



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE
ESFUERZO CON TRATAMIENTO QUIRURGICO TECNICA DE BANDA
SUBURETRAL ABORDAJE TRANSOBTURADOR (TOT) EN EL
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEPTIEMBRE 2012- AGOSTO
2013**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICA**

AUTORA: MARÍA ISABEL ORELLANA JERVES

DIRECTORA: DRA. NORMA EDITH LLERENA CORTÉZ

ASESOR: DR. ESTEBAN ADRIÁN REIBÁN ESPINOZA

**CUENCA- ECUADOR
2014**



RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la calidad de vida pre y post quirúrgica de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo tratadas con la técnica de banda suburetral con abordaje transobturador (TOT) en el Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca Septiembre 2012 – Agosto 2013.

MÉTODO Y MATERIALES: Se realizó un estudio de tipo, descriptivo, analítico en un periodo de un año que incluyó una muestra de 47 pacientes que ingresaron al Hospital Vicente Corral Moscoso para recibir este tipo de tratamiento. Los datos de las pacientes se confirmaron en la historia clínica y en el cuestionario king's health.

RESULTADOS: El 72,3% (n=34) tuvo afectación severa de la calidad de vida pre quirúrgica en contraste con las pacientes que luego del tratamiento quirúrgico refieren mejor calidad de vida en el 95.5% (n=45) con una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.001$), las pacientes con Diabetes Mellitus presentaron mejor calidad de vida postquirúrgico, sin embargo existe diferencia significativa ($p=0.001$) en comparación con las pacientes que no la padecen, en la HTA no se encontró diferencia significativa en la calidad de vida en relación a las pacientes que no tienen HTA.

CONCLUSIÓN el tratamiento quirúrgico en la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante la técnica de banda sub uretral con abordaje trans obturador (TOT) mejora la calidad de vida y sintomatología postquirúrgica en comparación a la pre quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDADES; ENFERMEDADES UROGENITALES FEMENINAS; TRANSTORNOS DEL SUELO PÉLVICO; INCONTINENCIA URINARIA.



ABSTRACT

The purpose of this research is to determine patients life quality before and after receiving treatment based upon transobturator suburethral band approach (TOT) for urinary incontinence at Vicente Corral Moscoso Hospital between September 2012 - August 2013.

Over a period of one year a descriptive analytical model included 47 patients who were receiving this treatment and admitted to the Hospital.

OUTCOME: Type 2 Diabetes Mellitus patients had a better postop quality of life, however there is significant difference ($p = 0.001$) between these and patients without diabetes; patients with hypertension shown no significant difference compared to those without hypertension.

CONCLUSIONS: Overall life quality improved 95.5% after surgical treatment compared to 72.3% before surgery.

KEYWORDS: DISEASES; FEMALE GENITOURINARY DISEASES; PELVIC FLOORS DISORDERS; URINARY INCONTINENCE

**INDICE DE CONTENIDO**

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
DEDICATORIA	6
CAPITULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.3 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.....	11
CAPITULO II	12
2 FUNDAMENTO TEÓRICO	12
2.1 DEFINICION	12
2.2 TIPOS DE INCONTINENCIA	12
2.3 CLASIFICACIÓN INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO..	14
2.4 EPIDEMIOLOGÍA	14
2.5 DIAGNÓSTICO (4, 5)	15
2.6 CALIDAD DE VIDA.....	17
2.7 CUESTIONARIO KING ´S HEALTH (KHQ).....	17
2.8 TRATAMIENTO	18
2.8.1 Rehabilitación muscular del suelo pélvico.....	19
2.8.2 Tratamiento quirúrgico	19
2.8.2.1 Descripción de la técnica TOT.....	20
2.8.2.2 Complicaciones de la técnica TOT	20
CAPITULO III	22
3. OBJETIVOS	22
3.1 GENERAL:.....	22
3.2 ESPECÍFICOS:.....	22
CAPITULO IV	23
4. METODOLOGÍA	23
4.1 Tipo de Estudio.....	23
4.2 Universo.....	23
4.4 Criterios de exclusión:.....	23
4.5 Métodos, técnicas e instrumentos	24



4.6	Plan de tabulación y procedimientos	24
4.7	Aspectos éticos.....	24
4.8	Recursos.....	24
4.9	Cronograma de actividades:	26
CAPITULO V	27
5. RESULTADOS	27
CAPITULO VI	32
6. DISCUSION		32
CONCLUSIONES.....		35
RECOMENDACIONES		36
CAPITULO VII		37
7. BIBLIOGRAFÍA		37
CAPITULO VIII		42
8. ANEXOS		42



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, María Isabel Orellana Jerves, autora de la tesis “CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO CON TRATAMIENTO QUIRÚRGICO TÉCNICA DE BANDA SUBURETRAL ABORDAJE TRANSOBTURADOR (TOT) EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEPTIEMBRE 2012 – 2013”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 28 de julio del 2014

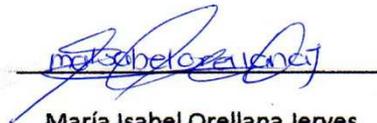
María Isabel Orellana Jerves
C.I: 010372451-4



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, María Isabel Orellana Jerves, autora de la tesis "CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO CON TRATAMIENTO QUIRÚRGICO TÉCNICA DE BANDA SUBURETRAL ABORDAJE TRANSOBTURADOR (TOT) EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEPTIEMBRE 2012 – 2013", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 28 de julio del 2014



María Isabel Orellana Jerves
C.I: 010372451-4



DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo a mis padres, quienes con su apoyo, paciencia, respaldo y confianza estuvieron frente a todas las dificultades que se presentaron.

A las personas que con cariño han ayudado a la realización del proyecto y han aportado de alguna manera para este logro, Fabián y Fer.

LA AUTORA



AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento a la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina; a mi maestra: Dra. Norma Llerena Cortéz, Directora de la presente investigación quien con su colaboración me ayudó para la realización de la misma. A mi asesor Dr. Adrián Reibán, que constituyó un pilar fundamental en la elaboración.

LA AUTORA



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) se caracteriza por la pérdida involuntaria de orina en un momento y lugar no adecuado.

Es una condición que se incrementa en la etapa adulta 30-40% y en la población de mayor edad 50-60% y afecta en su mayoría al sexo femenino, desde el punto de vista social y personal la incontinencia urinaria no sólo altera biológicamente a la mujer, sino que también afecta la autoestima, emociones y relaciones, atentando contra su dignidad y alterando su calidad de vida.

Crea comportamientos para aminorar el problema, las pacientes toman medidas como reducir la ingesta de líquidos, utilizar en todo momento toallas absorbentes, adquirir una determinada frecuencia miccional, aislamiento por miedo a ser rechazadas, dejar de realizar actividades laborales o comunes en el hogar, ejercicio físico, además altera su vida sexual y por ultimo sus relaciones interpersonales con su amigos y familia.

En los últimos años ha experimentado una creciente atención por parte de todos los medios sociales: autoridades, personal sanitario, población en general e incluso medios de comunicación, por lo que se considera una condición de gran impacto negativo en las mujeres afectadas por la misma.(1,2,4)



1.3 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

La incontinencia urinaria de esfuerzo se ha convertido en uno de los problemas que continuamente se ve en la consulta de los centros médicos.

Esta patología tiene mucha importancia por su frecuencia y gravedad, así como sus connotaciones psicosociales ya que estas personas tienden al aislamiento social y limitar sus actividades diarias. (4)

La colocación de un sling vaginal suburetral a través de los orificios obturadores establece un moderno abordaje para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer.

En los trabajos realizados por Waleed y Taweel, intervinieron a 52 pacientes con IUE desde diciembre del 2004 hasta enero del 2006, con técnica TOT y realizaron seguimiento por 24 meses. El porcentaje de cura o de mejoría en los síntomas fue de 88%. (2)

En nuestro medio no se cuentan con estudios respecto a este tema y por lo tanto se ha considerado la importancia de llevar a cabo la presente investigación, que servirá de aporte para futuros estudios. El Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” es un referente para ello, se escogió fuentes generadas por los departamentos de Estadística de Gineco-Obstetricia y Urología, de la Ciudad de Cuenca durante Septiembre 2012 – Agosto 2013.

CAPITULO II

2 FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 DEFINICION

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) en la década de los ochenta, determinó la incontinencia urinaria como un estado en el cual existe una "pérdida involuntaria de orina y que establece una preocupación social e higiénica para la paciente". Pero en la actualidad existe un concepto que abarca otros contextos definiendo a la incontinencia urinaria como a la pérdida involuntaria de orina y denota tres ejes, **un síntoma** salida involuntaria de orina; **un signo**, demostración objetiva de la pérdida de orina; y por último **una condición** fisiopatológica demostrada clínica o por técnicas uro-dinámicas. (3, 4, 5)

Está relacionada a un tono bajo de la musculatura del suelo pélvico y puede asociarse a los diferentes tipos de prolapsos vaginales, prolapso vaginal anterior o cistocele, prolapso uterino y prolapso vaginal posterior o rectocele). Todo ello denota una debilidad del periné como elemento musculo aponeurótico, que tiene una funcionalidad conjunta.

A través de la evolución de nuestra especie, la bipedestación supuso un importante cambio postural, y el periné, como "tapadera" posterior de la cavidad abdominal, pasó a convertirse en el suelo de la misma. Desde entonces debe seguir permitiendo el paso de la uretra, el recto y la vagina, además de soportar el peso de las vísceras abdomino pélvicas.(6)

2.2 TIPOS DE INCONTINENCIA (SOCIEDAD INTERNACIONAL DE INCONTINENCIA)

Incontinencia de urgencia. Se caracteriza por una contracción no inhibida del detrusor que conduce a una perdida involuntaria de orina, ocurre en un



15% - 30% de las mujeres, puede ser causada por cistitis, cateterismo de la uretra proximal, obstrucción al flujo de salida, deficiencia estrogénica y desordenes psicosomáticos.

Incontinencia refleja. Debida a la hiperreflexia del detrusor y/o relajación involuntaria de la uretra sin urgencia, característica de pacientes con afecciones neurológicas como paraplejía, espina bífida, esclerosis múltiple, Parkinson y tumores del sistema nervioso central.

Incontinencia de rebosamiento. Generada por una obstrucción mecánica en el área del cuello vesical o por arreflexia neurogénica del detrusor; puede ocurrir después de una histerectomía radical o en el post parto inmediato.

Incontinencia funcional. Producida por una afección física o mental en pacientes con función vesical y uretral normal; fármacos tales como diuréticos, agentes anticolinérgicos, psicótropos, bloqueantes de los canales de calcio pueden contribuir a este problema.(7, 9)

Incontinencia de esfuerzo. Se define como la pérdida involuntaria de orina que se asocia al esfuerzo físico. El ejercicio, toser, reír, correr o andar produce un incremento de la presión abdominal, como consecuencia aumento de la presión intravesical y cuando ésta supera a la presión del sistema esfinteriano uretral se produce la incontinencia. La causa final de la IUE es la disminución de la presión uretral, donde se presenta una *uretra hipermóvil*, en la que los elementos de sostén están debilitados o dañados, lo que ocasiona, al producirse el esfuerzo, un descenso del cuello vesical y de la uretra desde su posición anatómica normal. Además existe la denominada *deficiencia esfinteriana intrínseca*, en la que existe un cierre de la uretral insuficiente, que puede ser debido a una lesión del propio esfínter, a la denervación del mismo o a anomalías estructurales de la uretra por intervenciones quirúrgicas previas. (7, 10)



2.3 CLASIFICACIÓN INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO(4, 11)

Grado I: Se presenta salida involuntaria de orina por grandes esfuerzos o incremento súbito de la presión abdominal; no existe fuga durante la noche.

Grado II: Se presenta salida de orina como respuesta a los esfuerzos convencionales, marcha, posición de pie o a partir de una posición sentada; puede observarse fuga durante la noche.

Grado III: Se presenta incontinencia urinaria total, hay fuga de orina sin ninguna relación con la actividad física.

2.4 EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que la incontinencia urinaria tiene una prevalencia del 17%–55% en los países desarrollados, aumentando esta cifra en los centros geriátricos. La incontinencia urinaria de esfuerzo es común en la mujer, su incidencia oscila entre 12 y 26% en mayores de 40 años (12, 13).

En Latinoamérica las cifras tienen cierta variación, en México en una encuesta realizada a nivel nacional se determinó que de las mujeres entre los 65 y 84 años de edad, presentaban pérdidas urinarias en un 11.1 %, mientras que en los hombres del mismo grupo de edad, la proporción fue de 10.5 %. En el grupo de población mayor de 85 años de edad, 22 % de las mujeres presentó pérdidas urinarias, mientras que en los hombres, 18 %. (14)

La Sociedad Europea de Urología en las Guías del 2010, sobre incontinencia urinaria, reporta que se ha calculado que la IU, o aparición de pérdidas de orina al menos una vez en los últimos 12 meses, afecta al 5 %-69 % de las mujeres y al 1 %-39 % de los varones. En general, la IUE es el doble de frecuente en las mujeres que en los varones. (3)

Un estudio de 1.279 gestantes en Cataluña, durante el año 2008 determino que el riesgo o fracción atribuible, es decir, la proporción de incidencia de IU entre las mujeres que dieron a luz por vía vaginal fue del 67.8% (IC 95%: 50.2-85.4). El riesgo atribuible poblacional, es decir la proporción de incidencia de IU en la población asociada al parto vaginal fue del 49.1 % (IC 95% 36.3-61.8). (3, 4)

2.5 DIAGNÓSTICO (4, 5)

Siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Internacional de Continencia sobre el uso de pruebas diagnósticas en la IU, podemos dividir éstas según varios tipos de recomendación basados en el grado de evidencia clínica.

Pruebas altamente recomendadas en la evaluación inicial

1. Historia clínica, con especial referencia a los siguientes puntos:
 - 1.1. Naturaleza y duración del síntoma de incontinencia
 - 1.2. Tratamientos previos (quirúrgicos o no)
 - 1.3. Movilidad del paciente y factores ambientales
 - 1.4. Estado mental y comorbilidad
 - 1.5. Medicaciones concomitantes
 - 1.6. Función sexual e intestinal
2. Cuantificación de los síntomas y efectos sobre la calidad de vida:
 - 2.1. Uso de un diario miccional, para documentar la frecuencia, el volumen orinado, la cantidad de líquido ingerido por el paciente, el número de episodios de incontinencia y las compresas utilizadas
 - 2.2. La historia debe hacer hincapié en la percepción e impacto de la incontinencia sobre la calidad de vida del paciente.
3. Examen físico:
 - 3.1. Palpación abdominal: excluir globo vesical

- 3.2. Examen neurológico básico
 - 3.2.1. Sensibilidad perineal táctil y dolorosa genital, anal y glútea
 - 3.2.2. Tacto rectal: tomo del esfínter anal, contracción anal voluntaria (si es normal nos indica que la vía eferente S2-S4 está íntegra), reflejo anal (su presencia prueba la integridad del arco reflejo sacro S2-S4)
 - 3.3. Constatar el signo de incontinencia. Mediante la maniobra de Valsalva para tratar de poner en evidencia el escape urinario.
4. Otras pruebas diagnósticas:
 - 4.1. Análisis de orina: descartar infección, hematuria, glucosuria, etc.
 - 4.2. Residuo postmiccional: por palpación abdominal, cateterismo uretral o mediante una ecografía.

Pruebas diagnósticas recomendadas

1. Evaluación más detallada de los síntomas.
2. Evaluación analítica de la función renal
3. Flujometría y cálculo de residuo postmiccional.
4. Estudios urodinámicos:
 - 4.1. Cistomanometría
 - 4.2. Estudio miccional (estudio de presión-flujo)
5. Pruebas de imagen: ecografía, radiografía simple de abdomen, cistouretrografía retrógrada y miccional (CUMS) y pielografía.
6. Endoscopia (uretrocistoscopia): en caso de sospecha de otra enfermedad.

Pruebas diagnósticas opcionales

1. Estudios urodinámicos opcionales: determinación de la presión abdominal de escape y/o electromiografía perineal). Si se sospecha hiperactividad del detrusor.
2. Prueba de la compresa (test): bien sea de una hora o de 24 horas. Con

ello podemos objetivar mejor el grado de incontinencia. Consiste en colocar una compresa previamente pesada al paciente y volver a pesar la misma tras un tiempo establecido. Su incremento de peso nos orienta sobre la magnitud de la incontinencia.

3. Estudios neurofisiológicos

3.1. Electromiografía

4. Otras pruebas de imagen: en situaciones específicas y con indicación individual, TAC y resonancia magnética (RM). (8, 12)

2.6 CALIDAD DE VIDA

Aproximadamente el 15% de las mujeres con IUE acuden al médico, lo que supone una condición que genera alto impacto en la población femenina y se asocia a un deterioro en la calidad de vida, en más del 68% pueden mostrar disfunción en las relaciones interpersonales, depresión, reducción voluntaria en la actividad física y sexual.

En Chile en un estudio sobre seguimiento por colocación de cinta suburetral transobturatriz; resultó que la incontinencia urinaria de esfuerzo creó importante impacto en la calidad de vida, sin embargo posterior al tratamiento quirúrgico las pacientes presentaron mejoría en la sintomatología, la urgeincontinencia un 84%, dolor pelviano un 58% y la frecuencia miccional diurna en un 79%. Un 84% manifestó no tener síntomas como tenesmo, sensación de residuo posmiccional o flujo lento.

Según una escala visual de satisfacción de la calidad de vida, el 8% de las pacientes presentan disconformidad con su calidad de vida, contra un 73% que se declaró conforme. (17,18)

2.7 CUESTIONARIO KING'S HEALTH (KHQ)

Cuestionario validado en el estudio "Validación de la versión española del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida

relacionada con la incontinencia urinaria en pacientes con lesión medular, de los autores " G. Romero Cullerés, Judith Sánchez Raya, J. Conejero Sugrañes, Miguel Angel González Viejo

Aplicado en 120 pacientes con lesión medular.

Resultados Las dimensiones con mayor puntuación fueron: impacto de síntomas urinarios, relaciones personales y limitaciones físicas. Presentaron peor calidad de vida: pacientes de mayor edad, en las relaciones personales ($p=0,042$); las mujeres, en las limitaciones de las actividades de la vida diaria ($p=0,009$) y el impacto de la incontinencia urinaria ($p<0,01$); los parapléjicos, en las relaciones personales y las lesiones incompletas en el sueño y energía ($p<0,01$). Presentaron mejor calidad de vida: pacientes con colector permanente, siendo las diferencias significativas en la dimensión de limitaciones en las actividades cotidianas ($p=0,04$). La consistencia interna del cuestionario fue buena (alfa Cronbach 0,91).

El KHQ es un instrumento válido para evaluar la calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria .

El KHQ también mostró que las mujeres que recibieron intervenciones tradicionales con slings Suburetrales tuvieron una mejoría significativamente mayor en los siguientes dominios: percepción general de salud, limitaciones físicas, sociales y funcionales; y en las emociones y las medidas de gravedad. No hubo diferencias significativas en los dominios de la repercusión de la incontinencia, las relaciones personales, el sueño o la energía (19,20)

2.8 TRATAMIENTO

El objetivo fundamental del tratamiento de la IUE es mejorar la calidad de vida de las pacientes. A la hora de elegir el tipo de tratamiento debemos tener en cuenta la situación personal de la mujer, sus circunstancias

actuales y futuras, así como la especial vulnerabilidad de las mujeres de edad ante ciertos fármacos y ante las intervenciones quirúrgicas.

El tratamiento de la IUE consiste en tratar de aumentar la resistencia de la uretra para que la presión intravesical no supere a la uretral durante los esfuerzos. (4)

Como alternativas terapéuticas podemos contemplar la rehabilitación muscular del suelo pélvico (RMSP) y la cirugía. Existe un fármaco, la duloxetina, un inhibidor de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina, que tiene como efecto el aumentar el tono del esfínter externo, lo que permite mejorar o curar la IUE. (4, 5)

2.8.1 Rehabilitación muscular del suelo pélvico

Consiste en la la contracción activa de los músculos del suelo pélvico realizada de forma regular. Pueden emplearse de forma asociada a técnicas como la electro estimulación, que consiguen hacer consciente a la enferma de los grupos musculares que debe ejercitar. (4, 6, 10)

2.8.2 Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico está dirigido a aumentar el soporte de la uretra y con ello aumentar la resistencia uretral durante los esfuerzos. En los casos con una clara hipermovilidad uretral, e incluso en la insuficiencia esfinteriana intrínseca no grave ni asociada a uretra fija, las técnicas de suspensión uretral sin tensión (técnicas mínimamente invasivas de tipo TVT o TOT) se han convertido en las pruebas de referencia y han desplazado a las técnicas de colposuspensión como la de Burch, que durante años fue la técnica más eficaz. Las técnicas de suspensión uretral sin tensión se basan en los estudios de Petros y Ulmsten, que proponen una nueva concepción de la dinámica pélvica (teoría integral de Petros), y consiste en colocar una malla de material sintético (de polipropileno trenzado monofilamento) por debajo

de la uretra, hacia la cara posterior púlica en el caso del TVT o hacia los agujeros obturadores en el TOT, a modo de refuerzo del ligamento pubouretral. (1, 2,15)

2.8.2.1 Descripción de la técnica TOT

El procedimiento se realiza según la técnica descrita por Delorme. Se emplea por lo general anestesia espinal o raquídea. Asepsia vaginal, se realiza una incisión longitudinal de 2 cm en la pared anterior vaginal, 1 a 2 cm abajo del meato uretral, se reseca el plano submucoso vaginal hasta la rama isquio púlica del mismo lado y detrás de la rama isquio púlica hasta el agujero obturador. Se realiza una incisión longitudinal perineal de 1 cm sobre el agujero obturador de cada lado, en el borde externo del labio mayor correspondiente, teniendo como referencia el plano del clítoris. Con una aguja curva se introduce en forma vertical y perpendicular a la piel perineal, encima de la parte medial del agujero obturador. Se traspasa la membrana obturatriz y el músculo obturador interno girando la aguja en 45 grados para salir por debajo de la uretra. Se introduce una malla de polipropileno a través de la entrada de la aguja. Se realiza el mismo proceso en los dos agujeros obturadores. Se carga la vejiga con 300 ml de solución. Se coloca la cinta a nivel de la uretra media se ajusta de acuerdo a la salida de orina provocada con la tos de la paciente al final, se sutura con catgut simple 3-0. (12, 13)

2.8.2.2 Complicaciones de la técnica TOT

Las complicaciones que se puede presentar se destacan las lesiones viscerales y vasculares. Dentro de éstas la complicación más común es la perforación vesical, que puede presentarse en un porcentaje considerado (23%) en especial si no es realizada por personal capacitado; este riesgo puede aumentar si la paciente tiene antecedentes cirugía por incontinencia urinaria. En una escala menor, del 1% al 2%, están los hematomas del espacio de Retzius. Con un porcentaje del 3% al 24% se encuentra la incontinencia de emergencia “de novo”, relacionada posiblemente a la



obstrucción uretral y la irritación local que produce el emplazamiento del sling. La retención urinaria con manifestación de síntomas obstructivos asociados: disuria, vaciamiento incompleto de la vejiga, y urgencia, se reportan con diferente frecuencia entre 1,1% a 24%. Todas estas complicaciones pueden dar lugar al retiro de la cinta (2, 16).

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL:

- Determinar la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo tratadas con la técnica de banda suburetral con abordaje transobturador (TOT) en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, Septiembre 2012 – Agosto 2013.

3.2 ESPECÍFICOS:

- Determinar las características generales de la población en estudio como: edad, estado civil, residencia, instrucción, ocupación.
- Identificar antecedentes patológicos, ginecológicos y quirúrgicos relacionados con la IUE.
- Valorar la sintomatología y calidad de vida de las pacientes con diferentes grados de incontinencia urinaria de esfuerzo pre y post tratamiento quirúrgico.

CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Estudio

El presente es un estudio descriptivo analítico, que se llevó a cabo en el servicio de Urología y Ginecología del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” perteneciente a la provincia del Azuay en el Cantón Cuenca.

4.2 Universo

La población está conformada por todas las pacientes que han sido diagnosticadas de incontinencia urinaria de esfuerzo y que han recibido tratamiento quirúrgico con técnica de banda suburetral abordaje transobturador (TOT) en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca entre Septiembre del 2012 - Agosto del 2013.

Quedando la población constituida por 56 pacientes.

4.3 Criterios de inclusión:

Se incluyó a todas las pacientes con diagnóstico de IUE que fueron sometidas a tratamiento quirúrgico basado en la técnica TOT en el “Hospital Vicente Corral Moscoso”, que firman el consentimiento informado y aceptan participar en el estudio.

4.4 Criterios de exclusión:

Se excluyeron a los pacientes que no pudieron ser localizadas, pacientes que no firman el consentimiento informado.

4.5 Métodos, técnicas e instrumentos

Para la recolección y el análisis de la información se procedió a revisar los partes operatorios de las cirugías realizadas entre Septiembre 2012 – Agosto 2013, se procedió a revisar las historias clínicas y los datos de las pacientes dentro del periodo de tiempo establecido, y posteriormente fueron localizadas en su domicilio, 47 pacientes formaron parte del estudio, firmaron el consentimiento informado y se procedió a aplicar el formulario de calidad de vida King`s health. (Anexo 1)

4.6 Plan de tabulación y procedimientos

Para el análisis de la información se utilizó: el programa estadístico Spss v-15. Previa a recolección de los datos se procedió a trabajar con las diferentes variables como son la edad, sexo, procedencia de la paciente; factores de riesgo. Se utilizó estadística descriptiva y se procederá a la realización de tablas y cuadros estadísticos.

4.7 Aspectos éticos

Se entregó información detallada a través del consentimiento informado de la finalidad del estudio, así como beneficios, posibles riesgos y/o cualquier duda por parte de las pacientes.

4.8 Recursos.

RECURSOS HUMANOS.

- Investigador
- Director.
- Asesor.
- Pacientes

RECURSOS MATERIALES.

- Historias Clínicas
- Formularios de recolección
- Materiales de Oficina

RUBRO	Costo Unitario	Costo Total (\$)
Hojas A4 75 grs.(Xerox)	\$ 0,009	\$ 9,00
CD-R (Imation)	\$ 0,500	\$ 1,50
Esferográficos (BIC)	\$ 0,350	\$ 1,40
Cartucho Tinta negra	\$ 32,00	\$ 32,00
Cartucho Tinta color	\$ 38,00	\$ 38,00
Internet	\$ 0,50	\$ 5,00
Anillado	\$ 2,00	\$ 10,00
Encuadernado	\$ 5,00	\$ 15,00
Gastos varios	\$ 50,00	\$ 50,00
Imprevistos	\$ 50,00	\$ 50,00
		\$ 211,50

RECURSOS ECONOMICOS

ACTIVIDAD	COSTOS (dólares americanos)
Elaboración del protocolo y correcciones:	\$50,00
Elaboración del informe final	\$50,00
Llenado de formularios	\$60,00
Base de datos, tabulación y análisis	\$40,00
Elaboración, correcciones, ajustes y presentación del informe final	\$50,00
Otros	\$50,00
TOTAL	\$300,00

**4.9 Cronograma de actividades:**

ACTIVIDADES A REALIZAR	TIEMPO DE TRABAJO						
	Ene	Feb.	Mar	Abr.	May	Jun.	Jul.
Elaboración del protocolo y aprobación	X						
Recolección de datos		x	x				
Análisis de los datos				x	X		
Elaboración del informe final						x	x

CAPITULO V

5. RESULTADOS

Características generales de la población

El total de población del estudio es de 56 pacientes de los cuales 47 pacientes pudieron ser localizadas de manera ambulatoria, aceptaron formar parte del estudio y firmar el consentimiento informado, 7 pacientes no pudieron ser localizadas y 2 no aceptaron formar parte del estudio, tras la recolección de los datos se procede analizar los resultados:

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE 47 PACIENTES INTERVENIDAS CON TECNICA DE BANDA SUBURETRAL ABORDAJE TRANSOBTURADOR (TOT) EN EL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”. SEGÚN EDAD, ESTADO CIVIL, RESIDENCIA, OCUPACION, INSTRUCCIÓN CUENCA- AZUAY. 2012-2013.

EDAD	NUMERO (n)	% PORCENTAJE
35-45	11	23.4%
46-55	19	40.4%
Mas 55	17	36.2%
ESTADO CIVIL	NUMERO (n)	% PORCENTAJE
SOLTERA	4	8.5%
CASADA	29	61.7%
DIVORCIADA	7	14.9%
UNION LIBRE	4	8.5%
VIUDA	3	6.4%
RESIDENCIA	NUMERO (n)	% PORCENTAJE
RURAL	18	38.3%
URBANA	29	61.7%
OCUPACION	NUMERO (n)	% PORCENTAJE
TRABAJA	23	48.9%
NO TRABAJA	24	51.1%
INSTRUCCIÓN	NUMERO (n)	% PORCENTAJE
ANALFABETA	0	0
PRIMARIA	27	57.4%
SECUNDARIA	18	38.3%
SUPERIOR	2	4.3%

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado: por la autora

El grupo de edad de mayor frecuencia pertenece de 46-55 años con el 40.4%; seguido del grupo mayor a 56 años con el 36.2% y por último el de menor porcentaje 23.4% corresponde al pacientes de 35-45.

La mayoría proceden de zona urbana (61.7%), en similares porcentajes pacientes refieren su ocupación el 51.1% (n=24) no trabajan, el 48.9% (n=23) trabajan, con respecto a la instrucción, más de la mitad de las participantes (57,4%) alcanzaron la primaria, le sigue el grupo con educación secundaria y tan solo el 4.3% ocupa el nivel superior, no se encontraron mujeres con analfabetismo en el grupo en estudio. En lo referente al estado civil la mayoría son casadas (61.7%), le siguen mujeres divorciadas y en igual proporción solteras y unión libre, el 6.4% corresponde a mujeres viudas. El inicio de vida sexual marca un porcentaje del 66% (n=31) en un rango de 12-18 y de 19-35 en menor proporción 34% (n=16).

TABLA 2. DISTRIBUCION DE 47 PACIENTES INTERVENIDAS CON TECNICA DE BANDA SUBURETRAL ABORDAJE TRANSOBTURADOR (TOT) EN EL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”. SEGÚN IVS, NUMERO DE PARTOS, CESÁREAS. 2012-2013.

IVS	NUMERO	% PORCENTAJE
12-18	31	66%
19-35	16	34%
MAS 35	0	0%
PARTOS	NUMERO (n)	% PORCENTAJE
0	0	0%
1-3	36	76.6%
4 o MAS	11	23.4%
CESAREAS	NUMERO (n)	% PORCENTAJE
0	37	78.7%
1-2	10	21.3%
3 o MAS	0	0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado: por la autora

En cuanto a gestas previas el mayor grupo se ubica 1-3 con 76,6% y con 23.4% 4 o más gestas , el 78,7% refiere no tener antecedentes de cesáreas, mientras que el 21.3% de la pacientes refieren 1-2 cesáreas, no se reportan pacientes con 3 o más cesáreas.

TABLA 3. DISTRIBUCION DE 47 PACIENTES INTERVENIDAS CON TECNICA DE BANDA SUBURETRAL ABORDAJE TRANSOBTURADOR (TOT) EN EL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”. SEGÚN ANT. PATOLOGICOS, QUIRURGICÓS, COMPLICACIONES, NUMERO DE PARTOS, CESÁREAS. 2012-2013.

COMPLICACIONES	NUMERO (n)	% PORCENTAJE
INFECCION	5	10.6%
INCONTINENCIA	1	2.1%
PERFORACION VESICAL	0	0%
HEMATOMAS	0	0%
DOLOR PERINEAL	1	2.1%
NINGUNA	40	85.2%
ANT. QUIRURGICOS	NUMERO (n)	% PORCENTAJE
HISTERECTOMIA	6	12.8%
COLPORRAFIA POSTERIOR	2	2.1%
COLPORRAFIA ANTERIOR	4	8.5%
NINGUNA	35	76.6%
ANT. PATOLOGICOS	NUMERO (n)	% PORCENTAJE
HTA	8	17%
DIABETES MELLITUS	4	8.5%
ARTRITIS REUMATOIDEA	1	2.1%
NINGUNO	34	72.4%

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado: por la autora



El 72.4% (n=34) de las pacientes encuestadas no refiere antecedentes patológicos personales de importancia, la Hipertensión Arterial ocupa el segundo lugar con el 17% (n=8), le sigue Diabetes Mellitus 2 con el 8.5% (n=4) y Artritis Reumatoidea 2.1% (n=1)

De acuerdo a los antecedentes quirúrgicos en igual proporción que antecedentes patológicos personales el 36.6% (n= 36) no refieren padecerlos, la Histerectomía vaginal y abdominal ocupa el 12.8% (n=6), y en menor porcentaje colporrafia anterior 8.5% (n=4) y colporrafia posterior 2.1% (n=1).

Las complicaciones postquirúrgicas se presentaron en 7 pacientes, (10.6%) (n=5= presentó infecciones postquirúrgicas, 2.1% (n=1) fue una paciente que presento incontinencia de novo y en otro caso una paciente que refirió dolor perineal, no se reportan casos de perforación vesical y hematomas, el 85.2% (n=40) no refiere ningún tipo de complicación.

TABLA 4. DISTRIBUCION DE 47 PACIENTES INTERVENIDAS CON TECNICA DE BANDA SUBURETRAL ABORDAJE TRANSOBTURADOR (TOT) EN EL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”. SEGÚN CUESTIONARIO KING´S HEALTH PRE Y POSTQUIRÚRGICO 2012-2013.

CALIDAD DE VIDA					
	PREQUIRURGICO	POSTQUIRURGICO	VALOR P	RAZON DE P	IC 95%
	(n)	(n)			
Mejor calidad de vida	0	95.5%	0,001	0,07	0,01-0,2
Regular calidad de vida	27.7%	4.5%			
Peor calidad de vida	72.3%	0			
TOTAL	100%	100%			

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado: por la autora

Según los datos en la tabla 4 el 72,3% (n=34) tuvo afectación severa de la calidad de vida en contraste con los pacientes que luego del tratamiento quirúrgico tienen mejor calidad de vida en el 95.5% (n=45) con una

diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.001$)

TABLA 5. DISTRIBUCION DE 47 PACIENTES INTERVENIDAS CON TECNICA DE BANDA SUBURETRAL ABORDAJE TRANSOBTURADOR (TOT) EN EL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”. SEGÚN LA CALIDAD DE VIDA POSTQUIRÚRGICA Y LA HTA 2012-2013.

HIPERTENSION ARTERIAL (%)					
	HTA	NO HTA	Valor p	Razón de P	IC 95%
Mejor calidad de vida	100%	97,4%	0,31	2,02	0,36 - 11,09
Moderada calidad de vida	0	2,6%			
Peor calidad de vida	0	0			
Total	100%	100%			

En cuanto a los pacientes con antecedente de HTA luego del tratamiento quirúrgico no se encontró diferencia significativa ($p= 0,31$) en relación a la calidad de vida, siendo esta de mejor calidad de vida en los dos grupos

TABLA 6. DISTRIBUCION DE 47 PACIENTES INTERVENIDAS CON TECNICA DE BANDA SUBURETRAL ABORDAJE TRANSOBTURADOR (TOT) EN EL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”. SEGÚN LA CALIDAD DE VIDA POSTQUIRÚRGICA Y LA DIABETES MELLITUS 2012-2013.

DIABETES (%)					
	DM2	NO DM2	Valor p	Razón de P	IC 95%
Leve	75%	100%	0,001	0,44	0,37 - 0,54
Moderada	25%	0			
Severa	0	0			
Total	100%	100%			

Las pacientes antecedentes de Diabetes Mellitus luego del tratamiento quirúrgico presentaron mejor calidad de vida similar a lo encontrado en las pacientes no diabéticas, sin embargo existe diferencia significativa ($p=0.001$) a favor de las pacientes no diabéticas.

CAPITULO VI

6. DISCUSION

La Incontinencia Urinaria de esfuerzo genera una impresión negativa en múltiples aspectos de la vida diaria, ámbito social (aislamiento, inactividad), físico (restricción a los deportes), sexual (pérdida de la actividad sexual), psicológico (falta de autoestima), laboral y doméstico (cautela con la ropa, actividades diarias).

La técnica quirúrgica de la cinta trans obturatriz ha dado excelentes resultados para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, basado en la rapidez de la operación, la rápida alta posoperatoria, el menor riesgo de obstrucción y de retención urinaria así como el riesgo de complicaciones tempranas y tardías como perforaciones vesicales, lesiones vasculares, hematomas e infecciones que se muestran con otras técnicas quirúrgicas (21,22)

Por los resultados y seguridad obtenidos a mediano plazo, garantiza su recomendación a las pacientes como procedimiento de primera opción en los casos de incontinencia urinaria de esfuerzo con o sin enfermedad del piso pélvico, para mejorar su calidad de vida.

De acuerdo a las características del estudio se demuestra que el porcentaje de mejoría posterior al tratamiento quirúrgico con malla TOT fue del 95.7% (N=45), en estudios realizados en Pinar del Río el año 2012 , en Perú en el “Hospital Augusto Hernández Mendoza” entre el año 2007-2012 y en Chile en el “Hospital de Quilpúe” muestran porcentajes similares de cura 96.7%, 92.5% y 93,3% respectivamente y en porcentajes menor al 7,55%pacientes insatisfechas por fracaso de la técnica en comparación al 4.3% (n=2) de nuestro estudio. (21,22)

La edad media fue 53,2 con un DE de 8,89 lo que concuerda con estudios realizados en Chile por Pardo, Ricci y Tacla, al igual que en Perú por Llanto



Canchos en donde la edad promedio es de 53,7 años. (24,26).

Por el contrario en otros estudios de realizados Ica Perú por los autores Álvarez y Gutiérrez se observa que las pacientes con IUE tienen un edad media de 42 años, 10 menos que la media descrita de la población en estudio.

El parto por vía vaginal es un factor de riesgo establecido de IUE en mujeres jóvenes y de mediana edad, posiblemente por las lesiones neurológicas o musculares y asociado a un temprano inicio de vida sexual (n=31) 66%, sin embargo existe un estudio realizado en Madrid por Lorenzo Gómez que indica que el parto eutócico se asocia en menor probabilidad de quedar incontinente ($p=0,000018$) (31)

El mayor porcentaje de paciente son multíparas el 76,6% (n=36) pertenece al grupo de 1-3 gestas, que se acerca al encontrado por Álvarez y Gutiérrez en Cuba y en Perú donde la media de gestas fue 3, con un valor de $p=0,008$. (22,25)

El 21.3% (n=10) de pacientes presentaron 1-2 cesáreas, se ha demostrado que las mujeres con antecedente de la misma tienen mayor probabilidad de Incontinencia Urinaria 10,1% ($p= 0.002$) (31) y el parto vaginal en un porcentaje del 24.2% según un estudio realizado en Pamplona España por Robles J, en el año 2006. (25)

De acuerdo a la ocupación de las pacientes Un porcentaje similar de pacientes donde 23 pacientes 48.9% no trabaja y el 51.1% 24 pacientes no, lo que concuerda con un estudio realizado en Madrid las mujeres trabajan en un (80,4%) en sus hogares y el (40,2%) empleadas en un trabajo (26)

Dentro de las complicaciones que se presentan en el tratamiento con banda suburetral la infección urinaria ocupa el mayor porcentaje 10,6% (n=6); en Chile Donoso M, Gonzales J, se encontró en un 19% 10 de 51 pacientes para el TOT (27), en comparación con un estudio realizado en España



donde 3 pacientes presentaron infecciones urinarias a repetición y representó el 6% de todas las complicaciones y por el contrario el dolor perineal se presentó en 10% diferente a las cifras del presente estudio que se presentó en un solo paciente 2.1% (28).

Por los antecedentes quirúrgicos citados 6 pacientes, el 12,3% tienen el antecedente de histerectomía, y 10 pacientes el 21.3% antecedente de cesárea, en un estudio realizado en Polonia por el autor Jedrzejczyk, S. el 35,5% de las sometidas a operaciones de obstetricia y ginecología; histerectomía abdominal, vaginal, cesáreas, operaciones anexiales un 56% se asocia a incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) (29)

Las pacientes con antecedente de HTA presenta el 41% frente al 12% de pacientes sin HTA tienen una probabilidad de fracaso ($p=0,29$) al contrario en el estudio las pacientes no presentan diferencia significativa en la calidad de vida.

El daño nervioso periférico tanto motor, sensitivo o autonómico, es considerado el deterioro más común causado por la Diabetes Mellitus, pudiendo afectar hasta el 50-60% de los pacientes. Este porcentaje se incrementa progresivamente con la edad y con el tiempo de evolución de la enfermedad, según un estudio realizado en España donde la DM se asocia a un fracaso de la técnica en un 66% frente al 16% de pacientes que no la padecen ($p=0,02$), en nuestro estudio las pacientes con DM presentaron mejoría postquirúrgica pero existe diferencia significativa ($p=0.001$) en las pacientes que no tienen DM

En los resultados obtenidos la información trata aspectos personales para la persona, incluida que muchas de las respuestas son subjetivas.

Por el tiempo dispuesto para recolectar los datos no fue posible el estudio pre quirúrgico, las pacientes colaboraron y respondieron de acuerdo a como valoraban su calidad de vida antes de la cirugía.

CONCLUSIONES

- La incontinencia urinaria de esfuerzo es considerada una patología que disminuye la calidad de vida las pacientes refieren alteración en sus actividades diarias, sus relaciones interpersonales, cuidados higiénicos, alteración en el sueño, se concluye según los resultados pre quirúrgicos que el 72,3% presentaron peor calidad y el 27,7% una moderada calidad de vida.
- La técnica quirúrgica con banda sub-uretral mejora la calidad de vida y sintomatología de las pacientes con IUE, el 95.7% presenta mejor calidad de vida postquirúrgica.
- Se presenta en una edad media de 53.2 años, las pacientes que tienen antecedente entre 1-3 gestas se asociaron en mayor porcentaje 76.6% con la IUE.
- La hipertensión arterial es el antecedente patológico que se presenta en mayor porcentaje sin embargo no es representativo y no se asocia con la IUE.
- Al contrario las pacientes Diabetes Mellitus consiguen llegar a tener una mejor calidad de vida no siendo esta tan significativa como en las pacientes no diabéticas.
- La complicación asociada en mayor porcentaje en el estudio fue la infección que se presentó en 5 pacientes 10,6%, seguida de incontinencia de novo que se presento en un 2.1% al igual que el dolor perineal.
- Se concluye que la técnica con banda sub-uretral es un procedimiento mínimamente invasivo, de fácil realización, con mínimas complicaciones y buena satisfacción de las pacientes.



RECOMENDACIONES

- Realizar estudios comparativos con otras técnicas quirúrgicas para valorar la calidad de vida.
- Existe falta de estudios sobre la calidad de vida en mujeres con problemas urinarios por lo que sería importante realizar mayor investigación al respecto, para de esta forma comparar y obtener resultados más certeros.
- Crear conciencia sobre políticas de salud para promover la prevención y promoción de esta patología que afecta en varias dimensiones a las mujeres.

CAPITULO VII

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Briozzo L, Vidiella G, Curbelo F, Craviotto F, Massena B, López R, Martínez A, Rodríguez F. Transvaginal Obturatriz Tape (TOT) en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. RevMed Uruguay 2005; 21: 130-140.
- 2 Donoso M. González J., Danilla S., Tapia J., Morales I., Busquets M. Cinta suburetral transobturatriz (TOT) en la incontinencia urinaria de esfuerzo: continencia a mediano plazo y evolución de los síntomas irritativos vesicales. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2007; 72(6): 366-373.
- 3 Sánchez E, Solans M, Espuña M. Estimación de la incidencia de incontinencia urinaria asociada al embarazo y el parto. Madrid – Barcelona, 2010.
- 4 Lucas M, Bedretdinova D, Bosch L, Burkhard F, Cruz F, Nambiar A, de Ridder J, Tubaro A, Pickard R. Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology 2013.
- 5 Schröder A, Abrams P, Andersson K, Artibani W, Chapple C, Drake M, Hampel C, Neisius A, Tubaro A, Thüroff J. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. Actualización en marzo de 2009. European Association of Urology 2010.
- 6 Anatomía quirúrgica de la técnica de inserción de la malla libre de tensión transobturador. (TOT) para la incontinencia de orina. En www.e-archivos.org/e-AGO200601/ANATOMIA%20TVT.pdf
- 7 García J., Espinosa A., Vladislavovna S., Peña A., Reyes H. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos mayores. RevMedInstMex Seguro Soc 2008; 46 (4): 415-422.
- 8 Hirsh H, Kaser O, Ikle F. Atlas de cirugía ginecológica. Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Quinta edición 2003; 499-534.
- 9 Berek J. Ginecología de Novak. Incontinencia, prolapso y trastornos

- del piso pélvico. Décimo tercera edición 2004: 523-570
- 10 Salazar A, Oyanedel P, Montiglio C, Campero J, Caro C, Monje B, Chávez P, Herrera I. Revista Chilena de Urología. Prevalencia y factores de riesgo de la incontinencia de orina. Centro de Urología Femenina, Hospital FACH. 2005.
 - 11 Díaz J, Hernández C, Lomanto A, Gutiérrez A, Aristizabal J. Incontinencia urinaria femenina. Sociedad Colombiana de Urología, Guías de práctica clínica (GPC) 2005.
 - 12 Utilidad del Sling en la incontinencia urinaria de esfuerzo. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Buenos Aires Argentina. Julio 2006.
 - 13 Zapardiel I, Botija J. Incontinencia urinaria y dispositivo de malla transobturador libre de tensión (TOT). Febrero 2010. En: www.jano.es
 - 14 Conejero A., Gimeno V., Such T. Guía de buena práctica clínica en incontinencia urinaria. Editorial Internacional Marketing & Communication S.A. Madrid, 2007.
 - 15 Reátegui R. Sling transobturatriz-vaginal (TOT). Nueva alternativa mínimamente invasiva en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Revista Peruana de Urología 2004;xiv:120-123 julio-diciembre.
 - 16 Emil. A. Tanagho, Jack W. Mc Aninch, Urología general de Smith. Incontinencia urinaria. Editorial El Manual Moderno. Capítulo 29. 14ª ed. México, 2009.
 - 17 Silva-Filho AL, Candido EB, Noronha A, Triginelli SA. Comparative study of autologous pubovaginal sling and synthetic transobturador (TOT) SAFYRE sling in the treatment of stress urinary incontinence. *Archives of Gynecology & Obstetrics* 2006; **273**(5): 288-92. [MEDLINE: 21600]
 - 18 Veloso M Daniel, Saens N Paulina, Ainardi R María Jesús, Olivares P Antonio, Cabezas G Sebastián, Orozco S Cristóbal. CINTA SUBURETRAL TRANSOBTURATRIZ LIBRE DE TENSIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA DE ORINA DE ESFUERZO: 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO. Rev. chil. obstet.

- ginecol. [revista en la Internet]. 2010 [citado 2013 Dic 29]; 75(4): 240-246. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000400005&lng=es
- 19 LeroyLígia da Silva, LopesMaria Helena Baena de Moraes. La incontinencia urinaria en periodo de posparto y su impacto en la calidad de vida relacionada a salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. 2012 Apr [cited 2014 Jan 03]; 20(2): 346-353. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200018>.
- 20 AbenozaGuardiola, Montse, Conejero Sugrañes, Joan, González Viejo, Miguel Angel, Romero Cullerés, Georgia, Sánchez Raya, Judith; VALIDACION DE LA VERSION ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO KING'S HEALTH PARA LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTES CON LESION MEDULAR. (2010); *Rev. 18 Jornada de l'Associació Catalana d'Uròlegs de Comarques. Playa de Aro. Mayo 2010.*
- 21 Álvarez Riveras Yordanis, Gutiérrez Valdés Nersa, Zubizarreta Vega Yohanys María. Transvaginalobturatriz tape en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. *Rev Ciencias Médicas* [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 2014 Jul 03]; 16(2): 164-188. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000200013&lng=es.
- 22 BENDEZU MARTINEZ, Andrés Guido. Uso de cinta trans obsturadora (TOT) para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo: experiencia con los 40 primeros casos. *Rev PerGinecol obstet.* [online]. 2013, vol.59, n.1 [citado 2014-07-03], pp. 27-31 . Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-

- 51322013000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2304-5132.
- 23 Kaplan D Francisco, Flores C Robinson, Quinchavil A Hernán, Becerra A Oscar, Hevia G Tiare, Brito Y Cristián. TOT ambulatorio con ajuste intraoperatorio de la malla en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2012 [citado 2014 Jul 02] ; 77(3): 211-215. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000300007&lng=es.
- 24 Pardo Schanz J., Ricci Arriola P., Tacla Fernández X., Betancourt Ortiz E.. Cinta trans-obturadora (TOT) en la corrección de la incontinencia de orina de esfuerzo: Experiencia de tres años con 200 pacientes. Actas UrolEsp [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2014 Jul 03] ; 31(10): 1141-1147. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062007001000008&lng=es.
- 25 Robles J. E.. La incontinencia urinaria. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. 2006 Ago [citado 2014 Jul 03]; 29(2): 219-231. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272006000300006>.
- 26 Llanto Canchos J, Arcos Jerónimo D., Neira Goyeneche J., Castillo Huasasquiche J. CINTA TRANS-OBTURATRIZ (TOT) EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERÚ. Rev. méd. panacea 2012; 2(3):75-80. Disponible en rev.med.panacea.unica.edu.pe/index.php/med/article/download/42/45
- 27 Donoso O Manuel, González G José Antonio, Danilla E Stefan, Tapia H Jorge, Morales D Ignacio, Busquets C Maritza. CINTA SUBURETRAL TRANSOBTURATRIZ (TOT) EN LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: CONTINENCIA A MEDIANO PLAZO Y EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS IRRITATIVOS VESICALES. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet].

- 2007 [citado 2014 Jul 03] ; 72(6): 366-373. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000600003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000600003>
- 28 López García, Daniel León Ramírez, Jorge Rey Rey, Jacobo Freire Calvo, Benito Rodríguez Iglesias, Antonio Ojea Calvo. COMPLICACIONES DE LAS MALLAS DE POLIPROPILENO EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO FEMENINO Arch. Esp. Urol. 2011; 64 (7): 620-628, Disponible en : <http://www.redalyc.org/pdf/1810/181022777006.pdf>
- 29 Jedrzejczyk S¹, Lau K, Rutkowska B, Rzaneck A, Bobeff A, Wieczorek M. Después de la cirugía para la incontinencia urinaria en obstetricia y ginecología- estudios urodinámicos, Polonia 2010, Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20568518>
- 30 Espuña Pons M., Castro Díaz D., Carbonell C., Dilla T.. Comparación entre el cuestionario "ICIQ-UI Short Form" y el "King'sHealthQuestionnaire" como instrumentos de evaluación de la incontinencia urinaria en mujeres. Actas UrolEsp [revista en la Internet]. 2007 Mayo [citado 2014 Jul 03] ; 31(5): 502-510. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0210-48062007000500010>.
- 31 Lorenzo-Gómez M.F., Gómez-García A., Padilla-Fernández B., García-Criado F.J., Silva-Abuín J.M., Mirón-Canelo J.A. et al . Factores de riesgo de fracaso de la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante cinta suburetral transobturatriz. Actas Urol Esp [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2014 Jul 15] ; 35(8): 454-458. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062011000800004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0210-48062011000800004>



CAPITULO VIII

8. ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**



Consentimiento Informado
Estimada Sra.

Yo María Isabel Orellana Jerves, estudiante de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, Facultad de Medicina, previo a la obtención del título de Médico, me encuentro realizando una investigación sobre **“CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO CON TRATAMIENTO QUIRURGICO TECNICA DE BANDA SUBURETRAL CON ABORDAJE TRANSOBTURADOR (TOT) EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEPTIEMBRE 2012- AGOSTO 2013”**

El objetivo del estudio es determinar si las molestias que usted tenía antes de la cirugía han desaparecido, disminuido, aumentado luego de ésta. Es decir, si usted siente un beneficio en su vida actual, como puede ser que ya no mancha su ropa interior, no tiene la necesidad de recurrir a un baño de urgencia, realizar sus actividades cotidianas sin ninguna preocupación, ya no se siente avergonzada ante los demás, entre otras. Su colaboración ayudará a validar este procedimiento quirúrgico como prioridad para el tratamiento.

Se realizarán unas preguntas sencillas y explícitas basadas en lo expuesto anteriormente. Ante cualquier interrogante, estoy a su disposición para contestarle, no dude en hacerlo.

La información obtenida a través de este cuestionario será mantenida bajo estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento en cualquier momento. La encuesta no conlleva ningún riesgo, ni recibe ningún beneficio como tal. No recibirá compensación económica alguna por participar.

CONSENTIMIENTO

Yo con CC:he leído lo enunciado en los párrafos anteriores. La investigadora me ha explicado el estudio, los objetivos, la importancia de este estudio y ha contestado mis preguntas. Por lo tanto,

f. _____
Acepto voluntariamente
Cuenca, _____ de _____ 201_____

f. _____
No acepto



ANEXO 2: CUESTIONARIO KING´S HEALTH

OBJETIVO: Determinar la calidad de vida de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo tratadas con la técnica de banda suburetral con abordaje transobturador (TOT) en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, Septiembre 2012 – Agosto 2013.

Su participación consiste en llenar el siguiente cuestionario el cual consta de 21 preguntas de opción múltiple y para completar el mismo requiere de un tiempo aproximado de diez minutos.

MARQUE CON UNA X SU RESPUESTA: CUESTIONARIO DE FACTORES DEMOGRAFICOS

1. Edad:

35-45

46-55

Mas 55

2. Estado civil

Soltera

Casada

Divorciada

Unión libre

Viuda

3. Residencia

Rural

Urbana

4. Ocupación

Trabaja

No trabaja

5. Instrucción

Analfabeta



- Primaria
- Secundaria
- Superior

6. IVS

- 12-18
- 19.35
- MAS 35

7. Partos

- 0
- 1-3
- 4 o más

8. Cesáreas

- 0
- 1-2
- 3 O MAS

9. Antecedentes patológicos

- Si
- No

En caso de ser afirmativa su respuesta indique cual

.....

10. Antecedentes quirúrgicos

- Si
- No

En caso de ser afirmativa su respuesta indique cual

.....

11. Complicaciones

.....

- Si
- No



¿Está usted satisfecha con la intervención quirúrgica y la evolución que ha tenido?

- Muy satisfecha.
- Moderadamente satisfecha.
- No satisfecha.
- Peor que antes de la operación.

Cuestionario de incontinencia King'sHealth

1. ¿Cómo describiría su estado de salud general en la actualidad?

Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

2. ¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

A continuación aparecen algunas actividades diarias que pueden verse afectadas por problemas urinarios. ¿Hasta qué punto le afectan sus problemas urinarios?

Nos gustaría que contestara a todas las preguntas, pensando sólo en las 2 últimas semanas. Simplemente marque con una cruz ^x el casillero que corresponda a su caso.

LIMITACIONES EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS

3. ¿Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domésticas

(por ej.: limpiar, hacer la compra, pequeñas reparaciones, etc.)?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

4. ¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias

normales fuera de casa?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES

5. ¿Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (por ej.: ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.)?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

6. ¿Sus problemas urinarios afectan a su capacidad para desplazarse en

autobús, coche, tren, avión, etc.?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

**7. ¿Sus problemas urinarios limitan su vida social?**

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

8. ¿Sus problemas urinarios limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

RELACIONES PERSONALES**1. ¿Sus problemas urinarios afectan a su relación con su pareja?**

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

2. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida sexual?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

3. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida familiar?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

EMOCIONES**1. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse deprimido/a?**

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

2. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse preocupado/a o nervioso/a?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

3. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse mal consigo mismo/a?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

SUEÑO/ENERGÍA**1. ¿Sus problemas urinarios afectan a su sueño?**

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

2. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse agotado/a o cansado/a?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE ENCUENTRA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES?**1. ¿Lleva compresas/pañales para mantenerse seco/a?**

Nunca A veces A menudo Siempre

2. ¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?

Nunca A veces A menudo Siempre

3. ¿Se cambia la ropa interior porque está mojado/a?

Nunca A veces A menudo Siempre

4. ¿Está preocupado/a por si huele?

Nunca A veces A menudo Siempre

**5. ¿Se siente incómodo/a con los demás por sus problemas urinarios?**

Nunca A veces A menudo Siempre

Me gustaría saber cuáles son sus problemas urinarios y hasta qué punto le afectan. De la lista siguiente elija **SÓLO AQUELLOS PROBLEMAS** que usted tenga en la actualidad y márquelos con una cruz × , DEJE SIN CONTESTAR los que no correspondan a su caso.

¿Hasta qué punto le afectan?

1. FRECUENCIA: ir al baño muy a menudo

Un poco Moderadamente Mucho

2. NICTURIA: levantarse durante la noche para orinar

Un poco Moderadamente Mucho

3. URGENCIA: un fuerte deseo de orinar difícil de controlar

Un poco Moderadamente Mucho

4. INCONTINENCIA POR URGENCIA: escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar

Un poco Moderadamente Mucho

5. INCONTINENCIA POR ESFUERZO: escape de orina por actividad física, ejemplo: toser, estornudar, correr

Un poco Moderadamente Mucho

6. ENURESIS NOCTURNA: mojar la cama durante la noche

Un poco Moderadamente Mucho

7. INCONTINENCIA EN EL ACTO SEXUAL: escape de orina durante el acto sexual (coito)

Un poco Moderadamente Mucho

8. INFECCIONES FRECUENTES EN LAS VÍAS URINARIAS:

Un poco Moderadamente Mucho

ANEXO 2

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Es la edad en años cumplidos	Años cumplidos	Menor 55 años >55 años
Estado Civil	De acuerdo a las leyes civiles la forma de unión con su pareja	Estado	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda
Residencia	Lugar donde habita fuera o dentro de la ciudad	Residencia	Rural Urbana.
Ocupación	Modo de obtener subsistencia	Desempeño laboral	Trabaja No trabaja
Nivel de Instrucción	Nivel de estudio que cursó	Ultimo año que cursó	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
Antecedentes Obstétricos:			
Partos.	Número de partos vaginales	Número de partos vía vaginal que ha tenido la paciente.	0 1-3 4 o Más
Cesáreas.	Numero de	Numero de cesáreas	0



	cesáreas.	que ha tenido la paciente.	1-2 3 o más
Inicio de la vida sexual activa	Edad de la primera relación sexual	Años cumplidos.	12-18 19-35 > 35
Antecedentes patológicos Personales	Presencia de enfermedades crónicas: DMT2, HTA, Artritis Reumatoidea, EPOC	Enfermedades crónicas durante su vida como antecedente referido por la paciente	Si No
Antecedentes Quirúrgicos	Existencia de cirugías anteriores. Histerectomía, colporrafia anterior o posterior.	Antecedente referido por la paciente si ha recibido algún tratamiento quirúrgico.	Si No
Complicaciones derivadas del TOT	Complicaciones durante y luego del procedimiento Como perforación, vesical, infección, dolor perineal.	Complicación referida por la paciente	SI NO
CALIDAD DE VIDA	Bienestar físico , material, social y bienestar emocional	Cuestionario King'shealth	Peor calidad de vida Regular calidad de vida Mejor calidad de vida