



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO DOCENTE DE UROLOGÍA
POSTGRADO DE UROLOGÍA

**EVALUACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA
PARA EL MANEJO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN
PACIENTES FEMENINAS. SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA EN EL
INSTITUTO DOCENTE DE UROLOGÍA.
AGOSTO 2014- AGOSTO 2015.**

Autor: Dr. Alfonso J. Gudiño V.
Tutor clínico: Dr. Pablo Sánchez
Tutor metodológico: José García

Valencia, Octubre del 2015



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO DOCENTE DE UROLOGÍA
POSTGRADO DE UROLOGÍA

**EVALUACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA
PARA EL MANEJO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN
PACIENTES FEMENINAS. SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA EN EL
INSTITUTO DOCENTE DE UROLOGÍA.
AGOSTO 2014- AGOSTO 2015.**

TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN PRESENTADO ANTE EL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO PARA
OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
UROLOGÍA

Autor: Dr. Alfonso J. Gudiño V.
Tutor clínico: Dr. Pablo Sánchez
Tutor metodológico: José García

Valencia, Octubre del 2015

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO DOCENTE DE UROLOGÍA
POSTGRADO DE UROLOGÍA

**EVALUACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA
PARA EL MANEJO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN
PACIENTES FEMENINAS. SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA EN EL
INSTITUTO DOCENTE DE UROLOGÍA.
AGOSTO 2014- AGOSTO 2015.**

Autor: Dr. Alfonso J. Gudiño V.

Tutor clínico: Dr. Pablo Sánchez

Tutor metodológico: José García

RESUMEN

La incontinencia urinaria (IU) es una entidad que se ha caracterizado por ser un problema creciente de salud pública en los últimos años, afectando la calidad de vida en miles de mujeres, en diversos países a nivel mundial. Es una de las enfermedades más comunes en la mujer, siendo su prevalencia más alta que otras entidades. **Objetivo General:** Evaluar las técnicas de cirugía mínimamente invasiva para el manejo de la IUE en pacientes femeninas, intervenidas en el Servicio de Uroginecología en el Instituto Docente de Urología, entre Agosto 2014 y Agosto 2015. **Materiales y métodos:** Se realizó una investigación prospectiva, observacional, descriptiva, de diseño no experimental, cuya población y muestra estuvo constituida por las pacientes femeninas que acudieron a la consulta de Uroginecología diagnosticadas de IUE, sometidas a cirugía anti incontinencia en el Instituto Docente de Urología (IDU) entre Agosto 2014 y Agosto 2015. **Resultados:** Predominó el grupo etario de 55 a 64 años con 43,5%, paridad dos gestaciones 43,4%, IUE tipo II con 39,1%, se encontró POP anterior en 69,6%, siendo el estadio III el más frecuente. Los mini slings se utilizaron en 47,8%, teniendo elevada tasa de éxito con baja índice de complicación **Conclusiones:** Los mini slings constituyen un gran avance en el manejo quirúrgico de IUE, sus características garantizan lograr continencia y disminuir el riesgo de extrusión vaginal, asimismo permiten que sean procedimientos reproducibles y realizables de manera ambulatoria, con altos porcentajes de cura subjetiva y objetiva.

Palabras clave: Incontinencia urinaria de esfuerzo, mini cinchas, cinchas suburetrales.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO DOCENTE DE UROLOGÍA
POSTGRADO DE UROLOGÍA

**EVALUATE MINIMALLY INVASIVE SURGERY TECHNIQUES FOR
MANAGEMENT OF STRESS URINARY INCONTINENCE IN FEMALE
PATIENTS. IN UROGYNECOLOGY SERVICE THE TEACHING INSTITUTE OF
UROLOGY. AUGUST 2014 AUGUST 2015.**

Author: Dr. Alfonso J. Gudiño V.

Clinical Tutor: Dr. Pablo Sánchez

Statistician Tutor: José García

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) is a condition that has been characterized as a growing public health problem in recent years, affecting the quality of life of many women, in different countries in the world. It is one of the most common diseases in women, with higher prevalence than others. **Overall Objective:** Evaluating minimally invasive surgery techniques for handling SUI in female patients, intervened in the Urogynecology Service at the Teaching Institute of Urology, between August 2014 and August 2015. **Materials and methods:** It is a prospective, observational, descriptive, non-experimental design study, where the population and sample consisted of female patients who attended the consultation of Urogynecology diagnosed with SUI who underwent anti Incontinence surgery at the Teaching Institute of Urology (IDU) was performed between August 2014 and August 2015. **Results:** Predominant age group was 55-64 years with 43.5%, 43.4% parity two pregnancies, SUI type II with 39.1% the previous POP was found in 69.6%, being the most frequent stage III. The mini slings were used in 47.8%, with high success rate with low complication rate. **Conclusions:** Mini slings constitute a breakthrough in the surgical management of SUI, their features ensure achieving continence and reduce the risk of vaginal extrusion, also allow reproducible and realizable outpatient procedures, with high percentages of subjective and objective cure.

Keywords: Stress urinary incontinence, mini slings.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO DOCENTE DE UROLOGÍA
POSTGRADO DE UROLOGÍA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Los abajo firmantes, miembros del jurado designado para examinar el Trabajo Especial de Grado titulado:

**EVALUACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA
PARA EL MANEJO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN
PACIENTES FEMENINAS. SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA EN EL
INSTITUTO DOCENTE DE UROLOGÍA.
AGOSTO 2014- AGOSTO 2015.**

Realizada por el Dr. Alfonso José Gudiño Villarreal C.I: 17.123.181, hacemos constar que hemos examinado y aprobado la misma, y que aunque no nos hacemos responsables de su contenido, lo encontramos correcto en su calidad y forma de presentación, quedando aprobado por los siguientes jurados:

Valencia: ____/____/____

Nombre y Apellido CI: Firma

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es una entidad que se ha caracterizado por ser un problema creciente de salud pública en los últimos años, afectando la calidad de vida en miles de mujeres, en diversos países a nivel mundial. Durante mucho tiempo, surgieron una gran variedad de conceptos los cuales fueron incapaces de generar aceptación de manera universal por los distintos comités y escuelas de uroginecología, sin embargo en los últimos años La tendencia actual es la de seguir el concepto propuesto por la Sociedad Internacional de Continencia. Definiendo a ésta, como *la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social, y que se puede demostrar objetivamente.*¹

La incontinencia urinaria es una de las enfermedades más comunes en la mujer, con una prevalencia de 12 a 55 % en todos los grupos de edades. Siendo su prevalencia más alta que otras entidades, tales como: la hipertensión arterial sistémica, depresión y diabetes mellitus.² La incidencia de IU aumenta linealmente con la edad hasta ser considerada como uno de los síndromes geriátricos, tanto por su elevada prevalencia en mayores de 65 años como por el impacto negativo que ocasiona en el anciano que la sufre.^{1, 2}

Las personas que padecen IU, frecuentemente experimentan sentimientos de angustia, baja autoestima, ira, tristeza así como aislamiento social (60% desarrollan síntomas depresivos) debido a que se observa afectación de la capacidad funcional y el desarrollo de las distintas actividades cotidianas ya sea en el hogar y/o trabajo así como en la relación de pareja. Estudios previos han demostrado una importante asociación con disfunción sexual principalmente en hombres.³

Debido a la vergüenza, al tabú o al desconocimiento de la existencia de posibles tratamientos, sólo una minoría de las mujeres que padecen de IU buscan ayuda profesional. En la práctica diaria las pacientes consultan sólo cuando la

pérdida de orina les provoca algún problema de índole mental, físico, o inconformidad dentro de su entorno social.^{3,4}

En Estados Unidos de Norteamérica se calcula que el costo por este padecimiento es mayor a los 26 billones de dólares anuales, por lo que es importante resaltar las repercusiones que puede tener este trastorno en la economía de la gran mayoría de las pacientes. Asimismo en los países latinoamericanos la población femenina tampoco se ven exenta de padecer esta patología. Por ejemplo se estima que en México, la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) oscila entre el 15 % y el 30 %; sin embargo, son pocas las investigaciones que muestran la prevalencia de la IUE y los costes que esta patología implica. De igual manera en Venezuela no hay estadísticas nacionales publicadas acerca de la incidencia y prevalencia de esta patología salvo lo publicado por Obregón y colaboradores, quienes reportaron 73,2 % de IUE en pacientes con disfunción de piso pélvico en un hospital privado de Venezuela en el período de 1998 - 2008.⁵

La incontinencia urinaria se puede clasificar en diferentes tipos entre los cuales se encuentran: Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), de urgencia (IUU), mixta, por rebosamiento, inconsciente y continua. La forma más común es la Incontinencia de Esfuerzo (IUE), siendo responsable del 48% de los casos, le sigue en frecuencia la Incontinencia de Urgencia (IUU), provocada por la hiperactividad vesical, en un 17%.^{1, 4,6}

Se define a la IUE como “la queja de la salida involuntaria con el esfuerzo o ejercicio, o en el estornudo o al toser”. Es predominantemente un problema femenino, afectando entre el 4% y 35% de esta población, con un aumento evidente de la prevalencia con la edad. Asimismo es común en las mujeres multíparas con antecedentes de trabajos de partos prolongados, traumáticos, asociado a pérdida del soporte del piso pélvico y/o daño al mecanismo esfinteriano condicionando esto descenso e hipermovilidad del cuello vesical y uretra proximal, así como deficiencia intrínseca del esfínter.^{1,6}

La IUE según McGuire se clasifica en los siguientes tipos: Tipo 0: Incontinencia referida por la paciente, pero que no es demostrada por el examen clínico o por el estudio urodinámico. Tipo I: Incontinencia por esfuerzo con presión de pérdida sobre 90 cmH₂O e hipermovilidad de cuello y uretra menor a 2 cm. Tipo II: Incontinencia por esfuerzo con presión de pérdida debajo 90 cmH₂O e hipermovilidad de cuello y uretra mayor a 2 cm. Tipo III: Insuficiencia uretral intrínseca, con presión de pérdida inferior a 60 cm H₂O.

El tratamiento quirúrgico de la IUE surge inicialmente de la necesidad de tratar el cistocele y el prolapso uterino, por ende las primeras intervenciones fueron realizadas por ginecólogos. De los primeros procedimientos propuestos de forma específica para tratar la incontinencia urinaria fue la colporrafia anterior de Kelly en 1914. Desde entonces han sido muchas las innovaciones producidas en fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la IU. Pereyra fue el primero que describió la suspensión transvaginal del cuello vesical (1959 y 1967).⁷

La historia de las técnicas quirúrgicas abiertas para la incontinencia tiene tres cirugías principales: El Marshall-Marshetti-Krantz (MMK) en 1949, la cistouretropexia tipo Burch en 1961 con sus modificaciones tempranas y modernas (laparoscópica o por minilaparotomía) y finalmente la reparación paravaginal de Richardson (1976).

Los cabestrillos para el manejo de la IUE se han empleado desde hace casi un siglo. En 1888, Schultze desarrolló los procedimientos suburetrales y posteriormente, en 1907, von Giordano fue el primero en reseñar una técnica con cabestrillos suburetrales utilizando el músculo gracilis. En 1910, Goebell recurrió a los cabestrillos pubovaginales rotando ambos músculos piramidales, conservando la inserción al pubis al unirlos por debajo del cuello de la vejiga y la uretra.⁸

En 1978 el Dr. Edward McGuire de Houston-Texas, reintrodujo en el armamentario quirúrgico de la IUE la colocación de cinchas pubovaginales obtenidas de la fascia del recto y del oblicuo externo, con lo que revolucionó los conceptos fisiopatológicos y terapéuticos de la incontinencia urinaria femenina al demostrar que la mayoría de casos de mujeres presentan grados diversos de disfuncionalidad del esfínter uretral y no solo los casos diagnosticados como incontinencia urinaria tipo III.

Gracias al desarrollo de la teoría propuesta por Petros y Ulmsten para el año de 1995, comienza una verdadera transformación de las técnicas y materiales para la corrección de la IUE, al introducir Ulstem y colaboradores, la cincha (malla) elaborada de polipropileno y en macroporos, bajo el principio TVT (tension-free vaginal tape) en la cual se introduce a través del espacio retropúbico y se exterioriza en la región abdominal a nivel suprapúbico difiriendo de los cabestrillos tradicionales en tres aspectos fundamentales: se coloca a nivel de la uretra media (a diferencia de la unión uretrovesical), sus puntas no se suturan y es posible instalarlo bajo anestesia local y ajustarlo transoperatoriamente. La técnica TVT significó un avance indiscutible en el tratamiento de la IUE, eclipsando totalmente a la técnica de Burch, encuadrada dentro del concepto de técnicas mínimamente invasivas, término más de marketing que médico, a ella se deben varias muertes por perforación intestinal o lesiones vasculares, siendo sus complicaciones más frecuente la perforación vesical, (ameritando cistoscopia intraoperatoria para descartarla) y obstrucción urinaria.⁹

Asimismo para el año 2001, en el intento de disminuir la aparición de complicaciones Delorme desarrolla TOT (Trans obturator tape) con el paso de agujas por el agujero obturador (trans Obturator tape-out-in), y el TVT-O (in-out) en el 2003, lográndose obtener resultados similares a la técnica TVT. La vía transobturatriz ha logrado eliminar algunas de las complicaciones del sling TVT, lesiones intestinales y vasculares serias, y disminuir la frecuencia de otras, perforaciones vesicales y obstrucciones pero sin embargo conlleva algunas

propias, entre las cuales se encuentran mayor porcentaje de erosiones vaginales y dolor en la ingle y cara interna del muslo, siendo estas últimas generalmente consecuencias de una mala técnica quirúrgica.^{10, 11}

Raz en el 2004 describe el “Spiral Sling”, y por último a partir del año 2006 surgen los Mini Sling, los cuales fueron diseñados, de menor tamaño, generando de igual manera, un menor trauma quirúrgico sobre el área afectada, a la vez que se mantiene el mismo grado de efectividad con respecto a sus antecesores.^{8, 10}

Los cabestrillos de incisión única o mini slings requieren menos disección a nivel de la zona de uretra media sin ameritar la realización de incisiones adicionales. Se colocan por completo, a través de una incisión en la vagina la cual no tiene punto de salida. Están anclados en el músculo obturador interno o tejido conectivo de la fascia endopélvica del espacio retropúbico, dependiendo de la configuración del cabestrillo. Pueden ser colocados de manera ambulatorio bajo anestesia local.

Las indicaciones para la utilización de los mini slings son similares a la de los cabestrillos sintéticos tradicionales. En vista de que son menos invasivos y evitan el espacio retropúbico, pueden ser considerados en aquellas pacientes que tengan antecedentes de procedimientos abdominales y retropúbicos anteriores que impliquen adherencias pélvicas, asimismo en pacientes obesas o con comorbilidades significativas que contraindique el uso de anestesia general.

Actualmente existen 6 tipos de cabestrillos de incisión única, difiriendo cada uno de ellos en su mecanismo de fijación y adaptación a los tejidos de la paciente, entre los cuales tenemos: Ophira mini sling system® (Promedon, Argentina), TVT-Secur® (Gynecare, USA), Tissue Fixation System® (TFS PTY, Australia), Zipper Sling® (Prosurg, USA), Prosurg® (Prosurg, USA), Mini Arc®. El diseño de los mini-slings permite que estos adopten la misma posición y que penetren los mismos planos musculares que los dispositivos TOT sin extenderse externamente

hacia la ingle, y por tanto podría tener las mismas tasas de curación que TOT ya que asemeja su anclaje y fijación a los mismos planos.¹²

Se puede asumir que la razón por la que se usa los cabestrillos de incisión única es por su capacidad de fijación a los tejidos del huésped inmediatamente después del implante, lo cual es probablemente el principal factor para alcanzar la continencia y disminuir el riesgo de extrusión o exposición vaginal. Se sabe que, aparte de las propiedades mecánicas del material implantado, factores locales como el trofismo tisular, la presencia de infecciones y la técnica quirúrgica están directamente relacionados con los índices de extrusión.¹³

En un estudio realizado por Palma et al. (2014), se determinó que el sistema de Mini Sling Ophira® presenta la mejor fijación primaria a los 7, 14, y 30 días de su implantación (mayor carga máxima) asociándose esto a el diseño en espina del dispositivo a diferencia de los cabestrillos TVT- Secur® y Zipper® cuya efectividad depende de su integración tisular. Los estudios previos demuestran que en la integración de las cintas monofilamentos de polipropileno, la formación de tejido conjuntivo maduro alrededor de la malla puede tomar más de 90 días después de la colocación.¹³

La cirugía mínimamente invasiva se ha convertido hoy en día en el “Gold Standard” para el manejo de la IUE, con una eficacia sobre demostrada por las distintas literaturas. Desde la aparición de los primeros cabestrillos sintéticos suburetrales (TVT) hasta el desarrollo de los mini slings se han realizado una gran variedad de investigaciones las cuales demostraron tantos los beneficios como desventajas de cada uno de los diferentes procedimientos, permitiendo comparar resultados y costos respectivamente, sin embargo desde que se comienza a disipar el uso de los cabestrillos de incisión única en el manejo de estas pacientes portadoras de IUE, se evidencia un gran auge de publicaciones donde se obtienen resultados poco favorables asociados con el tipo de material protésico (TVT-Secur®) generando complicaciones y mayor tasa de recurrencia. En la última

década surgen otros tipos de mini slings con características diversas que permiten obtener mejores resultados a los ya logrados, por lo que se crea controversia respecto a su utilidad. En este orden de ideas surge la necesidad de evaluar las técnicas de cirugía mínimamente invasiva para el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes femeninas, intervenidas en el Servicio de Uroginecología en el Instituto Docente de Urología entre Agosto 2014 y Agosto 2015, teniendo como objetivos en este grupo de estudio determinar la edad y paridad de las pacientes, el tipo de IUE, la eficacia de los cabestrillos de incisión única y de las diferentes técnicas (mínimamente invasivas) para curar la IUE.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación prospectiva, observacional, descriptiva, de diseño no experimental y de campo, dado que los datos se recolectaron de manera longitudinal en el tiempo. ⁽¹⁴⁾

La población y muestra estuvo constituida por todas aquellas pacientes que acudieron a la consulta de Uroginecología diagnosticadas de IUE, sometidas a cirugía de anti incontinencia en el Instituto Docente de Urología (IDU) entre Agosto 2014 y Agosto 2015. Por lo tanto, la muestra constituye la población total referida siendo no probabilística.

La data obtenida en la información recolectada, se procesó estadísticamente con el paquete SPSS ver 19.0 para ambiente Windows. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron la prueba del Test Exacto de Fisher la extensión de Freeman Halton de este Test (para tablas de 3 x 3), también se aplicó la prueba de bondad de ajuste (χ^2). Para los análisis de significación se usó igualmente, como criterio de error de azar, el valor de probabilidad igual o menor del 5% ($P \leq 0,05$).

RESULTADOS

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN EDAD Y
TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)

SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA. I.D.U. VALENCIA. 2014 - AGOSTO 2015.

EDAD (años)	TIPO DE IUE			TOTAL (%)
	I F (%)*	II F (%)*	III F (%)*	
34 – 44	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (8,7)
45 – 54	2 (50,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	4 (17,4)
55 – 64	3 (30,0)	5 (50,0)	2 (20,0)	10 (43,5)
65 O MÁS	1 (14,3)	2 (28,6)	4 (57,1)	7 (30,4)
TOTAL	6 (26,1)	9 (39,1)	8 (34,8)	23 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS

Al observar la distribución de la edad de las veintitrés pacientes, se aprecia que la mayoría se encuentra en el grupo de 55 a 64 años, al constituir el 43,5% de las investigadas, seguidas por la que tenían 65 años o más, luego las de 45 a 54 con 17,4% y las de 34 a 44 años con sólo el 8,7%, No hubo un grupo de edad con predominio estadístico significativo ($\text{Chi}^2 = 5,300$; g.l. = 3; $P < 0,15$).

Con respecto al tipo de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), sobresale sin significación estadística ($\text{Chi}^2 = 0,268$; g.l. = 2; $P < 0,87$) la de tipo II con 39,1% del grupo, la de tipo III estuvo presente en el 34,8% de las pacientes y, por último, la de tipo I con 26,1% de representación.

En la relación entre la edad y el tipo de la IUE, se tuvo que en el grupo de menor edad (34 a 44 años), se dio un caso de tipo II y otro de tipo III (cada uno 50,0%) de este grupo de edad. Para el grupo de 45 a 54 años, fue mayoría con 50,0% la de tipo I, siendo la II y la III representada por igual (25,0% cada una). En

el grupo de 55 a 64 pasa a predominar la de tipo II con 50,0% de pacientes, con 30,0% para el tipo I y 20,0% para el tipo III. Por último, en las pacientes con 65 años o más, se destaca el grupo III con 57,1%, luego sigue el grupo de tipo II con 28,6% y el tipo I con 14,3%.

La información da a entender que a una mayor edad, aumenta en categoría el tipo de IUE.

De acuerdo a la información presentada en el Anexo 1, tabla A, se puede apreciar la distribución de los pacientes según el estadio del prolapso de órgano pélvico anterior (POPA), donde se constata que un 69,6% lo presentó al momento de la evaluación a diferencia de 30,4% que no, y entre las pacientes que sí, el estadio III fue el más frecuente con 21,8%, seguido del I (17,4%), a continuación el II con 13,0% del grupo, mientras que el IV y una combinación del I y II, estuvieron diagnosticadas por igual, en un 8,7% de las pacientes intervenidas. Sin embargo, el resultado de la prueba χ^2 (4,083; g.l. = 4), no aportó estadio con predominio significativo ($P < 0,54$).

En el grupo de 34 a 44 años, una paciente no presentó POPA y otra con estadio III. Para el grupo de 45 a 54 años, dos (50,0%) pacientes no le fue diagnosticado, pero una presentó estadio I y la restante estadio III. Siguiendo con las pacientes entre 55 y 64 años, se tuvo con igual porcentaje del 30,0%, pacientes con estadio ausente y estadio II, con 10,0% por igual hubo una paciente con el estadio IV y otra el estadio I y Apical, mientras que dos (20,0%) pacientes presentaron estadio I. Para finalizar, en el grupo de 65 años o más, el estadio ausente, I, IV y I y Apical, estuvieron presentes por igual con 14,3%, siendo el 42,8% de las pacientes con estadio III.

Con respecto a la distribución de los pacientes de acuerdo al estadio del prolapso órgano pélvico posterior (POPP) presentada en el Anexo 2 tabla B, la mayoría de las pacientes (52,2%) no les fue diagnosticado POPP, 21,7% presentaron estadio I, 17,4% estadio II y el de tipo III sólo el 8,7% de las pacientes. La ausencia de POPP fue predominante pues logró tener significación estadística ($\chi^2 = 4,083$; g.l. = 3; $P < 0,02$).

Para el grupo entre 34 y 44 años, una paciente no presentó POPP y la otra se encontró en estadio II. Para el grupo de 45 a 54, hubo tres (75,0%) pacientes sin POPP y la restante de este grupo de edad con estadio I. Las pacientes entre 55 y 64 años, se dio igual porcentaje (40,0%) de pacientes con estadio ausente y I, e igualmente con un 10,0% estadio II y III. En el grupo de 65 años o más, ausencia de POPP 57,1% de pacientes de esta edad, 28,6% estadio II y 14,3% estadio III.

TABLA 2

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN EDAD Y TIPO DE CABESTRILLOS SINTÉTICOS SUBURETRALES IMPLANTADOS

SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA. I.D.U. VALENCIA. 2014 - AGOSTO 2015.

EDAD (años)	TIPO DE CABESTRILLOS SINTÉTICOS SUBURETRALES			TOTAL (%)
	MINI SLINGS F (%)*	TVT F (%)*	TOT F (%)*	
34 - 44	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	2 (8,7)
45 - 54	3 (75,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	4 (17,4)
55 - 64	4 (40,0)	4 (40,0)	2 (20,0)	10 (43,5)
65 O MÁS	3 (42,9)	3 (42,9)	1 (14,3)	7 (30,4)
TOTAL	11 (47,8)	9 (39,1)	3 (13,0)	23 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS

Al 47,8% de las pacientes investigadas se les colocó el Mini Slings, mientras que el dispositivo TVT se utilizó para el 39,1% y el cabestrillo TOT sólo en tres pacientes para el 13,0%. Ninguno de los cabestrillos fue predominante de forma significativa su ($\text{Chi}^2 = 3,536$; g.l. = 2; $P < 0,17$).

En el grupo etario entre 34 y 44 años, hubo dos pacientes a las cuales se les colocó mini slings y a la otra TVT. Para el grupo de 45 a 54 años predomina la

implantación de mini slings (75,0%) y a la restante (25,0%) TVT. En las pacientes de 55 a 64 años, por igual (40,0%) se usó mini Slings y TVT, y a dos TOT. Por último, en el grupo de mayor edad (65 años o más), el 42,9% por igual, recibieron cabestrillos mini slings y TVT, y una (14,3%) TOT.

TABLA 3

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN ESTADIO DE PROLAPSO DE ÓRGANO PÉLVICO ANTERIOR (**POPA**) Y TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)

SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA. I.D.U. VALENCIA. 2014 - AGOSTO 2015.

POPA	TIPO DE IUE			TOTAL (%)
	I F (%)*	II F (%)*	III F (%)*	
AUSENTE	2 (28,6)	3 (42,9)	2 (28,6)	7 (30,4)
I	4 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (17,4)
II	0 (0,0)	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (13,0)
III	0 (0,0)	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (21,7)
IV	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (8,7)
POPA I Y APICAL	0 (0,0)	2 (100)	0 (0,0)	2 (8,7)
TOTAL	6 (26,1)	9 (39,1)	8 (34,8)	23 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS

Las pacientes con ausencia de POPA se les diagnóstico IUE tipo I (28,6%), tipo II 42,9% y tipo III (28,6%). Todas las pacientes con POPA estadio I tuvieron IUE tipo I, mientras que en estadio II, un 6,7% de éstas tuvieron IUE tipo II y una (33,3%) tipo III. Por su parte con estadio III, predominó la incontinencia tipo III (80,0%) y una pacientes de las cinco (20,0%) con tipo II. Para el estadio IV, una paciente con IUE II y otra con tipo III. El caso de las dos pacientes con POP anterior estadio I y apical estadio II presentaron IUE tipo II.

TABLA 4

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN ESTADIO DE PROLAPSO DE ÓRGANO PÉLVICO POSTERIOR (POPP) Y TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)

SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA. I.D.U. VALENCIA. 2014 - AGOSTO 2015.

POPP	TIPO DE IUE			TOTAL (%)
	I F (%)*	II F (%)*	III F (%)*	
AUSENTE	4 (33,3)	4 (33,3)	4 (33,3)	12 (52,2)
I	2 (40,0)	3 (60,0)	0 (0,0)	5 (21,7)
II	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (100)	4 (17,4)
III	0 (0,0)	2 (100)	0 (0,0)	2 (8,7)
TOTAL	6 (26,1)	9 (39,1)	8 (34,8)	23 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS

Las pacientes con ausencia de POPP se les diagnóstico IUE tipo I, II y tipo III por igual, es decir 33,3% en cada categoría de IUE. Las pacientes con POPP estadio I tuvieron IUE tipo I en un 40,0% y el restante porcentaje del 60,0% correspondió a IUE tipo II. En estadio II, las cuatro pacientes (100%) se ubicaron en el tipo III de IUE, mientras que en el estadio III, las únicas dos pacientes se encontraron en IUE.

TABLA 5

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN NÚMERO DE GESTAS
Y TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)

SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA. I.D.U. VALENCIA. 2014 - AGOSTO 2015.

GESTAS	TIPO IUE			TOTAL (%)
	I F (%)*	II F (%)*	III F (%)*	
0	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100)	1 (4,3)
1 - 2	1 (10,0)	7 (70,0)	2 (20,0)	10 (43,4)
3 - 4	3 (42,9)	1 (14,3)	3 (42,9)	7 (30,4)
5 O MÁS	2 (40,0)	1 (20,0)	2 (40,0)	5 (21,7)
TOTAL	6 (26,1)	9 (39,1)	8 (34,8)	23 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS

Sólo hubo una paciente (4,3%) sin gestas y tenía IUE tipo III. Entre una y dos gestas hubo diez pacientes para 43,4%, de las cuales el 70,0% presentaba IUE tipo II, mientras que una (10,0%) tenía IUE tipo I y dos (20,0%) tipo III. Entre tres y cuatro gestas se encontraron siete (30,4%) pacientes, distribuyendo por igual (42,9%) con IUE tipo I y tipo II, la restante paciente se ubicó en IUE tipo II. Por la parte de las que tenían cinco gestas o más (21,7%), dos (40,0%) de estas tuvieron IUE tipo I e igual número de pacientes tipo III, la otra paciente presentó tipo II.

TABLA 6

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) Y DE CABESTRILLOS SINTÉTICOS SUBURETRALES IMPLANTADOS

SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA. I.D.U. VALENCIA. 2014 - AGOSTO 2015.

TIPO DE IUE	TIPO DE CABESTRILLOS SINTÉTICOS SUBURETRALES			TOTAL (%)
	MINI SLINGS F (%)*	TVT F (%)*	TOT F (%)*	
I	5 (83,3)	1 (16,7)	0 (0,0)	6 (26,1)
II	5 (55,5)	1 (11,1)	3 (33,3)	9 (39,1)
III	1 (12,5)	7 (87,5)	0 (0,0)	8 (34,8)
TOTAL	11 (47,8)	9 (39,2)	3 (13,0)	23 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS

De las seis pacientes con IUE tipo I, a cinco (83,3%) se les colocó mini slings y a una (16,7%) el de tipo TVT. De las nueve pacientes con IUE tipo II, cinco (55,5%) fueron sometidas a colocación de mini slings, una (11,1%) TVT y tres (33,3%) el tipo TOT. Se determinó que hay una relación significativa (Test de Fisher Extensión Freeman - Halton = $P < 0.003$) entre el tipo de IUE y la decisión de implantar un determinado tipo de cabestrillo sintético suburetral.

TABLA 7**DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN
TIPOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA. I.D.U. VALENCIA. 2014 - AGOSTO 2015.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	TOTAL (%)
CURA DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	9 (39,1)
CURA DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO ASOCIADA A REPARACIÓN DE PROLAPSOS DE ÓRGANOS PÉLVICOS	14 (60,9)
TOTAL	23 (100,0)

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS

Hubo nueve pacientes para un 39,1% que se les sometió únicamente a cura de IUE mediante la colocación de cinchas (slings) suburetrales, mientras que al resto de las pacientes se les hizo la colocación de las mallas asociada a otros procedimientos de reparación de prolapso de órgano pélvico. Ninguno de los dos tipos de intervención quirúrgica fue predominante de forma significativa ($\text{Chi}^2 = 1,087$; g.l. = 1; $P < 0,29$).

TABLA 8

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN TIPO DE CABESTRILLOS SINTÉTICOS SUBURETRALES Y EVOLUCIÓN

SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA. I.D.U. VALENCIA. 2014 - AGOSTO 2015.

TIPO DE CABESTRILLOS SINTÉTICOS SUBURETRALES	EVOLUCIÓN				TOTAL (%)
	SATISFACTORIA F (%)*	DOLOR PÉLVICO CRÓNICO F (%)*	URGENCIA DE NOVO F (%)*	EXTRUSIÓN DE MALLA F (%)*	
MINI SLINGS	9 (81,8)	1 (9,1)	1 (9,1)	0 (0,0)	11 (47,8)
TVT	5 (71,4)	0 (0,0)	1 (14,2)	1 (14,2)	7 (30,4)
TOT	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	5 (21,7)
TOTAL	17 (73,9)	2 (8,6)	3 (13,0)	1 (4,3)	23 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS

Un 81,8% de las pacientes con colocación de mini slings presentó una evolución satisfactoria, resultando ser para los cabestrillos TVT 71,4% y 60% para los de tipo TOT, en total hubo diecisiete (73,9%) pacientes que tuvieron evolución satisfactoria luego de la intervención quirúrgica. En cuanto al dolor pélvico crónico posterior a la intervención sólo ocurrió en dos (8,6%) de las pacientes intervenidas, una (9,1%) con colocación de mini slings y una (20,0%) en las del tipo TOT. Hubo tres (13,0%) pacientes con urgencia de novo, correspondiendo una en cada tipo de cabestrillo, 9,1% en mini slings, 14,2% en TVT y 20,0% en TOT. Con respecto a las complicaciones, sólo una (4,3%) presentó extrusión de malla siendo relacionada a la implantación de tipo TVT.

DISCUSIÓN

Durante los últimos años se ha visto un gran avance en el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo, gracias al desarrollo y perfección de las distintas cinchas suburetrales sintéticas dejando un lado la utilización de los procedimientos quirúrgicos abiertos. Cabe destacar la importancia en la elección del tipo de cincha según el grado de severidad de la IUE, estableciéndose para los tipos I y II el uso de mini slings y/o TOT e indicándose para los tipos III el uso exclusivo de TVT, todo esto con el objeto de obtener la mayor tasa de éxito durante la cirugía y a su vez relacionado con la fisiopatología y patogenia de dicha entidad. ^(2, 4, 9,12)

En esta investigación el grupo etario predominante fue el comprendido entre 55 - 64 años lo cual discrepa a lo descrito por Madail y Figueira en Venezuela en el 2014. Respecto al tipo de IUE se observó mayor frecuencia de la tipo II, lo que contrasta a lo encontrado por Kuo en Taiwan en 1999 y por Figueira en Venezuela en el 2014 donde prevaleció la tipo I. Se ha determinado a lo largo del tiempo la influencia de la paridad en la génesis de la IUE, mediante la afectación de las distintas estructuras de soporte uretral, pudiéndose visualizar el predominio de esta entidad en el grupo de pacientes con dos gestaciones representando la IUE tipo II la más sobresaliente con un 70%, difiriendo esto a lo hallado por Madail y Figueira en su investigación. ^(15,16)

Se pudo evidenciar que la mayoría de las pacientes presentó algún tipo de prolapso de órganos pélvicos, con predominio de los defectos de compartimiento anterior; siendo el estadio III el más frecuente con 21,8%, lo cual contrasta a lo reportado por Ellerkmann y col. quienes encontraron en su investigación mayor disfunción del tracto urinario inferior en pacientes con prolapsos del

compartimiento anterior estadio II.⁽¹⁷⁾ De las veintitrés (23) pacientes incluidas en la investigación únicamente a nueve se les sometió a cura de IUE mediante la colocación de cinchas (slings) suburetrales lo que representa un 39,1%, mientras que a las catorce restante (60,9%) se les realizó procedimientos combinados de antiincontinencia y reparación de prolapso de órgano pélvico semejándose esto a lo publicado por Madail y Figueira en Venezuela (2014) quienes mencionan la corrección simultánea del defecto compartimental anterior y/o posterior durante colocación de las diversas cinchas suburetrales.

Con respecto al tipo de cabestrillo (cincha), los más utilizados fueron los dispositivos mini slings en un total de once pacientes (47,8%) siendo su uso principalmente en los casos de IUE tipo I y tipo II, sin embargo cabe mencionar que este dispositivo le fue implantado a una paciente con diagnóstico de IUE tipo III asociado a POP anterior estadio II y posterior estadio II, contrastando este hecho a lo pautado y establecido en la literatura internacional.

Las complicaciones asociadas a los mini slings fueron un caso con urgencia de novo y otro caso con dolor pélvico crónico, siendo la tasa de evolución satisfactoria en un 81,8% ameritando tratamiento con antimuscarínicos y antiinflamatorios respectivamente lográndose mejoría de la sintomatología.⁽¹⁸⁾ Es de resaltar que hasta la fecha ninguna de las pacientes expresó recidiva de incontinencia urinaria de esfuerzo. Solo se observó un caso de erosión vaginal secundario extrusión de malla como posterior complicación al uso de un sling tipo TVT, hecho similar a lo mencionado por Pellin en el 2013 y por Palma en el 2006.
(4, 12)

En relación a los dispositivos Transobturatrices (TOT) no hubo diferencias en cuanto a la prevalencia de complicaciones, respecto a lo descrito por las diferentes investigaciones.⁽¹²⁾ A pesar de que les fue implantado solamente a tres pacientes de las cuales dos refirieron aparición de urgencia de novo y dolor pélvico crónico ambas eventualidades pudieron ser manejadas de manera exitosa

con la terapéutica anticolinérgica y antiinflamatoria al igual que los mini slings. Por último a todas las pacientes se les indicó durante el postoperatorio terapia estrogénica con la finalidad de mejorar el trofismo vaginal y cicatrización.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El tratamiento de la IUE femenina mediante el uso de técnicas mínimamente invasivas, como lo son las cinchas suburetrales de abordaje retropúbico, transobturatriz y las de incisión única (mini slings), resulta satisfactorio debido a que las tasas de éxito con estos procedimientos son elevadas.

El desarrollo de los mini slings constituye un gran avance en el manejo quirúrgico de estas pacientes ya que aporta una serie de características entre las que se destacan su capacidad de fijación a los tejidos del huésped inmediatamente después del implante, lo que garantiza lograr la continencia y disminuir el riesgo de extrusión vaginal, asimismo el corto tiempo quirúrgico que ameritan, la poca invasión, permiten que sean procedimientos reproducibles y realizables de manera ambulatoria e incluso bajo anestesia local, con altos porcentajes de cura subjetiva y objetiva. Es importante resaltar que las complicaciones de tipo vascular, neurológico y de perforación vesical no fueron observadas, lo que reflejó nuevamente la seguridad de estos dispositivos, demostrándose la efectividad y aplicabilidad de ellos para el tratamiento de la IUE.

Se espera que esta investigación sirva de base para el desarrollo posterior de futuros estudios multicéntricos y aleatorizados que evalúen el uso de los mini slings y la efectividad de los mismos a largo plazo.

De la misma forma debe tenerse, en el IDU, como objetivo facilitar al personal médico en formación en el área de Uroginecología, el conocimiento obtenido en esta investigación, para así abordar de manera satisfactoria y adecuada a las pacientes que acuden a consulta con este tipo de patología,

además de fijar estándares sobre el uso quirúrgico de los dispositivos de incisión única.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Franco de Castro A, Peri L, Alcaraz Asensio A. Incontinencia urinaria Servicio de Urología, ICNU, Hospital Clínic Provincial de Barcelona
- 2) Serrano E, Maldonado-Alcaraz E, Espinoza-Guerrero X. Cabestrillo subtrigonal con aponeurosis abdominal en el tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo compleja. 2009. *Cir Ciruj*; 77:193-200.
- 3) Aguilar-Navarro S. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007; 15 (1): 51-56.
- 4) Palma P, Dávila H, De Fraga R, López V. (2006). Libro de Uroginecología. Confederación Americana de Urología. CAU.
- 5) Madail A, Figueira LM. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con cinchas suburetrales: experiencia en el Hospital Universitario de Caracas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2014;74(2):112-121
- 6) Chapple C, MacDiarmid S. Urodinámica fácil. 3^{era} edición, Amolca; 2012. p 122-123.
- 7) Resel L, Redondo E. Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria femenina de esfuerzo.

- 8) Uribe, JF. Teorías y técnicas de incontinencia urinaria femenina. *urol.colomb. 2009; 18 (1): 59-70.*
- 9) Palma P. Libro de Urofisioterapia. Confederación Americana de Urología. 1^{era} edición. 2010; p
- 10) Méndez Rondón, OJ. Simulador anatómico para entrenamiento en colocación de cinchas. 2012. [Trabajo de grado].
- 11) Romero Maroto J. Cabestrillos sub-uretrales de incisión única en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina ¿cuál es la evidencia para su uso en 2010?. *Arch. Esp. Urol. 2011; 64 (4): 347-349.*
- 12) Pellin D, Martinez S, Toro J, Sanchez P. Protocolos de atención en Uroginecología y piso pélvico. Caracas: editorial Ateproca; 2013 p26-29.
- 13) Palma P, Teixeira Siniscalchi R, Maciel LC. Primary fixation of mini slings: a comparative biomechanical study in vivo. 2012; 38 (2): 258-266.
- 14) R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la investigación. Cuarta edición. Mc Graw Hill editores. México D.F. México. 2006.
- 15) Álvarez Bandrés S, Hualde A, Jiménez J. Complicaciones de la cirugía de incontinencia urinaria femenina con minicintas. *Actas Urol Esp, 2010; 34 (9): 893-7.*
- 16) Kuo H. Videourodynamic results after pubovaginal sling procedure for stress urinary incontinence. *Urology. 1999; 54:802-806.*
- 17) Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol. 2001; 185:1332-1337.*

- 18) Palma P, Riccetto C, Bronzatto E. What is the best indication for single-incision Ophira Mini Sling? Insights from a 2-year follow-up international multicentric study. *Int Urogynecol J* (2014) 25:637–643.

ANEXOS

TABLA A

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN EDAD Y ESTADIO DE PROLAPSO DE ÓRGANO PÉLVICO ANTERIOR (**POPA**)

SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA. I.D.U. VALENCIA. 2014 - AGOSTO 2015.

EDAD (años)	ESTADIO DE POPA						POPA I Y APICAL (%) [*]	TOTAL (%)
	AUSENTE F (%) [*]	I F (%) [*]	II F (%) [*]	III F (%) [*]	IV F (%) [*]			
34 – 44	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (8,7)	
45 – 54	2 (50,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (17,4)	
55 – 64	3 (30,0)	2 (20,0)	3 (30,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	10 (43,5)	
65 O MÁS	1 (14,3)	1 (14,3)	0 (0,0)	3 (42,8)	1 (14,3)	1 (14,3)	7 (30,4)	
TOTAL	7 (30,4)	4 (17,4)	3 (13,0)	5 (21,8)	2 (8,7)	2 (8,7)	23 (100,0)	

^{*} PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS

TABLA B

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN EDAD Y ESTADIO DE PROLAPSO DE ÓRGANO PÉLVICO POSTERIOR (POPP)

SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA. I.D.U. VALENCIA. 2014 - AGOSTO 2015.

EDAD (años)	ESTADIO DE POPP				TOTAL (%)
	AUSENTE F (%)*	I F (%)*	II F (%)*	III F (%)*	
34 – 44	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	2 (8,7)
45 – 54	3 (75,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (17,4)
55 – 64	4 (40,0)	4 (40,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	10 (43,5)
65 O MÁS	4 (57,1)	0 (0,0)	2 (28,6)	1 (14,3)	7 (30,4)
TOTAL	12 (52,2)	5 (21,7)	4 (17,4)	2 (8,7)	23 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS

