

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE**



**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA.**

***EVOLUCION CLINICA DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS
QUIRURGICAMENTE POR INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN
EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE EN EL PERIODO DE MARZO DE
2014 A FEBRERO DE 2017.***

AUTOR

DRA DARLYN LORENA AGUIRRE HERNANDEZ
MEDICO Y CIRUJANO.
RESIDENTE IV GINECO-OBSTETRICIA

TUTOR

DRA NUBIA FUENTES
ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

ASESOR

ROBERTO CARLOS OROZCO
ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA

MANAGUA NICARAGUA 10 DE ENERO DE 2017

Contenido

CAPITULO I.....	4
INTRODUCCION.....	4
ANTECEDENTES	5
JUSTIFICACIÓN.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
OBJETIVOS GENERAL	9
OBJETIVO ESPECIFICOS	9
MARCO TEORICO.....	10
CAPITULO II.....	25
DISEÑO METODOLOGICO	25
INSTRUMENTO.....	30
FORMULARIO UROGINECOLOGICO SEGUIMIENTO	33
CAPITULO III	35
RESULTADOS.....	35
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	37
CONCLUSIONES.....	40
RECOMENDACIONES.....	41
CAPITULO IV	42
BIBLIOGRAFÍA	42
CAPITULO V	45
CUADROS Y TABLAS.....	45

RESUMEN

El presente trabajo fue realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de Marzo de 2014 a Febrero 2017, con pacientes atendidas en consulta externa, refiriendo incontinencia urinaria de esfuerzo. En total 300 pacientes. El diagnóstico se confirmó en 280 de ellas. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, cuya base de información fue el expediente clínico y seguimiento por un espacio de 2 años, con instrumento previamente elaborado; teniendo por objetivo principal, conocer el seguimiento clínico – quirúrgico de las pacientes con I.U.E., atendidas en este período. En total 120 pacientes bajo seguimiento

Se presentó un incremento importante de problemas uroginecológicos a partir de la tercera y cuarta década de la vida (77.5%), con un nivel escolar bajo, siendo ama de casa, acompañada, y de origen urbano como datos más frecuentes. Se encontró que el 35% de las pacientes eran múltiparas con parto vaginal y producto macrosómico (29.8%). Sumado a ello, el 61.66% se encontraba en etapa climatérica/menopáusica sin terapia de reemplazo hormonal. El principal síntoma urológico referido fue la micción involuntaria de esfuerzo (100%), con un tiempo de evolución mayor de 2 años (94.16%), sumado a síntomas irritativos de vías urinarias.

Se encontró concomitancia de alteración de la estática pélvica en el 68.33% de los casos. (Cistocele)

Cabe señalar que entre los antecedentes patológicos personales, se refirió infección de vías urinarias (7.5%). EPOC (11.6%), hipertensión arterial crónica (70.8%); dentro de los antecedentes personales no patológicos se encontró una alta tasa de obesidad de hasta 95.83% y tabaquismo en 10% de las pacientes.

En los métodos diagnósticos, se encontró fundamentalmente el elemento clínico, la prueba de Bonney se efectuó en un 30.8% previo a la cirugía y la prueba de orina residual en el 5.8% de pacientes postquirúrgicas mediatas. No se realizó prueba del aplicador con punta de algodón ni estudios urodinámicos.

El procedimiento quirúrgico predominante fue la plastia de Kelly Kennedy (69.16%) siendo únicamente en este grupo, en el que se presentaron recidivas y la mayor tasa de complicaciones; se encontró presencia de comorbilidades y hábitos tóxicos entre los que se destaca la obesidad y el tabaquismo. No pudiendo categorizar la efectividad de las diferentes técnicas ya que se trata de un estudio descriptivo.

No se presentaron complicaciones inmediatas, pero si mediatas: retención urinaria (3.3%), infección (7.5%) lesión vesical (3.3%) ligadura de uréter (1.6%). Las complicaciones de mayor severidad se encontraron en los procedimientos de mayor complejidad.

Las complicaciones tardías se documentaron tan solo en el 2.5% de las pacientes, se presentó aparición de fistulas en 3 pacientes de seguimiento, 2 de ellas se les había practicado histerectomía vaginal y en el tercer caso, se había realizado una colpografía anterior con Plastia de Kelly Kennedy. A través de servicio de consulta externa el alta se emitió antes de

los 3 meses de postquirúrgico en más del 50% de los casos. El seguimiento postquirúrgico se llevó por un periodo de 2 años para el presente estudio.

El estudio concluye en febrero 2017. Se encontraron 180 pacientes diagnosticadas con I.U.E, Sin embargo a 33% de ellas no se les pudo incluir en el estudio por falta a sus citas de seguimiento.

Posterior a 2 años de seguimiento un 90% de las pacientes conservaban continencia.

INTRODUCCION

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), o pérdida involuntaria de orina, afecta aproximadamente a 25 millones de mujeres americanas de todas las edades y hasta un 20-40% de todas las mujeres a nivel mundial. ¹ Ha sido definida por la International Continence Society como un trastorno en el cual la pérdida involuntaria de orina es un problema social o higiénico, demostrable objetivamente. ^{1,2}

La IUE es un problema médico en particular para las mujeres porque es dos veces más prevalente entre ellas que en los hombres. ³ Aunque la pérdida involuntaria de orina no forma parte normal del envejecimiento, a menudo se convierte en un problema clínico para las mujeres que envejecen a medida que el traumatismo de los partos, el desarrollo de enfermedades agudas y crónicas, y la pérdida de estimulación estrogénica en la menopausia debilitan el soporte pelviano y disminuyen la cantidad de reserva hemostática normal disponible para enfrentar las tensiones impuestas a la vejiga ⁴. En casos de prolapso o cistocele grave, la corrección del defecto puede causar incontinencia de esfuerzo. ⁵

. En el Hospital Alemán Nicaragüense, la IUE ocupa el 4° lugar dentro de los motivos de consulta ginecológica, después de la miomatosis uterina, tumores anexiales y los trastornos de la estática pélvico-genital. La cirugía por IUE ocupa el 3° lugar dentro de las indicaciones de cirugía ginecológica, luego de la histerectomía abdominal y vaginal lo cual incrementa sustancialmente los costos hospitalarios ⁶

El promedio de consulta por problemas uroginecológicos oscila en 1/3 de la afluencia diaria al servicio de consulta externa ginecológica, la mayoría procedente de las unidades de atención primaria; de ellas más de la mitad son clasificadas como incontinencia urinaria de esfuerzo y hasta un 90% se someten a una corrección quirúrgica; sin embargo la mayoría de las pacientes se dan de alta antes de cumplir 4 semanas de postquirúrgico. No pudiéndose realizar una evaluación de respuesta terapéutica ya que no se da seguimiento.

Desde marzo de 2014 hasta febrero 2017 se efectuaron 826 cirugías ginecológicas de las cuales el 12% fue por cirugía correctiva en trastornos de la estática pélvica y el 14.52% tenían como fin corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo.

ANTECEDENTES

Se dispone de una amplia gama de estudios realizados en los diferentes centros hospitalarios cuyo enfoque principal ha sido valorar la respuesta terapéutica a la intervención quirúrgica.

En 1982 durante la evaluación del tratamiento de la incontinencia urinaria con cirugía de Marshall – Marchetti – Krantz, (Hospital Fernando Vélez Páiz) se encontró asociación a multiparidad, trastornos de la estática pélvica, miomatosis uterina, y pacientes cuya edad se encontró entre los 30 y 60 años con una morbilidad trans operatoria nula, con estancia intrahospitalaria promedio de 7 días.⁷

En 1988 un estudio realizado en Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello, se encontró que las cirugías ginecológicas realizadas representaron el 4% del total, siendo más frecuente la plastía de Kelly (67%), uretrocistopexia retropúbica de Burch (19%) y la uretrocistopexia combinada de Pereyra (14%). El 6% de las pacientes intervenidas, cursaban con incontinencia urinaria recidivante.⁸

En 1986 en un estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque, resalta la efectividad de la técnica Marshall – Marchetti – Krantz (86%), con una morbilidad mínima y recidiva del 4%.⁹

En 1988 en el estudio “Incontinencia Urinaria de Esfuerzo con Corrección Marshall – Marchetti – Krantz en el Hospital Antonio Lenin Fonseca, se encontró que el 66% tenían 1 – 2 años de padecer I.U.E. obteniendo resultados satisfactorios con dicha técnica en 96.7% de los casos, siendo la complicación más frecuente sepsis de la herida quirúrgica.¹⁰

En 1988 en la tesis “Tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, con la técnica Marshall – Marchetti – Krantz, en el HBCR, se encontró que un 10% de los casos tenían antecedentes quirúrgicos (Plastía Kelly – Kennedy). No se presentaron complicaciones quirúrgicas, ni anestésicas en el transoperatorio. Los controles postquirúrgicos se efectuaron en los seis primeros meses de seguimiento.¹¹

En 1997 en la tesis “Efectividad de Técnicas Quirúrgicas Suprapúbicas y Vaginales de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo. Hospital Antonio Lenín Fonseca y Hospital Bautista” se encontró que ambas técnicas son altamente efectivas, con una mejor respuesta vía vaginal. La morbilidad trans y postquirúrgica para ambas técnicas es baja.¹²

En 1997 en el estudio “Valoración Postquirúrgico de las pacientes intervenidas por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, en el Hospital Bertha Calderón Roque se encontró una mayor frecuencia de complicaciones en pacientes peri y postmenopáusicas, con antecedentes de obesidad y trastorno de la estática pélvica (97%). La cirugía correctora más frecuente fue la plastía Kelly Kennedy, seguido de la colposuspensión de Pereyra . La recidiva (17%) se presentó antes de los 6 meses postquirúrgicos.¹³ Se debe tomar en consideración que frecuentemente, el seguimiento no puede realizarse de la forma esperada debido al número de pacientes que abandonan los controles postquirúrgicos.¹⁴

La incidencia de la cirugía anti-incontinencia ocupa el 28% del total de cirugías programadas, utilizándose TRH, en sólo el 4% de las pacientes. La incontinencia urinaria de esfuerzo exclusiva ocupó el 82%, mixta 14% y la recidivante 3%. La complicación más frecuente fue retención urinaria, seguida de infección de vías urinarias.⁶

Dentro de los estudios comparativos multicéntricos realizados en el 2000, se encontró que un 86% de las pacientes evaluadas después de la operación de Burch fueron subjetivamente curadas en comparación con un 52% de las que fueron sometidas a colpografía anterior. El rango de mejorías objetivas fue 74% para el primer grupo y de 42% para el segundo. La recurrencia del cistocele II ó III fue encontrada en un 34% para el primer grupo y 3% para el segundo.⁵

Ninguna de las técnicas por sí sola parece recomendable para el tratamiento de pacientes portadoras de IUE con cistocele avanzado, por lo que en este tipo de casos se recomienda una técnica combinada de colposuspensión y colpografía.⁵

Un 15.2% de todos los casos presentó recidiva. Especificando la recidiva según la técnica quirúrgica, la plastía de Kelly Kennedy tuvo 17% de recidiva, Pereira Razz 31.2%, Marshall Marchetti Krantz 16.65%. No se encontró recidivas en las pacientes a quienes se les realizó operación de Burch.^{7.9.12.} No se encontraron antecedentes de referencia en hospital alemán nicaragüense.

JUSTIFICACIÓN

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es hoy en día un motivo de consulta frecuente para el ginecólogo. Este perturbador síntoma del inexorable avance de la edad y de la creciente paridad, constituye para la paciente un problema médico, psíquico y social. En muchos casos se toma como un “vergonzoso castigo” que obliga a la mujer a excluirse socialmente y a evitar inclusive los contactos íntimos con su pareja. ¹⁵

En un gran porcentaje de casos, se da un abordaje diagnóstico y terapéutico inadecuado, teniendo como principales obstáculos la diferencia de criterios diagnósticos y terapéuticos, que repercuten directamente en la calidad de vida de la paciente. En más de la mitad de los casos las mujeres son egresadas de consulta externa antes de cuatro semanas de su postquirúrgico desconociendo su evolución clínica posterior, El hecho de realizar un seguimiento a corto y mediano plazo permitirá mejorar la calidad científica con la que se aborda el problema de la IUE y en definitiva, mejorar la calidad de vida de la mujer, contribuyendo a su reintegración a la vida familiar y social.

Consideramos oportuno por tanto realizar una evaluación científica que aporte incentivos para la elaboración de un protocolo de seguimiento que nos permita determinar la evolución clínica de las pacientes y la efectividad del manejo quirúrgico efectuado del cual aún no disponemos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es frecuente encontramos pacientes que consideran la incontinencia urinaria como una parte normal del envejecimiento, y por lo tanto, no lo mencionan al médico. Desafortunadamente, en vez de buscar tratamiento, muchas de ellas se adaptan a la incontinencia alterando su estilo de vida, ignorando que existe una gran variedad de opciones terapéuticas tanto medicas como quirúrgicas para la corrección de esta patología, que pueden mejorar su calidad de vida. Por otro lado existen diferencias significativas entre los distintos abordajes, en función de la respuesta terapéutica, complicaciones y recidivas.

Es por ello que me he propuesto contestar la siguiente interrogante.

¿Cuál es la evolución clínica de las pacientes intervenidas quirúrgicamente por incontinencia urinaria de esfuerzo en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo marzo de 2014 a febrero 2017?

OBJETIVOS GENERAL

Conocer la evolución clínica de las pacientes intervenidas quirúrgicamente por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense de Marzo de 2014 a Febrero 2017.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- 1) Caracterizar desde el punto de vista Sociodemográfico, sexual y reproductivo a las pacientes en estudio.
- 2) Describir el cuadro clínico y criterios diagnósticos utilizados en las pacientes en estudio.
- 3) Valorar la evolución clínica de las pacientes en base a la técnica quirúrgica utilizada.
- 4) Enumerar los factores asociados a la recidiva en las pacientes en estudio.

MARCO TEORICO

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) no constituye una enfermedad, sino la manifestación de una entidad patológica de fondo. Se da cuando la presión intravesical supera la presión intrauretral. Tiene una prevalencia de un 17 – 45%.³

La evaluación y manejo de este complejo problema incluye algunos conceptos básicos:¹

1. La IUE puede, y de hecho suele tener más de una causa.
2. La pelvis femenina trabaja como una unidad integral. Si hay problemas de soporte en un área específica puede haber también en otras áreas.
3. El tratamiento debe ser instaurado solamente luego de un cuidadoso abordaje diagnóstico. La cirugía nunca debe ser sugerida sin evidencia objetiva de pérdida involuntaria de orina.
4. El tratamiento debe siempre abordar los aspectos psíquicos y sociales de la vida de la paciente.

MECANISMO FEMENINO DE CONTINENCIA.

El mecanismo de continencia urinaria en la mujer se centra en la uretra proximal y la unión uretrovesical. La continencia es mantenida por múltiples mecanismos fisiológicos y estructurales que regulan el cierre de la uretra y soportan la vejiga y la unión uretrovesical.³

El cierre de la uretra es producido por tres sistemas diferentes. - El esfínter interno (involuntario) en el cuello vesical. - El músculo esfínter externo de la uretra (voluntario). - El plegamiento de la mucosa uretral, producido por plexo vascular submucoso.

El soporte anatómico para estas estructuras proviene primariamente de la fascia adyacente y la fascia pubocervical, que están unidas a los músculos elevadores del ano en el piso pélvico.

El esfínter interno está localizado en la unión uretrovesical, está formado por:

1. Un anillo de músculo liso involuntario del trígono vesical.
2. Dos fascículos (anterior y posterior) de músculo liso proveniente del m. detrusor de la vejiga (involuntario). Estos rodean la luz uretral y la unión uretrovesical.¹⁶

La inervación de estos músculos está dada por fibras autónomas. La contracción continua del m. del trígono vesical y de los fascículos del m. detrusor constituyen un importante mecanismo de continencia durante el reposo. Cualquier condición que afecte al nervio pudiendo (desgarros del parto, procedimientos antiincontinencia previos y mielodisplasias) pueden dañar el funcionamiento del esfínter interno y llevar a IUE.

El esfínter externo, comprende tres músculos estriados que envuelven la uretra debajo del nivel del esfínter interno. Estos son:

1. M. esfínter de la uretra. Es el más grande y el más próximo a la unión uretrovesical. Cubre a la uretra en su porción superior.

2. M. compresor de la uretra. Parte de la rama isquiopúbica. Rodea la porción distal de la uretra.
3. M. uretrovaginal. Rodea la porción más distal de la uretra.

Estos músculos actúan como una unidad. Se contraen voluntariamente y previenen la incontinencia si la orina pasa más allá del m. esfínter interno. El tono en reposo de estos músculos contribuye también a mantener la presión intrauretral. Una presión intrauretral mayor que la presión vesical mantiene la continencia. La inervación está dada por el n. pudendo y puede ser sujeto de daño por injurias del parto y cirugías.

La vasculatura submucosa de la uretra es también considerado un mecanismo de continencia. El llenado de este plexo arteriovenoso provoca plegamiento de la mucosa uretral al sellar las paredes de la misma, aumenta de esta manera la presión intrauretral y se previene la pérdida involuntaria de orina. Los músculos del esfínter externo contribuyen a aumentar la presión intrauretral.

Tanto la mucosa uretral como el plexo submucoso son estrógeno sensibles, y durante la menopausia sufren un deterioro.

Fascia endopélvica: En una mujer normal, nulípara y de pie, la vejiga, los dos tercios proximales de la vagina y el recto permanecen en un plano casi horizontal. En contraste, la uretra, la parte distal de la vagina y el canal anal están orientados de manera vertical.

El soporte del cuello vesical, la uretra proximal y la vagina es absolutamente esencial para la continencia. La fascia endopélvica es el elemento más importante para el mantenimiento de dichas estructuras y dentro de la misma, la fascia pubocervical es la de mayor importancia.

Con el incremento de la presión abdominal, el tracto urinario inferior es desplazado hacia abajo contra la fascia pubocervical, provocando una acodadura de la unión uretrovesical, lo que promueve la continencia.¹⁶

Función vesical: La función de la vejiga urinaria tiene dos fases:

1. Fase de llenado:

La vejiga almacena orina hasta que voluntariamente se vacía. Este llenado se da gracias a la relajación del m. detrusor, la contracción del esfínter interno, la contracción del m. elevador y la contracción del esfínter externo. El llenado se da mediante estimulación simpática de los receptores beta adrenérgicos dentro de la pared de la vejiga, causando relajación de detrusor, favoreciendo la acomodación. La estimulación simpática de los receptores alfa adrenérgicos en el esfínter interno causa constricción en este nivel, elevando la presión intrauretral. La estimulación de los nervios eferentes pudendos y sacros mantienen un estado de contractura en los músculos esfínter de la uretra y elevador del ano, mecanismos de continencia.

En condiciones normales, la vejiga tiene la capacidad de almacenar cantidades crecientes de volumen sin que aumente la presión intravesical, lo que se llama acomodación. Cuando la acomodación se ve impedida o perjudicada pueden resultar contracciones involuntarias de la vejiga, con la pérdida probable de orina. Estas contracciones espontáneas con causa frecuente de incontinencia, y se conocen como hiperreactividad del detrusor, vejiga inestable o inestabilidad del detrusor.

Una vez que la vejiga alcanza su capacidad funcional (350 – 650 ml) los receptores del m. detrusor se activan y mandan una señal a los centros de la corteza cerebral y se inicia la fase de vaciamiento.

2. Fase de vaciamiento.

El vaciamiento de la vejiga se da por la contracción del m. detrusor y la relajación del esfínter externo, elevador del ano y el esfínter externo. La inhibición de las fibras nerviosas eferentes sacras y pudendas producen relajación del esfínter externo de la uretra y del elevador del ano, mientras la corteza inhibe la relajación simpática de la vejiga. La activación de los receptores colinérgicos parasimpáticos en el músculo detrusor estimula la contracción de la vejiga. ¹⁵

Las anomalías relativas al vaciamiento pueden deberse a la falta de coordinación entre la contracción de la vejiga y la relajación uretral. Algunos efectos de drogas o defectos de la médula espinal tales como esclerosis múltiple pueden causar retención urinaria.

La contractilidad se puede alterar en traumas, sobredistensión, fibrosis o procesos inflamatorios que afecten la vejiga. Puede también haber alteraciones del vaciamiento por aumento de la resistencia ocasionada por prolapsos o tumores. ¹⁵

FACTORES PREDISPONENTES.

1. 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. ¹⁷

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 m. 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. ¹⁷

2. Edad y factores genéticos. ¹⁵

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.

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, hormonal y neurológica. ¹⁸

3. 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 un mecanismo de continencia. La deficiencia estrogénica puede contribuir de manera importante al mecanismo de incontinencia durante la menopausia y posmenopausia. ¹⁹

4. 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 de manera persistente requieren levantar peso.

El fumado puede agravar la IUE por varios mecanismos: daño al soporte uretral y vaginal por tos crónica, contracción del detrusor inducido por la nicotina, alteración en la síntesis y calidad de la colágena y efectos antiestrogénicos (disminución en la actividad de los receptores alfa adrenérgicos en el esfínter interno).

La obesidad no causa per se IUE, sin embargo tiende a empeorarla pues la presión intraabdominal se aumenta de acuerdo al grosor de la pared anterior del abdomen. Aún leves aumentos de peso en mujeres con sobrepeso hacen la diferencia en cuanto al número de episodios de pérdida involuntaria de orina. ^{15, 16}

SÍNTOMAS.

Aunque los síntomas de la incontinencia urinaria pueden ser diversos, se pueden clasificar en dos grandes categorías: incontinencia urinaria de esfuerzo e incontinencia de urgencia. La paciente puede tener manifestaciones de ambas. ²⁰

1. Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).

Implica pérdida de orina con elevación de la presión intraabdominal. Generalmente se presente al toser, reír, estornudar, o realizar esfuerzos físicos que conlleven maniobras de Valsalva. Aún actividades que incrementen levemente la presión intraabdominal, como el levantarse, caminar, cambiar de posiciones pueden provocar la pérdida de orina.

2. Incontinencia de urgencia (Urgencia).

Se refiere a la pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo de micción, independientemente si la vejiga esté llena o vacía. Las mujeres con urgencia se quejan de no ser capaces de llegar al baño a tiempo, o experimentan goteo o pérdida de orina cuando ven el inodoro o baño, o cuando están regresando a casa.

La incontinencia de urgencia está asociada a con una variedad de síntomas miccionales: Frecuencia: más de 7 episodios durante el día, urgencia (deseo imperativo de miccionar), nicturia (más de 1 episodio en la noche) ²⁰ Usualmente existe una inestabilidad del detrusor, lo que desencadena todo el cuadro.

La enuresis (emisión de orina durante el sueño) y la pérdida insensible de orina, puede ocurrir en muchos casos de incontinencia y sugiere un componente neurológico. La pérdida insensible de orina implica que la paciente tiene emisión de orina sin darse cuenta. ²¹

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

La agudeza en cuanto al diagnóstico es vital para decidir el tratamiento a seguir. La cirugía no debe considerarse o plantearse si no hay una incontinencia objetivamente demostrada y mientras no se haya establecido la etiología. ²²

El diagnóstico diferencial de incontinencia en mujeres incluyen distintas condiciones: incontinencia de esfuerzo genuina, inestabilidad del detrusor, hiperreflexia del detrusor, incontinencia por exceso de volumen y anomalías en el tracto urinario. La incontinencia puede deberse a alguno de los factores mencionados o a una combinación de los mismos.

1. Incontinencia urinaria de esfuerzo genuina.²³

La pérdida de orina debido a incrementos de la presión intraabdominal usualmente se acompaña de pérdida en el soporte de la unión uretrovesical. Esta pérdida del soporte puede ser vista como un descenso de la pared vaginal posterior de la vagina.

2. Inestabilidad del detrusor.

En estos casos, la incontinencia se presenta con un fuerte deseo de micción, un deseo incoercible de miccionar. Se da por una contracción involuntaria del m. detrusor de la vejiga. Normalmente, estas contracciones no deben ocurrir o la mujer debe ser capaz de suprimir el deseo de micción durante algunos minutos. Una manera sencilla expresar en esta entidad es decir: "La vejiga se ha escapado del control cerebral".²³

La urgencia puede también deberse a divertículos uretrales. Generalmente se encuentran en la porción posterolateral de la uretra. Los divertículos pueden ser únicos o múltiples y contienen orina retenida infectada, cálculos o tumores.

Finamente, antecedentes de cirugías antiincontinencia, como suspensiones retropúbicas también pueden ser causa de urgencia.²⁴

Aún cuando la inestabilidad del detrusor implica a una paciente neurológicamente normal, algunas condiciones neurológicas pueden alterar la función vesical, teniendo como resultado contracciones vesicales inestables. Cuando el problema del detrusor es secundario a un problema neurológico se conoce como hiperreflexia del detrusor. Entidades que pueden producir lo anterior son: enfermedad de Alzheimer, Parkinson, esclerosis múltiple y accidentes cerebrovasculares.

3. Incontinencia por rebosamiento.

La pérdida involuntaria de orina debida a la sobredistensión de la vejiga puede tener un amplio margen de presentaciones, incluyendo goteo de orina frecuente, además de incontinencia de esfuerzo y urgencia. Puede deberse a obstrucción de la salida, falta o ausencia de contractilidad del m. detrusor.

La obstrucción mecánica es frecuente en hombres. En mujeres, las causas obstructivas se dan por antecedentes de cirugías oclusivas (suspensiones retropúbicas), estenosis uretral o prolapsos urogenitales totales. Algunas neuropatías, como la diabetes mellitus, tumores de médula espinal y esclerosis múltiple, también pueden causar incontinencia por rebosamiento.

4. Anomalías en el tracto urinario.

Fístulas.

Implica la comunicación entre dos cavidades que usualmente no se comunican. Pueden ser únicas o múltiples, e involucrar no solo al uréter sino también a la vejiga. Las más frecuentes son las fístulas ureterovaginales y las vesicovaginales. En países en vías de desarrollo el trauma obstétrico es la causa más frecuente de fístulas. En países desarrollados

se dan secundarias a cirugías ginecológicas. Pueden presentarse aún en procedimientos quirúrgicos en los que no hubo complicación alguna.

La posibilidad de fístulas es mayor si el paciente operado tenía antecedentes de radiación, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica o cirugía pélvica previa. La radiación puede provocar fístulas aún años después del tratamiento. Los tumores del tracto urogenital también son causa de formación de fístulas.

La presentación de las fístulas es variada. La mayoría presentan pérdida de orina hacia la vagina. Si la fístula ocurre de manera postoperatoria, se nota la incontinencia en 5 – 14 días. Según la localización, la pérdida puede ser mayor y tener relación con algunas posiciones.

5. Defectos del piso pélvico.

Los defectos del piso pélvico, como cistoceles, rectoceles y prolapso uterino se encuentran frecuentemente asociados síntomas de IUE o urgencia, aunque también podrían presentar retención urinaria.¹⁵

Para el funcionamiento normal es fundamental que todas las estructuras pélvicas actúen como unidad y presenten una relación anatómica normal. La pérdida del sistema de soporte del piso pélvico puede llevar a incontinencia, y estas entidades deben evaluarse al mismo tiempo que la IUE. Se dan por defectos a nivel de la fascia pubocervical. La vejiga protruye a través de la pared vaginal anterior. Si el defecto afecta la porción más anterior de la fascia descrita se da el uretrocele, además del cistocele.

Se Produce una sensación de “llenura” en la vagina y pudiera causar bien IUE o retención. El prolapso puede ser evidenciado en la exploración genital.

Rectocele y enterocele.

En estos casos el defecto se presenta en el tabique rectovaginal, que es una capa de la fascia endopélvica ubicada entre la vagina y el recto. Se adhiere a las paredes óseas a través de su unión con las “fibras blancas” de la fascia. Provoca una sensación de “llenura” en la vagina.

Muchas veces la paciente debe reducir el rectocele por la vagina para poder tener una evacuación rectal completa. El defecto puede permitir también la salida de peritoneo del fondo de saco de Douglas y con el la salida de asas intestinales, formando un enterocele.

En sí mismos, estos no causan incontinencia, pero pueden presentarse de manera concomitante y pueden agravar el tratamiento de la incontinencia.

Prolapso uterino y vaginal.

Se presenta en caso de ruptura de la unión entre los ligamentos uterosacos y cardinales al cérvix. Puede ocurrir prolapso de cúpula vaginal luego de histerectomía. . La paciente experimenta una sensación de “protrusión”. Debe también ser diagnosticada y corregida.

EVALUACIÓN CLÍNICA.⁶

1. Historia: La evaluación inicial de una paciente con IUE debe centrarse en la historia, examen físico y establecimiento de diagnósticos diferenciales.⁶

2. Síntomas: En general, el cuadro se establece de manera progresiva. Los síntomas de aparición brusca deben hacer pensar en entidades como infecciones, cuerpos extraños, tumor o cálculos.

Mujeres con historia de obesidad, fumado, constipación y labores que impliquen levantar peso pueden tener un empeoramiento de defectos del piso pélvico preexistentes. La cantidad de protectores que use la paciente es un indicativo de la severidad del proceso.⁶

3. Hábitos defecatorios: La entrevista inicial debe incluir el número de evacuaciones por semana y la duración de cada una. La disfunción defecatoria usualmente afecta los mecanismos de continencia urinaria y agrava los defectos del piso pélvico.

La constipación (menos de 3 evacuaciones a la semana) es una de los factores predisponentes más importantes. De hecho, puede coexistir la incontinencia urinaria y fecal.⁶

4. Historial médico.

Se debe especificar el estatus estrogénico de la paciente al igual que la medicación actual, problemas médicos e historia de cirugías pélvicas.²¹

Algunos medicamentos influyen sobre el aparato urinario, agravando o mejorando los síntomas de incontinencia urinaria:

Agente	Mecanismo	Disfunción
Fármacos antigripales Pseudoefedrina, efedrina, fenilpropanolamina	Incrementan la presión de cierre uretral	Retención urinaria
Agentes antihipertensivos Prazosín, metildopa, reserpina Agonista alfa- adrenérgico	Disminuyen la presión uretral	Empeora la IUE
Diuréticos Tiazídicos, de asa, alcohol	Aumentan el flujo urinario	Empeoran la IUE y la urgencia
Agentes anticolinérgicos Antihistamínicos, antidepresivos tricíclicos	Relajación del detrusor	Retención urinaria
Agentes antipsicóticos Haloperidol Antagonista alfa-adrenérgico	Aumenta la presión uretral	Retención urinaria
Bloqueadores de los canales de calcio Verapamil	Relajación del detrusor	Retención urinaria

Cronograma diario de la micción.

La frecuencia de los síntomas da una percepción de la severidad del cuadro y la manera en como esta afecta la calidad de vida. Se trata de hacer un récord de las ingestas de líquidos (número y cantidad) y micciones presentadas en 24 horas. Se registra además la cantidad de episodios en que presentó emisión involuntaria de orina, especificando la actividad que hacía en ese momento, ejemplo: tos, estornudo, esfuerzo, sueño. Mediante el mismo se puede evidenciar mujeres con ingesta de grandes cantidades de líquidos, sin darse cuenta del impacto de ello. Con una simple restricción de líquidos y modificaciones del comportamiento se pueden reducir significativamente los síntomas.

Es un instrumento sin costo, fácil de usar y de interpretar que ayuda al clínico a saber la magnitud y características asociadas del problema. Además, el paciente se integra de forma activa en su patología.

- Examen físico.
- Evaluación urinaria.

La paciente debe ser orientada para llegar a la consulta con deseos de orinar. Estando en posición de pie se le pide que tosa para evidenciar la emisión involuntaria de orina, sobre un papel colocado en el piso. Se debe pedir que orine espontáneamente en el baño y luego medir la orina residual, para lo cuál se introduce una sonda de Folley. Normalmente el volumen de orina residual debe ser entre 50 – 100 cc. La orina recolectada por el catéter se envía para cultivo, pues la presencia de infecciones pueden empeorar el cuadro de IUE.

Si la paciente no llega con deseos de orinar, se puede introducir solución salina 0.9% - 300 cc con sonda de Folley, retirarla y hacer la prueba de la tos .⁶

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.

Las pruebas para incontinencia intentan reproducir los síntomas de la paciente. La urodinámica, implica estudios objetivos para valorar la función vesical y uretral.

Un test de esfuerzo estándar usualmente confirma el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo genuina. Se debe tomar en cuenta que los procedimientos quirúrgicos pueden agravar la inestabilidad del detrusor y esta ya existe. ²

Test de esfuerzo estándar.

- Q-tip (Prueba del hisopo). ²

Permite valorar la movilidad del cuello vesical. Se introduce un hisopo en la uretra, llegando hasta la vejiga y después se saca suavemente hasta que se percibe una sensación de resistencia, que sería la zona de la unión uretrovesical. Se le pide a la paciente que realice maniobras de Valsalva para valorar el grado de movilidad de la unión. En casos de buena movilidad de la unión uretrovesical, la probabilidad de buen resultado tras tratamiento quirúrgico es del 80-90%. ²

- Cistometría y urodinámica.

La cistometría simple mide la presión vesical. Un cistometograma es un trazo de papel que registra la presión vesical mientras la vejiga se está llenando con agua. La cistometría compleja provee de varios registros de presión simultáneamente. ^{2,6}

Cistometría simple.

Se pide a la paciente que vacíe su vejiga, se cuantifica su micción y se cateteriza la vejiga para medir la orina residual. Luego, con la paciente de pie, se introduce agua estéril o solución fisiológica en la vejiga utilizando una jeringa y una sonda del Folley, sólo bajo fuerza de gravedad. La introducción debe ser paulatina (50 cc) en cada momento.

Se debe tomar nota del volumen introducido en tres momentos: cuando la paciente tiene el primer deseo de miccionar, cuando siente la vejiga llena y cuando siente que no puede tolerar más (volumen máximo). La inestabilidad del detrusor se evidencia si en el momento de introducir el agua se presenta más bien subida del nivel o rebosamiento de la jeringa.

Otras anomalías que se pueden detectar en esta prueba son: dolor durante el llenado, primer deseo de micción a los 100 cc y capacidad vesical alterada (< 350 cc ó > 650 cc).

Cistometría compleja.

Utiliza equipo especial de catéteres para registrar la presión de la vejiga, intraabdominal y de la uretra. Además se colocan electrodos que miden la actividad eléctrica del músculo estriado periuretral.

Urodinámica por video.

Simultáneamente al registro de las presiones mencionadas se utiliza fluoroscopia y agua radiopaca. Se usa sólo en centros muy especializados. Es considerado el estándar de oro.⁶

MANEJO.

El tratamiento de la IUE debe iniciarse estrictamente después de un abordaje diagnóstico adecuado. El manejo conservador de la IUE incluye: terapia conductual, terapia farmacológica y dispositivos mecánicos.

INDICACIONES PARA MANEJO MÉDICO DE LA IUE:

- Procesos inflamatorios.
- Inestabilidad del detrusor.
- Vejiga neurogénica.
- Enuresis.
- Incontinencia por rebosamiento.
- IUE de gasto bajo.

- IUE mixta.
- Hipoestrogenismo.
- Contraindicación del tratamiento quirúrgico.

MANEJO CONSERVADOR.

Debe plantearse en aquellas mujeres que más que una cura de su incontinencia, buscan mejorar los síntomas. Cualquiera de las alternativas implican técnicas más seguras, menos invasivas y de menos costo que los procedimientos quirúrgicos.²

Debido a los costos, morbilidad y larga recuperación, la cirugía se debe plantear en casos en que el manejo conservador no sea más que una opción coadyuvante y si la paciente desea una cura de su patología.

Terapia conductual.

Además de lo anterior, la terapia conductual incluye:

1. Modificación de la dieta e ingesta de líquidos: evitar bebidas diuréticas, aumentar la dieta rica en fibras, reducción de peso.
2. Reeducación del suelo pélvico.
3. Entrenamiento vesical.
4. Reducir la ansiedad y la depresión.

Esta pretende enseñar a la paciente comportamientos que se han perdido. La terapia consiste en programar con tiempo las micciones. El objetivo es separar la percepción de necesitar miccionar del acto en sí, permitiendo a la mujer restablecer el control cortical sobre su vejiga. ⁶

El médico debe primero saber el horario que la paciente lleva, para lo cual puede ser útil el diario cronológico de las micciones. Los intervalos iniciales para la micción se establecen cada 30 ó 60 minutos. Se pueden usar pequeñas dosis de anticolinérgicos. Después de un período de 4 – 6 semanas los intervalos se van espaciando paulatinamente a cada 3 – 4 horas.

El paciente debe ser instruido a miccionar de acuerdo al horario establecido, aún cuando no sienta deseos. Si el deseo de urgencia aparece fuera de la hora establecida, la paciente debe usar técnicas de distracción mental junto con contracciones del piso pélvico. Si el deseo es excesivo debe orinar. Esta terapia es básica en todas las pacientes con incontinencia de esfuerzo e inestabilidad del detrusor, aunque se requiere que la paciente esté motivada y cognitivamente intacta.

Siguiendo lo anterior se consigue una mejoría en los síntomas hasta en un 50 – 90 % de los casos. ⁶

Ejercicios del piso pélvico.

Fueron descritos por Kegel aproximadamente hace 50 años. La realización de los mismos puede reducir el número de episodios de incontinencia mediante el fortalecimiento de los m. elevadores del ano. Los estudios clínicos indican que la explicación verbal de los ejercicios es usualmente inadecuada. Sólo un 30% de pacientes a quienes se les dio la explicación verbal hicieron los ejercicios de manera correcta. El mejor momento para la explicación y asimilación por parte de la paciente es al realizar el tacto vaginal para garantizar que la contractura de los elevadores sea adecuada. ⁶

El régimen debe incluir en contracciones de unos 10 segundos de duración, repetidas 10 veces, 3 veces al día cuando menos. Si el ejercicio se cumple en tiempo y forma se puede esperar una mejoría en los síntomas de hasta un 70 – 80 % en un período de 10 –12 semanas.

Se pueden utilizar además algunos dispositivos como sondas y conos vaginales. Los “biofeedback” consisten en una sonda para medir la presión vaginal unido a un manómetro que registra la presión que ejerce la paciente al contraer los elevadores del ano. Los conos vaginales son graduados en serie de acuerdo al peso.

La paciente debe sostener el cono dentro de la vagina durante 15 minutos dos veces al día, sustituyéndolo por un más pesado en la medida que el ejercicio se hace más fácil.

Estimulación eléctrica y terapia física.

Se realiza mediante estimulación eléctrica o terapia física. Si el estado neurológico es normal, estos métodos causan hipertrofia de los músculos y aumentan la fuerza de los mismos. Puede mejorar tanto la incontinencia por estrés como la urgencia. Los resultados se observan luego de 12 semanas. Puede mejorar también la inestabilidad del detrusor.

Terapia farmacológica.

La utilización de fármacos para el manejo de la IUE se basa en los siguientes ejes:

- Reducir la contractilidad vesical (miorrelajantes). Ejemplo, oxibutinina, tolterodina.
- Aumentar la resistencia uretral. Ejemplo, estrógenos y fenilpropanolamina.
- Ambos efectos. Ejemplo, imipramina, amitriptilina y doxepina.

La terapia farmacológica puede usarse cuando otras opciones no quirúrgicas fallan. Además, puede optimizar los resultados de otros tratamientos. La vejiga urinaria se encuentra primariamente bajo control parasimpático.

Terapia de reemplazo estrogénica. Es parte vital del manejo de la IUE en pacientes hipoestrogénicas o peri/postmenopáusicas. El estrógeno ayuda a restaurar la colágena bien sea aumentando la síntesis o disminuyendo el daño. Aumenta el flujo sanguíneo en el plexo suburetral y mejora las condiciones del epitelio uretral, básicos para la continencia. Aún las mujeres que ya toman terapia sistémica se pueden beneficiar de tratamientos tópicos.

Agonistas colinérgicos (betanecol) y agonistas alfa-adrenérgicos (prazosín, terazocín). El primer grupo causa contracciones de la vejiga. El segundo induce relajación de la uretra. En ambos casos empeoran los síntomas de incontinencia.

- Dispositivos para control de la incontinencia. ²

Los tampones o los pesarios pueden tratar los síntomas leves de la incontinencia por esfuerzo. También existen anillos.

- Inyección uretral.

Las candidatas a esta alternativa, deben cumplir una serie de requisitos:

- No prolapso de la unión uretrovesical.
- Presión de cierre < 20 cm H₂O.
- Uretra rígida.
- Incontinencia exclusiva de esfuerzo.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Todas las formas de incontinencia urinaria pueden tratarse quirúrgicamente. El tratamiento quirúrgico debe plantearse sólo si se han agotado todos los manejos conservadores o si la paciente no puede seguir los mismos.

La terapia quirúrgica es cara, causa molestias y puede no ser curativa. Debe incluir la reparación de cualquier defecto del piso pélvico en caso que lo presentara. ²

Este abordaje pretende recuperar los mecanismos de continencia:

1. En las IUE con hipermovilidad uretral se suspende y se mantiene fija la uretra y la unión uretrovesical. Los resultados quirúrgicos son alentadores.

En la elección de la técnica deben tenerse en cuenta:

- a. La situación general de la paciente: edad, riesgo quirúrgico, actividad física habitual y factores predisponentes a la recidiva (bronquitis crónica, tabaquismo, etc.)
- b. Si se trata de una primera intervención o de una recidiva.
- c. Si estamos frente a una uretra fija o móvil.
- d. El tipo de incontinencia: deficiencia intrínseca del esfínter, uretra hiper móvil, inestabilidad del detrusor, o una combinación de las mismas (incontinencia mixta).
- e. La necesidad de resolver de manera quirúrgica y simultáneamente otras patologías asociadas.
- f. Los deseos de la paciente de ser informada adecuadamente de las ventajas y los riesgos de cada técnica. ²

CRITERIOS QUIRURGICOS DE LA IUE.

1. IUE de gasto alto, previo protocolo.
2. IUE mixta, previo tratamiento anticolinérgico por menos 4 – 6 semanas y reevaluado.
3. IUE de gasto bajo sin mejoría con medidas conservadoras.
4. IUE recidivante.
5. Pacientes con prolapso genital completo, en quienes se espera que luego de la corrección quirúrgica presenten incontinencia urinaria.

Se deben cumplir estrictamente los criterios de selección antes de la cirugía si se persigue obtener buenos resultados. Por tanto, es necesario enfatizar en qué casos NO se debe realizar cirugía:

A quién NO hacer cirugía antiincontinencia ¹

- Pacientes en las que no se comprobó la pérdida de orina, utilizando las pruebas adecuadas.
- Incontinencia urinaria por inestabilidad del detrusor (Coexiste en 30% de casos con IUE genuina).
- Pérdidas por urgencia: hipoestrogenismo, IVU, procesos inflamatorios.
- Pacientes con IUE mixta sin tratamiento médico previo.
- Como profilaxis.

Consejería preoperatoria. ¹

La consejería antes de la cirugía cobra en estos casos mayor importancia que la que ya tiene en general. La paciente debe entender que los síntomas urinarios pueden estar causados por más de un desorden, algunos de los cuales podrían agravarse incluso con la cirugía (inestabilidad del detrusor). Además, el manejo médico es el complemento necesario para tratar algunos síntomas. Se deben plantear los riesgos de fracaso, así como los riesgos

anestésicos y quirúrgicos. Se deben modificar los hábitos nocivos con suficiente anticipación a la cirugía (constipación, fumado).¹

Condiciones que disminuyen el buen pronóstico de la cirugía antiincontinencia.⁶

- Edad avanzada.
- Estado hipoestrogénico.
- Obesidad.
- Histerectomía previa.
- Cirugía antiincontinencia previa.
- Inestabilidad del detrusor.
- Movilidad uretral restringida.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.

Con excepción de las reparaciones paravaginales y los esfínteres artificiales, todas las cirugías antiincontinencia reposicionan la unión uretrovesical a una situación no normal detrás de la sínfisis púbica. La continencia se logra produciendo una obstrucción parcial a la salida.

Los procedimientos para la IUE se clasifican en: suspensiones retropúbicas (uretropexia), reparaciones paravaginales, suspensión por aguja, procedimientos de la fascia paravaginal, esfínteres artificiales y colporrafia anterior con plicatura uretral.²

Colporrafia anterior con plicatura uretral.

Fue modificada por Kelly – Kennedy en 1937. Su finalidad es la estabilización de la uretra proximal y la unión uretrovesical. Además de proveer un soporte preferencial de unión uretrovesical crea una angulación uretral posterior en relación a la base de la vejiga.

Con los años, su uso para manejo de la IUE ha declinado y no debe ser considerado de primera línea. Las tasas de complicaciones son bajas y se indican en casos de pacientes ancianas con prolapsos, o en prolapsos vaginales en pacientes continentes.⁶

Bandas libres de tensión.

Se usan ampliamente como alternativa al tratamiento quirúrgico. Tienen resultados similares a las técnicas operatorias y son estables con el paso del tiempo, con la ventaja adicional de ser mínimamente invasivas, de fácil aprendizaje y permitir el alta precoz. Resuelve situaciones en que la operación de Burch está limitada: obesidad severa, disfunción intrínseca del detrusor en caso de uretra móvil, prolapso urogenital asociado.¹⁴

Suspensiones por aguja.

Como por ejemplo, la cirugía de Pereyra, Raz, Stamey y Gittes, descritas en 1959. La técnica combina el abordaje vaginal y abdominal. Estabiliza el cuello de la vejiga, dando soporte y previniendo los descensos durante los aumentos de presión intraabdominal. Debe haber hipermovilidad uretral. Para su indicación se toma en cuenta la edad, condición médica y asociación a trastornos de la estática pélvica urogenital.¹³

Reparación de tejido paravaginal.

Puede abordarse bien por vía vaginal o abdominal, reaproxima la fascia pubocervical a las líneas blancas. Se usa cuando la incontinencia se relaciona a defectos en la pared lateral de la pelvis.

Esfínteres artificiales.

Son dispositivos mecánicos que se colocan en la unión uretrovesical. Al inflar el dispositivo se cierra la salida de la vejiga, restaurando la continencia.

Suspensiones retropúbicas.

Como por ejemplo, la operación de Burch, descrita en 1962, y Marshall-Marchetti - Krantz, descrita en 1949. Se hacen mediante incisión de laparotomía o bien por laparoscopia. Las suturas se colocan en la fascia pubocervical a ambos lados de la uretra y por fuera de la unión uretrovesical y se fijan al ligamento de Cooper o sínfisis púbica.²⁷

En el caso de la Marshall-Marchetti-Krantz, las complicaciones son mayores pues la cirugía es más obstructiva, presentando dificultad para orinar hasta en un 28%. Se presenta osteítis púbica hasta en un 5% de casos, puesto que el punto de fijación se da en la sínfisis.²⁷

OPERACIÓN DE BURCH.

En general, se puede decir que la operación de Burch es la técnica que mejores resultados ha dado para el abordaje de la IUE genuina con hipermovilidad uretral. También puede ser usada en la IUE mixta, siempre y cuando el componente que predomine sea el de esfuerzo y exista hipermovilidad uretral. Sigue manteniendo su papel de privilegio cuando estamos ante esos diagnósticos y precisamos de la vía abdominal para resolver otras patologías (ejemplo, una histerectomía abdominal).²⁵

Presenta tasas de curación a corto plazo de un 75-90% con disminución a los 5 años. Hasta un 15% de pacientes desarrollan luego de la cirugía inestabilidad del detrusor.²⁶

En esta cirugía, la fascia vaginal se fija a los ligamentos de Cooper (pectíneos) en lugar de a la sínfisis púbica (operación de Marshall-Marchetti-Krantz). La razón es que el par de puntos de la cistouropexia situado más alto parece ser decisivo para el éxito del procedimiento. La ventaja principal de Burch es que se evita la rara, pero complicada a la largo plazo, periostitis púbica. La desventaja principal es que a veces la fascia vaginal no puede elevarse del todo hasta los ligamentos pectíneos y por tanto existe un riesgo de subcorrección.²⁶

COMPLICACIONES.

1. Complicaciones de la herida quirúrgica (infección, hematomas, hernia) : 5.5%.
2. Inestabilidad del detrusor : 15.0%
3. Orina residual alta / Retención urinaria : 5.0%
4. Infección del tracto urinario : 3.9%.
5. Osteítis púbica : 2.5%
6. Injuria del tracto urinario (vejiga, obstrucción uretral, suturas) : 0.7%.
7. Fístulas : 0.3%
8. Muerte : 0.2%.²⁶

El sangrado procedente del plexo venoso de Santorini o de pequeñas arterias puede tener lugar si la disección no se lleva a cabo de forma cuidadosa. En caso de sangrados arteriales hay peligro de formación de hematomas en el espacio de Retzius a las pocas horas de la cirugía.

La lesión de la vejiga o uretra puede tener lugar durante la disección o la colocación de puntos a través de estos órganos. Estas pacientes debutan con hematuria, pérdida urinaria o fístulas. En casos de daños menores puede ocurrir cura espontánea. ²⁶

La obstrucción uretral es rara y se debe a los puntos o a la angulación secundaria a una elevación marcada. El tratamiento consiste en retirar los puntos causantes y cateterizar el uréter. Los abscesos, normalmente debidos a hematomas infectados son raros.

La periostitis púbica es una inflamación dolorosa, habitualmente aséptica del periostio, hueso y cartílago; ocurre con una incidencia de 2.5 – 3.0 %.. En caso de absceso, hay que hacer además evacuación y drenaje.

Los problemas de micción y las retenciones urinarias son complicaciones típicas que pueden ocurrir después de cualquier operación antiincontinencia, incluyendo las colposuspensiones suprapúbicas. La incidencia es variable, puede llegar hasta un 60%. El 15% tienen volúmenes residuales mayores de 100 cc, lo cual suele mejorar en los días siguientes. ²⁶

DISEÑO METODOLOGICO

MATERIAL Y METODO

Tipo de Estudio: Retrospectivo de Corte transversal.

Universo: 280 mujeres atendidas en el servicio de consulta externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo.

Muestra: No probabilística por conveniencia.

$$N = \frac{Z^2 \delta^2 N}{E^2 (N-1) + Z^2 \delta^2}$$

Donde:

n= tamaño de la muestra

N=tamaño de la población

δ = desviación estándar de la población. Constante 0.5

Z= valor obtenido mediante niveles de confianza. Constante 1.96

e= limite aceptable de error muestral. Constante 0.01

Tamaño de la muestra: 120 pacientes sometidas a intervención quirúrgica por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo comprobada en el periodo establecido.

Nivel de confianza 95%

Criterio de Inclusión:

1. Pacientes mayores de 25 años.
2. Pacientes con diagnostico comprobado de incontinencia urinaria de esfuerzo.
3. Pacientes que no hayan sido intervenidas quirúrgicamente por incontinencia urinaria de esfuerzo previa al estudio.
4. Pacientes que tengan como mínimo dos años de evolución postoperatoria.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que tengan alguna patología neurológica concomitante.
2. Pacientes embarazadas o puérperas
3. Toda paciente que no cumpla criterios de inclusión.
4. Paciente mayor de 65 años

Técnicas y Procedimientos

Para obtener la información se procederá la revisión del expediente clínico de las pacientes que llenen el criterio de inclusión. Los datos recolectados se trasladaran a un instrumento previamente elaborado y validado por el tutor y asesor metodológico. El seguimiento se realiza a través del llenado de un segundo instrumento a través de la entrevista y examen físico realizado por el clínico previo consentimiento informado de la paciente.

Plan de Tabulación:

La información recolectada se procesara electrónicamente en el programa SPSS. Se realizara el análisis por frecuencia y porcentaje.

Variables Empleadas:

CATEGORIA:

1. Factores socio Demográfico.
 - 1.1 Edad.
 - 1.2 Ocupación.
 - 1.3 Estado civil
 - 1.4 Escolaridad.
 - 1.5 Procedencia.
 - 1.6 Vida sexual activa.
2. Factores sexuales y reproductivos
 - 2.1 Gineco Obstétricos: Multiparidad, Vía de parto, partos macrosómicos. Parto instrumentado, Desgarros perineales, Climaterio, Menopausia, Terapia sustitutiva hormonal.
3. Sintomatología asociada.
 - 3.1 Síntomas urológicos: Polaquiuria, Disuria, Nicturia, Urgencia. Micción involuntaria al Esfuerzo.
 - 3.2 Tiempo de Evolución de la I.U.E.
4. Antecedentes Médicos
 - 4.1 Antecedentes patológicos generales: Diabetes, Hipertensión arterial crónica, LES, Neuropatías, Traumatismo, Obesidad. Tabaquismo
 - 4.2 Alteración de la Estática Pélvica Uretrocele. Cistocele. Descenso Uterino. Enteroccele. Rectoccele. Desgarro de causa no obstétrica.
5. Métodos Diagnósticos
 - 5.1 Clínico criterios definitorios de incontinencia urinaria de esfuerzo.

- 5.2 Prueba del Aplicador con punta de Algodón
- 5.3 Prueba de Bonney.
- 5.4 Prueba de la Orina Residual.
- 5.5 Glicemia. EGO. Urocultivo
- 5.6 Estudios urodinámicos:
 - Uretrocitoscopia. Pb. Volumétrica. Pb. De Punto de fuga. Cistometría simple.
 - Cistometría compleja.

- 6. Tratamiento:
 - 6.1 Farmacológico (previo al acto quirúrgico).
 - 6.2 Quirúrgico.
 - Técnica quirúrgica utilizada.
 - Evolución clínica en postquirúrgico

- 7. Tiempo de hospitalización.
- 8. Complicaciones según técnica utilizada
 - 8.1 Inmediatas
 - 8.2 Mediatas
 - 8.3 Tardías.
- 9. Recidivas según técnica utilizada
 - Factores asociados a recidivas
- 10. Re intervención en primer año de seguimiento

- 11. Diagnóstico de ingreso
- 12. Diagnóstico de egreso

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
Edad	Cuantitativa Ordinal	Grupos Etáreos	25 – 35 años. 36 – 45 años. 46 – 55 años. 56 – 65 años.
Ocupación	Cualitativa Nominal	Estado Laboral	Ama de casa. Obrera. Comerciante. Ejecutiva. agricultor
Estado Civil	Cualitativa Nominal	Situación Conyugal	Soltera. Casada. Acompañada viuda
Escolaridad	Cualitativa Nominal	Nivel Académico	Primaria. Secundaria. Universidad. Iletrada
Procedencia	Cualitativa nominal	Ubicación Geográfica	Rural. Urbano.
Vida sexual	Cualitativa	Activa	Si. No.
Antecedentes ginecoobstétricos	Cualitativa Nominal	Multiparidad parto instrumentado Macrosomía fetal Desgarros Climaterio Menopausia TRH	Si No
Síntomas	Cualitativa Nominal	Polaquiuria, disuria, Nicturia, Urgencia. Micción involuntaria al Esfuerzo,	Si No
Tiempo de evolución	Cuantitativa Ordinal	Número de años	Abierta
Antecedentes Patológicos	Cualitativa Ordinal	Diabetes, LES, EPOC HTA. Neuropatías, Traumatismo, Obesidad. Tabaquismo	Si No
Alteración de la Estática Pélvica	Cualitativa Ordinal	Uretrocele. Cistocele. Descenso Uterino. Enteroccele. Rectoccele. Desgarro no obstétrico	I grado II grado III grado
Diagnóstico clínico	Cualitativa Ordinal	Criterios diagnósticos Presentes	Si No
Diagnóstico Por examen	Cualitativa Ordinal	Prueba del Aplicador	> 30°. < 30°. No se realizo
Diagnóstico Por examen	Cualitativa Ordinal	Prueba de Bonney.	Positivo. Negativo. No se realizo

Seguimiento de las pacientes intervenidas quirúrgicamente por incontinencia urinaria de esfuerzo en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de marzo de 2014 a febrero de 2017.

Diagnóstico Por examen	Cualitativa Ordinal	Prueba de la Orina Residual.	< 50 cc. > 50 cc. No se realizo
Exámenes Generales	Cualitativa Ordinal	Glicemia. EGO. Urocultivo.	Normal. Alterado.
Estudios de Urodinámia	Cualitativa Ordinal	Uretrocitoscopia. Pb. Volumétrica. Pb. De Punto de fuga. Cistometría.	Normal. Alterado. No se realizo
Diagnóstico de ingreso	Cualitativa Nominal	Diagnostico al ingreso	Abierto
Diagnóstico de egreso	Cualitativa Nominal	Diagnostico al egreso	Abierto
Tratamiento previo a cirugía	Cualitativa Nominal	Ejercicio de kegel. Terapia sustitutiva hormonal	Sí No
Técnica quirúrgica	Cualitativa Nominal	Burch . Marshall – Marchetti. Pereira. Colporrafia anterior. Plastia de Kelly kenedy. TOT. TVT	Si No
Evolución clínica según técnica	Cualitativa Nominal	Respuesta terapéutica	Si no
Hospitalización.	Cuantitativa Ordinal	Número de Días de hospitalización	Abierta
Complicaciones según técnica utilizada	Cualitativa Nominal	Ligadura de Uréter. Lesión Vesical. Retención Urinaria. Infecciones. Parestesia de miembros inferiores. Persistencia de la Incontinencia Urinaria. Fístulas Vesicovaginal	Si No. No Reg.
Recidiva según técnica utilizada	Cuantitativa ordinal	Operación de Burch Operación de Marshall – Marchetti. Op. de Pereira. Colporrafia anterior. Plastia de Kelly kenedy. TOT. TVT	Porcentaje
Factores asociados a recidivas	Cualitativa nominal	Diabetes, LES, EPOC HTA. Neuropatías, Traumatismo, Obesidad. Tabaquismo	Si No
Reintervención en primer año	Cualitativa Nominal	Nueva cirugía correctiva	Si No

de seguimiento			
-------------------	--	--	--

INSTRUMENTO
Ficha de Recolección de Datos.

No. de Expediente: _____

Factores Sociodemográficas:

- 1 Edad: 25 – 35 años.---- 36 – 45 años. --- 46 – 55 años.--- 56 - 65. Años ---
2. Escolaridad: Analfabeta --- Primaria. --- Secundaria.--- Universidad.--- técnico --
3. Estado Civil. Soltera.--- Casada. ---- Acompañada. ---- viuda ----
4. Procedencia: Rural.--- Urbano ---.
5. Ocupación. Ama de casa. ---- Obrera. --- Comerciante.--- Ejecutiva. ---
6. Vida sexual activa si ----- no-----

Factores Ginecoobstétricos	Sí	No
Multiparidad		
Macrosomía Fetal		
Desgarros		
Parto instrumental		
Climaterio con TRH/sin TRH		
Menopausia con TRH/sin TRH		

Sintomatología

Síntomas Urológicos	Sí	No
Polaquiuria		
Disuria		
Nicturia		
Micción involuntaria al esfuerzo		

Tiempo de evolución. Duración en años.-----

Antecedentes Patológicos	Sí	No
Diabetes		
Neuropatías		
Obesidad		
L.E.S.		
I.V.U.		
H.T.A.		
Asma Bronquial		
EPOC.		
Tabaquismo.		

Alteración de la Estática Pélvica. 1° 2° 3°

Uretrocele
 Cistocele
 Descenso Uterino
 Enterocele
 Rectocele
 Desgarro Vulvar no obstétrico

Métodos Diagnósticos

Criterios clínicos presentes	Sí	No		
Prueba del Aplicador con Punta de Algodón	Sí	No	No se realizo	
Prueba Bonney	Sí	No	No se realizo	
Prueba de la Orina Residual	Sí	No	No se realizo	
Exámenes Generales:	Si	No	Normal	Alterado
Estudios Urodinámicos	Si	No	Normal	Alterado
Tratamiento previo a la cirugía			Sí	No
Ejercicios de Kegel				
Terapia sustitutiva Hormonal				
Técnica Quirúrgica utilizada.			Sí	No
Abdominal	Burch			
	M.M.K.			
	Pereyra			
Vaginal:	Histerectomía Vaginal.			
	CAP + PKK.			

	TVT	TOT		
Complicación según técnica utilizada			Sí	No
	Ligadura de Uréter.			
	Lesión Vesical.			
	Retención Urinaria.			
	Infecciones.			
	Parestesia de miembros inferiores.			
	Persistencia de I.U.E			
	Fístulas Vesicovaginal			
Recidiva según técnica utilizada			Sí	No
	Burch			
	M.M.K.			
	Pereyra			
	Histerectomía Vaginal.			
	CAP + PKK.			
	TVT			
	TOT			
Factores asociados a recidiva			Sí	No
	Diabetes			
	Neuropatías			
	Obesidad			
	L.E.S.			
	I.V.U.			
	H.T.A.			
	Asma Bronquial			
	EPOC.			
	Tabaquismo.			
Re intervención en primer año de seguimiento			Sí	No
Diagnóstico de Ingreso				
Diagnóstico de Egreso				

FORMULARIO UROGINECOLOGICO SEGUIMIENTO

A. DATOS DE AFILICACION.

Paciente _____

Número de expediente _____

Edad _____

Fecha _____ Tiempo de postquirúrgico _____

B. UROGINECOLOGIA

1. Pierde usted orina repentinamente con los esfuerzos? Si ____ no ____

2. Si lo anterior sucede, en que situaciones?:

Toser _____ estornudar _____ vomitar _____ carcajadas _____

Brincar _____ correr _____ subir escaleras _____ andando _____

Cargar _____ al ponerse de pie _____ relaciones sexuales _____

3. Tiene usted siempre deseo urgente incontrolable de orinar antes de vaciar su vejiga?

Si ____ no ____

4. Teniendo urgencia ha perdido orina antes de llegar al baño?

Si ____ no ____

5. Tiene pérdida de orina sin esfuerzos y/o es de forma continua?

Si ____ no ____

6. Cuantas veces orina usted desde que se levanta hasta que se acuesta?

7. Cuantas veces se levanta a orinar por la noche desde que se ha acostado? _____

8. Tiene usted dolor/ardor al orinar? Si ____ no ____

9. Tiene usted que hacer fuerza para orinar? Si ____ no ____

10. Después que orina tiene la sensación que ha vaciado incompletamente la vejiga?

Si ____ no ____

11. Tiene que introducir los dedos en sus partes para vaciar completamente la vejiga?

Si ____ no ____

12. Tiene usted que usar protectores por las pérdidas de orina? Si ____ no ____

13. Cuantas veces se cambia de protectores al día? _____

14. Como retira esos protectores?

Secos ____ húmedos ____ mojados _____

15. Cuanto tiempo de evolución tiene su problema?

Días ____ Meses ____ Años _____

16. Ha padecido usted de infección de vías urinarias a repetición? Si ____ no ____

17. Ha sido operada alguna vez para corregir problemas urinarios? Si ____ no ____

18. Hay presencia de sangre en la orina? Si ____ no ____

C. PRESUNCION DIAGNOSTICA AL CUESTIONARIO

1. Incontinencia urinaria en estudio con sintomatología de esfuerzo exclusiva

2. Incontinencia urinaria en estudio con sintomatología de urgencia exclusiva _____
 3. Incontinencia urinaria en estudio con sintomatología mixta _____
 4. Paciente con sintomatología de infección de vías urinarias _____
 5. Paciente con sintomatología de patología obstructiva _____
 6. Paciente con síntomas de incontinencia por fistula del tracto urinario _____
 7. Paciente con patología ginecológica infecciosa o inflamatoria _____
 8. Paciente con trastorno de la estática pélvica _____
 9. Paciente con datos de hipoestrogenismo _____
 10. Sospecha de enfermedad neurológica relacionada al problema urinario _____
- D. PLANES DIAGNOSTICOS
1. Se solicita urocultivo _____
 2. Se solicita prueba de la tos para confirmar incontinencia _____
 3. Solicita cistometría simple _____
 4. Solicita valoración de orina residual _____
 5. Solicita cistograma o pielograma IV _____
 6. Solicita valoración neurológica _____
 7. Solicita valoración uro ginecológica _____
 8. Solicita TRH _____
- E. PLANES TERAPEUTICOS
1. Inicia terapia tópica con estrógenos _____
 2. Inicia tratamiento antibiótico para infección de vías urinarias _____
 3. Inicia tratamiento para infección ginecológica _____
 4. Valora posibilidad de Re intervención _____

RESULTADOS

El presente trabajo realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense, entre Marzo de 2014 a febrero de 2017, conto con pacientes atendidas en el servicio de Consulta Externa de Ginecología, con alteración de la estática pélvica y refiriendo incontinencia urinaria (280), de los cuales a 120 de ellas se le intervino quirúrgicamente con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo.

Entre los factores sociodemográficos, los grupos etáreos más relevantes comprendieron: pacientes mayores de 56 años (49.16%) y 46-55 años (28.33%); el 50.83% con escolaridad primaria aprobada, desempeñándose como ama de casa en el 69.16%. El 75.83% estaban acompañadas pero solo un 57.5% con vida sexual activa y procedían del área urbana en el 87.5%. (Cuadro No. 1)

En los antecedentes gineco-obstétricos, la multiparidad se encontró en 35% y el parto vía vaginal se presentó en un 100%, desgarros vulvoperineales (19.1%) los cuales se presentaron en 29.8 % de pacientes no multíparas, macrosomía fetal (29.8%), y menopausia sin TRH (91.6%). (Cuadro No. 2)

De los principales síntomas urológicos, la micción involuntaria al esfuerzo se presentó en el 100% de las pacientes con un tiempo de evolución mayor de 2 años (94.16%), seguido por polaquiuria (60%), nicturia (8.3%) cabe señalar que tanto la polaquiuria como la nicturia estuvieron presentes como parte del complejo sintomático de las pacientes y no como un fenómeno aislado. (Cuadro No. 3)

El antecedente patológico personal más frecuente fue HTA. (70.8%), seguido del EPOC (11.6%), IVU (7.5%). Y dentro de los antecedentes personales no patológicos se encontró tabaquismo (10%) y obesidad (95.83), se encontró presencia de masa vaginal en 68.33% de los casos. (Cuadro No. 4)

La alteración de la estática pélvica más evidente es el cistocele encontrándose presencia de masa vaginal en 68.33% de los casos, clasificadas en tercer grado (56.6%). El descenso uterino se encontró en un 9.16%. Desgarro vaginal no relacionado a parto 12.5%. (Cuadro No. 5)

El diagnóstico se fundamentó en elementos clínicos. Entre los métodos diagnósticos complementarios más usados se encontraron los exámenes de laboratorio: Glicemia (normal en el 97.5%) y E.G.O. (normal en el 94.16%); al 95.83% de las pacientes no se realizaron urocultivo; pero se encontró urocultivo alterado en 4.16% de los realizados, la prueba de orina residual, se efectuó en el 5.8% de pacientes postquirúrgicas mediatas; no se realizaron estudios urodinámicos ni prueba de aplicador con punta de algodón. La prueba de Bonney se utilizó en un 30.8% de las pacientes. (Cuadro No. 6)

Se documentó la utilización de los ejercicios de Kegel en 23.30% de los expedientes clínicos. Como terapia previa a la intervención. (Cuadro No. 7)

El manejo terapéutico empleado fue el quirúrgico (100%), realizándose CAP más PKK en el 69.16% siendo esta la cirugía de mayor frecuencia, ocasionalmente precedida de histerectomía vaginal (9.1%). TOT (34.16%). Marshall Marchetti Krantz (1.6%). No se realizaron otros procedimientos quirúrgicos. (Cuadro No.7)

Entre las complicaciones se encontró: retención urinaria (3.3%), infección (7.5%) lesión vesical (3.3%) ligadura de uréter (1.6%). (Cuadro No. 8)

La presencia de ligadura de uréter y lesión vesical se encontraron en pacientes posquirúrgicas de histerectomía vaginal. La presencia de infección se encontró en 7 de las 9 pacientes diabéticas intervenidas. (Cuadro No 8)

No se reportaron complicaciones inmediatas y dentro de las complicaciones tardías se encontró aparición de fistulas en 3 pacientes de seguimiento, 2 de ellas se les había practicado histerectomía vaginal y una paciente tenía antecedente de colpoptosis anterior + Plastia de Kelly. (Cuadro No. 9)

Se encontró recidiva de la IUE en 10% de los casos. Todas tenían antecedente de colpoptosis anterior + Plastia Kelly Kennedy . (Cuadro No. 10)

Se realizó comparación entre la técnica quirúrgica utilizada y la evolución clínica, se encontró recidiva de la IUE en 10% de los casos con pacientes intervenidas con Colpoptosis Anterior + Plastia Kelly Kennedy, las complicaciones más frecuentes en este grupo de postquirúrgicas fue 5.8% infecciosas, 1.66% retención urinaria, Un 60% de las mujeres con recidiva tenían hábito tabáquico. (Cuadro No 11)

1.66% de las pacientes postquirúrgicas de TOT presentaron infección de sitio quirúrgico, encontrándose presente en el 100% de las mismas diabetes mellitus e hipertensión arterial. No se presentaron recidivas en este grupo.

No se presentaron complicaciones en el grupo de pacientes que se les realizó operación de Marshall Marchetti Krantz. Tampoco recidivas

El diagnóstico de ingreso más frecuente fue cistocele IIIº más I.U.E. (56.6%), con un tiempo de evolución de incontinencia urinaria mayor de 2 años en 94.16%), seguido de cistocele IIº más I.U.E (16.6%) el cual se correspondió en 100 al diagnóstico consignado al egreso (Cuadro No. 12)

Durante el seguimiento se encontró reingreso en el posquirúrgico mediato de 14.16% de las pacientes. El promedio de hospitalización se encontró 1.3 días para el 85.83% de las pacientes. Un 2.5% de las pacientes fueron egresadas con sondaje Foley, las cuales fueron retiradas posteriormente en cita de seguimiento en consulta externa. El alta de consulta externa se realizó antes de las 4 semanas en más de la mitad de las pacientes.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La incontinencia urinaria está considerada como uno de los problemas a los que la mujer se enfrenta con mayor frecuencia, alcanzando una prevalencia elevada entre la población femenina especialmente en la tercera y cuarta década de vida, y que puede generar diversas repercusiones (físicas, psicológicas, sociales, económicas) que influyen negativamente sobre la calidad de vida.

Es evidente el incremento de la I.U.E, en pacientes con edades entre 36-45 años, y no solamente en pacientes menopausicas lo cual coincide con los resultados obtenidos en el estudio "Evaluación y Manejo de los Pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en el Servicio de Ginecología del HBCR (Noviembre 2000 – 2001). 6 Sin embargo, esto difiere con lo expresado por la literatura internacional la cual expone que con la edad hay un aumento importante en la prevalencia de trastornos uroginecológicos y los síntomas suelen iniciarse con mayor frecuencia alrededor de los 51 años, coincidiendo con la edad promedio en que se presenta la menopausia.

En su gran mayoría las pacientes eran procedentes del área urbana con solo primaria aprobada y desempeñándose como ama de casa. El trabajo de fuerza se encontró presente en 20% de las pacientes intervenidas, lo cual se corresponde a lo expuesto por el colegio americano de ginecoobstetras ².

Es de esperarse que la multiparidad y el parto vía vaginal, de productos macrosómicos sean factores precipitantes de I.U.E., coincidiendo con lo expresado en estudios realizados en hospital Bertha Calderón Roque y Hospital Oscar Danilo Rosales, sin embargo nos llama la atención el incremento gradual de casos de incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres con poca paridad 64% de las pacientes diagnosticadas no tenían más de 3 hijos. De igual forma se encontró presencia de una alta frecuencia de desgarros vaginales de índole no obstétrica (12.5%)

Entre los síntomas urológicos más representativos está la micción involuntaria de esfuerzo, con un tiempo de evolución mayor de 2 años, similar a lo planteado en estudios similares en Hospital Oscar Danilo Rosales y Hospital Antonio Lenín Fonseca y hospital Bautista. ¹² Esto es seguido por disuria, poliuri y urgencia la cual se presenta en el 11% de los casos. ¹

Existen enfermedades de afectación sistémica que influyen en la presentación de la I.U.E. Las pacientes estudiadas tenían antecedentes de I.V.U., EPOC, HTA, obesidad, diabetes y tabaquismo.

El climaterio y menopausia fue evidente en el 61.6% de las pacientes, por lo que es importante reconocer que la incontinencia urinaria de esfuerzo es más común en la peri menopausia, variando su incidencia desde 1.6% hasta 46%. ¹

El trastorno de estática pélvica, fue el común denominador de la I.U.E, presente en el 68.33% de las pacientes, se diagnosticó cistocele de III^o en 56.6%, seguido de descenso uterino en el 9.16% del total de pacientes. En concordancia con la mayoría de tesis monográficas efectuadas.^{7,8,8,10,11,13, 14.}

Esto es soportado por la bibliografía al referir que una de las causas más importantes que originan I.U.E., es la pérdida del soporte anatómico, ocurriendo en un 90% de los casos.

¹

Se investigaron diferentes métodos diagnósticos que pueden ser utilizados para clasificar una paciente como incontinencia urinaria de esfuerzo. Sin embargo, solo se efectuaron exámenes de laboratorio generales como glicemia , EGO, y urocultivo en tan solo un 4.16% de los casos, y los cuales se encontraron alterados en un 100%

La prueba de Bonney se efectuó en el 30.8% de las pacientes y la prueba de orina residual en el 5.8% de pacientes postquirúrgicas mediatas. La literatura internacional refiere que actualmente esta prueba se encuentra en desuso.¹

El tiempo de evolución de la I.U.E., en su mayoría se presentó por más de 2 años, principalmente en pacientes que cursaban con cistocele de II^o y III^o con descenso uterino de II^o, con resultados muy similares a los encontrados en un estudio realizado en el Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz. Enero 1999 – Agosto, 2002.²⁷

Al 100% de las pacientes se le practicó corrección quirúrgica, principalmente vía vaginal (histerectomía vaginal, Colporrafia Anterior /Plastia Kelly Kennedy, TOT). Tan solo en dos pacientes se efectuó operación de Marshall Marchetti Krantz (1.6%). El tratamiento quirúrgico se enfoca principalmente a la realización de uretropexia suprapúbica o a la suspensión con aguja obteniéndose con ello mejores resultados que con la colpopexia en la corrección incontinencia urinaria de esfuerzo.

La terapia médica farmacológica (TRH), se llevó a cabo en el 0.8% de las pacientes y por un tiempo menor al año. La mayoría de los estudios internacionales refieren que para una mejor respuesta al tratamiento de la incontinencia urinaria debe ser fundamental la realización de una terapia sustitutiva hormonal.

Cabe señalar que aunque el 61.6% de las pacientes se encontraban en el climaterio/menopausia no se efectuó TRH correctiva, previo a cualquier tratamiento quirúrgico. Así como no se documentó la utilización de ejercicios de Kegel en el postquirúrgico y solo en 23% de las pacientes prequirúrgicas.

La bibliografía internacional refiere que la colporrafia anterior todavía es usada comúnmente para el tratamiento de la I.U.E., sin embargo, tiene pobres resultados a largo plazo^{(20,21,22,23).}

Se presentaron complicaciones postquirúrgicas en el 14.16 % de las pacientes tratadas, no se reportan casos de parestesia de miembros inferiores, si se encontró retención urinaria, infección y persistencia de IUE, esta última en un 10%, más alta a la tasa encontrada en estudios de referencia.^{13,14,27}

En el presente estudio no se presentaron complicaciones inmediatas.

De las 180 pacientes intervenidas por IUE no se tiene conocimiento de complicaciones tardías por la falta de seguimiento a 33% de ellas por la cual no se incluyeron en el estudio. Está documentada que el 90% de las recidivas (IUE) se presentan en los primeros 2 años postquirúrgicos.^{1,3} En la mayoría de los procedimientos quirúrgicos correctivos se recomienda un seguimiento de la paciente desde 6-22 meses postquirúrgicos.

La presencia de complicaciones se encontró en un escaso porcentaje de los casos en la cirugía practicada con mayor frecuencia, correspondiéndose con lo expresado por la literatura nacional^{6,14} ya que en términos de porcentaje es aceptable la frecuencia de complicaciones las cuales se consideran menores. Llama en particular la atención que el 60% de las pacientes postquirúrgicas de Colporrafia Anterior + Plastia Kelly Kennedy eran fumadoras activas.

Por otro lado la aparición de complicaciones de mayor severidad se encontraron en cirugías de mayor complejidad como la histerectomía vaginal seguida de Colporrafia Anterior + Plastia Kelly Kennedy ya que 5 de las 11 pacientes con esta intervención se complicaron en el postquirúrgico mediato.

Cabe señalar que solo el 4.87% de las pacientes a quienes se les realizó TOT presentaron complicaciones de tipo infeccioso, encontrándose en estas pacientes el antecedente de diabetes mellitus e hipertensión arterial.

. El principal diagnóstico de egreso fue el cistorectocele IIIº con IUE (68.33%), seguido del que se acompaña de descenso uterino de IIº (9.16%). Se logró confirmar el 100% de los diagnósticos de ingreso.

CONCLUSIONES

1. Según las características sociodemográficas encontradas, se presentó incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres de la tercera y cuarta década de la vida, procedentes del área urbana, con bajo nivel de escolar, las que se desempeñaban como ama de casa. Todas las pacientes multíparas presentaban alteraciones de la estática pélvica refiriendo micción involuntaria al esfuerzo con evolución de 2 años, asociados a su etapa climatérica/menopáusica sin terapia de reemplazo hormonal. Se encontró IUE también en pacientes con menos de 4 partos vaginales en 64.16% de ellas.
2. El principal medio diagnóstico utilizado fue el elemento clínico.
3. No se utilizaron estudios de urodinamia para reconocimiento y diferenciación de la incontinencia urinaria, así como fue notoria la diversidad de criterios al clasificar las alteraciones de la estática pélvica.
4. La colporrafia anterior con plastía de Kelly Kennedy fue la terapia más utilizada; con la tasa de recurrencia de 10% no se presentó recidiva en las otras técnicas utilizadas.
5. Las principales complicaciones quirúrgicas se presentaron de forma mediata (retención urinaria, infección de la herida quirúrgica, y persistencia de la incontinencia urinaria). Dentro de las complicaciones tardías se encontraron fenómenos de fistulización en 1.6% de las pacientes.
6. Se encontró presencia de comorbilidades en el 100% de las pacientes que presentaron complicaciones mediatas y tardías.
7. Promedio de hospitalización se encontró en 1.3 días para el 85.83% de las pacientes.
8. 1.6% de las pacientes amerito una nueva re intervención antes del año de seguimiento.

RECOMENDACIONES

1. Implementar estrategias que garanticen el conocimiento sobre hábitos alimenticios saludables y cambios de estilo de vida mediante los planes educacionales de las pacientes.
2. Realizar sesiones de educación continua en las unidades de atención primaria para la correcta identificación de las pacientes con riesgo de desarrollar incontinencia urinaria y realizar una adecuada selección de las mujeres que ameritan valoración en la unidad hospitalaria.
3. Garantizar medios adecuados para la exploración detallada de las pacientes. Las autoridades hospitalarias deben facilitar los instrumentos necesarios para la correcta aplicación de métodos diagnóstico básicos: prueba de orina residual, prueba volumétrica, prueba de Bonney y cistometría simple, sabiendo que cada uno de ellos pueden ser realizados en consulta externa de Ginecología.
4. Coordinar el manejo multidisciplinario de estas pacientes con el servicio de urología.
5. Garantizar realización de estudios de urodinamia a pacientes previamente seleccionadas.
6. Realizar seguimiento a mediano y largo plazo de las pacientes intervenidas quirúrgicamente.
7. Garantizar a la mujer el conocimiento de su problemática y los métodos terapéuticos y no farmacológicos en el manejo de su patología
8. Elaborar un formato intrahospitalario para el seguimiento de estas pacientes
9. Promover la realización de nuevos estudios en esta temática.

BIBLIOGRAFÍA

1. *The International Continence Society. Committee on Standardization of Terminology of Female Organ Prolapse and Pelvic Floor Dysfunction. August 2004.*
2. *Garely, Alan D MD, Noor, Nabila MD. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Publicado por Lippincott Williams & Wilkins. 2014*
3. *Mayo Clinic On Managing Incontinence. Urinary Incontinence in Woman. Clinical Symposium. Vol. 47, Number 3. 2014.*
4. *DuBeau CE, Resnick. Evaluation of the causes and severity of geriatric incontinence. North American Urologic Clinics 2001; 243 – 256.*
5. *Colombo, Vitobello, Prioretti. Estudio randomizado controlado de colposuspensión de Burch versus colporrafia anterior en mujeres con IUE y prolapso de la pared vaginal anterior. British Journal of Obstetrics and Gynecology 2000.*
6. *. López Marcia, Violeta “Evaluación y Manejo de los Pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en el Servicio de Ginecología del HBCR (Noviembre 2000 – 2001*
7. *Norory Gómez, Marta Tratamiento de la incontinencia urinaria en la mujer por medio de la cirugía Marshall – Marchetti – Krantz. (HFVP 1976 – 1982) Tesis. Managua Nicaragua.*
8. *Núñez Téllez, Ligia “Manejo Quirúrgico de la Incontinencia Urinaria en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello 1988” Tesis. León Nicaragua*
9. *Bermúdez Sánchez, Frank. Dr. “Tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo con la Técnica Marshall – Marchetti – Krantz en el Hospital Berta Calderón Roque. 1983-1986. Tesis . Managua Nicaragua 1987.*
10. *Rueda Mendoza, Sergio y Guadamuz R. Alberto . “Incontinencia Urinaria de Esfuerzo con corrección Marshall – Marchetti – Krantz” Hospital Antonio Lenín Fonseca. 1983-1988. Tesis. Managua Nicaragua. 1988*
11. *Gutiérrez Nicaragua, Mario. “ Tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo con la Técnica Marshall – Marchetti – Krantz en Hospital Berta Caldeón Roque”. Monografía. 1987 – 1988. Managua, Nicaragua*

12. Madrid Tejada, Sonia, "Efectividad de Técnicas Quirúrgicas Suprapúbicas y Vaginales de Pacientes Femeninas con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo". Hospital Antonio Lenín Fonseca y Bautista. Monografía. 1995-1997. Managua, Nicaragua.
13. Morales Alfaro, Harley Manuel Dr. "Valoración Postquirúrgica de las pacientes intervenidas por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo". Hospital Berta Calderón Roque. Monografía. 1993-1997. Managua, Nicaragua.
14. Esquivel Muñoz Erick Martín, Dr. "Valoración del Tratamiento de la Incontinencia Urinaria". Hospital Dr. Oscar Danilo Rosales. Monografía. 2000-2001. León, Nicaragua.
15. Wall Lewis. L. "Incontinencia, Prolapso y Trastornos del Suelo Pélvico" Tratado de Ginecología de Novak, Décima Segunda edición. Pág. 619- 676. México D.F. 1997.
16. Käser, Hirsch, Iklé. Atlas de cirugía ginecológica. Marbán, 5° edición, 2000. Pp. 504514.
17. Horbach NS: Genuine stress urinary incontinence: Best surgical approach. *Contemp Ob Gyn* 53-60, Sep 2002
18. Glazener CMA, Cooper. Reparación vaginal anterior versus suspensión retropubiana para la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Cochrane Incontinence Group*. Marzo 2009.
19. González Merlo J. "Incontinencia de Orina" *Ginecología*. 7ma. Edición Cap. 17. Pág. 283-291. Barcelona. 1997.
20. McGuire EJ, Savastano JA: Stress incontinence and detrusor instability/urge incontinence. *Neurourol Urodyn* 4:313-316, 2005.
21. Elia G, Bergman A: Prospective randomized comparison of three surgical procedures for stress urinary incontinence: Five year follow up. *Neurourol Urodyn* 13:498, 2004.
22. . Jarvis GJ: Surgery for genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 101:371-374, 1994.
23. Valaitis SR, Stanton SL: Surgery for genuine stress incontinence. *Contemp Ob Gyn* 65-80, Oct 1995
24. Alcalay M, Monga AK, Stanton SL: Burch colposuspension—How long does it cure stress incontinence? *Neurourol Urodyn* 13:495, 2004.
25. Burch JC: Urethrovaginal fixation to Coopers ligament for correction of stress incontinence, cystocele, and prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 81:281-290, 1961.

26. Liu CY: *Laparoscopic retropubic colposuspension (Burch procedure): A review of 58 cases. J Reprod Med 38:526-530, 1993*
27. *Almendarez Martínez Juan José Abordaje y Evaluación de pacientes atendidas por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en el Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz. Enero 1999 – Agosto, 2002. Tesis.*

CUADROS Y TABLAS

CUADRO NO 1

Características sociodemográficas de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, atendidas en el servicio de consulta externa de ginecología. Hospital Alemán Nicaragüense. 2014-2017 N= 120

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD		
25- 35 AÑOS	9	7.50 %
36- 45 AÑOS	18	15.0 %
46-55 AÑOS	34	28.3 %
56-65 AÑOS	59	49.16 %
ESCOLARIDAD	14	11.66 %
ILETRADA	61	50.83 %
PRIMARIA	32	26.66 %
SECUNDARIA	13	10.83 %
UNIVERSIDAD		
OCUPACION		
AMA DE CASA	83	69.16 %
OBRAERA	3	2.50%
COMERCIANTE	11	9.16%
DOMESTICA	6	5.00%
AGRICULTORA	3	2.50%
EJECUTIVA	8	6.66%
MAESTRA	4	3.33%
ABOGADA	2	1.66%
ESTADO CIVIL		
SOLTERA	7	5.83%
CASADA	6	5.00%
ACOMPAÑADA	91	75.80%
VIUDA	16	13.33%
PROCEDENCIA		
URBANA	15	12.50%
RURAL	105	87.50%
VIDA SEXUAL ACTIVA	69	57.5%

FUENTE: Expediente Clínico.

CUADRO NO 2

Antecedentes Ginecoobstétricos de las pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo atendidas en el servicio de Ginecología. Hospital Alemán Nicaragüense. 2014-2017
N=120

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MULTIPARIDAD	43	35.83%
PARTO VIA VAGINAL	120	100.00%
MACROSOMIA FETAL	23	19.16%
DESGARRO PERINEAL	25	20.83%
CLIMATERIO SIN TRH	0	0.00%
MENOPAUSIA CON TRH	1	0.83%
MENOPAUSIA SIN TRH	119	99.16%

100 % de las pacientes multiparas presentaron IUE, pero se encontró IUE también en pacientes con menos de 4 partos vaginales en 64.16% de ellas.

FUENTE: Expediente clínico.

CUADRO NO 3

Síntomas urológicos de las pacientes que acudieron a servicio de consulta externa de ginecología con incontinencia urinaria de esfuerzo. Hospital Alemán Nicaragüense 2014-2017

SINTOMAS UROLOGICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
POLAQUIURIA	72	60.00%
DISURIA	2	1.66%
URGENCIA	0	0.00%
MICCION INVOLUNTARIA AL ESFUERZO	120	100.00%
NICTURIA	10	8.33%
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA IUE > 2 AÑOS	113.	94.16%

En menor porcentaje de casos la IUE presento un tiempo de evolución menor a 1 año 5.84%.

FUENTE: Expediente clínico

CUADRO NO 4

Antecedentes personales patológicos de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo atendidas en el servicio de ginecología. Hospital Alemán Nicaragüense 2014-2017

ANTECEDENTES PATOLOGICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIABETES	9	7.50%
OBESIDAD	115	95.8%
IVU	9	7.50%
HIPERTENSION ARTERIAL	85	70.83%
EPOC	14	11.66%
TABAQUISMO	12	10.00%

FUENTE: Expediente clínico.

Entre la muestra estudiada se encontró una alta incidencia de obesidad. Obesidad Grado I y II en 42.50% y Obesidad Grado III en 10.80%.

CUADRO NO 5

Alteración de la estática pélvica en pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo atendidas en el servicio de Ginecología. Hospital Alemán Nicaragüense. 2014-2017 N=120

TRASTORNO	I		II		III		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
CISTOCELE	20	16.60	20	16.60	68	56.66	108	90
RECTOCELE	4	3.33	0	0.00	0	0.00	4	3.33
DESCENSO UTERINO	0	0.00	8	6.66	3	2.50	11	9.16
URETROCELE	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00

Se encontró un 12.30% de pacientes que tenían antecedente de desgarro perineal no relacionado con parto. Principalmente de etiología traumática.

FUENTE: Expediente clínico.

CUADRO NO 6

Exámenes realizados en pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo atendidos en el servicio de Ginecología. Hospital Alemán Nicaragüense. 2014-2017 N=120

EXAMEN REALIZADO	NORMAL		ALTERADO		NO REALIZADO	
	No	%	No	%	No	%
GLICEMIA	117	97.50	3	2.50	0	0.00
EXAMEN GENERAL ORINA	98	81.66	22	18.33	0	0.00
UROCULTIVO	0	0.00	5	4.16%	115	95.83
ORINA RESIDUAL	4	3.33	3	2.5	113	94.16
TEST DE BONEY	0	0.00	37	30.8	83	69.16
PRUEBA DE LLENADO VESICAL	0	0.00	20	16.66	100	83.33

Estudio de orina residual se realizó únicamente en el postquirúrgico mediato.

Diagnostico se fundamentó en elementos clínicos: Examen Neurológico Normal. Soporte Anatómico deficiente, escape comprobable con esfuerzo (Prueba de esfuerzo o de la toalla sanitaria). Consignados en el expediente.

FUENTE: expediente clínico.

CUADRO NO 7

Terapéutica empleada en pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, atendidas en el servicio de Ginecología. Hospital Alemán Nicaragüense. 2014-2017 N=120

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDICO	1	0.83%
QUIRURGICO	120	100.00%
CAP+ PKK	83	69.16%
TOT	41	34.16%
HISTERECTOMIA VAGINAL	11	9.16%
MARSHALL MARCHIETTI KRANTZ	2	1.66%
EJERCICIOS DE KEGEL	28	23.3%

Los ejercicios de Kegel estuvieron incluidos como terapéutica inicial en 23.3% de las pacientes quienes posteriormente fueron sometidas a procedimientos quirúrgicos. El manejo

medico realizado fue posteriormente sometido a intervención quirúrgica por no alcanzar efectos esperados

FUENTE: expediente.

CUADRO NO 8

Complicaciones mediatas presentes en las pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo atendidas en el servicio de Ginecología. Hospital Alemán Nicaragüense. 2014-2017 N=120

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	CIRUGIA REALIZADA
LIGADURA DE URETER	2	1.66%	Histerectomía vaginal + PKK
LESION VESICAL	3	2.5%	Histerectomía vaginal + PKK
RETENCION URINARIA	3	2.5%	Colporrafia anterior + plastia Kelly Kennedy
INFECCION	9	7.5%	5.8 % CAP+PKK. 2.3 TOT

La presencia de ligadura de uréter y lesión vesical se encontraron en pacientes posquirúrgicas de histerectomía vaginal. La presencia de infección se encontró en 7 de las 9 pacientes diabéticas intervenidas.

FUENTE: expediente clínico.

CUADRO No. 9

Complicaciones tardías presentes en las pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo atendidas en el servicio de Ginecología. Hospital Alemán Nicaragüense. 2014-2017 N=120

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	CIRUGIA REALIZADA
FISTULAS	3	2.5%	Histerectomía vaginal + PKK
RECIDIVA IUE	12	10.00%	CAP+PKK
NINGUNA	117	97.50%	MMK

La recidiva de IUE durante al menos 2 años de seguimiento se encontró únicamente en pacientes a quienes se les realizo colporrafia anterior + plastia de Kelly Kennedy

FUENTE: expediente.

CUADRO NO 10

Comparación entre la técnica quirúrgica utilizada y la evolución clínica de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo atendidas en el servicio de consulta externa de ginecología. Hospital Alemán Nicaragua. 2014-2017

TECNICA QUIRURGICA	RECIDIVA		COMPLICACIONES MEDIATAS		COMPLICACIONES TARDIAS	
	No	%	No	%	No	%
CAP + PKK	12	10.00	10	8.33	0	0.00
HISTERECTOMIA VAGINAL	0	0.00	5	4.16	3	2.50
TOT	0	0.00	2	1.66	0	0.00
M.M.K	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TVT	0	0.00	0	0.00	0	0.00

Dentro de las complicaciones mediatas encontradas las de índole infecciosa fueron encontradas en 5.8 % de las pacientes postquirúrgicas de CAP+PKK y 1.66% a retención urinaria. Un 60% de las mismas tenía habito tabáquico.

1.66% de las pacientes postquirúrgicas de TOT presentaron infección de sitio quirúrgico, encontrándose presente en el 100% de las mismas diabetes mellitus e hipertensión arterial.

FUENTE: expediente.

CUADRO NO 11

Diagnóstico de egreso de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo atendidas en el servicio de consulta externa de ginecología. Hospital Alemán Nicaragua. 2014-2017

DIAGNOSTICO DE EGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CISTOCELE I + IUE	20	16.60%
CISTOCELE II+ IUE	20	16.60%
CISTOCELE III+ IUE	68	56.66%
DESCENSO UTERINO+ IUE	11	9.16%
RECTOCELE	4	3.33%

El diagnóstico de egreso se correspondió al diagnóstico de ingreso en un 100% de los casos. Durante el seguimiento se encontró reingreso en el posquirúrgico mediato de 14.16% de las pacientes.

FUENTE: expediente clínico.

CUADRO NO 12

Correlación entre el diagnóstico de Ingreso y Egreso de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo atendidas en el servicio de consulta externa de ginecología. Hospital Alemán Nicaragua. 2014-2017 N= 120

DIAGNOSTICO DE INGRESO	CONFIRMACION DEL DIAGNOSTICO					
	SI		NO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
CISTOCELE I + IUE	20	16.60	0	0.00	20	16.60
CISTOCELE II+ IUE	20	16.60	0	0.00	20	16.60
CISTOCELE III+ IUE	68	56.66	0	0.00	68	56.66
DESCENSO UTERINO + IUE	11	9.16	0	0.00	11	9.16
RECTOCELE	4	3.33	0	0.00	4	3.33

El promedio de hospitalización se encontró 1.3 días para el 85.83% de las pacientes. Un 2.5% de las pacientes fueron egresadas con sondaje Foley, las cuales fueron retiradas posteriormente en cita de seguimiento en consulta externa.

FUENTE: Expediente clínico.

CUADRO NO 13

Diagnóstico de ingreso en relación al tiempo de evolución de las pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo atendidas en el servicio de Ginecología. Hospital Alemán Nicaragüense. 2014-2017 N=120

DIAGNOSTICO DE INGRESO	< 1 AÑO		1-2 AÑOS		> 2 AÑOS		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
CISTOCELE I + IUE	0	0.00	3	2.50	14	11.66	20	16.60
CISTOCELE II+ IUE	0	0.00	4	3.33	16	13.33	20	16.60
CISTOCELE III+ IUE	0	0.00	0	0.00	68	56.66	68	56.66
DESCENSO UTERINO+ IUE	0	0.00	0	0.00	11	9.16	11	9.16
RECTOCELE	0	0.00	0	0.00	4	3.33	4	3.33

FUENTE: Expediente clínico