

11217  
23  
2ej



**Universidad Nacional Autónoma de México**

Facultad de Medicina  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL DE PUEBLA

**INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO**

ESTUDIO PRELIMINAR DE LA EXPERIEN-  
CIA DEL HOSPITAL GENERAL  
REGIONAL PUEBLA

**T E S I S**

que para obtener el Grado de Especialista en  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

**Dra. Rosa Elena Caballero Ulaje**

Hospital General Regional  
No. 3 PUEBLA



**IMSS**

Puebla, Pue.

1990

**FALLA DE ORIGEN**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS.....	4
RESULTADOS.....	4
COMENTARIO.....	14
BIBLIOGRAFIA.....	16

**-INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO-**

**INTRODUCCION:**

El término de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE), - fué utilizado por primera vez por Sir Eardley Holland y las primeras recomendaciones para su tratamiento fueron indicadas en 1864 (1). El Dr. H. Kelly incorporó la urología femenina - en el campo de la Ginecoobstetricia, debido a que las alteraciones y la vejiga son tan comunes que un conocimiento amplio de ambos sistemas orgánicos es un prerrequisito (1,2).

El aflujo de conocimientos y el número de pacientes es tan grande, que ha obligado a muchos hospitales a establecer una - sección de uroginecología.

Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE), se define como - pérdida involuntaria cuando la presión intravesical excede la máxima resistencia uretral en ausencia de actividad del detrusor (3). La Sociedad Internacional de Continencia en 1979 emitió la siguiente definición: "La incontinencia es una condición en la cual, la pérdida involuntaria de orina es un problema higiénico ó social y que es demostrable objetivamente." (1)

La IUE, también la han definido otros autores como la pérdida involuntaria de orina a través de una uretra indemne, que ocurre sin deseos de micción al aumentar la presión intraabdominal. (3,4)

La IUE es la causa más común de incontinencia en la mujer, más frecuentemente en multiparas y en mayores de 40 años, está relacionada con antecedente de partos traumáticos, fórceps, Krysteller y partos prolongados por factor traumático y/o asociados a elongación de facias, a hipostrogenismos, así como ruptura de ligamentos parauretrales (4), es independiente de los prolapsos, pero coexiste en más de dos tercios, no es una asociación, sino una coincidencia. (5)

Las causas más comunes reconocidas de incontinencia urinaria son: fistulas, anatómicas, rebosamiento, inestabilidad del detrusor, congénita y neurogénica. (1)

Los factores predisponentes más importantes son: EPOC, -- obesidad, diabetes mellitus, enfermedad neurogénica, etc. (1)

A pesar de los conocimientos actuales, así como el uso de la más moderna tecnología, no se conoce con exactitud la etiopatogenia de esta entidad (6), lo que ha conducido a que exista dificultad para establecer el diagnóstico y a la imposibilidad de efectuar un tratamiento eficaz en éste tipo de pacientes. Se acepta que la IUE verdadera es el resultado de una alteración en el funcionamiento del esfínter uretral, que se hace insuficiente por caída del soporte existente para el cuello vesical. (6)

La IUE debe ser distinguida de otras entidades que causan incontinencia como infecciones del tracto urinario, radiaciones, traumatismos, pólipos, incontinencia de urgencia, vejiga inestable, vejiga neurogénica, disinergia del detrusor, etc., que pueden ser demostrados por clínica y algunos estudios urodinámicos.

HOJA DE CONCENTRACION DE DATOS IUE

Nombre \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Fend \_\_\_\_\_ Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Abatidos \_\_\_\_\_ Secarea \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Identabilidad del destrusor \_\_\_\_\_ Incontinencia de esfínteres: \_\_\_\_\_  
 Incontinencia: Edad \_\_\_\_\_ Al caminar, al subir, al bajar, al subir escaleras  
 Ejercicios: Ejercicios \_\_\_\_\_ cambio de posición  
 Carga de peso: Carga posterior: \_\_\_\_\_  
 Signos de infección: \_\_\_\_\_  
 Síntomas de repetición, disuria \_\_\_\_\_ Disastrosis congestiva \_\_\_\_\_  
 Incontinencia de urgencia: \_\_\_\_\_ Incontinencia \_\_\_\_\_  
 Dolor pélvico variable \_\_\_\_\_

EXPLORACION

Con vejiga ocupada Inspección Incontinencia mediana al toser: \_\_\_\_\_  
 Distocelo: I uetrocetele Incontinencia al toser: \_\_\_\_\_  
 II III Protusión del cuello Pulpación bimanual: toler en:  
 vesical. Vejiga triángulo  
 Distocelo: I II III Ureter D I cuello  
 Cuello de la vejiga en forma de Prueba de Q tip mas menos  
 de: Oclusión del cuello si no  
 Cambio uretral 20 F leve Orina residual si no  
 12 F severa

ECG: \_\_\_\_\_ Urocultivo \_\_\_\_\_

Otros estudios: \_\_\_\_\_

Prueba de Benney \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO

MEDICO: \_\_\_\_\_

QUIRURGICO: \_\_\_\_\_

Método: \_\_\_\_\_

Abordaje: Abdominal \_\_\_\_\_

Vaginal \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

RESULTADO

	BUENO	MEDIANO	HALO
6 MESES	_____	_____	_____
3 MESES	_____	_____	_____
1 AÑO	_____	_____	_____

micos, siendo su mayor importancia que en todos éstos casos la cirugía resulta inadecuada. (4)

Se ha incrementado el número de exámenes clínicos y para clínicos. Además de los procedimientos utilizados anteriormente como el urocultivo, la prueba de Bonney, maniobra de Valsalva, estudios radiológicos y pruebas urodinámicas, en 1979 fué introducida la prueba del hisopo por Crystle y colaboradores, para medir objetivamente la extensión y movilidad del ángulo uretrovesical, de acuerdo a la clasificación descrita por Green como tipo II (8). Con éste método se establece la presencia ó ausencia de defectos anatómicos ó el soporte de la uretra y cuello vesical. Su demostración prequirúrgica ayuda a detectar el límite de movilidad de la vejiga, después de la cirugía la cuantificación objetiva de la motilidad del cuello vesical de la uretra proximal semejante a la preoperatoria su giere fracaso técnico más que mala elección de técnica (9).

El Q tip no tiene valor definitivo, no descarta otra patología como disinerxia del detrusor, vejiga inestable, etc. (9)

Es erróneo utilizar el término Q tip positivo o negativo ya que no existe bibliografía que lo apoye.

Montz y Stanton (9) reportaron que el 32% de las pacientes catalogadas como positivas también presentaron inestabilidad del detrusor o urgencia urinaria como causa de incontinencia.

Otra valoración utilizada es la del peso de la toalla sanitaria durante una hora, que mide la pérdida de orina mediante la ganancia de peso de la toalla (1); Un diario de micción en el que se detalla el número de micciones, la cantidad eliminada y las condiciones bajo las cuales se realizó la micción (1,10).

El advenimiento de las pruebas urodinámicas ayudó a detectar casos donde la etiología de la incontinencia no es anatómica y requieren tratamiento médico, dentro de los más importantes se mencionan: Flujo-metría, cistometrograma, perfil de presión uretral (11) y electromiografía. Sin descartar la importancia de la cistometría, la endoscopia, etc. Los estudios radiológicos, placa simple de pelvis, urografía intravenosa, videocistoureterograma (1) uretrocistografía con cadena, ésta última considerada actualmente de mayor utilidad en la IUE recidivante para valorar la movilidad del cuello vesical postoperatoriamente, si permanece sin modificaciones se puede hablar de fracaso técnico. (1)

Se han descrito más de diez técnicas quirúrgicas (5,6,7, 12) correctivas de IUE, algunas utilizando la vía vaginal, abdominal, ó ambas, múltiples elementos de sutura y sitios de fijación, y hasta el momento no se ha encontrado el procedimiento ideal (4). Según Low (10), el objetivo de cualquier cirugía es proveer un mejor soporte del piso posterior de la uretra y de la base vesical, así como crear un efecto de asa uretral en el momento de aumentar la presión intraabdominal (10).

Muchos autores, (6,14,15,16,17) se oponen a la vía vaginal aduciendo que se produce denervación importante en las disecciones efectuadas a nivel uretral y parauretral, lo que

ocasiona trastornos en la neurofisiología de la micción (6).

De las técnicas quirúrgicas utilizadas con mayor frecuencia en nuestro medio, se encuentran: Kelly, Marshall Marchetti-Krantz, Powell, Pereyra y actualmente Burch, que son el motivo de nuestro estudio.

Se han descrito estudios como el efectuado en el Centro Médico de Fitzman, donde se analizaron 680 cirugías realizadas en un plazo de diez años con un seguimiento anual y encontraron que la plastia de Kelly tuvo un porcentaje de éxito de 64-89%, MMK de 73 a 98% y Pereyra modificada de 83 a 94%.

Se documentó a la MMK como la operación más efectiva a corto plazo y la Kelly a más de tres años. Ellos concluyeron que con el paso del tiempo aumenta la incidencia de recidivas (12).

Otros estudios donde se analizó la Colporrafia, Pereyra modificada y Burch no se encontró diferencia significativa en los tres grupos después de los tres primeros meses de cirugía.

A los doce meses el porcentaje de éxito fué mayor con la operación de Burch en relación a las otras (87%, 70% y 69%).

Las recidivas se presentaron entre tres meses y un año (13).

En México en el Hospital "Castelazo Ayala", en un estudio preliminar, se realizó un estudio de 35 pacientes a las que se les practicó cirugía tipo Burch, obteniendo un porcentaje de éxito de 83% y 6 fracasos (6).

Se menciona que las pacientes operadas para la corrección de IUE deben contar con un seguimiento mínimo de dos años ó hasta de cinco años para afirmar la corrección eficaz (6,7).

En nuestra unidad realizamos un estudio preliminar del tratamiento de la IUE.

## MATERIAL Y METODOS:

El trabajo se realizó con las pacientes postoperadas de cirugía correctiva para la IUE del 12 de junio de 1988 al 31 de Mayo de 1989.

De un total de 222 pacientes se revisaron 150 expedientes de los cuales solo a 126 se les identificó el tipo de tratamiento efectuado. Se incluyeron a todas las pacientes y se valoraron de acuerdo a la hoja de seguimiento (anexa), donde se toma en cuenta: edad, paridad, abortos, sintomatología, su asociación con el grado de cistocele, métodos diagnósticos clínicos y paraclínicos, las pacientes que ameritaron tratamiento médico y las que no el tipo de antibiótico utilizado, las recidivas de acuerdo al tipo de cirugía, la sintomatología presente en las pacientes postoperadas y el seguimiento de las pacientes a los 3, 6 y 12 meses.

## RESULTADOS:

El estudio es descriptivo y retrospectivo y de acuerdo a la hoja de registro diario de consulta externa de Ginecología, el promedio de consultas al mes es de aproximadamente 1,329, de las cuales 91 fueron Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, no se tomaron en cuenta aquellas pacientes que tenían grados de cistocele II ó III ó que no tenían el diagnóstico de IUE, correspondiendo a 6.8% del total de las pacientes.

El rango de edad fué de 35.72 a 51.88. La media de edad de las pacientes fué de 43.8 con una desviación standar de 43.8<sup>2</sup> - 8.08 (Tabla 1).

La paridad osciló entre 1 a 14 hijos siendo el grupo más frecuente entre las que tienen de 3 a 7 hijos. (Tabla 2).

La sintomatología que presentaron más frecuentemente las pacientes fueron: disuria 52 pacientes (41.2%), polaquiuria 36 pacientes (28.5%), nicturia 5 (3.9%), urgencia urinaria 9 (7.19%), incontinencia urinaria al toser 120 (95.2%), incontinencia urinaria al cambio de posición 9 (7.14%), hematuria 1 (0.7%), dispareunia 7 (5.5%), dolor pélvico inespecífico 37 (29.3%), disminución del calibre del chorro de la orina 1 (0.7%). Figura 1.

La asociación de la incontinencia con trastornos de la estática pélvica genital fué la de mayor frecuencia el cistocele grado II con un total de 69 pacientes (54.7%) Figura II.

Las pruebas clínicas efectuadas fueron: Prueba del hisopo a 2 pacientes (1.5%) y a 124 pacientes no se les efectuó (98.4%). La prueba de Bonney se efectuó en 53 pacientes (42%) y a 73 no (57.9%). Del total de las que si se efectuó se encontraron positivas 31 pacientes (24.6%) y negativa en 22 (27.7%).

De las 126 pacientes 112 tenían resultados del examen general de orina (88.8%) y 14 no (11.1%). Tabla 3.

A 90 pacientes se les efectuó urocultivo (71.4%) y a 36 no (28.57%). De los resultados de urocultivo se encontraron 39 positivos (30.9%) y 51 negativos (40.4%). Los urocultivos demostraron: La presencia de *Escherichia Coli* en 20 pacientes (15.8%), *præteus mirabilis* 9 (7.14%), *Streptococo* 2 (1.5%), *Citrobacter* 3 (2.3%). El resto no se documentó el tipo de microorganismo.



## SINTOMATOLOGIA

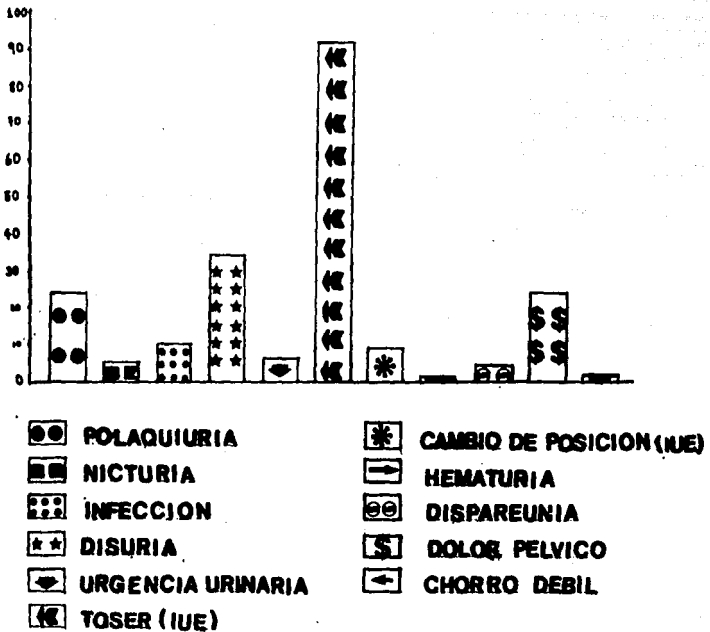
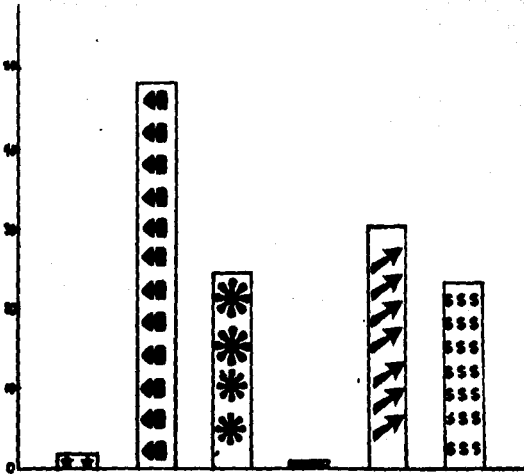


FIGURA 1

## TEPG



☆☆ CISTOCELE I

■ CISTOCELE II

\* CISTOCELE III

→ RECTOCELE I

↗ RECTOCELE II

≡ RECTOCELE III

TABLA I.

EDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
23-27	7	4.6 %
28-32	9	6 %
33-37	26	17.3 %
38-42	32	21.3 %
43-47	31	20.6 %
48-52	18	12 %
53-57	13	8.6 %
58-62	3	2 %
63-67	3	2 %
68-72	4	2.6 %
73-77	1	0.6 %

TABLA 2.

PARIDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
0	1	0.7 %
1	6	4.76%
2	17	13.4 %
3	24	19 %
4	15	11.9 %
5	10	7.9 %
6	8	6.3 %
7	13	10.3 %
8	7	5.5 %
9	6	4.7 %
10	7	5.5 %
11	4	3.1 %
12	1	0.7 %
13	1	0.7 %
14	1	0.7 %

TABLA 3.

REPORTE DEL EXAMEN GENERAL DE ORINA:

		NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
PH	5	46	36.5 %
	6	54	42.8 %
	7	4	3.1 %
	8	8	6.3 %
+ DE 4 LEUCOCITOS		31	24.6 %
ERITROCITOS		6	4.7 %
GLUCOSA		4	3.1 %
LEVADURAS		1	0.7 %
PROTEINURIA		2	1.5 %
BACTERIAS +++		5	3.9 %

A 40 de los 126 pacientes se les administró tratamiento médico (31.7%) y a 86 no (68.2%). Los fármacos utilizados en algunos casos solos y en otros asociados fueron: Sulfametoxazol trimetoprim a 23 pacientes (18.2%), ampicilina 9 (7.14%), gentamicina 8 (6.3%), fenazopiridina 8 (6.3%), ácido Nalidixico 8 (6.3%), estrógenos 4 (3.7%), imipramina 2 (1.58%), Kanamicina 1 (.7%).

Del total de pacientes a 7 se les recomendó realizar ejercicios de Kegel (5.7%).

Las cirugías correctivas de la Incontinencia Urinaria de esfuerzo fueron 102 pl. stias de Kelly (80.9%), 7 rowell (5.5%), 1 Pereyra (0.7%), 10 Marshall Marchetti (7.9%) y 6 pacientes no ameritaron tratamiento quirúrgico. (4.7%). Tabla 4.

El seguimiento de las pacientes de acuerdo a la hoja anexa se valoró a los 3 meses, 6 meses y 1 año. Se calificó como bueno regular o malo. Bueno cuando la paciente cursó asintomática, regular cuando presento sintomatología urinaria (Polaquiuria, poliuria, tenesmo vesical, disuria, urgencia urinaria, etc), y malo cuando persistió la incontinencia urinaria.

Del total de las pacientes 29 no acudieron a control. El control a los 3 meses fué de 95 pacientes (75.3%), con buen resultado 61 pacientes (48.4%), regular 23 (18.2%) y malo en 11 (8.7%) tabla 5.

A los seis meses acudieron a control 45 pacientes (35.7%) de las cuales el resultado fue bueno en 30 pacientes (23.8%), regular en 8 (6.3%) y malo en 7 (5.5%).

Al año acudieron a control solo 7 pacientes (5.5%), de las cuales en 3 el resultado fue bueno (2.3%), regular en ninguno y malo en 4 (3.1%).

Las pacientes que presentarán sintomatología en el control postoperatorio correspondieron 19 a la plastia de Kelly (15%), 1 Marshall Marchetti (0.7%), 1 Powell (.7%).

Los síntomas predominantes fueron incontinencia urinaria de esfuerzo 6 a los 3 meses (4.6%), 4 a los 6 meses (3.1%), 3 al año (2.3%), disuria 12 a los 3 meses (9.5%), 4 a los 6 meses (3.1%) y ninguna al año, dolor pélvico inespecífico en 5 pacientes a los 3 meses (3.9%), 3 a los 6 meses (2.3%), tenesmo vesical 3 a los 3 meses (2.3%), ninguno a los 6 meses y al año. Urgencia urinaria-- 2 a los 3 meses (1.5%), a los 6 meses 1 (0.7%), polaquiuria 4 a los 3 meses (3.1%) y uno a los 6 meses (0.7%). Tabla 6.

Las complicaciones en el postoperatorio inmediato fue un caso de evisceración por absceso de cúpula en una paciente a la cual se le practicó histerectomía vaginal, colpos y plastia de Kelly, un caso de hematocolpo.

Las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante fueron un total de 16 (12.6%). De las cuales 15 correspondieron a la plastia de Kelly (93.7%), y 1 Pereyra (6.25%). Tabla 7.

La incontinencia la presentaron 6 pacientes a los 3 meses (3.5%), 4 a los 6 meses (2.5%), 3 al año (18.75%), y 3 de mas de un año (18.75%).

Lo que estadísticamente se traduce en una  $\chi^2$  de 2.03 con un grado de libertad de 1 y una  $P > 0.10$ .

La mayor morbilidad se encontró en la plastia de Kelly, que tambien fue la técnica que se realizó en mayor número de pacientes.

TABLA 4.

CIRUGIAS CORRECTIVAS INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN EL HOSPITAL REGIONAL  
DE PUEBLA 1o JUNIO 1988 31 DE MAYO 1989.

CIRUGIA	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
KELLY	102	80.9 %
POWELL	7	5.5 %
PEREYRA	1	0.7 %
MARSHALL MARCHETTI	10	7.9 %
NO QUIRURGICAS	6	4.7 %
TOTAL	126	100.0 %



TABLA 5.

PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CORRECTIVA DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN EL PERIODO COMPRENDIDO 1o JUNIO 1988 a 31 MAYO 1989.

	3 MESES	PORCENTAJE	6 MESES	PORCENTAJE	1 AÑO	PORCENTAJE
BUENO	61	48.4 %	45	35.7 %	3	2.3 %
REGULAR	23	18.2 %	8	6.3 %	-	-
MALO	11	8.7 %	7	5.5 %	-	-

TABLA 6.

SINTOMATOLOGIA QUE PRESENTARON LAS PACIENTES POSTOPERADAS DE CIRUGIA CORRECTIVA DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

SINTOMA	3 MESES	PORCENTAJE	6 MESES	PORCENTAJE	1 AÑO	PORCENTAJE
TIUE	6	4.6 %	4	3.1 %	3	2.3 %
DISURIA	12	9.5 %	4	3.1 %	-	-
DOLOR PELVICO	5	3.9 %	3	2.3 %	-	-
TENESMO VESICAL	3	2.3 %	-	-	-	-
URGENCIA URINARIA	2	1.5 %	1	0.7 %	-	-
POLAQUIURIA	4	3.1 %	1	0.7 %	-	-

TABLA 7.

PACIENTES QUE PRESENTARON INCONTINENCIA URINARIA RECIDIVANTE POSTOPERADAS DE CIRUGIA CORRECTIVA DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

CIRUGIA	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
KELLY	15	93.7 %
PEREYRA	1	6.2 %
TOTAL	16	100 %

## COMENTARIO:

En la actualidad, en la bibliografía Nacional e Internacional sobre el tema de incontinencia urinaria de esfuerzo, quedan dudas sobre cual método ó técnica quirúrgica es mejor para resolver éste problema. Hay quienes afirman que la vía vaginal no es adecuada porque no se logra resolver o corregir en forma correcta el ángulo uretrovesical, (4). Y por la denervación que altera la fisiología de la micción al hacer la disección.

El propósito del presente trabajo es la revisión de éste padecimiento en el Hospital General Regional de Puebla en el período comprendido de Junio de 1988 a Mayo de 1989.

Parece ser que cada quien escribe acerca de la incontinencia urinaria de esfuerzo conforme a su experiencia, el punto clave parece ser la selección adecuada de las pacientes para poder elegir el tipo de cirugía y la vía de abordaje. Es necesario recordar que la cirugía solo corrige incontinencia urinaria anatómica y no otras patologías que condicionen pérdida involuntaria de orina, de ahí la importancia de llegar a un diagnóstico de certeza.

En nuestro Hospital no existe una rutina de estudio y la selección de casos tributarios de cirugía se basa en la presencia o no de trastornos de la estática pélvica genital, principalmente, así también si la incontinencia es primaria o es recidivante y de la experiencia del cirujano.

Se analizaron las técnicas quirúrgicas utilizadas más frecuentemente en el hospital; Plastía de Kelly, Marshall Marchetti Pereyra, Powell. No se incluyeron a las pacientes a las que se les practicó cirugía de Burch modificada por haber quedado fuera del grupo de pacientes en las que se efectuó la revisión.

De las cirugías la más empleada fué la plastía de Kelly en el 80.9% de las pacientes encontrándose dentro de éste grupo la mayor incidencia de recidivas y de sintomatología postoperatoria.

Dentro de la bibliografía Nacional se encuentra que la cirugía vaginal en los últimos años se ha sustituido principal

mente por la cirugía de Pereyra modificada, Burch modificada y Stamey. La cirugía de Marshall Marchetti se ha dejado de utilizar por la alta incidencia de periostitis sustituyendose principalmente por la cirugía de Burch, lo mismo sucede con la cirugía de Powell en donde además se agrega la dificultad técnica. A todas las pacientes se les somete a un protocolo de estudio bien establecido y la elección de la vía de abordaje cuando se tiene un diagnóstico de certeza se valora de acuerdo a la asociación con trastornos de la estática pelvigenital u otra patología coexistente que amerite cirugía abdominal.

El estudio que nos ocupa aún cuando no tiene significancia estadística no es concluyente, ya que para hablar de recidiva se requiere de un control de las pacientes por un mínimo de dos años. En nuestra unidad el porcentaje de pacientes que acudieron a control a los seis meses fué de solo un 35.7% y al año solo de 5.5%. Si se revisara el mismo grupo de pacientes en el período de un año, se podrá valorar los resultados de una forma más adecuada.

#### Concluimos:

- 1.- Que el éxito del tratamiento de la Incontinencia Urinaria de esfuerzo se basa en un diagnóstico de certeza.
- 2.- Las pacientes deben de ser estudiadas en forma más minuciosa y a través de un protocolo, para evitar la realización de cirugía correctiva en pacientes con pérdida involuntaria de orina secundaria a otra patología que no sea la incontinencia urinaria anatómica.
- 3.- La elección de la vía de abordaje quirúrgico dependerá de la coexistencia de otras patologías ya sea que ameriten cirugía abdominal o reparación de trastornos de la estática pelvigenital.
- 4.- Las pacientes con incontinencia urinaria recidivante, deben estudiarse integralmente para determinar coexistencia de incontinencia urinaria mixta.
- 5.- El seguimiento de las pacientes debe ser por un mínimo de dos años.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Dr. Sebastián Iris de la Cruz. "EVALUACION DE LA PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA ". Gineco-Obstetricia de México 1988:-56:5-12.
- 2.- Shlomo Raz. Urologia Ginecologica. The Clinics in Obstetrics- and Gynecology. 1985: 2: 311.
- 3.- Charles J. Dunton. "EPIURETHRAL SUPRABUBIC VAGINAL SUSPENSION A REPORT OF 52 CASES". Obstetrics and Gynecology; 1988: 71:945
- 4.- Dr. José Alberto Sahagún. Quevedo. "INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: TECNICA VAGINAL MODIFICADA POR TUNELIZACION". Gineco Obstetricia México 1987:55:149-155.
- 5.- Urologia Ginecologica. "Incontinencia Urinaria. 1968:764.
- 6.- Dr. Martín S. Peña Sandoval. Dr. Gilberto Silva Jimenez. Dr. - Sebastián Iris de la Cruz. " TRATAMIENTO QUIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO III: OPERACION DE BURGH. Ginecologia y Obstetricia de México. 1988:56:39-44.
- 7.- Dr. S. Iris de la Cruz. Dr. M. Villalobos Roman. "CISTOURETROPEXIA RETROPUBLICA EN IUE II: OPERACION PEREYRA MODIFICADA". Gineco Obstetricia de México. 1986:54:329-337.
- 8.- Br. Manuel Villalobos Roman. Dr. Sebastián Iris de la Cruz. " Uretropexia RETROPUBLICA POR VIA VAGINAL". Ginecologia y Obstetricia de México. 1986: 54:311-315.
- 9.- Mickey M. Karram : " THE Q - TIP STANDARDIZATION OF THE TECHNIQUE AND ITS INTERPRETATION IN WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE" Obstetrics and Gynecology. 1988:71:807-810.
- 10.- J.F. Wyman. "THE URINARY DIARY IN EVALUATION OF INCONTINENT - WOMEN: A RETEST ANALYSIS". Obstetrics and Gynecology. 1988:71-812-817.
- 11.- R.P. Beck. " INTRAURETHRAL INTRAVESICAL COUGH PRESSURE SPIKE-DIFFERENCE IN 267 PATIENTS SURGICALLY CURED OF GENUINE STRESS-INCONTINENCE OF URINE". Obstetrics and Gynecology. 1988:72:302
- 12.- Gordon S. Park MD. "SURGICAL TREATMENT OF STRESS URINARY INCONTINENCE: A COMPARISON OF THE KELLY PPLICATION, MARSHALL MARCHETTI-KRANTZ AND PEREYRA PROCEDURES". Obstetrics and Gynecology 1988:71:575.
- 13.- Ariech Bergman. "PRIMARY STRESS URINARY INCONTINENCE AND PELVIC RELAXATION PROSPECTIVE RANDOMIZED COMPARISON OF THREE DIFFERENT OPERATIONS". Am. J. Obstetrics Gynecology 1989:161:--97-101.
- 14.- Hilton P. Stanton. " A CLINIC AND URODYNAMIC ASSESSMENT OF -- THE BURGH COLPOSUSPENSION FOR GENUINE STRESS INCONTINENCE". Am J. Obstetrics and Gynecology. 1983:90:934.

- 15.- Stanton SL. "SURGERY OF URINARY INCONTINENCE". Clinic Obstetrics Gynecology. 1978:5:83.
- 16.- Stanton SL. Cardozo LD. "RESULTS OF COLPOSUSPENSION OPERATION FOR INCONTINENCE AND PROLAPSE". Am. J. Obstetrics Gynecology - 1979:86:693.
- 17.- Stanton SL. William J.E. Ritchie. THE COLPOSUSPENSION OPERATION FOR URINARY INCONTINENCE. Am. J. Obstetric Gynecology -- 1976:83:890.
- 18.- Tanagho E.S. "COLPOCYSTOURETHROPEXY: THE WAY WE DO IT". Urology 1976: 116:751.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA