superficie posterior del hueso púbico. El cuello de la vejiga a continuación, es elevada por la lateral (de lado) las suturas que pasan a través de la vagina y ligamentos del pubis. (Suturas laterales evitar la obstrucción de la 20 uretra y permitir la reparación de cistocele pequeño, o hernias.) La pared vaginal y el ligamento se reúnen, y las suturas están atadas.

SUSPENSIÓN CON AGUJA

Varios procedimientos de suspensión con agujas se han desarrollado, cada uno el nombre de su creador (por ejemplo, Stamey, Raz, Gittes), sin embargo, la técnica básica es la misma. Esencialmente, las suturas se colocan a través de la piel del pubis o una incisión vaginal en los tejidos de anclaje a cada lado del cuello de la vejiga y se ata al tejido fibroso o hueso púbico.

La técnica de Stamey se realiza por vía vaginal o a través de una pequeña incisión por encima del hueso púbico. Una sutura de nylon se utiliza para suspender la uretra a cada lado y la cistoscopia se asegura de que la uretra y la vejiga no se lesionan durante el procedimiento.

El procedimiento Raz corrige hipermovilidad del cuello vesical y la uretra, cuando hay o no hay un mínimo de hernia de la vejiga en la vagina. Se hace una incisión en forma de U invertida en la pared vaginal y bandas de tejido fibroso alrededor del cuello de la

vejiga y la uretra son liberados. Introduce una aguja a través de la incisión, y las suturas de suspensión se tiran, levantando la parte frontal de la vagina y la uretra.

En el procedimiento Gittes, una pequeña punción se realiza por encima de la almohadilla de grasa del pubis. Una sutura es transferida por una aguja a través del músculo de la cresta del pubis a la pared vaginal, donde se coloca y dibujada de nuevo a través de la punción. Una segunda sutura se realiza a través de la punción para crear un soporte de suspensión firme. El proceso se repite a través de otra punción 1,5 a 2 cm desde el primer sitio. Tanto la suspensión de las suturas se atan a sus sitios de punción.

Sling Procedimientos Los pacientes con incontinencia severa y la deficiencia intrínseca del esfínter pueden ser candidatos para un procedimiento de cabestrillo. El objetivo de este tratamiento es crear la suficiente compresión uretral para lograr control de la vejiga. Existen dos técnicas: Percutánea, que requiere una pequeña incisión abdominal, y transvaginal, que se realiza a través de la vagina.

Percutánea Eslingas El slingpubo-vaginal se hace de un trozo de tejido de la fascia abdominal del paciente. Un cabestrillo sintético puede ser utilizado, pero la erosión del tejido uretral ocurre comúnmente. Se hace una incisión por encima del hueso púbico, y una tira de la fascia abdominal (la honda) se retira. Se hace otra incisión en la pared vaginal, a través del cual la eslinga se agarra y se ajusta alrededor del cuello de la vejiga. El cabestrillo está asegurada por dos suturas vagamente vinculadas entre sí por encima de la incisión del hueso púbico, ofreciendo una hamaca para apoyar el cuello de la vejiga. Después de este procedimiento, los pacientes suelen recuperar el control de la vejiga durante más de 10 años. Las posibles complicaciones son lesión vesical accidental, infección, y la retención urinaria prolongada, que puede requerir crónica intermitente autocateterización.

Transvaginal Eslingas Precisión Tack Transvaginal Sistema de anclaje es un dispositivo que restaura la función urinaria mediante la devolución de la anatomía urinaria a su posición adecuada en un procedimiento mínimamente invasivo. No hay incisión abdominal y se requiere una pequeña incisión en la pared vaginal. Dos tachuelas pequeñas se colocan en el hueso púbico y una honda se inserta en la vagina y unido a las tachuelas con suturas. La honda apoya la vejiga, cuello de la vejiga, la uretra y del esfínter uretral a manera que la orina pueda fluir y se realizará correctamente.

Gynecare TVT (Cinta vaginal sin tensión) es una cinta de malla sintética que evita la pérdida de orina durante el movimiento brusco (por ejemplo, reír, toser, estornudar) y durante el ejercicio mediante el refuerzo de los ligamentos y tejidos que sostienen la uretra. Este procedimiento mínimamente invasivo se utiliza para corregir la incontinencia de esfuerzo y el estrés combinado y la incontinencia de urgencia en las mujeres. La cinta se coloca por debajo de la media de la uretra en un procedimiento quirúrgico ambulatorio

que tarda de 30 a 50 minutos para llevar a cabo. El procedimiento se realiza bajo anestesia local, regional o general y no requiere un catéter urinario. Si la anestesia local o regional se utiliza, se pueden hacer ajustes durante el procedimiento para garantizar que la ayuda adecuada. La cistoscopia se realiza para asegurarse de que no ha habido ningún daño a la vejiga durante el procedimiento. Gynecare TVT no requiere anclajes o suturas y produce cicatrices mínimas. La recuperación del procedimiento es de 3 a 4 semanas. Levantamiento de objetos pesados y las relaciones sexuales deben evitarse durante 4 a 6 semanas. La actividad normal diaria se puede reanudar en 1 a 2 semanas. Estudios recientes han demostrado que la cinta vaginal sin tensión (TVT) puede ser hasta un 90% de efectividad con el tiempo. Las complicaciones son raras e incluyen sangrado, los vasos sanguíneos, la vejiga, y lesiones del intestino, y retención urinaria.

En octubre de 2008, los EE.UU. Food and Drug Administration (FDA) emitió una advertencia a los médicos acerca de las posibles complicaciones derivadas de los dispositivos de malla quirúrgica (por ejemplo, hondas) se usa para tratar la incontinencia de esfuerzo. Estas complicaciones, que incluyen la infección, el dolor y la erosión de malla (es decir, el desgaste del material), puede disminuir significativamente la calidad de vida de los pacientes afectados y pueden requerir cirugía adicional. Los pacientes que tienen problemas adicionales de salud, los pacientes que se someten a un procedimiento quirúrgico de acompañamiento (por ejemplo, histerectomía), y las mujeres posmenopáusicas pueden correr mayor riesgo de complicaciones de los dispositivos de acoplamiento.

Técnica de Kelly: colporrafia anterior

Es una de las primeras técnicas que se describió para el tratamiento de la IUE. Actualmente se sigue realizando con pocas variaciones respecto a la primera descripción de Kelly en 1914. La colporrafia anterior puede realizarse de forma independiente para la corrección de los defectos de la pared anterior, o bien asociada a otras intervenciones como son: técnicas endoscópicas u operaciones de suspensión uretral en la IUE, durante intervenciones ginecológicas como la histerectomía, o asociada a reparaciones de la pared posterior vaginal con rectocele. Esta técnica está especialmente indicada en los cistocelos grado IV con defectos centrales. Estos casos suelen asociarse a otros defectos estructurales o de soporte como son: el uretrocele (hipermovilidad uretral), el prolapso uterino, enterocele o rectocele. arios estudios extranjeros muestran que esta técnica no es duradera. Las tasas de buenos resultados van del 31 al 69%, en el seguimiento de 1 a 5 años. Se indica este tipo de procedimiento cuando hay un defecto aponeurótico central y tiene un papel secundario en la prevención de la IUE en pacientes a quienes se realiza cirugía por prolapso de órganos pélvicos. Debido al resultado subóptimo, ha disminuido su popularidad dando lugar al empleo de otras técnicas quirúrgicas, como las retropúbicas, cabestrillo, combinadas, etc. (MI Mercado, 2004)

En el Perú, los datos sobre esta técnica, muestran éxitos que llegan al 90%, con períodos de seguimiento de 1 a 2 años. Tamussino y col. refieren que, a pesar de los mejores resultados de otras técnicas, como las retropúbicas, debe aprovecharse la técnica vaginal anterior por colporrafia anterior más punto de Kelly para la IUE asociada a cistocele moderado, por sus buenos resultados. (MI Mercado, 2004)

Información obtenida en Medline, reportan que, a pesar de que la mayoría de los autores prefiere utilizar las uretropexias de Marshall-Marchetti-Krantz y Burch, estos procedimientos tienen en manos de expertos cirujanos un 15 a 20% de fracasos a largo plazo- (MI Mercado, 2004)

Técnica: Se coloca a la paciente en decúbito supino con las piernas en posición ginecológica. Se limpia la vagina y el periné con soluciones de povidona yodada. Comenzamos realizando una incisión longitudinal en la línea media de la cara anterior de la vagina por debajo de la uretra hasta cerca del cuello uterino. La mucosa vaginal es separada de la uretra y del cuello vesical, disecando cuidadosamente el plano avascular existente entre vejiga y vagina, liberando lateralmente la fascia pubocervical, llegando a exponer la fascia periuretral y los ligamentos cardinales en la base de la vejiga. Los ligamentos uretropélvicos se liberan del arco tendinoso del obturador para permitir la penetración en el espacio retropúbico y eliminar las adherencias periuretrales. Dicha disección puede facilitarse mediante la inyección submucosa de suero fisiológico con o sin vasoconstrictor para identificar mejor los planos y disminuir la posibilidad de sangrado. Una vez finalizada dicha disección se procederá al vaciamiento vesical mediante una sonda de Foley. Si vamos a realizar la histerectomía antes de la colporrafía anterior, la incisión debe comenzarse en la porción superior del lugar de la histerectomía. Se colocará un clamp de Allis en los bordes de la incisión vaginal para facilitar la disección. A la técnica original se le puede asociar una técnica de suspensión, para corregir así la posible IUE asociada, como ya hemos comentado. De esta manera, el siguiente paso sería colocar cuatro suturas en espiral de un monofilamento no absorbible que abarquen todo el espesor de la pared vaginal con excepción del epitelio, la fascia pubocervical y los ligamentos cardinales. Transferimos las suturas al espacio retropúbico siguiendo los principios de la técnica de Raz, y se dejan sin anudar. Si no asociásemos la técnica de suspensión, lo primero en hacer sería dar dos puntos con catgut de 2/0 a nivel de la unión uretrovesical, paralelos a la uretra, incluyendo la fascia periuretral en todo su espesor a ambos lados del cuello elevando así el ángulo uretral posterior, y anudaríamos los cabos anteriores entre sí y los posteriores de igual forma. El siguiente paso, en cualquiera de las dos situaciones, consiste en aplicar de 6 a 8 suturas de catgut crómico de 1/0 o 0, aproximando con ellas la fascia pubocervical (situada a ambos lados de la vejiga) a la línea media, cerrando de esta manera el defecto central. Esta aproximación se extenderá desde la base al cuello vesical, incluyendo los ligamentos cardinales en la porción más posterior. Una vez anudados los puntos entre sí, cerramos

la colpotomía recortando el exceso de la pared vaginal tratando de mantener una capacidad funcionalmente adecuada. Para estas suturas se utiliza un material reabsorbible (catgut o cualquier otro) porque si se utiliza prolene puede producir molestias posteriores, como dispareunia, por la persistencia de los cabos punzantes de los nudos 24 de la sutura. Finalmente si hemos asociado la técnica de suspensión, se anudan las suturas transferidas hasta el espacio retropúbico. (HIRSCH HA & KASER O, 2003)

COMPLICACIONES DURANTE EL TRANSQUIRÚRGICO

Lesiones vesicales: Es una complicación relativamente frecuente (7%). En principio puede ocurrir con cualquiera de las técnicas empleadas. El riesgo depende fundamentalmente de varios factores como son: la técnica quirúrgica, la experiencia del cirujano, el estado general de la paciente y sus antecedentes quirúrgicos (en las reintervenciones la posibilidad de una lesión siempre es mayor). La posibilidad de lesión vesical variará dependiendo de la técnica utilizada: Cuando se realiza una suspensión del cuello vesical por abordaje transabdominal, el riesgo de lesión se produce durante la disección retropúbica al acceder a la porción anterior de la uretra. Se puede producir una apertura accidental de la vejiga, con una eventual lesión de los meatos. En la cirugía transvaginal, puede lesionarse la cara posterior de la vejiga, la porción intramural de los uréteres o de los meatos, con el consiguiente riesgo de fistulas, o de estenosis meatales en el intento de reparación de éstos. En los procedimientos de suspensión con aguja transvaginal (técnicas de Stamey, Raz, Gittes o en cualquiera de sus modificaciones), puede perforarse la vejiga al paso de la aguja. El primer síntoma que aparecerá (con frecuencia intraoperatoriamente) es la hematuria. Si se advierte la lesión durante la cirugía, se debe proceder a su cierre primario, preferiblemente en dos planos. Si la lesión pasa inadvertida, de una forma diferida pueden aparecer infecciones urinarias de repetición, sintomatología irritativa miccional, hematuria, uropatía obstructiva, una fístula vesicovaginal o formación de granulomas. En este último caso, es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial con neoplasias y con los cálculos intravesicales. Algunos autores recomiendan realizar una cistoscopia al finalizar las técnicas de suspensión con agujas, y de forma opcional, en las técnicas quirúrgicas abiertas.

Lesiones uretrales: Son menos frecuentes que las vesicales su frecuencia oscila entre el 0,25 al 1%, la mayoría de ellas por abordaje abdominal, principalmente en las cirugías de Marshall-Marchetti, colposuspensión de Burch, o durante las reintervenciones. Los puntos de tracción pueden provocar un acodamiento o atrapamiento del uréter causando su estenosis. El atrapamiento ureteral puede suceder prácticamente en cualquier cirugía vaginal anterior Este riesgo se incrementa en dependencia del grado de disección realizado en el suelo vesical, como sucede en los grandes cistocele. Se estima que la

incidencia de lesión ureteral en la cirugía vaginal es de un caso por cada 300 procedimientos.

La lesión del uréter también puede suceder de forma accidental. En la técnica de cabestrillo, éste puede desplazarse por encima del cuello vesical, comprimiendo los uréteres. En la mayoría de los casos, las consecuencias no las observamos de forma inmediata. Posteriormente puede aparecer una uropatía obstructiva, y/o una fístula ureterovaginal fundamentalmente. Su diagnóstico debe ser inmediato al realizar una cistoscopia intraoperatoria y en muchos casos se podrá solucionar con un cierre primado simple que evitará la extravasación de orina y la formación de fistulas en el postoperatorio.

Hemorragias: Tienen una frecuencia de 3-5% hay que tener en cuenta que existen numerosos complejos venosos perivesicales, periuretrales y perivaginales que pueden dificultar la disección quirúrgica en estos procedimientos. En las intervenciones cuyo abordaje es vaginal, la hemorragia intraoperatoria suele acontecer en el espacio retropúbico y se puede controlar mediante un taponamiento hemostático. Es importante no realizar este tipo de cirugía, sobre todo si se va a utilizar el abordaje vaginal, en el periodo premenstrual ni menstrual, para disminuir el riesgo de hemorragia. La hemostasia deberá ser cuidadosa. Con la inyección submucosa de suero salino, facilitaremos la localización de un plano avascular transvaginal. Si estamos ante un sangrado vaginal difuso y leve, hay que intentar un taponamiento vaginal simple con tiras de gasas impregnadas en una solución oleosa y antiséptica (povidona yodada). Si esto es insuficiente, podemos recurrir a un taponamiento vaginal con gasas, con la ayuda del balón de una sonda de Foley, insuflándolo con 50 ml de agua o más, según la descripción de Raz. Normalmente se utiliza estos taponamientos de forma profiláctica durante el postoperatorio inmediato (las primeras 12 horas). Si los sangrados son en sábana, profusos y no controlados con dichas técnicas, puede ser necesario el uso de técnicas endovasculares de embolización selectiva.

Lesión intestinal: Es una complicación infrecuente. Puede lesionarse el recto sigmoide, colon e intestino delgado.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS (G Fajardo)

Lesión neurológica: Complicación, en general, poco frecuente. Puede originar diferentes manifestaciones dependiendo del área afectada. Una mala colocación de la paciente en la posición de litotomía durante el acto quirúrgico, por someterla a una flexión y rotación externa forzada, puede afectar los nervios femorales, safeno, obturador, isquiático o tibiales. También puede verse afectado el nervio peroneo común, por compresión del mismo por las perneras de la mesa de quirófano. Es necesario, pues, que la colocación de la enferma sea supervisada por el cirujano o sus ayudantes. Se

puede producir un síndrome de atrapamiento nervioso de las pequeñas ramas de los nervios ilio-inguinal o femorocutáneo, mediales al anillo inguinal. Su presentación, normalmente, se produce en las dos primeras semanas del postoperatorio. La paciente refiere disestesias, incluso dolor en la cara interna del muslo o en la zona suprapúbica. Estas molestias se agravan al andar o al contraer la musculatura abdominal. En la exploración, al presionar sobre los hilos de sutura se desencadena un dolor agudo. Para evitar el atrapamiento de las fibras nerviosas laterales hemos de procurar realizar las suturas suprapúbicas en dirección medial. Las neuroapraxias suelen resolverse en el plazo de 1 a 6 semanas, siendo excepcional que las lesiones persistan durante meses. Por tanto, inicialmente debe adoptarse una actitud conservadora, esperando la mejoría espontánea de la sintomatología. Si esta mejoría no se produce en 3-4 semanas, y el dolor no es soportable, se puede infiltrar el punto doloroso con un anestésico local y esteroides antiinflamatorios (Bupivacaina 9 ml al 5% + Triancinolona 40 mg en 1 ml). Si tras repetir estas infiltraciones 2 ó 3 veces, el dolor no cede, se debe proceder a la retirada de los hilos de tracción bajo anestesia local. Otro nervio que también puede verse afectado es el obturador, pudiendo aparecer una neuropatía tanto sensitiva como motora. La paciente, ya en los primeros días del postoperatorio, refiere un dolor perianal intenso irradiado hacia la región inguinal y la cara anterior del muslo. La movilización de la pierna está limitada por el dolor. Transcurridos unos días se puede comprobar, mediante un estudio electromiográfico, la existencia de una alteración en la conducción del nervio obturador. En estos casos se recomienda la retirada inmediata de las suturas que presumiblemente están provocando el dolor.

Lumbalgia secundaria a la posición de litotomía: Con mayor frecuencia las pacientes con antecedentes de discopatía son especialmente propensas a presentar un episodio agudo de lumbalgia tras la cirugía en posición de litotomía. Para evitar esta complicación se ha de colocar a la paciente con cuidado, evitando forzar las articulaciones y colocando un refuerzo acolchado en toda la espalda.

Dolor: Su frecuencia oscila en torno al 8%, dependiendo de las series. Las localizaciones donde la paciente puede referir el dolor son: suprapúbicas, vaginales, rectales y en los miembros inferiores, especialmente en la cara interna del muslo. El dolor suprapúbico aparece, en un 3% de los casos, como consecuencia de acortamiento por una resección excesiva de la mucosa vaginal, por una colocación incorrecta del catéter de cistostomía, ante espasmos vesicales y urgencia miccional (ocasionalmente presentan sensaciones miccionales irritativas que pueden ser interpretadas por algunas pacientes como dolorosas) o por un atrapamiento nervioso de fibras ilioinguinales o femorocutáneas. El dolor vaginal puede estar motivado por hematomas, infecciones o granulomas secundarios a un cuerpo extraño, fundamentalmente en los procedimientos transvaginales. Con cierta frecuencia pueden referir dispareunia, que Leach y Zimmerm estiman en torno al 16% y Raz aproximadamente en un 1,5%. El dolor rectal es muy

poco frecuente y suele producirse a consecuencia de una infección o un hematoma del tabique recto-vaginal. Habitualmente se resuelve con tratamiento médico, sin precisar intervenciones más agresivas. Lo mismo sucede con el dolor de otras localizaciones. Cede habitualmente con reposo, analgesia y abstinencia sexual postoperatoria (14-21 días suele ser suficiente)

Infecciones quirúrgicas: Su frecuencia oscila entre el 2 y el 16%, según las series. Los factores que favorecen su aparición son:

La presencia de una sutura intravesical inadvertida.

La utilización de materiales sintéticos.

Una disección excesivamente traumática.

La falta de asepsia.

- Factores dependientes del medio, como son: el número de personas que intervienen en la cirugía, la circulación del personal y de los materiales de quirófano, etc.
- Factores dependientes del paciente, tales como: la obesidad, diabetes, desnutrición, etc.

Hematoma de la herida: Puede suceder al lesionar de forma inadvertida los vasos venosos del espacio retropúbico o de la pared vaginal. Excepcionalmente puede requerir el drenaje quirúrgico del mismo

Osteítis del pubis: Es una complicación infrecuente, autolimitada y, en general, responde bien al tratamiento conservador. Es excepcional en las técnicas de suspensión con aguja. Aparece fundamentalmente en los procedimientos de Marshall-Marchetti-Krantz y en los procedimientos de anclaje óseo, introducidos en los últimos tiempos. Puede estar producido por la erosión del periostio por el paso de las agujas o por el punto de tracción. Su incidencia varía entre el 1 y el 10%. Los síntomas aparecen generalmente semanas o meses después de la cirugía. Lo más frecuente es el dolor suprapúbico y la febrícula. Las alteraciones radiológicas pueden aparecer a las 2-4 semanas de haber comenzado la sintomatología observando irregularidad y separación de la sínfisis púbica, típico de toda osteítis. Los factores que contribuyen a su aparición son la infección local y el propio traumatismo quirúrgico (con la consiguiente alteración de la vascularización de la zona). El tratamiento al inicio es conservador con reposo, calor local, antiinflamatorios y antibióticos. En algunos casos puede ser preciso el desbridamiento quirúrgico y el uso de antibióticos por vía parenteral.

Formación de calculos intravesicales: La formación de cálculos intravesicales puede deberse básicamente a dos circunstancias. Bien a la incrustación sobre los hilos de

sutura que han perforado de forma inadvertida la vejiga o, a la persistencia de residuos postmicciones importantes tras la cirugía por obstrucción uretral o por una escasa contractilidad del detrusor. Si es debido a la primera circunstancia, debemos proceder a la retirada del hilo de sutura que ha erosionado la vejiga y a continuación realizar una cistolitotomía endoscópica. En el segundo caso, además de la cistolitotomía es necesario resolver la causa del residuo elevado. Si no es posible hay que recomendar cateterismos intermitentes

Disfunción vesical: Las mujeres que presentan incontinencia urinaria de esfuerzo y síntomas de inestabilidad del detrusor suponen un reto diagnóstico, pues aproximadamente el 66% de las pacientes con incontinencia refieren sintomatología de urgencia y de urgencia-incontinencia. En muchos casos, no se logra distinguir las dos entidades aunque se realice un estudio urodinámico completo. Por un lado, las pacientes pueden que no presenten durante el estudio contracciones no inhibidas del detrusor; y por otra parte, la tos sí puede producir dichas contracciones, pudiéndose interpretar, de forma errónea, la incontinencia aparecida, como una incontinencia urinaria de esfuerzo. La inestabilidad puede afectar negativamente al resultado final de la cirugía, revelando la existencia de una patología no solucionable desde el punto de vista quirúrgico. Las revisiones de Rockman y de McGuire demuestran que la presencia de inestabilidad del detrusor urodinámicamente documentada no es un factor pronóstico negativo en la cirugía de la incontinencia. Otras series, sin embargo, demuestran lo contrario. De todo esto se deduce que es muy importante realizar previamente a cualquier acto quirúrgico, un estudio urodinámico completo, y que si este no fuese concluyente, debe practicarse un estudio urodinámico ambulatorio. Este tipo de estudio presenta la ventaja de poder realizarse durante un periodo de tiempo mayor, lo que aumenta las posibilidades de reproducir la sintomatología que refiere la paciente, y además, el llenado de la vejiga se produce a un ritmo fisiológico y en el ambiente y condiciones habituales. El dilema en la planificación del tratamiento surge cuando una paciente presenta sintomatología mixta de inestabilidad e incontinencia. En la práctica diaria, si la sintomatología predominante es de inestabilidad, es considerable intentar en un primer momento un tratamiento conservador que descarte la inestabilidad como principal responsable de la clínica. El tratamiento puede ser farmacológico o bien con técnicas de reeducación. Una vez resuelta la inestabilidad, si las pérdidas de orina persisten, se puede realizar en un segundo tiempo, la corrección de la incontinencia de esfuerzo.

Denervación vesical: Puede acontecer cuando se realiza una amplia disección de la vejiga. Esta denervación puede contribuir a la existencia de una retención postoperatoria prolongada,

Perforación vesical o uretral por los hilos de sutura: En ocasiones, puede producirse una erosión de las paredes vesicales por la penetración de los hilos de sutura dentro de la vejiga. Si esto sucede, no es infrecuente la aparición de síntomas irritativos, hematuria

y/o infección urinaria, así como la posible formación de cálculos incrustados sobre el propio material de sutura. En estas circunstancias, la actitud a seguir, es la retirada del material de sutura, preferiblemente bajo anestesia local

Obstrucción uretral: Para obtener un resultado satisfactorio en la cirugía de la incontinencia, es preciso que la paciente tenga un buen tejido periuretral y además, aplicar la tensión de la suspensión de forma adecuada. Resulta muy difícil valorar el grado de tensión que aplicamos a los hilos de tracción del cuello vesical. La tendencia habitual del cirujano, sobre todo si no tiene una experiencia amplia en este tipo de intervenciones, es tensar en exceso dichas suturas, provocando una tracción excesiva de la uretra con la consiguiente obstrucción de la salida. Según la técnica que empleemos, el riesgo de producir esta complicación será diferente. Las técnicas retropúbicas o transvaginales, en las cuales la suspensión se realiza lateralmente (sobre el ligamento de Cooper), tienen menor posibilidad de producir obstrucción uretral que aquéllas en las que la sutura se realiza medialmente sobre la aponeurosis de los músculos rectos del abdomen. Desde el punto de vista fisiopatológico, la obstrucción se puede producir por compresión y por constricción. La compresión se suele producir de forma precoz tras la cirugía. Con el tiempo, sobre todo si se ha realizado una cirugía sobre la uretra, por fibrosis de ésta, se añadirá el componente constrictivo. El diagnóstico de obstrucción puede ser sencillo si la paciente presenta una dificultad miccional o incluso una retención aguda de orina en el postoperatorio inmediato. Lo habitual en estos casos, es que se resuelva espontáneamente con el paso del tiempo debido a que va cediendo, en mayor o menor grado, la sujeción obtenida con la cirugía. Durante el tiempo que permanezca en retención o con residuos postmiccionales elevados se mantendrá una talla vesical o se enseñará a la Complicaciones de la cirugía de la incontinencia urinaria femenina paciente a realizarse autocateterismos intermitentes. Si no se resuelve en un tiempo prudencial, se puede intentar la liberación de parte de las suturas de sujeción, reduciendo de esta forma la tracción que se ejerce sobre la uretra. Sin embargo, en otros casos, el diagnóstico se complica tanto por la variada sintomatología que puede ocasionar, como por el intervalo de tiempo en el que la paciente puede estar completamente asintomática, reflejándose en algunas series hasta 35 años. Entre los síntomas que puede presentar, destacan de mayor a menor frecuencia: disuria, urgencia y urgencia-incontinencia, residuo postmiccional, polaquiuria, nicturia, dolor e infecciones urinarias. En la exploración física de estas pacientes, no es excepcional encontrarse una uretra en posición retropúbica alta y fija. Pueden, además, asociarse otros hallazgos que contribuyen a la sintomatología, como un rectocele o un cistocele, etc., susceptibles todos ellos de corrección quirúrgica. Es necesario descartar la existencia de una sutura intravesical postpexia, que sería responsable del cuadro. Si el diagnóstico de la obstrucción uretral ha sido correctamente establecido y tras un tiempo prudencial, el cuadro no evoluciona favorablemente, el tratamiento que requerirá para la solución del mismo, será quirúrgico. La excepción son las pacientes cuya

sintomatología es moderada y en los que se evidencia inestabilidad del detrusor, y que por preferencias personales prefieren continuar con cateterismos intermitentes y renuncian a una posible corrección quirúrgica. Si se decide realizar un tratamiento quirúrgico, las posibilidades son, por un lado, la remodelación del mecanismo de antiincontinencia o bien la disección y la liberación de los tejidos fibróticos periuretrales resultantes de la cirugía previa (uretrolisis). La primera actitud se puede realizar si el tiempo que ha pasado desde la primera intervención, es relativamente corto, portanto, en la práctica diaria, suele ser más frecuente aplicar la segunda opción, ya que, como hemos comentado, el diagnóstico no 1 suele ser precoz

Erosión uretral: La erosión uretral por los hilos de tracción o por el material empleado para la realización de un cabestrillo condiciona generalmente una retención de orina que se resuelve únicamente tras la retirada de dicho material.

Formación o agravamiento de enterocele y rectocele: Presenta una incidencia del 5 al 7%. Es una complicación tardía. Pueden aparecer tras cualquier técnica quirúrgica antiincontinencia, aunque es especialmente frecuente en la técnica de Burch y en sus variantes. En estas técnicas, se produce un desplazamiento de la pared vaginal anterior hacia delante y arriba en dirección a la parte superior de la sínfisis del pubis, arrastrando también por mediación de la fascia endopélvica la pared vaginal posterior en el mismo sentido, favoreciendo la formación o pronunciación de rectoceles o enteroceles. La magnitud de los mismos, dependerá en parte, de lo profundo que sea el Douglas. Si lo es, se aconseja realizar una culdoplastia preventiva (obliteración del saco de Douglas), según la técnica de Moschowitz o de Halban. La paciente refiere sensación de pesadez y/o bulto en genitales que aumenta al realizar maniobras de Valsalva. La mayoría de ellas presentan antecedentes de histerectomía con prolapso vaginal asociado. Los enteroceles sintomáticos deben ser reparados mediante abordaje transabdominal o vaginal asociando una suspensión del útero y/o corrección del cistocele cuando sea necesario'. Si existe rectocele o insuficiencia perineal previo a la cirugía, es conveniente añadir una plastia vaginal posterior con perinoplastia, evitando así el agravamiento del mismo.

Erosión vaginal: Esta complicación puede provocar dispareunia e incluso infección de la herida quirúrgica. En muchas ocasiones no es necesario retirar los hilos de tracción, siendo suficiente el enterramiento de los mismos por debajo de la mucosa vaginal.

Dispareunia: Puede estar causada por múltiples factores, como acodamiento vaginal por tracción hacia el pubis, acortamiento o estrechamiento de la vagina tras la cirugía, como consecuencia de una colpografía con eliminación de un fragmento excesivo de pared vaginal, la existencia de rebordes salientes causados por la sutura de cierre de la colpografía, por una fibrosis secundaria que condicione una estrechez adicional, erosión vaginal por los hilos de sutura, prolapso vaginal secundario a la cirugía.

En todos los casos se debe dejar una vagina funcionalmente normal. Después de la cirugía es recomendable un examen bimanual de la misma para valorar su capacidad y funcionalidad, así como para valorar posibles alteraciones (hematomas, rebordes, estrechamientos, acodamientos). Si fuese necesario, se procederá a una reparación inmediata de las posibles anomalías.

Fístulas vesico-vaginales: Se dan con mayor frecuencia en las intervenciones cuyo abordaje es vaginal o vagino-abdominal combinada. Debutan habitualmente, como pérdidas urinarias por vagina de intensidad variable (continuas o intermitentes), asociadas a una micción normal. Puede asociarse a hematuria y dispareunia debido al tejido de granulación que encontramos a nivel de la lesión vaginal que envuelve a la fístula. No son excepcionales el dolor (suprapúbico y/o vaginal), las infecciones urinarias, las lesiones vulvares por la irritación continua y la urgencia e irritabilidad trigonal si la lesión se sitúa cerca del trigono. Se pueden manejar mediante tratamiento conservador, manteniendo el sondaje uretral de 3 a 4 semanas, cuya finalidad es la del cierre espontáneo de la fístula. Si esto no sucede hay que adoptar una postura intervencionista. No existe consenso sobre el momento de la reparación (precoz entre 1 y 3 meses o tardía, entre 2 y 4 meses), ni sobre la vía de abordaje, siendo la experiencia y preferencia del urólogo lo que marca las pautas a seguir. En las diferentes series, tanto la cirugía precoz como la tardía superan el 80% de éxitos.

Persistencia y/o reaparición de la incontinencia: Se considera un fracaso de la cirugía, tanto en las circunstancias en las cuales persiste la sintomatología, como en aquellas en las que, tras un periodo más o menos prolongado, reaparece la clínica. Una de las principales causas que pueden conducir a un fracaso quirúrgico es la selección inadecuada de la técnica quirúrgica principalmente cuando la incontinencia es mixta. Es importante descartar la existencia de una inestabilidad vesical asociada (incontinencia mixta), ya que entonces, ésta persistirá tras la cirugía. En estos casos es aconsejable el tratamiento conservador de la hiperactividad del detrusor. Si esta medida no corrigiese la incontinencia, entonces se propondríamos la corrección quirúrgica. Se debe diagnosticar cualquier patología urológica asociada, como puede ser una ectopia ureteral, un divertículo de uretra, litiasis vesical, etc. Puede suceder que el procedimiento quirúrgico no se haya desarrollado de una forma adecuada. En ocasiones no se logra corregir la causa de la incontinencia, ante la imposibilidad de sujetar en una posición intrabdominal el cuello vesical o al no conseguir la coaptación de las paredes de la uretra.

Son varios los fallos técnicos que pueden hacer que la cirugía no sea un éxito, o que éste sea limitado en el tiempo. Por ejemplo, por una incorrecta posición de las suturas o por un anclaje inadecuado. Es importante colocar los puntos de tracción sobre estructuras firmes, de lo contrario, la tensión cederá precozmente, o no se alcanzará la deseada.

En ocasiones esto no es posible porque la paciente presenta unos tejidos de soporte periuretrales y/o perivesicales intrínsecamente débiles o bien adherencias y fibrosis secundarias a procedimientos quirúrgicos, que seamos incapaces de liberar. Otra cuestión técnica que también es importante, es la correcta selección del material de sutura, ya que los materiales reabsorbibles presentan el riesgo de perder la capacidad de tensión antes de que se hayan formado las adherencias suficientes para mantener la sujeción del cuello vesical. No obstante, en ocasiones, se consigue una adecuada corrección del defecto anatómico y a pesar de ello, persiste la incontinencia. Puede deberse a una colocación inadecuada de los hilos de sutura. A veces los puntos que se colocan sobre el cuello vesical, pueden fijarse de tal manera, que éste se encuentre en una posición permanentemente abierta. Por otra parte, si las suturas están situadas en una posición muy medial puede condicionar una retención urinaria o una excesiva fibrosis de la uretra que dé secundariamente una disfunción intrínseca del esfínter. Por el contrario, si las suturas se colocan muy lejos del cuello de la vejiga, puede causar un acodamiento de la misma. En otras ocasiones el fracaso acontece por complicaciones que surgen en el postoperatorio, como puede ser una inestabilidad vesical que aparece de novo, una retención urinaria secundaria a la colocación inadecuada de los hilos de tracción, o bien una obstrucción secundaria a la formación de un hematoma pélvico, entre las más frecuentes. En otras ocasiones, la realización de esfuerzos o de una actividad física intensa al poco tiempo de la cirugía puede producir una alteración de las estructuras anatómicas que dan el soporte a la sutura, o bien la debilidad, rotura o desprendimiento de ésta. Por ello, algunos autores recomiendan la limitación de la actividad física en el postoperatorio inmediato. Además de lo comentado, en principio, la tensión de los hilos no es capaz de mantener la posición elevada de los tejidos a largo plazo. Los hilos de sutura van a ir produciendo un efecto de corte sobre dichos tejidos, de tal manera, que con el tiempo, irán cediendo y recolocándose a la posición primitiva. Probablemente, es ésta, la explicación del aumento progresivo de fracasos con el paso del tiempo. Debido a esto, hay autores que defienden el anclaje de los hilos al hueso, ya que la zona donde el rasgado es mayor, es en su fijación alta. Lo que realmente va a impedir, que se regrese a la situación preoperatoria, es la fibrosis secundaria. El uso de suturas monofilamento, y el hecho de enterrar los nudos de sutura, van a reducir en gran medida este efecto. Por todo ello, algunos autores recomiendan reposo en cama en el postoperatorio inmediato, con restricción de la actividad física durante 6- 8 semanas tras la intervención, aduciendo la facilitación de una correcta consolidación de las adherencias que mantendrán la sujeción a largo plazo

COMPLICACIONES ESPECÍFICAS DE LAS DIVERSAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Complicaciones de los abordajes por vía suprapúbica

Hematoma de la herida: La hemorragia puede ser secundaria a la lesión accidental de los vasos venosos del espacio prevesical o de la pared vaginal. En los casos en los

que la cirugía haya sido especialmente sangrante puede ser aconsejable dejar un drenaje en el espacio de Retzius.

Técnica de Marshall-Marchetti-Krantz: La osteítis acontece por la fijación al periostio del pubis. Es una complicación bastante infrecuente, observándose en esta técnica en el 0,5-5% de los casos. En el postoperatorio, la paciente puede referir dificultad para realizar la micción, por el cercano emplazamiento uretral de las suturas. Normalmente se restablece un vaciamiento adecuado en unas dos semanas, de no ser así, se intentarán las dilataciones uretrales. Otras complicaciones son hemorragias por el daño del plexo venoso prevesical o proveniente de la fascia endopélvica, infecciones en el 7%, disfunción sexual en el 10%, lesiones vesicales en el 2%, y uretrales en el 1%.

Complicaciones de los «slings» o cabestrillos

Erosión uretral por el material empleado para la elaboración del cabestrillo La erosión uretral es particularmente frecuente en este tipo de técnicas. Puede dañar tanto la vejiga como la uretra, obliterando su luz o produciendo una fístula uretrovaginal. Se disminuye el riesgo de esta complicación utilizando bandeletas anchas, ya que éstas distribuyen la tensión sobre una superficie mayor. Es importante, evitar la aplicación de una excesiva tensión al cabestrillo. Hay que utilizar los materiales sintéticos con prudencia, ya que su empleo incrementa significativamente el riesgo de erosión de la uretra.

Colocación inadecuada del cabestrillo Generalmente se produce por la migración del sling tras su colocación inicial. En muchas ocasiones, es preciso incluso su retirada. Para evitar este desplazamiento se puede fijar mediante suturas de 3/0 en el momento de su colocación.

Complicaciones de la herida: La incisión que realizamos para obtener el tejido necesario para construir el cabestrillo, puede infectarse o bien presentar un hematoma.

Prolapsos vaginales: Pueden aparecer sobre todo en los casos en los que la cirugía se realiza por un abordaje vaginal

Retención urinaria: Es de las mayores complicaciones que se pueden presentar con esta técnica. Con frecuencia es el resultado de aplicar una excesiva tensión en la unión uretrovesical. Las opciones terapéuticas son los cateterismos intermitentes, eliminar las suturas de la fascia o dividir el sling, dependiendo de la fibrosis que haya desarrollado

Disminución de la «compliance» vesical: Sucede en ocasiones tras la colocación del sling. Cuando una paciente presenta una «cornpliance» en el límite de la normalidad, puede beneficiarse de una ampliación vesical concomitante.

CLASIFICACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)

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

Como se menciona en la definición y clasificación de incontinencia urinaria del punto anterior, la condición de incontinencia urinaria de esfuerzo se puede relacionar con anomalías esfinterianas. En la forma más frecuente la incontinencia se presenta cuando el aumento de presión abdominal no se transmite proporcionalmente a vejiga y uretra proximal haciendo que la presión en la vejiga se vuelva mayor que en la uretra y por tal motivo se pierde orina con el esfuerzo. Esto implica que el esfínter funciona como tal mientras no se produzca un aumento importante de la presión vesical. Esto corresponde a la denominada hipermovilidad uretral y la otra es la deficiencia intrínseca del esfínter.

En 1981 McGuire analizó las causas de las fallas quirúrgicas de las operaciones para incontinencia urinaria observando que la mayoría de pacientes en quienes fracasaba la cirugía tenían un deficiente mecanismo esfinteriano. Blaivas reproduce esas consideraciones y plantea en su artículo la clasificación que se conoce con su apellido y que posteriormente ha presentado con modificaciones orientándola desde el punto de vista radiológico mediante estudios de Video Urodinamia pero cuya esencia es que separa las dos grandes condiciones de incontinencia urinaria de esfuerzo: La Hipermovilidad uretral: Tipos 0, I y II, y la Deficiencia Esfinteriana: Tipo III. (BERROCAL J, 1997)

Tipo 0: Historia típica de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo pero no se puede demostrar durante el examen. Probablemente la paciente evita el escape urinario mediante contracción momentánea del esfínter uretral externo.

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

Tipo II: Cisto urethrocele obvio con escape de orina evidente durante el esfuerzo.

Tipo III: Cuello vesical abierto durante el llenamiento, escape de orina con mínimo esfuerzo o permanente a través del meato, Usualmente historia de fracasos quirúrgicos.

Tratamiento coadyuvante o conservador:

El tratamiento conservador disminuye significativamente los síntomas y evita la morbilidad del procedimiento quirúrgico. Esta estrategia consiste en cambios conductuales como: entrenamiento vesical, control de líquidos y pérdida de peso. La terapia física, que optimiza la función de los músculos del piso pélvico, y la colocación de pesarios son modalidades coadyuvantes a los cambios conductuales. Sus resultados se han investigado en estudios aleatorizados, con la finalidad de considerarse tratamientos de primera línea.

En las mujeres con sobrepeso u obesidad, quienes pierden entre 5 y 10% de su peso corporal, se ha observado disminución de los síntomas de la incontinencia urinaria. La obesidad aumenta de 3 a 4 veces el riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo. El estudio PRIDE comparó 2 grupos de mujeres: el primero con un programa intensivo para disminución de peso durante 6 meses y el segundo únicamente con dieta saludable y 4 sesiones para disminución de peso. Entre sus resultados se observó que el primer grupo disminuyó 8% de peso corporal versus 1.6% del segundo grupo. La disminución de 8% del peso corporal se asoció, a su vez, con disminución de 58% de los episodios de incontinencia urinaria de esfuerzo por semana, comparado con 33% en el grupo control ($p = 0.01$) a 6 meses. Después de 18 meses las pacientes que perdieron entre 5 y 10% de su peso corporal, disminuyeron en 70% los síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo versus quienes aumentaron o mantuvieron su peso original. (TELLEZ DIAZ, 2017)

El entrenamiento de la musculatura del piso pélvico (EMPP) se considera el tratamiento de primera línea para la incontinencia urinaria de esfuerzo; sin embargo, algunos estudios lo han comparado con el tratamiento expectante y quirúrgico. Una revisión sistemática de Cochrane, que comparó el EMPP con placebo y un grupo control, demostró que los pacientes con EMPP tuvieron 8 veces más posibilidad de curación (56.1 vs 6.0%) y 17 veces más de mejoría (55 vs 3.2%), comparado con el grupo control y el placebo. Así mismo, se asoció con menores episodios de fuga de orina por día y disminución de fuga en la prueba de toalla. En general, las pacientes refirieron satisfacción 5 veces mayor (70.6 vs 12.9%) y ocasionalmente reportaron eventos adversos como: dolor, incomodidad o molestias relacionadas con la terapia física. (TELLEZ DIAZ, 2017)

SATISFACCIÓN EN SALUD

Es un indicador subjetivo, al igual que la felicidad, están ligados al estado de bienestar de las personas. Como explica Millán, los indicadores subjetivos correctamente diseñados, son muy cercanos al objeto que se pretende medir. El estudio del bienestar

subjetivo y la satisfacción, supone desafíos epidemiológicos que se refieren a la manera en que las personas perciben y explican su situación.

Según Rojas, (M, 2011) los individuos experimentan diferentes tipos de bienestar uno de ellos el cognitivo, el cual está asociado al alcance de metas y expectativas o la imposibilidad de hacerlo. Cuando se cumplen o se logran las expectativas se traduce en bienestar y se expresa satisfacción.

De acuerdo a la propuesta de Veenhoven, (R, 2003) las personas realizan apreciaciones de satisfacción y felicidad como un todo o de aspectos específicos.

La satisfacción se relaciona con la evaluación en distintos ámbitos de diversa naturaleza (ingreso, redes sociales, estados afectivos, etc.). En ese sentido es un indicador que encuentra su unidad en un segundo orden, en la ponderación de los diversos ámbitos de la experiencia. Una forma de valorar la satisfacción es evaluando que tan satisfecho se encuentra la persona con las condiciones de vida o condiciones de salud a través de cuestionarios susceptibles de ser estadísticamente analizados. (Liz & FUENTES Ruth, 2013)

Las mediciones de satisfacción y felicidad, son la única manera en que se puede explorar una evaluación comprensiva de la calidad de vida. Otro aspecto metodológico a considerar se refiere al uso de las escalas de respuesta. Los participantes pueden utilizar la escala de respuesta de manera diferente y subjetivamente anclar puntos finales (endpoints) de la escala en varios sitios, dependiendo de los factores situacionales, lo que puede marcar diferencias a pesar de que la sensación de satisfacción sea la misma. Por ejemplo, una persona puede calificar más alta su satisfacción con la vida cuando se le formula la pregunta mientras está viendo a un discapacitado en una silla de ruedas, o la puede calificar más baja si está viendo una película romántica de décadas pasadas. (Liz & FUENTES Ruth, 2013)

Para la definición de éxito se consideró la ausencia de reintervención y de síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los resultados postquirúrgicos obtenidos y el grado de satisfacción posterior a la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres intervenidas quirúrgicamente durante el período de enero 2012 a Diciembre 2017 en el hospital alemán nicaragüense.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir algunas características epidemiológicas y reproductivas de las mujeres en estudio
2. Identificar factores asociados a los resultados obtenidos posterior a la corrección quirúrgica.
3. Comparar algunas diferencias en relación a los resultados postquirúrgicos entre las técnicas empleadas.
4. Determinar el grado de satisfacción referida por las mujeres intervenidas quirúrgicamente

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo, retrospectivo, comparativo, que se realizó en el servicio de Ginecología y Urología del Hospital Alemán Nicaragüense.

Unidad de análisis

Se revisaron los expedientes clínicos de mujeres intervenidas quirúrgicamente para corrección de la IUE en el período de Enero 2012 a Diciembre 2017

Universo y Muestra

El Universo fue constituido por 300 mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo en el período de estudio. La muestra fue constituida por 47 mujeres intervenidas quirúrgicamente para corrección de la IUE con la técnica transobstutriz (TOT) y colporrafia anterior más plastía de Kelly en el Hospital Alemán Nicaragüense en el período comprendido Enero 2012 a Diciembre 2017.

Tipo de muestreo

La selección de la muestra de ambos grupos se realizó a través de la revisión de libro de cirugías y sistema de información estadístico del hospital, se seleccionaron expedientes de mujeres que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Mujeres con diagnóstico clínico de incontinencia urinaria de esfuerzo
- Mujeres mayores de 30 años
- Mujeres que fueron intervenidas quirúrgicamente con la técnica de TOT o plastía de Kelly para corrección de la IUE en el período de Enero 2012 a Diciembre 2017
- Mujeres que pudieron ser contactada por vía telefónica o en el hospital

Criterios de exclusión:

- Mujeres que hayan sido intervenidas por histerectomía vaginal en el mismo momento de la cirugía de TOT o plastía de Kelly
- Mujeres reintervenidas quirúrgicamente por la misma causa
- Mujeres con incontinencia urinaria de causa neurológica o por radioterapia
- Mujeres con Incontinencia urinaria de causa oncológica
- Mujeres con expedientes incompletos o que no se lograron contactar vía telefónica

Variable dependiente

Cirugía de TOT o colpoplastia de Kelly.

Variables independientes

Edad, paridad, menopausia, edad del primer parto, IMC, vida sexual, obesidad, hábitos de vida, patologías asociadas, complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas, recidiva de la IUE, grado de satisfacción.

Recolección de la información:

Se diseñó una ficha de recolección de datos donde se incluyeron las variables del estudio y que sirvió para dar respuesta a los objetivos planteados. La ficha de recolección estaba conformada por dos partes: La primera parte contenía variables relacionadas con las características epidemiológicas, reproductivas y datos obtenidos del expediente clínico y la segunda parte la constituyó una encuesta en la que se incluyeron preguntas relacionada con los resultados obtenidos por la cirugía realizada dos años o más previos al estudio. La encuesta fue conformada por 6 preguntas de orden subjetivo elaboradas para que las mujeres encuestadas puedan responder con el mínimo riesgo de obtener una respuesta objetiva o errada. Estas preguntas fueron elaboradas en base a cuestionarios ya diseñados para tal fin. Se realizó una prueba piloto con pacientes captadas en la consulta externa que acudían a su seguimiento postquirúrgico pero con menos de dos años de la cirugía. Las preguntas también fueron diseñadas para obtener tres posibles respuestas como son: mucho, moderado o parcial y no o ninguno o muy satisfechas, moderadamente satisfechas o insatisfechas, de tal forma si no hubo corrección de la IUE y se asoció a otros síntomas como urgencia urinaria o alguna complicación a mediano plazo se consideró un fracaso de la cirugía, si la corrección no fue total y fue referida por la paciente como disminución de los síntomas relacionados con la IUE o urgencia se consideró como mejoría moderada o parcial y si las mujeres encuestadas refirieron corrección de la IUE al igual que otros síntomas asociados se consideró que la cirugía tuvo buenos resultados. Igual se realizó con la respuesta obtenida al preguntarles si se sentían satisfechas con los resultados de la cirugía, la cual va a depender de cómo se han sentido en los años transcurridos posterior a la corrección quirúrgica la que ser muy satisfecha si ella percibió mejoría y fue corregida la IUE al igual que síntomas asociados, moderadamente satisfecha si la encuestada percibió que su corrección no fue total o presenta alguna molestia o síntoma asociado e insatisfecha si ella percibió que la cirugía no sirvió para corregir su IUE u otros síntomas o molestias percibidos por ella..

Cálculo de la muestra:

La muestra fue de carácter no probabilístico por conveniencia ya que se seleccionaron mujeres con IUE que fueron intervenidas quirúrgicamente con la técnica transobstétrica (TOT) y colporrafia anterior con plastía de Kelly en el período de estudio y que pudieron contactarse vía telefónica o en el hospital y de esta manera realizarles la encuesta

diseñada para determinar la satisfacción que obtuvieron posterior a la cirugía realizada para corregir la IUE. Para dicho fin se lograron obtener 160 expedientes de mujeres que fueron intervenidas con las técnicas quirúrgicas previamente mencionadas, posteriormente se procedió a contactarlas vía telefónica pero solo contestaron 47 mujeres.

Análisis estadístico

Para el análisis de la muestra se introdujo la información obtenida de los expedientes clínicos y de la encuesta realizada en el programa SPSS versión 22 donde plasmar los datos de cada ficha y posteriormente ser analizados de forma estadística. Para realizar un análisis comparativo esta dividió en dos momentos. El primer análisis se realizó para comparar algunos resultados obtenidos con las dos técnicas quirúrgicas empleadas y el segundo análisis para comparar factores asociados a los resultados postquirúrgicos obtenidos y referidos por las mujeres con el llenado de la encuesta. Para estos análisis se determinó la diferencia entre los grupos, utilizando pruebas de chi cuadrado considerando una significancia estadística menor de 0.05. Los estudios comparativos requieren número aproximado de 40 pacientes el estudio fue conformado por 47 mujeres. Para el análisis de las variables cuantitativas se utilizó cálculo de Media, Moda, valor mínimo y máximo.

Los resultados obtenidos se representaron en gráficos y tablas.

CONSIDERACIONES ETICAS

Estas consideraciones se basaron en:

- El respeto a las personas: (principio de autonomía). A cada mujer encuestada se les explicó la importancia del estudio y que la información que proporcione será confidencial y solo será utilizada para fines científicos respetando sus derechos como persona, no se divulgará su nombre ni los datos personales obtenidos por ella misma ni del expediente. La información facilitada a cada mujer fue de forma sencilla acorde a su nivel de conocimiento y comprensión.

VARIABLES

OBJETIVO 1: Características epidemiológicas y reproductivas

VARIABLE	TIPO	DEFINICION	ESCALA	INDICADORES
Edad	Cuantitativa continua	Años de vida cumplidos al momento del estudio	30 a 45 años 46 a 55 años 56 a 65 años 66 a más	Porcentaje de mujeres según grupo de edad
Estado civil	Cualitativa Nominal	Forma de estar ante la sociedad y de unión con su pareja.	Soltera Casada Unión libre viuda	Porcentaje de mujeres según estado civil.
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Nivel de estudio cursado al momento del estudio	Ninguno Primaria Secundaria Universitaria Profesional	Total de mujeres según nivel de escolaridad
Trabaja	Cualitativa nominal	Tipo de trabajo que realiza	Fuera del hogar En el hogar	Porcentaje de mujeres según tipo de trabajo
IMC al momento de la encuesta	Cuantitativa continua	Forma de medir la masa corporal	Menor de 19 20 a 24 25 a 29 30 a más	Porcentaje de mujeres según IMC
Paridad	Cuantitativa discreta	Número de partos previo a la cirugía	Ninguno Uno a dos 3 a 4	Porcentaje de mujeres según número de hijos previos a la cirugía

			5 a más	
IMC al momento de la cirugía	Cuantitativa continua	Forma de medir la masa corporal	Menor de 19 20 a 24 25 a 29 30 a más	Porcentaje de mujeres según IMC

Objetivo 2: características relacionadas con la cirugía realizada

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Tipo de cirugía	Cualitativa nominal	El tipo de cirugía utilizada para corregir la IUE	TOT Colpoplatía otras	Porcentaje de mujeres según técnica utilizada
Tiempo posterior a la cirugía	Cuantitativa continua	Tiempo en años transcurridos después de la cirugía	Dos años Tres años Cuatro años Cinco a más	Porcentaje de mujeres según tiempo de la cirugía
Complicación durante el transquirúrgico	Cualitativa nominal	Si se presentó alguna complicación durante la cirugía	Si No	Porcentaje de mujeres que presentaron complicación
Complicación en las	Cualitativa nominal	Si presentó alguna complicación en las	Si No	Porcentaje de mujeres con alguna

primeras 24 horas postqx		primeras 24 horas postqx		complicación postqx inmediata
Complicación mediata	Cualitativa nominal	Si presentó alguna complicación en los primeros 30 días postqx	Si No	Porcentaje de mujeres con alguna complicación al mes de la cirugía
Complicación tardía	Cualitativa nominal	Si presentó alguna complicación después de un mes de operada	Si No	Porcentaje de mujeres con alguna complicación después de un mes de la cirugía

Objetivo 3: Factores asociados a los resultados postquirúrgicos de la IUE

VARIABLE	TIPO	DEFINICION	ESCALA	INDICADORES
Edad mayor de 55 años	Cualitativa ordinal	Mujeres con edad mayor de 55 años cumplida	Mayor de 55 años Menor de 55 años	Porcentaje de mujeres mayores de 55 años
Menopausia establecida	Cualitativa nominal	Cese de la menstruación por un período de un año o más en las mujeres intervenidas quirúrgicamente	Si No	Porcentaje de mujeres con menopausia
Vida sexual activa	Cualitativa Nominal	Si mantiene vida sexual posterior a la cirugía	Si No	Porcentaje de mujeres con vida sexual activa
Edad del primer parto en la adolescencia	Cuantitativa continua	Mujeres que refirieron haber tenido su primer parto en la adolescencia	numérica	porcentaje de mujeres según la edad del primer parto.

IMC MAYOR DE 30 o menor de 19	Cualitativa	Mujeres con IMC Mayor de 30 o menor de 19 como factor de riesgo	Si No	Porcentaje de mujeres con IMC mayor de 30 o menor de 19
Diabetes	cualitativa	Mujeres con diabetes como factor de riesgo	Si No	Porcentaje de mujeres con alguna complicación con diabetes
Trabaja de pie la mayor parte del día	cualitativa	Mujeres cuyo trabajo en el hogar o fuera del hogar lo realiza de pie	Si No	Porcentaje de mujeres que pasan de pie durante sus labores
Ejercicio físico excesivo como levantar mucho peso	cualitativa	Mujeres que levantan mucho peso más de 30 libras	Si No	Porcentaje de mujeres con ejercicio excesivo
Fumado	Cualitativa	Mujeres que fuman	Si no	Porcentaje de mujeres que fuman
Incremento de peso	Cualitativa nominal	Si ha aumentado de peso posterior a la cirugía para corregir incontinencia	Si No	Porcentaje de mujeres con incremento de peso
Menopausia después de la cirugía	Cualitativa	Mujeres con menopausia como factor de riesgo	Si No	Porcentaje de mujeres con menopausia antes de la cirugía

OBJETIVO 3: Resultados postquirúrgicos obtenidos

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Mejóro con la cirugía	Cualitativa ordinal	Si subjetivamente se siente mejor después de la cirugía	No Un poco Completamente	Porcentaje de mujeres según el grado de mejoría
Realiza ejercicios de Kegel	Cualitativa ordinal	Si realiza ejercicios para mejorar el tono del periné	No A veces siempre	Porcentaje de mujeres que realizan ejercicios
Se levanta varias veces en la noche a orinar (3 o más)	Cualitativa ordinal	Mujeres que se levantan 3 o más veces a orinar por la noche	No o una vez 2 o 3 veces Más de 3 veces	Porcentaje de mujeres que pase levantan a orinar por la noche
Ha padecido de dolor o ardor al orinar o de IVU	Cualitativa Ordinal	Si ha padecido de síntomas al orinar o de IVU	No Poco mucho	Porcentaje de mujeres con síntomas o infección urinaria
Corrección de la IUE	Cualitativa Ordinal	Si se corrigió, persistió o apareció de nuevo la IUE	No Parcial Si o mucho	Porcentaje de mujeres con corrección de la IUE
Logra llegar al baño a tiempo	Cualitativa ordinal	Mujeres con mejoría de la urgencia urinaria posterior a cirugía	No A veces Si o siempre	Porcentaje de mujeres con mejoría de la urgencia urinaria
Se orina durante las	Cualitativa Ordinal	Mujeres que durante su relación sexual tienen	No a veces	Porcentaje de mujeres con escape de orina

relaciones sexuales		escape involuntario de orina	siempre	durante la relación sexual
---------------------	--	------------------------------	---------	----------------------------

Objetivo 4: satisfacción referida por la mujer en base a resultados postquirúrgicos

VARIABLE	TIPO	DEFINICION	ESCALA	INDICADORES
Se siente satisfecha con los resultados de la cirugía	Cualitativa ordinal	Grado de satisfacción que perciben las mujeres de forma subjetiva en base a resultados postQx	Muy satisfecha Mod satisfecha No satisfecha	Porcentaje de mujeres según grado de satisfacción.

RESULTADOS

El total de mujeres fue 47 fueron intervenidas quirúrgicamente con TOT y colporrafia más plastía de Kelly Kennedy para corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo. La edad promedio de las mujeres al momento del estudio fue de 56 años con una Moda de 58 años, la edad mínima fue 36 años y la máxima de 82 años. El rango de edad de mayor frecuencia fue entre 56 a 65 años (40%), le siguió en frecuencia el rango de 40 a 55 años con un 37%, el rango de 66 a 82 años fue de 16% y el de mujeres más jóvenes rango de 30 a 39 fue de 7%.

Al momento de la cirugía el promedio de edad fue de 54 años, con un Moda de 56 años, la edad mínima fue de 32 años y la edad máxima de 80 años. El rango de edad más frecuente fue entre los 40 a 55 años (45%), siguiéndole en frecuencia el grupo de 56 a 65 años (31%), mujeres jóvenes entre 30 a 39% se les realizó cirugía correctiva en el 11%, así también mujeres mayores de 65 años en un 13%.

La mayoría de mujeres eran casadas (45%), el 28% tenían pareja estable, el 16% eran solteras y el 11% refirieron ser viudas. En relación al nivel de escolaridad, la mayoría de las mujeres del estudio tenía baja escolaridad o no había ido a la escuela (76%), solo el 10% tenían un nivel ya sea bachiller o universitaria (16% y 7% respectivamente)

Del total de los casos con intervención quirúrgica el 64% de mujeres fueron intervenidas para realizar cirugía de TOT, al 27% se les realizó colpoplastia y en el 9% se describe que se realizó TOT más colporrafia anterior.

En cuanto a la paridad de las mujeres del estudio el promedio de partos fue de 3 a 4 hijos, con un mínimo de 0 y un máximo de 13, cerca de la mitad de mujeres (47%) estuvo en el rango de tres a cuatro partos el 27% tuvieron entre 1 a 2 partos, el 20% tuvieron 5 a más. La mayoría de las mujeres intervenidas quirúrgicamente (66%) en el estudio, tuvieron su primer hijo durante la adolescencia.

En relación al IMC de las mujeres del estudio al momento de la cirugía la mayoría se encontraban en obesidad (64%), el 28% se encontraba en sobrepeso, solo el 7% estaban en normo peso, el valor promedio del IMC al momento de la cirugía fue de 31, igual promedio presentaron las mujeres 2 a 5 años después con una Moda de 30 en ambos momentos, el porcentaje de obesidad fue aún mayor al momento de la encuesta (69%), el 19% se encontraban en sobrepeso y el 12% en normo peso. El IMC más bajo que presentaron las mujeres fue de igual de 23 con un máximo de 40.

El 67% de las mujeres refirieron tener vida sexual activa, el 60% se encontraban en la menopausia al momento del estudio, el 50% incrementaron de peso.

Entre los síntomas referidos por las mujeres, posterior a la cirugía para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo fueron la recurrencia de la incontinencia urinaria al esfuerzo en el 10% y con las relaciones sexuales en el 5% de las mujeres, la urgencia urinaria, la infección urinaria a repetición y la persistencia se presentó cada uno en el 2.5% de los casos. En el caso de las TOT el síntoma que más prevaleció fue la recurrencia y la persistencia (7% y 4% respectivamente), igual se observó con la recurrencia en la colpoplastia pero con un porcentaje mayor (17%), así también el dolor vaginal y la urgencia urinaria en las colpoplastias cada uno con 8% de frecuencia. En los casos de TOT donde también le realizaron colporrafia anterior, dado que solo fueron cuatro pacientes lo que presentaron fue un caso de urgencia urinaria (25%), un caso de dolor vaginal (25%) y un caso de IVU a repetición (25%).

Cuando se les preguntó sobre los resultados y el grado de satisfacción que sentían después de 2 a 4 años de haberse operado el 62% de las mujeres refirieron que sintieron mucha mejoría después de la operación, el 29% la refirieron que fue parcial y el 9% que no refirieron mejoría, esta mejoría fue referida con mayor frecuencia en los casos de TOT (69%) y en los que esta técnica se asoció a colporrafia aunque solo fueron 4 casos, la mejoría completa solo la refirieron en el 18% las mujeres que se les realizó colpoplastia.

Cuando se les preguntó si se les había corregido la incontinencia urinaria de esfuerzo, el 53% refirieron que mucho, el 38% fue parcial y el 9% no se les corrigió. Esta corrección fue completa en el 62% de los casos de TOT y parcial en el 35%, solo el 3% de mujeres con esta técnica refirieron que no se corrigió. En los casos de colpoplastia y en los que se realizó TOT y colporrafia, la corrección de la IUE se logró en la mitad de las mujeres y la ausencia de corrección se presentó en el 17% de mujeres con colpoplastia, el cirugía combinada dos de los cuatro casos (50%) no se corrigió.

Al preguntarles se lograban llegar al baño sin orinarse, el 67% contestaron que sí, el 24% que a veces y el 9% que no logran llegar. La mayoría de las mujeres con TOT respondieron que sí (76%), y la mitad de las mujeres con colpoplastia (50%) al igual que las mujeres que les realizaron ambos procedimientos. El escape involuntario de orina con las relaciones sexuales fue negado en la mayoría de las mujeres con TOT como colpoplastia (82% y 90% respectivamente).

Al preguntarles si se sentían satisfechas con los resultados de la cirugía correctiva, solo el 36% de las mujeres refirieron que se sentían muy satisfechas, un poco más de la mitad (53%) respondieron que se sentían moderadamente satisfechas y el 11% negaron alguna satisfacción. En las mujeres con cirugía de TOT el 45% se sentían muy satisfechas, el otro 45% de forma moderada y el 10% restante no, en el caso de las mujeres con colpoplastias el 84% se sentían moderadamente satisfechas y el resto se sintieron bien satisfechas e insatisfechas con el 8% cada grupo. En que se les realizó ambos técnicas la mitad de ellas se encontraban bien satisfechas.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se analizaron un total de 47 mujeres que fueron intervenidas quirúrgicamente para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo por el servicio de ginecología y urología del hospital alemán nicaragüense.

La mayoría de las mujeres al momento de la intervención se encontraban en el rango de edad entre 40 a 55 años, con una edad promedio de 54 años, edad que se detalla en la literatura como la más común para presentar los síntomas de IUE a causa de la deficiencia de estrógeno que conlleva a problemas relacionados con la función vesico uretral razón por la que esta patología es una de las principales causas de intervención quirúrgica. (ZAPARDIEL I, 2008)

Dado que el seguimiento de las mujeres operadas se llevó a cabo entre 2 a 5 años después el rango de edad de mayor frecuencia se modificó al de la edad entre 56 a 65 años, período considerado de post menopausia, donde pueden aparecer síntomas principalmente del tracto genito urinario. En la bibliografía consultada se han realizado estudios con seguimiento de 2 a 5 años, tiempo en el que pueden aparecer las complicaciones mediano y largo plazo. (Mayorga Gómez, 2015) (ZAPARDIEL I, 2008)

El nivel de escolaridad de estas mujeres fue bajo ya que la mayoría solo cursaron la primaria e incluso un porcentaje considerable (20%) no sabían leer, esta baja escolaridad se relacionó con el tipo de trabajo que realizan ya que todas ellas refirieron ser “amas de casa” casa lo que significa que realizan actividades a veces con esfuerzo físico, muchas veces aguantado las ganas de ir al baño por no interrumpir sus largas labores en el hogar, permaneciendo de pie muchas horas situación que afecta los resultados de este tipo de cirugía a mediano plazo. La mayoría de las mujeres del estudio refirieron tener pareja ya sea en unión libre o casada lo que explica que también la mayoría refirieron vida sexual. (Mayorga Gómez, 2015)

La obesidad fue un factor que está relacionado con un resultado no favorable o negativo en estas cirugías ya que la presión intra abdominal es mayor en las personas obesas y sumado a los otros factores como estar mucho tiempo de pie esta presión se incrementa más. La mayoría de las mujeres se encontraban en rango de obesidad y un porcentaje menor se encontraban en sobre peso al momento de ser intervenidas para corregir su problema de incontinencia urinaria, solo un pequeño porcentaje (12%) estaban en peso acorde a su talla. El incremento de peso después de la cirugía correctiva fue un factor encontrado en la mitad de las mujeres.

Entre otros factores observados durante el seguimiento de estas mujeres se encontró la vida sexual activa y la menopausia establecida en la mayoría de las mujeres (67% y 60% respectivamente. Uno de los motivos para lograr un buen resultado

Quirúrgico es el mantenimiento adecuado de la función sexual sin presencia de síntomas molestos como la dispareunia o el escape involuntaria de orina durante el acto sexual ya que una cirugía no exitosa conlleva a malas experiencias durante la actividad sexual que son motivo de divorcios o separaciones conyugales. En la bibliografía consultada consideran a la menopausia como un factor de riesgo para la aparición o exacerbación de síntomas genito urinarios tales como la incontinencia o urgencia urinaria que pueden conllevar a intervenciones quirúrgicas que a veces con solo e tratamiento hormonal podrían mejorar.

La multiparidad de las mujeres también fue un factor asociado a los resultados de la cirugía en la mitad de las mujeres lo que también se asoció al primer parto en la adolescencia en el 66 de los casos. La alta paridad y con inicio en la adolescencia son factores de riesgo para trastornos en el funcionamiento uretrovesical debido al daño que se produce en el piso pélvico y que también conlleva a resultados negativos como recurrencia o persistencia de la incontinencia urinaria posterior a la corrección quirúrgica con los diferentes las técnicas quirúrgicas ya existentes.

El tipo de técnica utilizada para la corrección de la IUE fueron 33 casos de TOT (77%) y 13 casos de colporrafia anterior más plastía de Kelly Kennedy (27%), a cuatro mujeres además de realizarle la TOT para corregir la IUE, también se les realizó colporrafia anterior para corregir el cistocele. El período transcurrido entre la cirugía y la realización de la encuesta fue entre 2 a 6 años. Dos años postquirúrgico fue el período más frecuente (48%), el 42% refirieron un período postquirúrgico de 3 a 4 años, el 10% refirieron 5 a 6 años transcurridos después de la cirugía correctiva.

En la literatura consultada describen una serie de complicaciones durante el transquirúrgico principalmente las lesiones vesicales, uretrales o a vasos sanguíneos eventos que no se encontraron en los casos del estudio, entre las complicaciones postquirúrgicas tempranas que refirieron las mujeres fueron principalmente síntomas relacionados con el funcionamiento uretro vesical y con la persistencia o recurrencia de la enfermedad siendo la recurrencia la más frecuente ya que se presentó en el 10% de las mujeres, porcentaje que coincide con lo reportado en la bibliografía consultada. Otro de los síntomas referidos fue la urgencia urinaria el cual está relacionado con la misma incontinencia urinaria de esfuerzo la que puede tener otras causas como la falta de estrógeno, obesidad, patologías como la diabetes. (Abigail Ford, 2017) (BERROCAL J, 1997) (G Fajardo)

Al relacionar éstos síntomas con la técnica utilizada a se observó que la recurrencia y la urgencia se presentaron en ambas técnicas aunque con un mayor porcentaje en la colpoplastia aunque cuando reportaban que le realizaron las dos técnicas combinadas, estos síntomas no se presentaron, pero fueron referidos otros principalmente el dolor vaginal, las incontinencia urinaria durante las relaciones sexuales

e infección urinaria. Estudios realizados en otros hospitales con un número mayor de pacientes reportan este tipo de complicaciones que varían en un rango de 10% al 15%.

Dado que la sintomatología relacionada con la incontinencia y urgencia urinaria afecta la calidad de vida de las mujeres dependiendo de su severidad, muchas de ellas optan por la corrección quirúrgica y al preguntarles sobre la mejoría que sintieron después de la cirugía la mayoría (62%) refirieron que si presentaron mucha mejoría, un porcentaje menor refirieron que la mejoría fue moderada o parcial aunque se encontró un pequeño porcentaje que no presentaron mejoría alguna, la que está relacionada con el pequeño grupo de mujeres que la cirugía no les causó ningún beneficio ya que persistió la sintomatología encontrando en la encuesta realizada que en el 9% continuaron con IUE y un porcentaje mayor (38%) la IUE mejoró pero no totalmente, más de la mitad de mujeres del estudio (53%), refirieron que se corrigió su problema. Estos mismos hallazgos son reportados en la bibliografía ya que hablan de una corrección en rangos de varían del 65 al 85% aunque hay estudios que refirieron porcentajes mayores. (Abigail Ford, 2017) (Alejandro) (Dres: Tejerizo J, 2004) (G Fajardo)

La urgencia urinaria muchas veces está asociado a la IUE y veces no logran diferenciar una de la otra por tal razón se les preguntó “¿si logran llegar al baño cuando sienten deseos de orinar”? la mayoría de mujeres (67%) refirieron que sí y la cuarta el problema fue parcial, presentando el mismo porcentaje que en las mujeres que no tuvieron mejoría presintiendo la IUE y la urgencia urinaria que fue el 9% (4 mujeres).

Debido a que los ejercicios de Kegel son de mucha ayuda para la efectividad de la cirugía y mejorar los síntomas al preguntarles si realizaban estos ejercicios de forma rutinaria solo el 5% refirieron que sí y la gran mayoría no los cumplen del todo. Ejercicios que mejoran el tono muscular del piso pélvico y el cambio en los malos hábitos como bajar de peso, el no estar muchas horas de pie, bajar de peso, beber abundantes líquidos, evitar cargas muy pesadas son de ayuda para mejorar los resultados postquirúrgicos de cualquier cirugía correctiva. (Alejandro) (BERROCAL J, 1997)

Al relacionar los resultados postquirúrgicos de la IUE y síntomas de urgencia urinaria, con la técnica empleada se observó que los mejores resultados se obtuvieron con la técnica TOT, resultados que concuerdan con los reportados en la bibliografía, aunque en esos estudios las tasas de corrección de la IUE y mejoría fueron mayores que en este estudio aunque se requiere un número mayor de mujeres para evaluar la efectividad de las diferentes técnicas quirúrgicas.

Al preguntarles si se sentían satisfechas con los resultados obtenidos con la cirugía, un poco más de la tercera parte de las mujeres (36%) respondieron que se sentían “muy satisfechas” y la mitad de mujeres (53%) refirieron que se encontraban satisfechas, el 9% negaron sentirse satisfechas. Encuestas realizadas para determinar

la satisfacción posterior a la cirugía arrojan un pequeño porcentaje de mujeres cuya cirugía correctiva fue un fracaso ya que no aportó ningún resultado satisfactorio para la mujer, resultados que también se encuentran en otros estudios revisados y que los relacionan con la técnica y el hilo de sutura empleada, el autocuidado en el postoperatorio ya que muchas mujeres no guardan reposo e inician actividades de mucho esfuerzo físico de forma temprana, así también estos fracasos guardan relación con el tipo de incontinencia, ya que la de tipo tres o de causa esfinteriana son causa de fracaso quirúrgico. (Dres: Tejerizo J, 2004) (G Fajardo) (MAYEN Astrid)

Las mujeres que presentaron fracaso en la corrección de la IUE en su mayoría fueron mujeres mayores de 60 años, obesas, con multiparidad e historia de su primer parto en la adolescencia y que presentaron la recurrencia en un período menor de dos años.

Las mujeres que presentaron una corrección parcial de la IUE, la mayoría eran mayores de 56 años (63%), las que tuvieron una corrección total el porcentaje de mujeres en ese rango de edad fue menor (56%), igual se observó con la multiparidad (5 a más partos) y la obesidad ya que ambos factores se presentaron con mayor frecuencia en mujeres con mejoría parcial (38% y 12% en los casos de multiparidad y 63% y 54% en los casos de obesidad respectivamente), aunque esas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p: 0.1$) No hubo diferencia en cuanto a si se encontraban o no en el período de menopausia ya que ambos grupos presentaron igual porcentaje (63%). Se ha descrito en múltiples estudios los factores asociados a la IUE siendo la multiparidad, obesidad, edad, menopausia los cuales también se han asociado al éxito o fracaso de la corrección quirúrgica además de los relacionados los cuidados postquirúrgicos, modificaciones de los hábitos no saludables y los relacionados con la técnica quirúrgica utilizada. (DÍAZ Miguel, 2013) (Erwin, Roxana, Henry, & Cinthia, 2008) (G Fajardo)

CONCLUSIONES

1. La mayoría de las mujeres intervenidas quirúrgicamente para corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), fueron mujeres que se encontraban en el rango de 40 a 55 años de edad, con baja escolaridad, multíparas, con su primer parto en la adolescencia, con vida sexual activa, en etapa de menopausia y con un IMC mayor de 30.
2. Las complicaciones que predominaron posterior a la corrección quirúrgica con la técnica de TOT y colporrafia anterior fueron la recurrencia en el 10% y en un porcentaje menor la persistencia y la urgencia urinaria, porcentaje que se presentaron con mayor frecuencia en los casos de colpoplastia de Kelly.
3. En relación a los resultados postquirúrgicos obtenidos con la corrección quirúrgica, la mayoría de las mujeres refirieron corrección completa de la IUE y de la urgencia y frecuencia urinaria, resultados que fueron mejor con la técnica de TOT, el 9% de las mujeres negaron alguna mejoría o corrección de la IUE.
4. Los factores que se asociaron con mayor frecuencia a la corrección parcial de la IUE fueron la edad mayor de 56 años, multiparidad con 5 o más partos vaginales y la obesidad, no encontrando diferencia con las mujeres que presentaron recurrencia de la enfermedad, a diferencia de la edad dado que la recurrencia fue mayor en mujeres mayores de 65 años.
5. El 36% de las mujeres refirieron estar muy satisfechas de los resultados posquirúrgicos obtenidos, el 53% refirieron estar moderadamente satisfechas y el 11% no se encontraban satisfechas con los resultados obtenidos dado la recurrencia de la IUE que se presentó en un período menor de 2 años.

RECOMENDACIONES

1. Preparar a las mujeres para lograr conciencia y así modificar sus hábitos de vida a unos más saludables en relación a una mejor dieta que les ayude a bajar de peso.
2. Implementar un tratamiento coadyuvante a la cirugía correctiva como es disminución o mantener el IMC, ejercicios a nivel del periné, evitar actividades que la obliguen a levantar peso, el cuidado del funcionamiento uretro vesical, etc.
3. A las mujeres que se les realiza la cirugía correctiva de la IUE se le debe brindar un manejo integral en conjunto con nutrición, medicina, urología que permita mantener el éxito total o parcial en algunos casos por el mayor tiempo posible.
4. El seguimiento en consulta externa no debe limitarse al mes de realizada su cirugía, sino que debe prolongarse y valorarse con mayor tiempo postquirúrgico, ya que las pacientes mencionaron que fueron dadas de alta al mes de la cirugía y no volvieron a ser valoradas.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre _____ -
Expediente _____ teléfono _____
Edad al momento de la cirugía _____ Edad actual _____
Escolaridad _____ Estado civil _____
Tipo de trabajo _____ ama de casa _____
Vida sexual: Si _____ No _____ Tiempo de no tener vida sexual _____
IMC en el primer ingreso _____ actual _____
THR _____ - CUAL _____ -
FUMA _____ LICOR _____
GESTAS ____ PARA ____ ABORTO ____ CESAREAS-----
EDAD DE LA MENOPAUSIA _____
VIDA SEXUAL ACTIVA-----
Edad del primer parto _____ edad del último parto _____
Patologías médicas
Diabetes ____ -HTA ____ OBESIDAD ____ DN _____
Técnica empleada _____
Servicio q realiza cirugía _____
Otra cirugía asociada _____

COMPLICACIÓN TRANSQUIRÚRGICA:

Hemorragia _____ lesión vejiga _____ Lesión de uretra _____ hematoma _____
Otras _____

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS EN LAS PRIMERAS 24 HORAS:

Sangrado _____ hematomas _____ retención urinaria _____ dolor _____
Otras _____

HALLAZGOS AL MOMENTO DE LA REVISIÓN POST QUIRÚRGICA:

_____ -

COMPLICACIONES EN LOS PRIMEROS 30 DÍAS _____

COMPLICACIONES TARDÍAS:

Recurrencia _____ persistencia _____ expulsión o movilización de la malla _____
IVU a repetición _____ dolor crónico _____ dispareunia _____
Urgencia urinaria _____ salida de orina con las relaciones sexuales _____ -

Dolor vaginal_____ uretral_____ hipogastro_____ región inguinal_____

Otras_____ Reintervención_____

ENCUESTA A LA PACIENTE:

1. Sintió mejoría después de la cirugía:
 - a. Mucho
 - b. Poco
 - c. Ninguna mejoría

2. Se corrigió la IUE:
 - a. Completamente
 - b. Parcialmente
 - c. Nada

3. Logra llegar al baño cuando se dan deseos de orinar:
 - a. Si
 - b. A veces
 - c. Nunca

4. Por las noches se levanta para ir a orinar:
 - a. Ninguna a dos veces
 - b. 3 a 4 veces
 - c. 5 o más veces

5. Cuando tiene relaciones se le escapa la orina:
 - a. No
 - b. Algunas veces
 - c. Siempre

6. Realiza los ejercicios de Kegel:
 - a. No
 - b. Algunas veces
 - c. Todos los días

7. Se siente satisfecha de los beneficios de la cirugía:
 - a. No
 - b. Satisfecha
 - c. Muy satisfecha

BIBLIOGRAFÍA

- Abigail Ford, L. R. (2017). *Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence en women*. Cochrane Library.
- .ACOG. (2014). *Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la IUE*. Williams y Wilkins.
- Alejandro, R. Tratamiento quirúrgico de la IUE mediante banda vaginal TVT, eficacia a largo plazo. *Memoria para optar a grado de doctor. 2017*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- BERROCAL J, H. C. (1997). Guía Práctica Clínica de la IUE. *Urológica Colombiana*..
- CIFUENTES M, B. C. (2011). Malla obsturatriz de 4 brazos en la reparación del prolapso genital anterior. *Obstetricia y Ginecología*, Vol:6; (1);
- Darling, A. Evolución clínica de las pacientes intervenidas quirúrgicamente por IUE, Hospital Alemán-. *Tesis para optar a título de Especialista en ginecología y Obstetricia*. UNAN , Managua, Nicaragua.
- DÍAZ Miguel, G. J. (2013). El suelo Pélvico tras el parto. En P. Vigil, *Puerperio de alto riesgo y sus complicaciones* (págs. 97-100). Panamá: AMOLCA.
- Dres: Tejerizo J, G. M. (2004). sling Sintético: Comparación de resultados entre el uso de diferentes mallas por 10 años de experiencia. *Argentina de Urología*, Vol, 69; Pag: 228 - 230.
- ELIZALDE Alejandra, K. R. (03 de junio de 2008). *rkekli@gmail.com*. Obtenido de Capacitación, valoración y gestión del Riesgo Médico. : <http://rkekli.blogspot.com/2008/06/>
- Erwin, H., Roxana, C., Henry, N., & Cinthia, C. (2008). Neuropatía del nervio pudendo post parto vaginal. *Gaceta Médica Boliviana*, Vol:31; Nº:1.
- Estefanía, B. (2015). Evidencia científica sobre la sutura continua para reparar el periné tras el parto. *Revista Enfermería Docente* , 51-53.
- G Fajardo, J. B. (s.f.). Complicaciones de la Cirugía de la Incontinencia Urinaria Femenina. En H. C. Carlos, *Cátedra y Servicio de Urología* (págs. 523-550). Madrid, España.
- GARCÍA M, D. F. (2005). Tratamiento Quirúrgico de la IUE femenina con cabestrillo suburetral sin tensión. *Medicina Balear*, vol: 20; Nº 3; Pag: 27-31.
- SANTANA R, P. B. Experiencia de 5 años del manejo de incontinencia urinaria de esfuerzo mediante técnica de sling transobturador. *Mexicana de Urología, Medigraphic.*, vol 7 (5); Pag: 263-267.

- HIRSCH HA, M., & KASER O, M. (2003). *Atlas de Cirugía Ginecológica, urológica y gastrointestinnal. Quinta Edición*. España: Capítulo 22. Pag: 509.
- Iglesias, D. L. (2009). Lesiones del canal del parto. En S. CABERO, *Operatoria Obstétrica* (págs. 243-253). Buenos Aires: Panamericana.
- INIDE-MINSA. (2014). *Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud 2011/2012. Informe Final*. Managua Nicaragua: INIDE.
- Irene, C. Influencia de la paridad en los resultados de la corrección quirúrgica de la IUE con la técnica TOT. *Tesis doctoral*. Universidad de Salamanca, Facultad de Medicina, Salamanca.
- Isabel, M. M. (2004). La técnica de Kelly modificada en la corrección quirúrgica de la IUE . *Rev Peruana de Ginecología y Obstetricia*, Vol: 50 (2): 86-96.
- Jonathan P Shepherd, G. K. (Marzo de 2011). *Update-software*, 2014. Recuperado el 13 de Julio de 2014, de www.update-software.com: <http://www.update-software.com//BCP/WileyPDF/EN/CD001035.pdf>
- L Briozzo, G. V. (2005). Transvaginal Obsturatriz Tape (TOT). *Médica Scielo*, Vol. 21; Nº 2.
- LORENZO Militza, V. L. (2013). Factores relacionados con el trauma perineal grave, de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias. *Revista ConaMED*, 18(3):.
- Matronas, F. d. (04 de marzo de 2007). *Cuidados del Periné. Iniciativa de un parto normal*. Obtenido de <http://www.federacion-matronas.org/rs>
- MAYEN Astrid, H. L. Experiencia en el tratamiento quirúrgico para IUE, TOT VS Colporrafia anterior con puntos de Kelly. *Tesis para optar a especialidad de Gineco Obstetricia (2015)*. Universidad de San Carlos Guatemala, Guatemala.
- Mayorga Gómez, J. G. (2015). Complicaciones de la colocación de malla sintética vaginal para la IUE. *Revista Mexicana de Urología*, Vol 75, Pág: 132-136.
- MI Mercado, P. M. (2004). Técnica de Kelly modificada en la corrección quirúrgica de IUE. *Ginecología y Obstetricia*, 50(2), pag: 86-96.
- SUBG M, T. K. (2006). Resultados de la colposuspensión para la IUE. *Rev Taiwanessa de Ginecología y Obstetricia*, 45(1): 33-38.
- TELLEZ DIAZ, A. C. (2017). Aspectos ctules en el manejo de la IUE en mujeres. *Rev, Mex Urol*, Vol: 77(5); 411-417.
- Urología, A. E. (2010). *Guía Clínica sobre la incontinencia urinaria*. OXFORD.
- VZAPARDIEL I, D. L. (2008). Valoración de la eficacia de las mallas libres de tensión y satisfacción de 241 mujeres en la corrección de la IU. *Actas urológicas Españolas*, Vol: 32; Pag: 637-641.

ANEXOS

Gráfico N° 1. Rango de edad al momento de la cirugía en mujeres intervenidas por TOT y colpoplastia

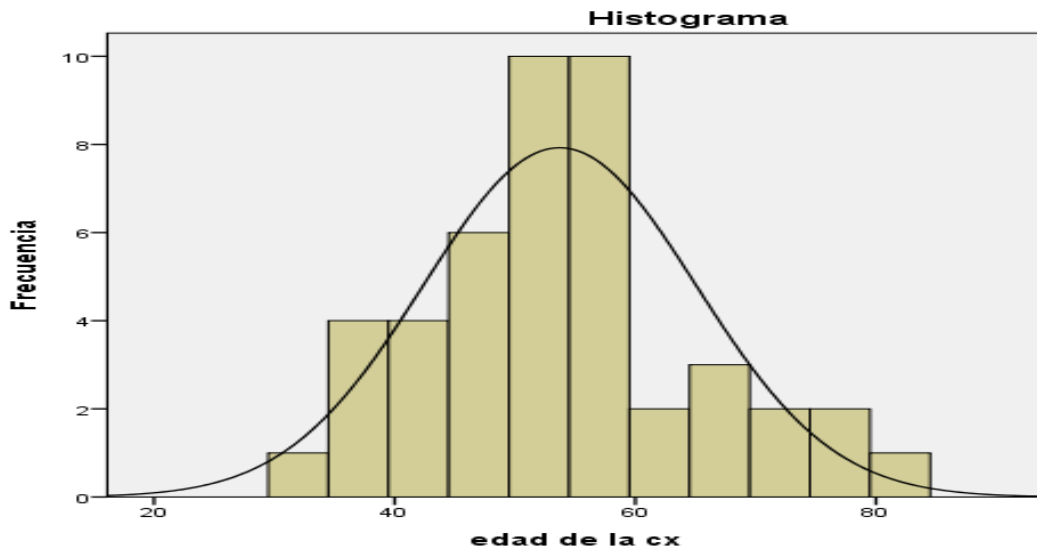


Gráfico N° 2. Rango de edad al momento de la entrevista.

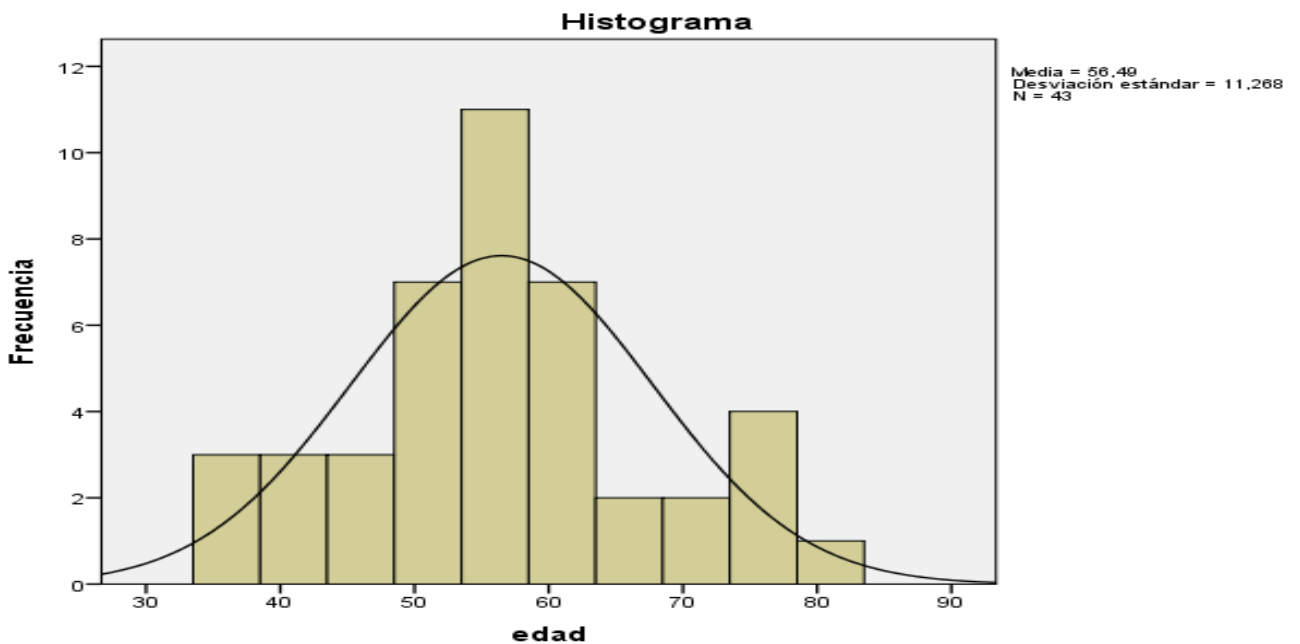


Gráfico N° 3. Rango edad actual y al momento de la cirugía correctiva en mujeres del estudio

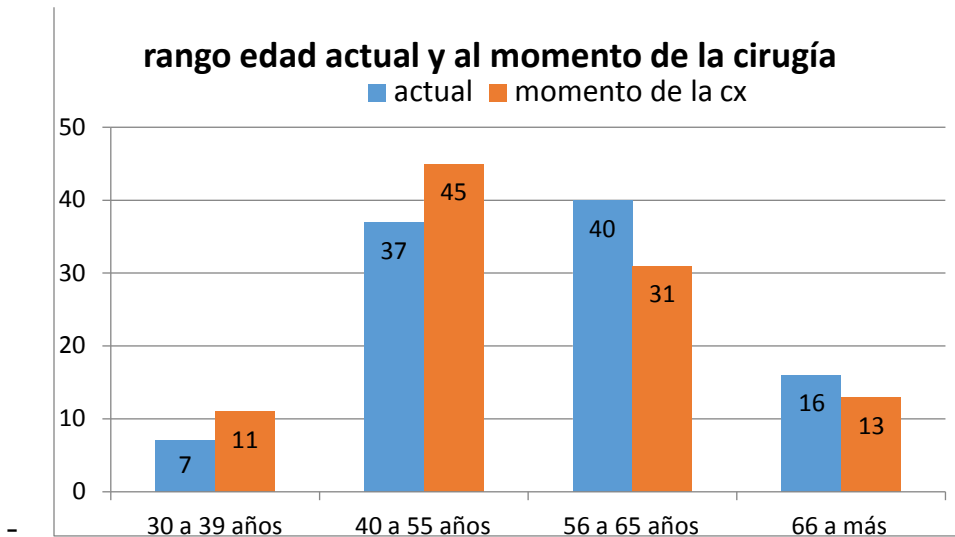


Gráfico N° 4 Estado civil de mujeres intervenidas quirúrgicamente para corregir la IUE

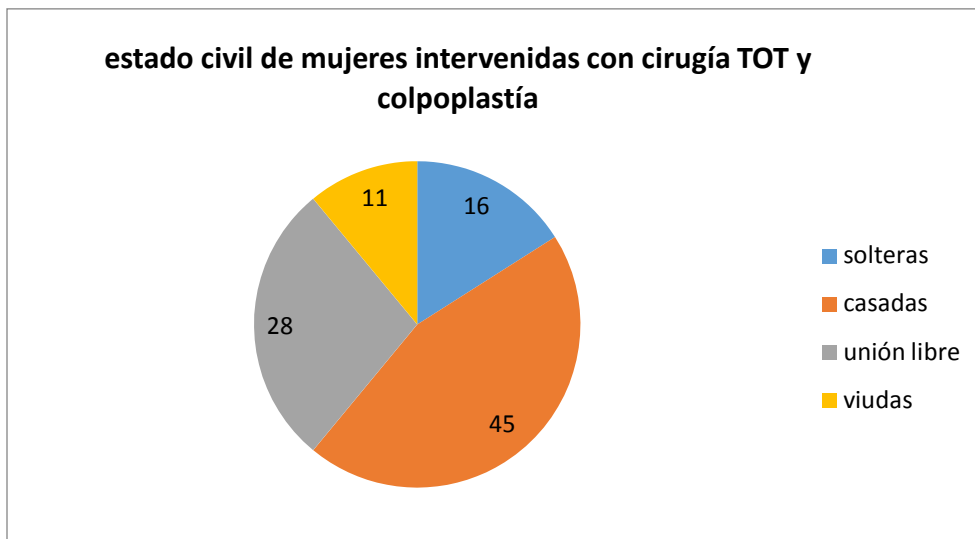


Gráfico N° 5. Nivel de escolaridad de mujeres con intervención quirúrgica de TOT y colposplátia de Kelly

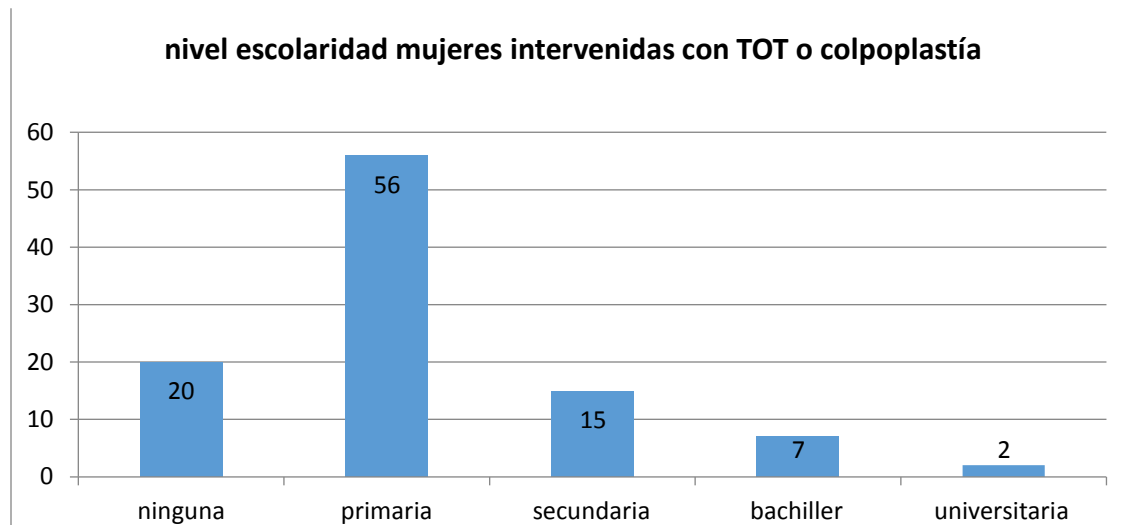


Gráfico N° 6 Paridad de mujeres que intervenidas quirúrgicamente con TOT o colpoplastía

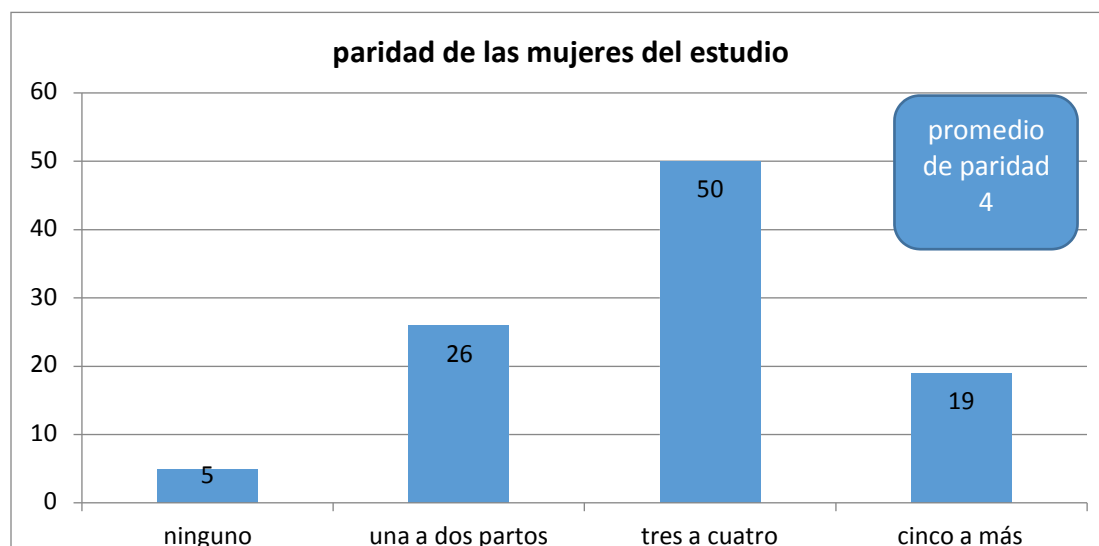


Gráfico N°7. Edad del primer parto en mujeres intervenidas quirúrgicamente por IUE.

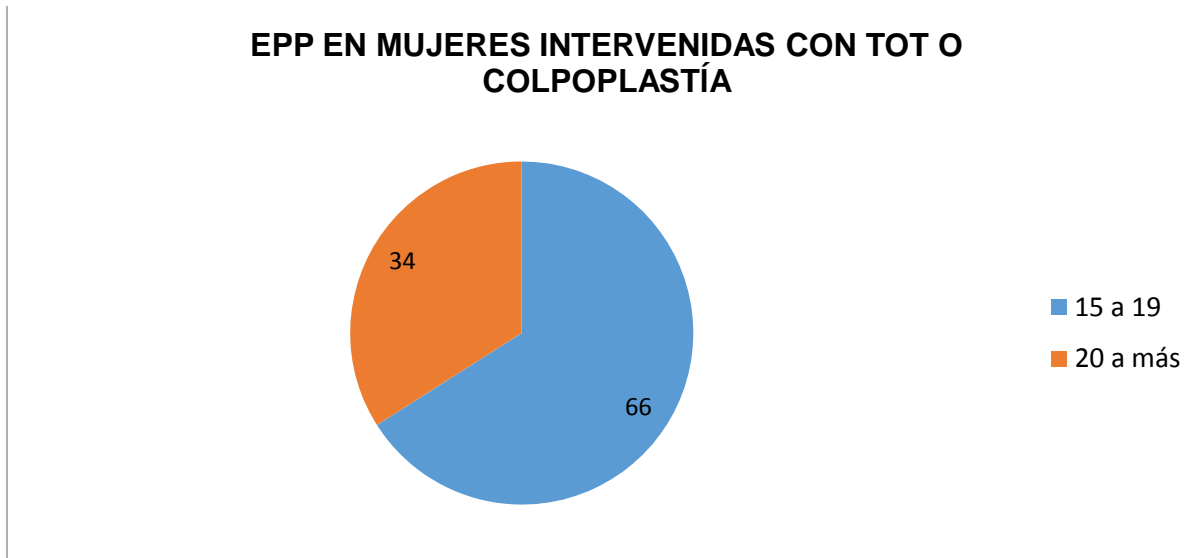


Gráfico N° 8. Estado nutricional en base al IMC en mujeres intervenidas quirúrgicamente para corrección de la IUE

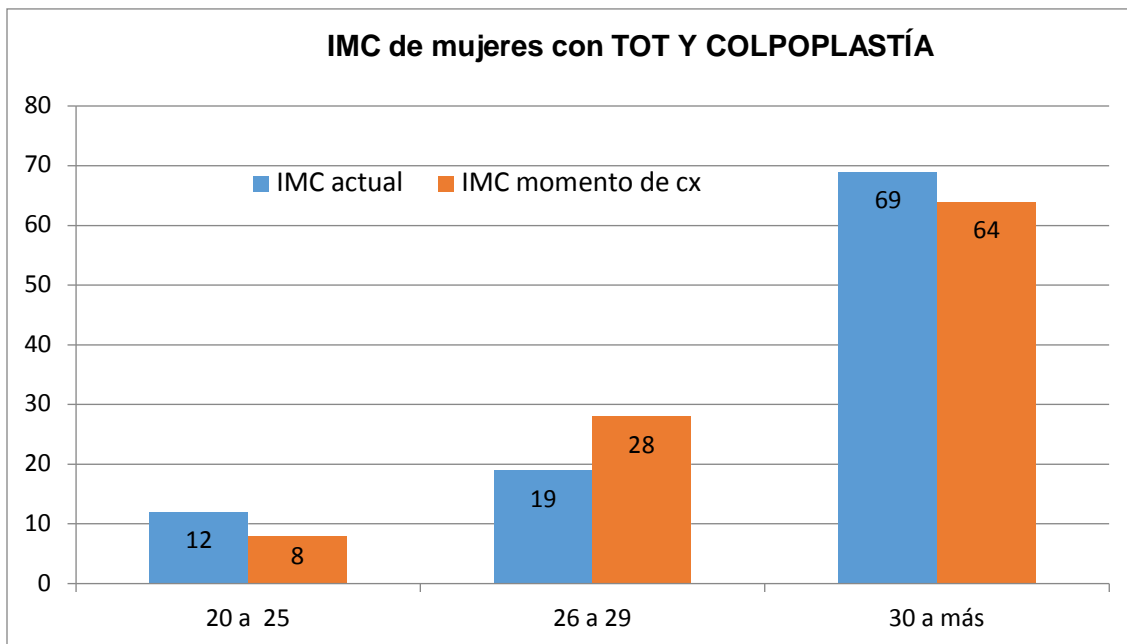


Gráfico N° 9. IMC promedio, Y RANGO de mayor frecuencia al momento de la cirugía en mujeres intervenidas con TOT y colpoplastía.

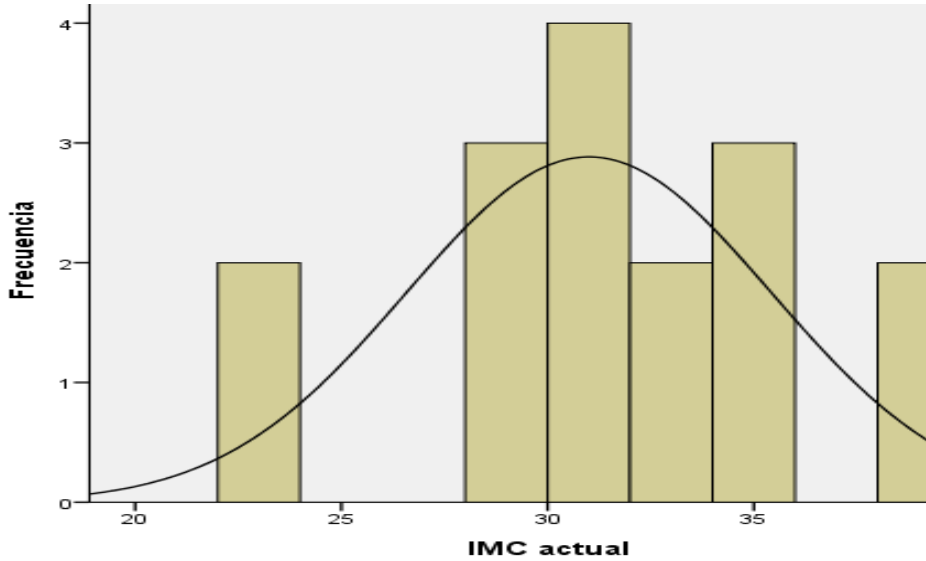


Gráfico N°10. RANGO de mayor frecuencia al momento de la encuesta en mujeres intervenidas con TOT y colpoplastía.

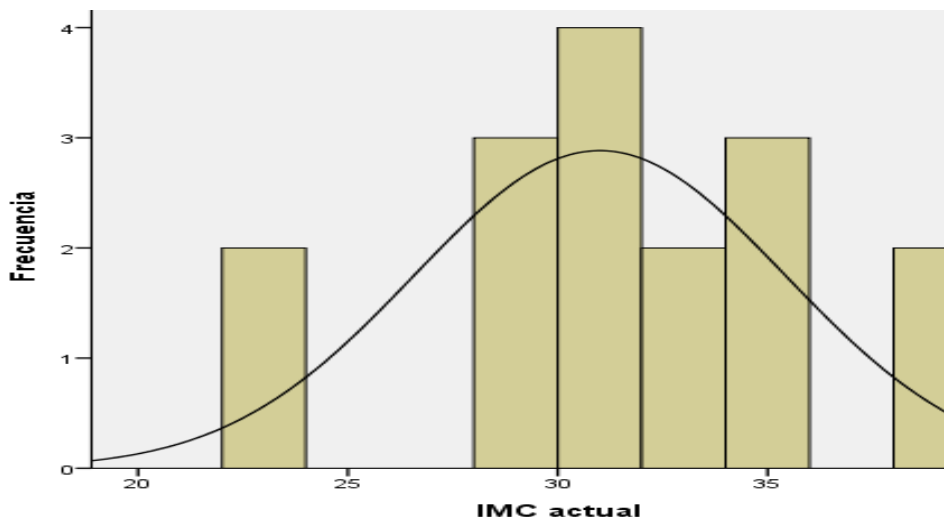


Gráfico N° 11. Años transcurridos posteriores a la intervención quirúrgica de TOT y colpoplastia.

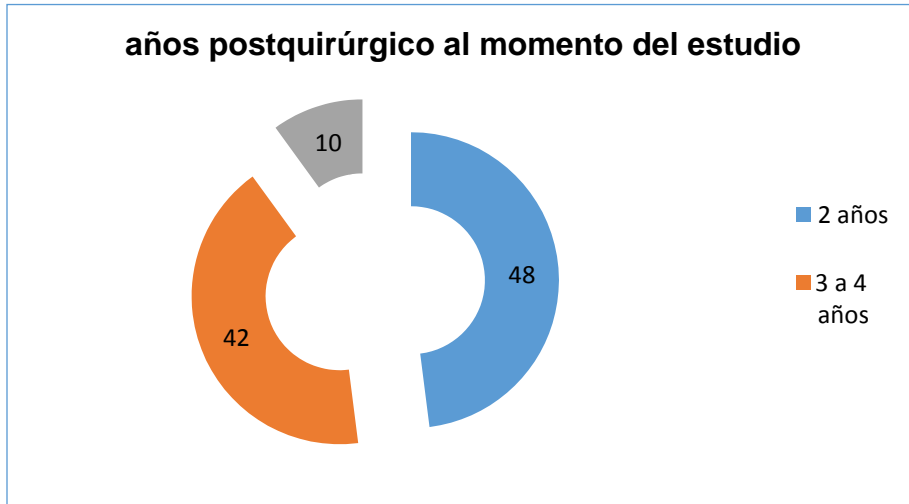


Gráfico N° 12. Porcentaje de mujeres según técnica quirúrgica utilizada y servicio.

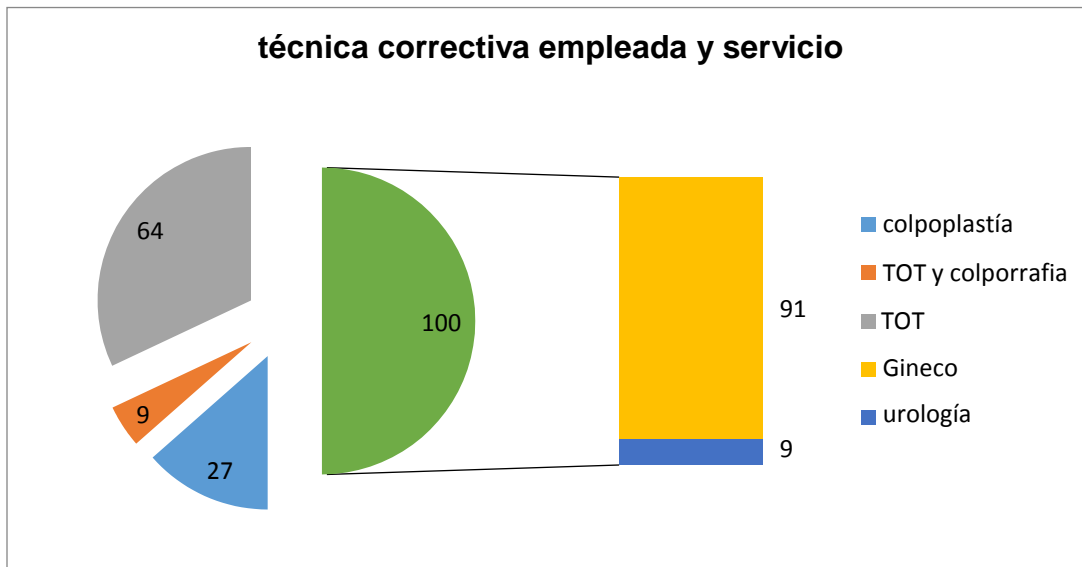


Gráfico N° 13. Factores asociados los resultados post quirúrgicos en mujeres intervenidas por IUE.

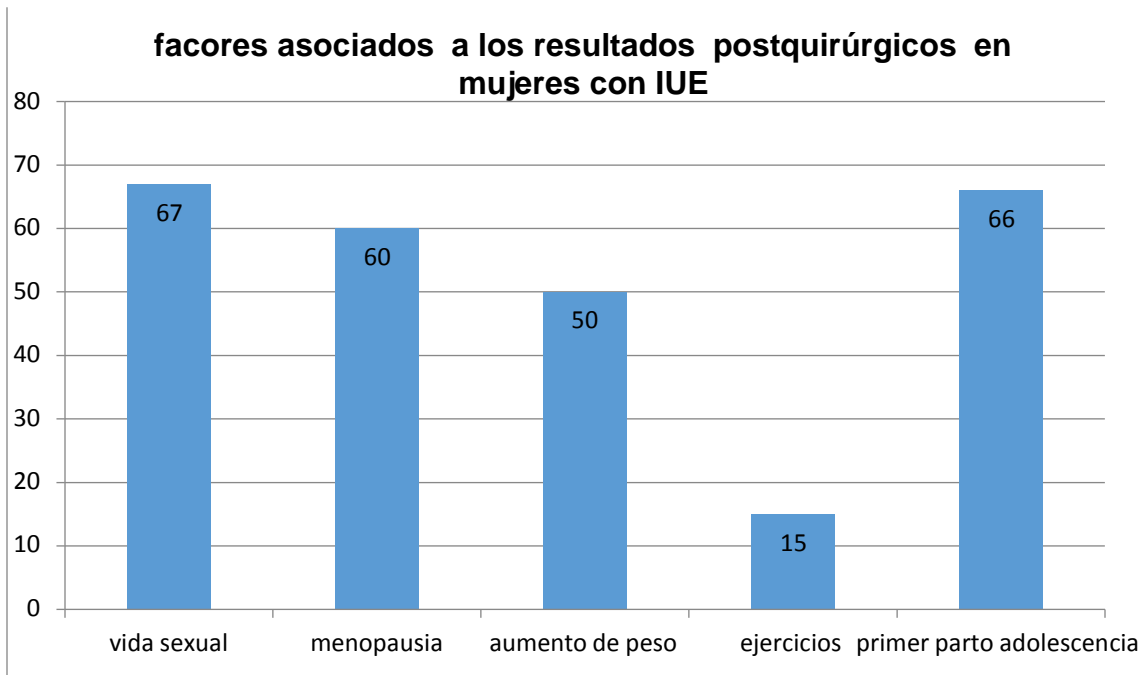


Gráfico N° 14 complicaciones postquirúrgicas mediatas en mujeres intervenidas para corrección de la IUE

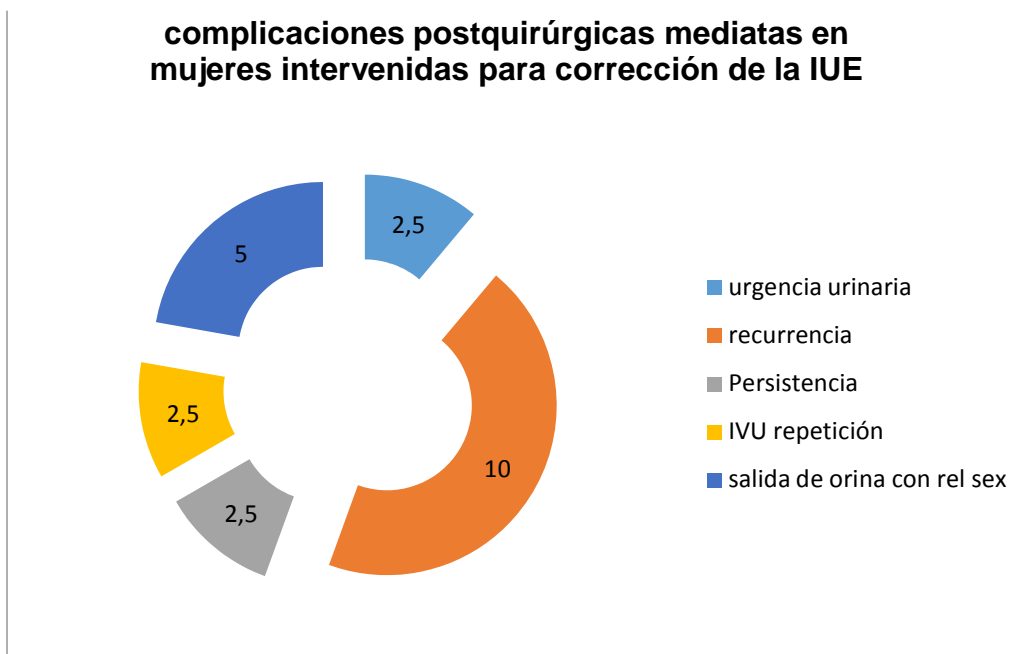


Gráfico N° 15 .Síntomas referidos por las mujeres intervenidas con TOT o colpoplastía

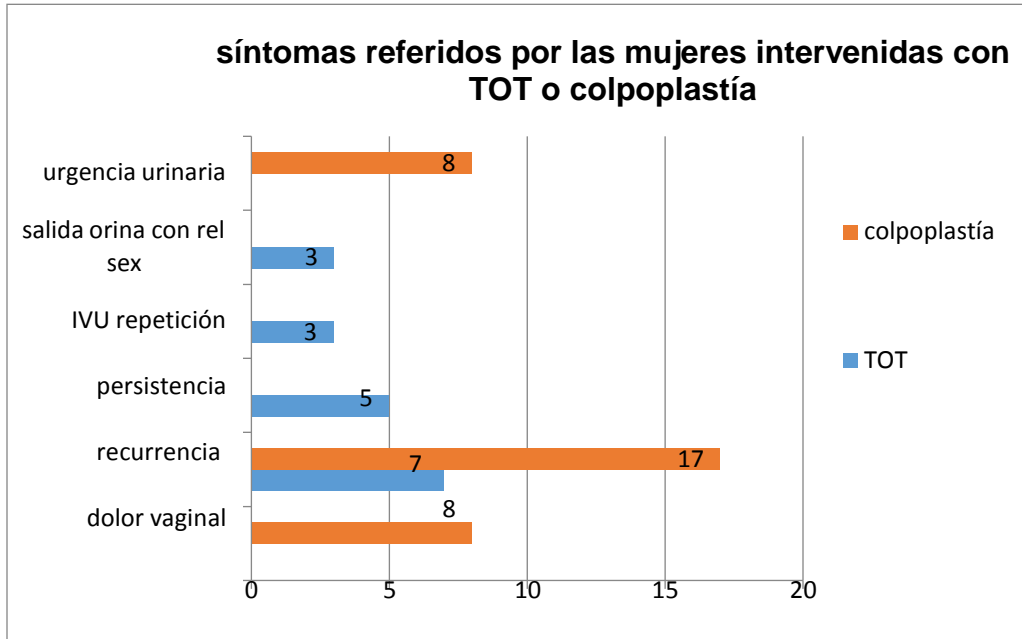


Gráfico N° 16. Síntomas referidos posterior a la cirugía

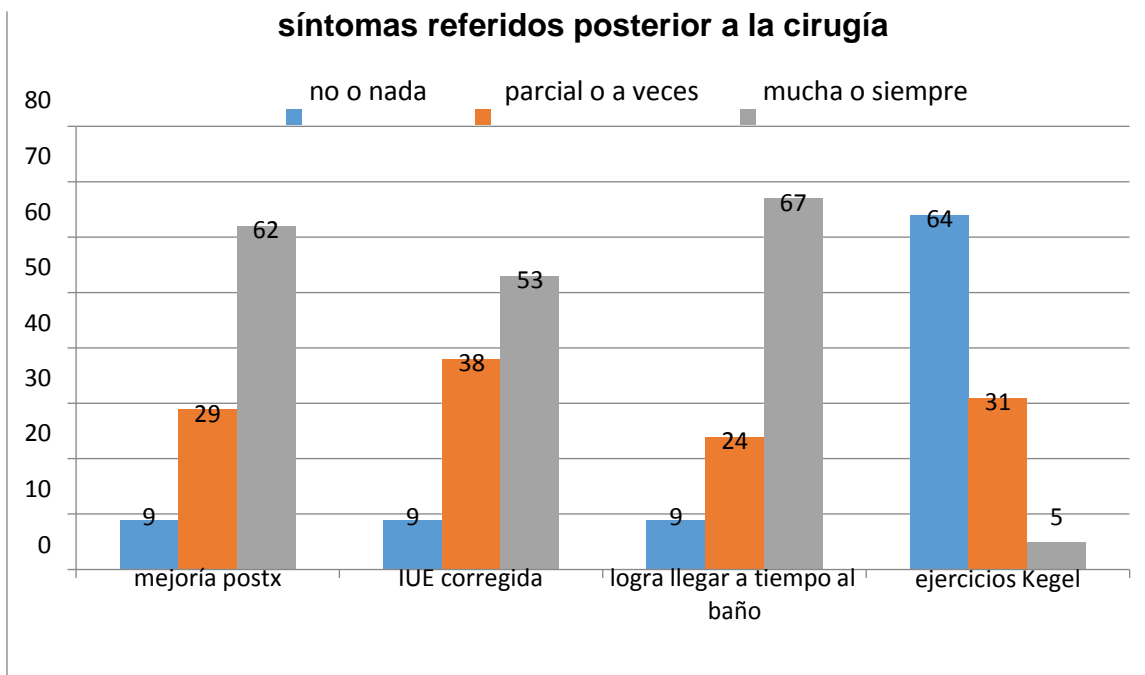


Gráfico N° 17. N° de veces que se levanta a orinar por noche

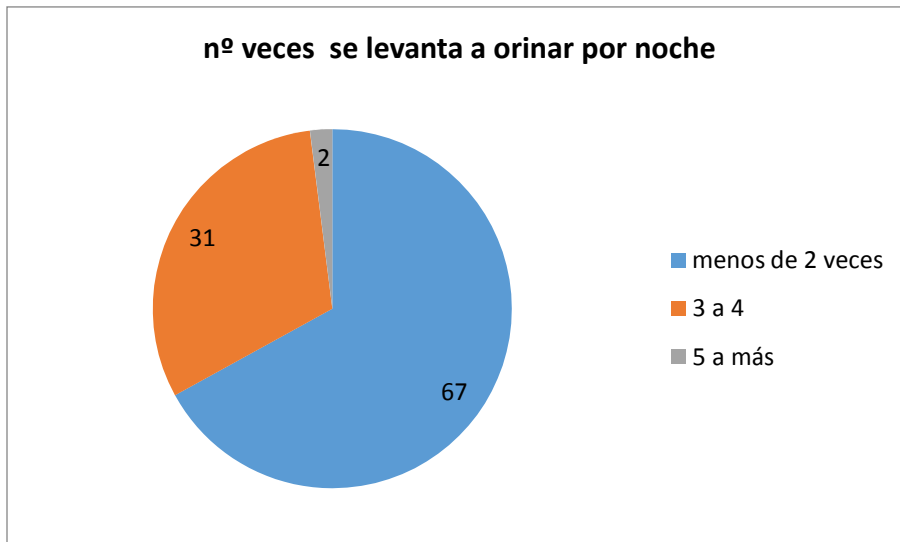


Gráfico N° 18. Grado de satisfacción según lo referido por la paciente

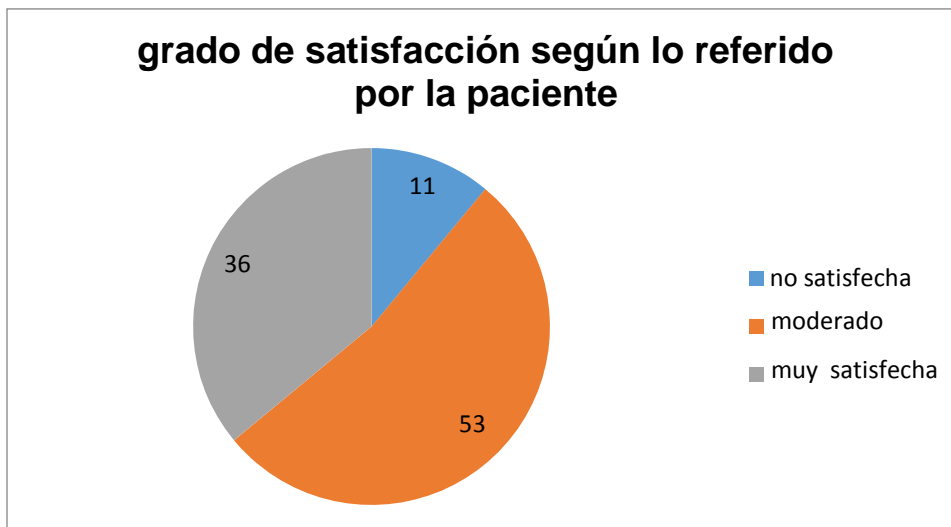


Gráfico N° 19. Resultados postx de TOT a mediano plazo

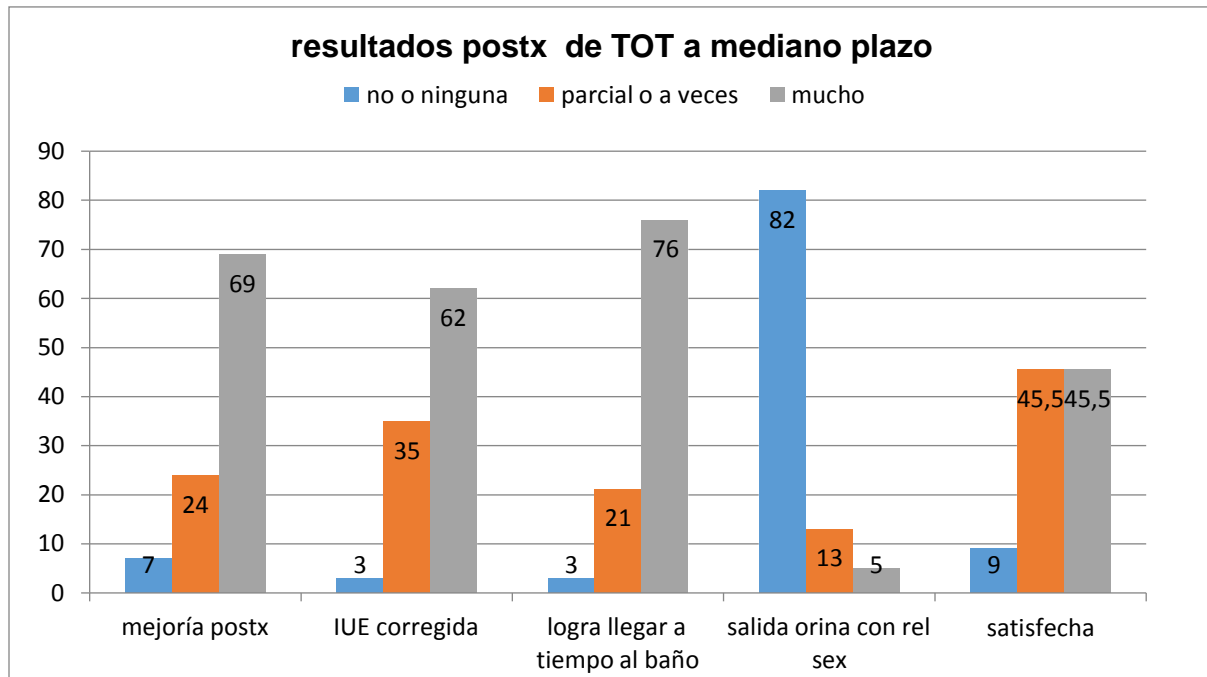


Gráfico N° 20. Resultados postx de colpoplastía a mediano plazo

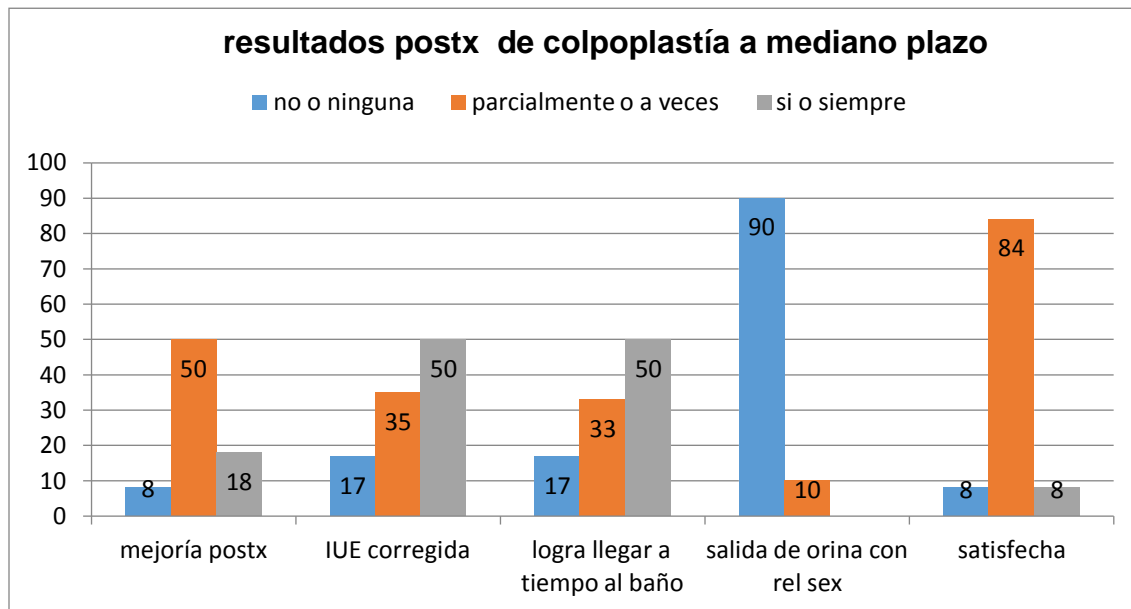


Gráfico N° 21. Resultados despues de la TOT y colporrafia anterior

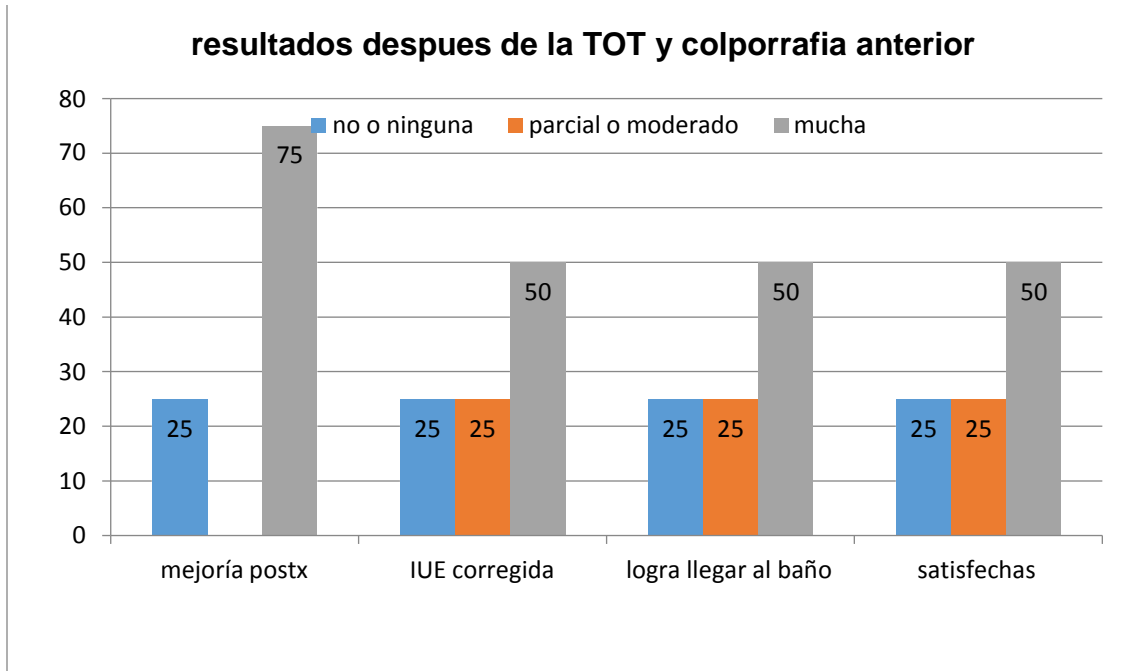


Gráfico N° 22. Factores asociados a la corrección parcial y total de la IUE

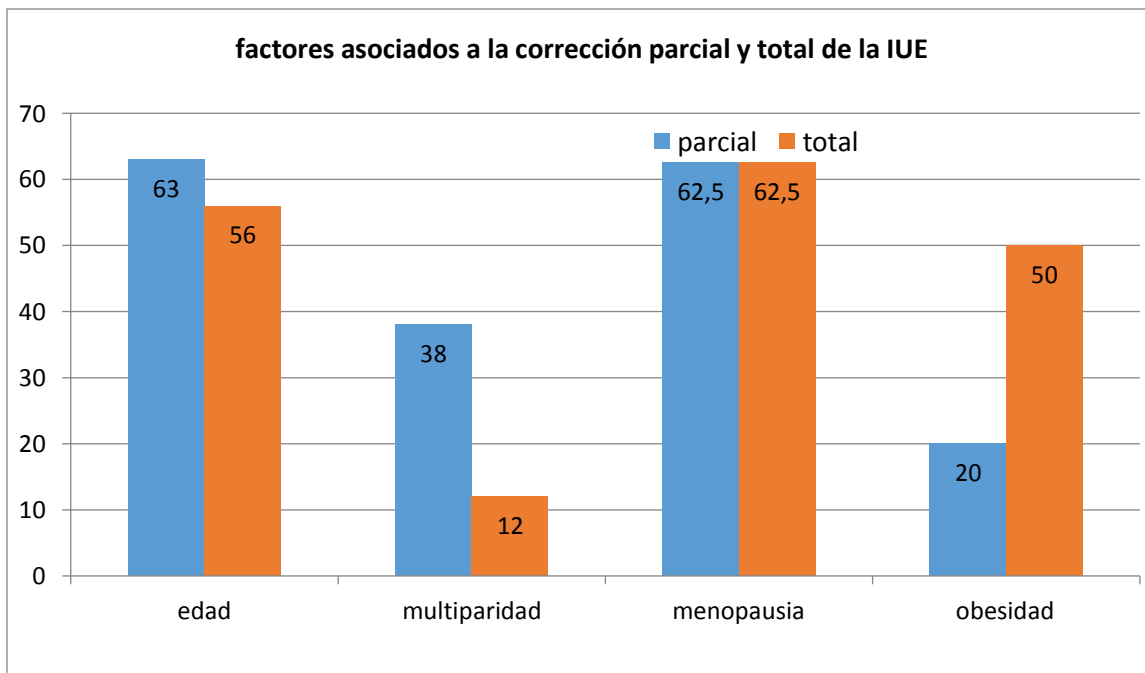


Gráfico N° 22 Factores relacionados con el funcionamiento uretrovesical en mujeres con corrección parcial de la IUE

