



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
EJERCITO DE NICARAGUA
Hospital Militar Escuela Alejandro Davila Bolaños

***Tesis para otorgar el título de Especialista en
Ginecología y Obstetricia***

***“Resultados del tratamiento quirúrgico de Incontinencia urinaria de esfuerzo
con Cinta libre de tensión transobturatriz, efectuadas del 2015 al 2017 en el
Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.***

Autora: Dra. Raquell Sadai Mairena
Residente de IV año Ginecología y Obstetricia

Tutora: Capitán. Dra. María Esther Suárez García
Especialista en ginecología y obstetricia
Cirugía Reconstructiva del piso pélvico

Marzo 2021

Managua, Nicaragua

DEDICATORIA

A mi Madre, Nidia Mairena por su apoyo y dedicación en cada momento para llegar a culminar mi profesión. A mi Abuela Juana Lanzas (q.e.p.d) por inculcarme valores y demostrarme que todo sacrificio tiene su recompensa.

A mi Esposo Rene Josue Goussen Paz por acompañarme en estos 7 años siendo un pilar fundamental en mi vida y en mi desarrollo profesional. Mis hermanos Rebecca, Rabdell y Atef por su apoyo, paciencia y amor incondicional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirnos y darnos una oportunidad cada día, ser el apoyo y fortaleza en momentos de dificultad y debilidad.

A mi tutora Capitán Dra. María Esther Suarez García, quien con sus conocimientos y apoyo me guio a través de cada una de las etapas de este proyecto y alcanzar los resultados que buscaba.

Al Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños por abrir sus puertas y permitir nuestro desarrollo como personas, profesionales a la vanguardia de la salud de nuestra población.

A mis docentes que con su sabiduría conocimiento y apoyo motivaron mi desarrollo como persona y profesional y así culminar la especialidad. También agradezco a mi familia y esposo por estar siempre en los días más difíciles de mi vida, por sus sabios consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor y confianza.

Gracias a todos porque sin ese apoyo no lograría lo que el día de hoy estoy alcanzando.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra constituida por 80 pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo manejada en el servicio de Ginecobstetricia, con el objetivo de evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo con “Cinta libre de tensión transobturatriz” (TOT), efectuadas del 2015 al 2017 en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños. Para el procesamiento de la información se utilizó el programa SPSS versión 22.

Los resultados obtenidos fueron: la mediana de edad fue 57 años, el 96.2% procedentes del área urbana, 45% eran multigestas, 85% de las pacientes eran post-menopáusicas y 90% de la población tenía diagnóstico de Incontinencia urinaria de esfuerzo, con un 10% con Incontinencia urinaria mixta (Esfuerzo y urgencia).

En el 21.2% de pacientes se realizó cirugía de prolapso genital más tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria, siendo el procedimiento asociado más frecuente la colporrafia anterior. No hubo complicaciones trans-operatorias. Se presentaron 8.8% complicaciones post-operatorias, la más frecuente fue la obstrucción infravesical.

El 61.8% de pacientes presenta estreñimiento crónico como factor de riesgo asociado, y el 45.5% con datos de resequedad vaginal sin tratamiento.

El cuestionario ICIQ-SF mostro mejoría de la calidad de vida a mediano plazo con un puntaje posquirúrgico menor de 8 puntos.

Se concluye que la tasa de éxito para tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo con cinta libre de tensión transobturatriz es de 89 % y un fracaso del 11%, con bajo porcentaje de complicaciones (8.8%) siendo la más frecuente la obstrucción infravesical. Así mismo, genera una mejoría significativa en la calidad de vida demostrada con un puntaje ICIQ FS posquirúrgico menor de 8 puntos en 89%.

OPINIÓN DEL TUTOR

La incontinencia urinaria femenina es un problema de salud que afecta a la calidad de vida de la persona y de su círculo familiar, durante muchos años, ya que se trata de una enfermedad que va empeorando con el paso del tiempo. Supone una carga social y emocional al paciente y afecta negativamente en las relaciones sociales, sexuales y psicológicas del paciente, disminuyendo significativamente su calidad de vida.

Aproximadamente entre el 9 y el 72% de las mujeres son incontinentes. El carácter vergonzoso que tiene este trastorno para las mujeres afectadas hace que aproximadamente sólo el 35% de las pacientes con incontinencia urinaria grave busque ayuda médica. La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es el tipo de incontinencia urinaria más frecuente en las mujeres, y su prevalencia se sitúa en el 40-50%, según los estudios.

El tratamiento quirúrgico de la IUE ofrece ventajas actualmente por ser un procedimiento seguro y eficaz, sin embargo el mantenimiento de la continencia post operatoria depende de varios factores que si no se controlan conllevan a altas tasas de recurrencia.

Es importante evaluar los resultados a mediano y largo plazo del tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo con “Cinta libre de tensión transobturatriz” (TOT) en nuestro hospital para determinar nuestra contribución a la mejora de la calidad de vida de las mujeres que atendemos con este trastorno y a la vez que sirva de base para el establecimiento de estrategias físicas y conductuales que ayuden a mejorar resultados a largo plazo, de ahí la relevancia del presente estudio realizado por Dra. Raquel Mairena.

Capitán Dra. María Esther Suárez García
Ginecología y Obstetricia
Cirugía reconstructiva del piso pélvico

ÍNDICE DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN.....	2
II.	ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	4
III.	JUSTIFICACIÓN.....	6
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V.	OBJETIVOS.....	8
	Objetivo General.....	8
	Objetivos Específicos	8
VI.	MARCO TEÓRICO	9
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO	22
VIII.	RESULTADOS	30
IX.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	34
X.	CONCLUSIONES	38
XI.	RECOMENDACIONES.....	39
XII.	BIBLIOGRAFÍA.....	40
	ANEXOS.....	43

I. INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU), según la International Continence Society (ICS), es cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema social o higiénico. Su identificación, cuantificación y adecuado tratamiento desde el punto de vista asistencial han sido muy escasos, a pesar de que se trata de un problema clínico relevante, tanto por su prevalencia como por sus connotaciones psicosociales y económicas.²

En 1994, De Lancey propuso la hipótesis de la “hamaca”, que establece que los aumentos de la presión uretral de cierre durante los esfuerzos de Valsalva surgen debido a la compresión de la uretra contra la “hamaca” de apoyo que le brindan los tejidos suburetrales. Posteriormente, Petros y Ulmsten, en 1996, y manejando esta teoría sobre la incontinencia urinaria, introducen una técnica mínimamente invasiva, el TVT (Tension-free vaginal tape), procedimiento realizado sobre el sector suburetral medio (TVT), cuyo objetivo es dar soporte a la uretra restableciendo el mecanismo de la “hamaca” de De Lancey. El TVT ha demostrado su eficacia a largo plazo (más de diez años de evaluación), con una eficacia en el tratamiento de la incontinencia urinaria femenina que en todas las series supera 80%.²

En el 2001, Delorme describió la técnica de cinta libre de tensión transobturatriz TOT (trans-obturator-tape), como un abordaje alternativo por vía transobturatriz, que consiste en emplazar una malla por detrás de la uretra media, pasada a cada lado, a través de la región obturatriz. Tiene como ventajas evitar la apertura del espacio retropúbico y paravesical, disminuyendo la morbilidad por hemorragia e infección. ²

Una de las ventajas del uso de la malla TOT es que es fácilmente reproducible y de bajo costo, desde el momento que no requiere la realización de cistoscopia de control; las agujas son reutilizables, y la malla utilizada es económica. Esta técnica y su adaptación hacen posible el acceso de todas las usuarias que lo requieran a un método seguro y efectivo para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina, con una baja tasa de complicaciones.²

Es importante evaluar la tasa de éxito local a mediano plazo con esta técnica para tratamiento quirúrgico de IUE mediante la mejoría de calidad de vida y no solo la reconstrucción anatómica, lo cual no se ha realizado a nivel nacional y por eso decidimos realizar este estudio que tiene como objetivo evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo con “Cinta libre de tensión transobturatriz” (TOT), efectuadas del 2015 al 2017 en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

II. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El instituto de investigación de la incontinencia, California Urology Associates Scottsdale Arizona realizaron un estudio en 2007 con un seguimiento de dos años donde 117 pacientes (90%) tenían antecedentes de la IUE y 78(60%) tenían incontinencia de urgencia ,13 pacientes (10%) informaron de la incontinencia de esfuerzo recurrente, 21 (16.15%) reportaron la persistencia del impulso incontinencia preoperatoria.⁴

En un estudio realizado en el Hospital Universitario Santa Cristina de la Ciudad de Madrid en el año 2008 con 241 pacientes, para valorar el uso de la malla TOT para el manejo de incontinencia Urinaria de refuerzo se obtuvieron los siguientes resultados. La tasa global de perforación vesical fue de 2,48%; el diagnóstico de esta complicación fue intraoperatorio; el 4,97% sufrieron extrusión vaginal de la malla de TOT; dolores en el área inguinal y quirúrgica suponen casi el 10% de las complicaciones, siendo estos leves y moderados difusos.⁵

The Cochrane library, se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura médica hasta junio de 2014, donde se identificaron 81 ensayos que tuvieron un total de 12.113 mujeres. Estos ensayos mostraron que más del 80% de las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo se curan, o tienen una mejora significativa en su sintomatología, durante un máximo de cinco años de la cura operatoria con sling TOT.⁶

Antecedentes en América Latina

Se realizó un estudio en Perú en el año 2014 de 40 procedimientos quirúrgicos con cinta TOT en pacientes que tenían diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo de diferentes grados; dando como resultados: tiempo operatorio 20 minutos (mediana), con un rango entre 15 y 35 minutos; se presentaron cuatro casos de complicaciones transpostoperatorias y un caso de laceración de vejiga ocasionada con la aguja de la TOT; se dejó sonda vesical por 7 días hasta

hacerse negativa la hematuria; dos casos de retención urinaria tratadas con permanencia de sonda Foley por 3 días; un caso de Infección de herida operatoria tratada con Antibióticos.³

Antecedentes en Nicaragua

En el HMEADB se practicó hasta 2008 la cirugía de Burch para tratamiento de la IU femenina. En 2010 Dr. Vásquez y Dra. Suárez realizan estudio monográfico sobre Cirugía de Burch vrs Sling TOT, encontrando resultados superiores de la Cirugía de Burch sobre la colocación de sling libre de tensión realizada por Urólogos.⁷

En 2015 en Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños Dra. Suárez y Dra. Álvarez realizan tesis monográfica sobre resultados del Sling TOT para tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo, encontrando tasas de curación a 12 meses de 98%, sangrado transquirúrgico escaso, tiempo quirúrgico 15 minutos, cero complicaciones y mejoría de calidad de vida en un 100% evaluada mediante el cuestionario ICIQ-SF.⁸

En 2015 Dr. Walwin y Dr. García realizan tesis monográfica sobre manejo quirúrgico de mujeres con incontinencia urinaria con cinta libre de tensión en el Hospital Antonio Lenin Fonseca, durante 2012 a 2014, encontrando complicaciones por infecciones en un 7%, tasa de mejoría fue 80% y de fracaso fue de 17%. Concluyen que la colocación de la cinta vaginal libre de tensión, es una cirugía segura y eficaz, que traduce una menor morbilidad de la paciente y una más rápida recuperación con menor incidencia en las complicaciones.⁹

III. JUSTIFICACIÓN

Para las pacientes diagnosticadas con IUE esto representa un problema personal y social importante, con claras consecuencias negativas en el plano social e higiénico, por lo que contar con una alternativa eficaz, rápida y con pocas complicaciones es vital para estas, pues constituye una posibilidad de amplio impacto para mejorar su calidad de vida.

En nuestro país se emplea el tratamiento quirúrgico mediante colocación de cinta suburetral libre de tensión desde 2008. En el Hospital Militar y otros hospitales públicos del país hay pocos estudios que valoren su tasa de éxito y calidad de vida y los que se han realizado tienen un alcance de seguimiento hasta máximo 2 años.

En nuestro Hospital es importante realizar este estudio porque permitirá proporcionar información sobre el comportamiento local a mediano plazo (5 años), que sin duda definirá esta técnica como una técnica segura, rápida, económica y eficaz para tratamiento recomendada con mejora de la calidad de vida de los pacientes y baja tasas de recurrencias.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el resultado del tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo con Cinta libre de tensión transobturatriz efectuadas del 2015 al 2017 en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños?

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo con “Cinta libre de tensión transobturatriz”, efectuadas del 2015 al 2017 en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

5.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo con “Cinta libre de tensión transobturatriz”, el período de 2015 al 2017.
2. Describir los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo con “Cinta libre de tensión transobturatriz” en el período de 2015 al 2017.
3. Mostrar las enfermedades crónicas y factores de riesgo para recurrencia de incontinencia urinaria en las pacientes del estudio.
4. Determinar las complicaciones derivadas de la cirugía.
5. Valorar calidad de vida de las mujeres tratadas quirúrgicamente por incontinencia urinaria de esfuerzo con “Cinta libre de tensión transobturatriz” en el periodo de 2015 a 2017.

VI. MARCO TEÓRICO

I. Definición

Según la International Continence Society (ICS) organismo internacional dedicado a la investigación y educación multidisciplinar de la continencia, la incontinencia urinaria es la manifestación por parte del paciente de una pérdida involuntaria de orina, a través de la uretra, proveniente de la vejiga. ¹

Ésta se relaciona a un mayor riesgo de caídas, fracturas, autoaislamiento, depresión, genera limitaciones en la vida cotidiana, bajas laborales y pérdida de la autoestima. Otro dato es que en gran número de casos, se trata de una “consecuencia de la edad” o del proceso de envejecimiento, por lo que no se llegan a diagnosticar en las consultas, bien porque está asumido por parte de la población como algo natural al envejecimiento, o bien porque se trata de un tema “tabú” que produce vergüenza o humillación el hablar de ello, por lo que no se expresa en las consultas, o bien porque el profesional de la salud, no es capaz de detectar el problema en las consultas.¹

Mientras que la continencia es el resultado del buen funcionamiento de todas las estructuras que forman parte del tracto urinario inferior, (vejiga, uretra y estructuras del suelo pélvico), así como de los centros nerviosos encargados de su funcionamiento y coordinación.¹

La población femenina cursa con factores de riesgo por embarazos, parto vaginal, diabetes (alrededor del 10%). Parece que existe una mayor relación, entre la aparición de pérdidas de orina durante el embarazo o inmediatamente después del parto, y la futura incontinencia. La uretra femenina se encuentra sometida a mayores traumatismos obstétricos durante el parto, y esta es una de las causas más importante de incontinencia urinaria en las mujeres. ¹

II. Clasificación

Según la International Continence Society podemos distinguir los siguientes tipos de incontinencia.¹

1) Incontinencia urinaria de esfuerzo

Es la súbita e involuntaria pérdida de una cantidad variable de orina consiguiente a un incremento de la presión intraabdominal (ejemplo toser, reírse o ejercicio físico) provocada por los esfuerzos, en ausencia de cualquier contracción del detrusor.¹

Para que con un esfuerzo brusco no salga la orina por la uretra, se requiere que la presión uretral permanezca más elevada que la presión vesical, por lo tanto en la incontinencia urinaria de esfuerzo todo se reduce a que la uretra es incapaz de mantener el gradiente positivo de presión durante los esfuerzos.¹

a. Incontinencia urinaria de esfuerzo por hipermovilidad uretral

La debilitación y laxitud de los músculos que forman el suelo pélvico provoca una movilidad de la uretra superior. Al producirse un aumento de la presión intraabdominal, al toser, reír, realizar ejercicio la musculatura no tiene tono suficiente para aguantar esta presión y se produce el pequeño derrame de orina ya que la función principal del suelo pélvico es el soporte de los órganos de la pelvis y la contribución a la continencia urinaria.¹

b. Incontinencia urinaria de esfuerzo por incompetencia esfinteriana

Se presenta debido a la deficiencia de la musculatura lisa de la uretra o estriada del esfínter, unida a un cuello abierto. Estas dos formas de incontinencia de esfuerzo, en ocasiones, pueden coexistir. En la gran mayoría de los casos, es importante valorar la intensidad de la pérdida de orina.¹

Grado 0: El paciente refiere pérdidas de orina con grandes esfuerzos, no demostrable en la exploración.

Grado I: Pérdidas con grandes esfuerzos. Pequeño descenso de cuello vesico-uretral.

Grado II: Pérdidas con esfuerzos medianos. Descenso del cuello vesico-uretral de más de 2 cm.

Grado III: Las pérdidas de orina son constantes ante cualquier modificación de la presión abdominal. Uretra abierta y cuello vesical sin contracción.

2) **Incontinencia urinaria mixta (IUM).**

Es la pérdida de orina o percepción de pérdida de orina que se produce asociada tanto al esfuerzo y como a la urgencia. Es decir que tiene los dos componentes.¹

3) **Vejigas neurógenas**

Es un estado patológico de la vejiga que en el que existen trastornos de la micción cuyo origen está en el sistema nervioso, excluyendo los psicógenos. La alteración de la micción, consecuente a este daño neurológico, dependerá del tipo de daño, de su localización y de su extensión.¹

a. Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)

La IUU es la forma de aparición más frecuente dentro de las llamadas vejigas neurógenas. Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un deseo súbito de orinar (urgencia) sin que sea posible alcanzar el cuarto de baño a tiempo. Lo que caracteriza a este tipo de incontinencia es el deseo miccional consciente. La incontinencia de urgencia es la más frecuente en las personas mayores.¹

La urgencia está asociada a dos tipos de disfunciones:

- **La hiperactividad del detrusor (urgencia motora).** Se caracteriza por la aparición, durante su repleción, de contracciones involuntarias. Cuando las causas son de origen neurógeno estas contracciones las llamamos hiperreflexia del detrusor.¹

Cuando la causa de la contracción involuntaria no es de origen neurógeno sino que puede ser por una litiasis vesical e incluso de origen Idiopático estas las llamamos contracciones inestable del detrusor (inestabilidad del detrusor). En este tipo de lesión, la hiperreflexia se produce con sinergia del esfínter. Las causas de

la incontinencia urinaria de urgencia motora están en lesiones en el SNC: ACVA, demencias, enfermedad de Parkinson, alteraciones medulares.¹

- **La hipersensibilidad del detrusor (urgencia sensorial).** En ella no existen contracciones del detrusor sino una hipersensibilidad de los receptores sensoriales vesicales y uretrales que impiden el llenado normal de la vejiga. Las causas que la producen son procesos inflamatorios, infecciones urinarias, litiasis, tumores.¹

b. Incontinencia urinaria refleja

Se presenta cuando hay lesiones medulares en las que el núcleo pontino de la micción pierde la tutela sobre los núcleos medulares de la micción, se produce una hiperreflexia con disinergia del detrusor. La persona afectada por este tipo de lesión no siente ningún impulso de orinar ya que se bloquean las señales nerviosas a lo largo de la médula espinal.¹

c. Incontinencia urinaria por rebosamiento debido a vejiga hipotónica o atónica

Cuando una lesión afecta al nervio pélvico, existiendo lesiones medulares al nivel de las metámeras sacras S2-S3-S4, ocasiona una arreflexia del detrusor, es decir, la ausencia de actividad contráctil del mismo. Las causas pueden ser traumáticas, tumores, hernia de disco, neuropatía diabética, neuropatía secundaria, hipertensión o infección.¹

El detrusor, en ocasiones, es hipoactivo, es decir, que siendo capaz de contraerse la duración o magnitud de su contracción, es insuficiente para conseguir un vaciado vesical efectivo. El detrusor hipoactivo se da con frecuencia en los pacientes con mielomeningocele, esclerosis múltiple y lesiones medulares incompletas. Si el detrusor es atónico, no existen contracciones.¹

d. Detrusor acontráctil

Cuando existe una lesión neurológica que afecta a la inervación o a cualquiera de los centros que controlan el arco reflejo, el normal funcionamiento de la vejiga se ve alterado, desencadenando una ausencia de contracción del detrusor, no pudiendo ser efectiva la fase normal de vaciado. La causa más frecuente es neuropatías producida por diabetes mellitus causando lesión de los nervios pudendo, pélvico e hipogástrico. Esta alteración puede manifestarse con pérdida o disminución del deseo miccional, chorro miccional débil, sensación de micción incompleta, retención urinaria o pequeños escapes de orina al aumentar la presión abdominal.¹

4. Incontinencia urinaria funcional.

Denominamos insuficiencia urinaria funcional a los escapes de orina asociados a la incapacidad para llegar al servicio, o utilizar un sustitutivo. Habitualmente aparece en las situaciones de incapacidad tanto física como mental, así como en casos de escasa motivación (depresión) o falta de colaboración (ansiedad). En ocasiones este tipo de incontinencia puede precipitarse por la existencia de barreras arquitectónicas (difícil acceso al servicio o mala situación de los mismos) o por número insuficiente de cuidadores.¹

5. Incontinencia urinaria por rebosamiento (Síndrome por obstrucción)

La incontinencia por rebosamiento es conocida como síndrome por obstrucción, es la pérdida involuntaria de orina asociada a una sobre distensión de la vejiga. Este tipo de incontinencia siempre es secundaria a una retención urinaria. Puede producirse por obstrucción o por lesión neurológica (detrusor acontráctil).¹

Para conseguir el vaciado, el detrusor aumenta la presión mediante mayor actividad, ayudándose de la prensa abdominal, ya que la obstrucción del tracto urinario inferior (TUI) supone un incremento de la presión uretral. De continuar el aumento de la actividad vesical, el detrusor se hipertrofia, las fibras musculares se elongan y pierden su capacidad contráctil pudiendo dar lugar a hernias que,

cuando aumentan de tamaño, se convierten en divertículos. Si esto se prolonga en el tiempo la situación puede hacerse irreversible, produciendo daño miógeno, en ese caso la vejiga no es capaz de conseguir el vaciado, produciéndose retención completa y añadiendo mayor riesgo para los riñones.¹

6. Incontinencia urinaria postmiccional

Consiste en la pérdida de una pequeña cantidad de orina después de haber completado la micción, produciendo problemas higiénicos y estéticos. Este tipo de incontinencia es propia del hombre a cualquier edad. Está producida por la acumulación de orina en la uretra bulbar. Su causa es idiopática. Puede paliarse con una simple maniobra, mediante una firme presión detrás del escroto, hacia arriba y adelante, ejercida con los dedos o con el puño al finalizar la micción. Con esto se consigue que esta cantidad de orina acumulada en la uretra salga al exterior en ese mismo momento.¹

7. Incontinencia urinaria por goteo continuo

Es una fuga continua de orina según se produce su filtrado. Las causas más frecuentes son:

Causas congénitas: malformaciones uretero-ectópicas.

Causas orgánicas: lesiones postquirúrgicas.

Causas neurológicas: pérdida del potencial contráctil del esfínter.

8. Enuresis nocturna

La pérdida de orina que se produce durante el sueño. Existen dos tipos de Enuresis Nocturna dependiendo a si se presenta aislado o asociado a otros síntomas.¹

Se habla de enuresis nocturna monosintomática cuando el único síntoma que se produce es la pérdida involuntaria de orina durante el sueño y síndrome enurético, cuando se presenta asociado a otra sintomatología como puede ser, infecciones, urgencia, incontinencia diurna, aumento de la frecuencia miccional.¹

III. Factores de riesgo trastornos del suelo pélvico

Sexo

La incontinencia urinaria es dos a tres veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. La diferencia entre ambos sexos es más pronunciada en los adultos menores de 60 años debido a la prevalencia muy baja de incontinencia urinaria en los hombres más jóvenes. Estas diferencias entre sexos son constantes, con independencia de que la medida sea la incontinencia de cualquier tipo, la incontinencia intensa o los síntomas vesicales irritativos. Las mujeres son particularmente vulnerables a la lesión de los mecanismos de continencia fecal durante el parto vaginal, aunque se desconoce su influencia en la prevalencia y las causas de la incontinencia fecal en las mujeres en comparación con los hombres.¹⁰

Edad

La prevalencia de incontinencia urinaria aumenta con la edad, aunque no guarda una relación lineal. Los estudios recientes revelan un pico amplio de prevalencia entre los 40 y los 60 años, con aparición de un incremento continuado después de los 65 a 70 años. Es posible que el tipo de incontinencia difiera en función de la edad, de modo que muchos estudios indican una mayor prevalencia de incontinencia de esfuerzo en las mujeres más jóvenes, en comparación con una mayor incontinencia de urgencia en las de mayor edad; sin embargo, no todos los estudios confirman este hecho y la prevalencia de incontinencia mixta. Aunque los datos disponibles son limitados, casi todos los estudios revelan que la prevalencia de prolapso de órganos pélvicos aumenta de manera continua con la edad.¹⁰

Raza

Si bien se han descrito diferencias raciales en algunos trastornos del suelo pélvico, aún no está claro si se trata de diferencias biológicas o socioculturales (relacionadas con el acceso a la asistencia sanitaria o la probabilidad de solicitarla), de ambas, o de otros factores. Es posible que diferentes grados de riesgo dependan de atributos genéticos o anatómicos, factores relacionados con el modo de vida, tales como régimen alimentario, ejercicio y hábitos laborales, o expectativas culturales y tolerancia de los síntomas.¹⁰

Las diferencias raciales en la pelvis ósea quizá desempeñen una función a la hora de determinar el riesgo de prolapso de una mujer, posiblemente al influir en la probabilidad o el grado de lesión del sostén pélvico durante el parto.¹⁰

Parto

El número de partos es un factor de riesgo perfectamente definido de incontinencia urinaria en las mujeres jóvenes y de edad madura (hasta los 50 años); sin embargo, el efecto del parto disminuye con la edad e incluso desaparece en las mujeres de edad más avanzada.¹⁰

Las diferencias raciales en la pelvis ósea quizá desempeñen una función a la hora de determinar el riesgo de prolapso de una mujer, posiblemente al influir en la probabilidad o el grado de lesión del sostén pélvico durante el parto.¹⁰

El efecto del tipo de parto disminuyó con la edad, de tal modo que la prevalencia de incontinencia fue semejante con independencia del tipo de parto en el grupo de mujeres de edad más avanzada estudiado (50 a 64 años). Viktrup (2002) observó que la incontinencia 5 años después del primer parto no se vio influida por el tipo de parto. Un estudio realizado por Wilson et al. (1996) reveló que el riesgo de incontinencia se acumulaba con el número de partos por cesárea; después de tres o más, la prevalencia de incontinencia fue parecida (38,9%), en comparación con las mujeres que habían dado a luz por vía vaginal.¹⁰

Diabetes mellitus tipo II.

González 2020, en su estudio reporta pata análisis de regresión logística para variables dependientes binarias, la presencia de DM 2 se asoció con un mayor riesgo de padecer IU con una RM de 10.49. La explicación fisiopatogenica de la mayor frecuencia de IU en las pacientes diabéticas se ha relacionado con la neuropatía diabética, la hipotonía vesical y las iteraciones del vaciamiento secundarias tanto a neuropatía periférica como autonómica por hiperglucemia cronica. Jimenez- Rodríguez et al. Realizaron un estudio transversal, descriptivo y observacional evaluando mujeres del programa Diabetes IMSS (n=169) de las unidades de medicina familiar, donde valoraron la prevalencia de síntomas urinarios en mujeres con diabetes mellitus, mencionando como causa principal la neuropatía. La prevalencia que reportaron fue de 8% al momento del diagnóstico de DM.¹¹

IV. Tratamiento Quirúrgico de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

En la literatura médica hay descritas una gran variedad de técnicas quirúrgicas para la incontinencia urinaria de las mujeres. Las primeras técnicas mínimamente invasivas para la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo datan de la década de 1950. Desde entonces hasta ahora ha habido numerosas innovaciones encaminadas a obtener los resultados conseguidos con la cirugía abierta pero con una menor morbilidad. ¹²

La primera técnica de cinta suburetral como tratamiento para la incontinencia urinaria de esfuerzo fue la cinta vaginal sin tensión (TVT). Esta cirugía fue descrita por Ulmstem, en 1996. Se trata de una técnica que requiere de la realización de una cistoscopia de revisión intraoperatoria, para asegurar la indemnidad de la vejiga. Es una cirugía que no está libre de complicaciones, como la perforación vesical, de vasos sanguíneos y de intestino.¹²

La TOT consiste en emplazar una malla por detrás de la uretra media, pasada, a cada lado, através de la región obturatriz. Tiene como ventajas evitar la apertura

del espacio retropubiano y paravesical, disminuyendo la morbilidad por hemorragia e infección. La ubicación por debajo de la vejiga vuelve innecesaria la cistoscopia intraoperatoria de control; es de mayor simpleza y no requiere la cistoscopia de revisión. Al comparar la eficiencia en la corrección de la incontinencia de orina de esfuerzo, la TOT parece ser igualmente efectiva que la TVT. Los beneficios del desplazamiento a través de la vía obturatriz sobre la vía retropubiana son comunicados por Mellier, que tiene que ver con el acto operatorio en sí, las complicaciones intraoperatorias (sobre todo las lesiones vesicales) y el resultado a corto y mediano plazo, tanto con respecto a la recidiva de la incontinencia urinaria como a la satisfacción postoperatoria.¹²

Técnica de colocación de TOT

Se emplea aguja que tiene una curvatura adecuada, con un orificio en la extremidad, lo que permite que ella sea introducida por el foramen obturador y traiga la cincha para la región perineal. Tanto la aguja helicoidal como la curva, pueden ser utilizadas. Se utiliza una cinta de polipropileno. La paciente es colocada en posición de litotomía, idealmente con los calcáneos en la línea de los glúteos. Es posible usar todas las modalidades de anestesia para el ajuste de la cincha.

Se realiza cateterismo vesical para vaciar la vejiga e identificar la uretra y el cuello de la vejiga. La incisión uretral debe ser suficiente para la introducción del dedo indicador del cirujano. A partir de esta incisión, se realiza una disección para-uretral bilateral, en dirección al ramo isquiopúbico. La disección debe ser localizada en el plano anatómico entre la fascia de Halban y la uretra, no muy superficial, para disminuir los riesgos de extrusión y para que la cincha no sea palpada en la pared vaginal luego de la cicatrización.

Luego se realizan punciones cutáneas, bilaterales, 15 mm externamente al ramo isquiopúbico a nivel de una línea horizontal que pasa por el clítoris. La aguja está sujeta por la mano homolateral al lado de donde trabaja el cirujano. Esta es

introducida por la incisión cutánea y atraviesa la membrana obturatriz. La punta de la aguja es dirigida en dirección a la uretra.

La manera más segura de realizar este paso es con un movimiento circular por detrás del ramo isquiopúbico, manteniendo el contacto óseo. El dedo indicador del cirujano debe ser mantenido en la incisión, controlando el pasaje de la aguja, protegiendo la uretra medialmente y separando las paredes vaginales, impidiendo que sean traspasadas

Posteriormente, es prudente controlar visualmente la vagina evitando problemas de transfixión inadvertida. El próximo paso es acoplar la extremidad de la cincha a la aguja. Algunos puntos son importantes en el momento de regular la posición de la cincha: reducir el riesgo de compresión uretral, pues es causa de disuria. Dejar un espacio visible entre la cincha y la uretra.

Evitar hacer el ajuste de la cincha en la posición de Trendelenburg. Es preferible mantener la paciente en posición horizontal y ajustar la cincha en proclive, bajando la uretra y regulándola, simulando la posición uretral ortostática. Así se obtiene el apoyo posterior deseado con la cincha horizontalizada.

Las incisiones cutáneas se realiza hemostasia luego de cortar el exceso de la cinta. La incisión vaginal es suturada de la manera habitual.

Seguimiento

La sonda vesical es retirada al día siguiente o al final de la cirugía. Dentro de las orientaciones postoperatorias se destacan la reducción de la actividad física durante 15 días y la abstinencia sexual durante un mes.

V. Complicaciones

Las complicaciones derivadas de la inserción de cabestrillos sub uretrales CMU incluyen perforación uretral (0-0,6%), obstrucción uretral (3,2%), lesión con el trocar (1,3%-23,8%), fístulas (0,3%), lesión de intestino o infección (0,1%), lesión vascular mayor (0,07%), exposición de la malla o cabestrillo (0,5-8,1%); además se presentan complicaciones que alteran la calidad de vida como: dolor crónico (4,3%), incontinencia de esfuerzo persistente o recurrente (5,3%) y vejiga hiperactiva de novo (11%)^{13,31}. Una revisión sistemática calculó que la incidencia total de complicaciones con estos procedimientos es 15,3%.¹³

Sun X *et al.*⁵⁴, en su metanálisis refuerzan los resultados anteriores y reportan que el TVT-O presenta menor riesgo de hematoma vaginal con OR 0,32 [IC95% 0,16 - 0,63] y disfunción miccional a largo plazo (OR 0,32 [IC95% 0,17 - 0,61]), que además va de acuerdo con los resultados encontrados en los ensayos aleatorizados.¹³

VII. Cuestionarios de calidad de vida

Recientemente, muchos estudios se han acercado a la calidad de vida en pacientes incontinentes, sobre todo bajo la percepción del paciente. En la literatura pueden encontrarse varios cuestionarios autoadministrados que proponen las medidas objetivas del dominio emocional, aunque con resultados divergentes.¹¹

El impacto de la Incontinencia urinaria en la vida de la paciente no está en relación directa con el volumen de la pérdida, aunque las mujeres que presentan menos síntomas toleren la queja mejor que aquellas con las pérdidas urinarias más intensas.¹¹

Considerando que la tolerancia a la incontinencia es variable entre las pacientes y que existe una tendencia a la adaptación al problema, los estudios epidemiológicos sobre el impacto de los síntomas sobre la calidad de vida deberían considerar esta situación.¹¹

Estos problemas causaron alteraciones e incluso empeoramiento de la calidad de vida como una negativa en la vida sexual provocando ansiedad, depresión y vergüenza.¹¹

ICIQ SF

Para las pacientes con incontinencia urinaria se utiliza el cuestionario ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire) que arroja un puntaje del 0 al 21 que incluye cuatro apartados, evaluando la frecuencia, cantidad de pérdida de orina, así como el impacto de estas pérdidas en la calidad de vida y un cuarto ítem para la ubicación de los participantes en el tipo de incontinencia que presentan, distinguiendo únicamente entre la de urgencia, esfuerzo y mixta. ¹¹

El puntaje total es la suma de los 3 primeros apartados del ICIQ-SF que va de 0 hasta 21 puntos. Valores mayores se asocian con mayor impacto en la calidad de vida por la IU. Se considera sin afectación un puntaje de cero, leve entre 1 y 5, moderado entre 6 y 12, severo con un puntaje entre 13 y 18, y muy severo entre 19 y 21.¹¹

En Guía Europea de Urología sobre incontinencia urinaria en el adulto, 2020 reportan los cuestionarios más usados para valorar calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria ¹⁴

Categoría A

1. Formulario corto ICIQ-FS
2. ICIQFLUTS
3. ICIQ MLUTS
4. IIQ y IIQ 7, I-QOL
5. LIS, N QoL
6. OAB-q SF, OAB.q
7. PFDI y PDFIQ-20, PFIQ y PFIQ-7
8. PRAFAB, UISS

Siendo el cuestionario ICIQ FS el más recomendado para su aplicación por las guías Europeas. ¹⁴

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Descripción del área de estudio

Servicio de Ginecobstetricia

Paciente atendida en consulta externa de uroginecología diagnosticadas con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) que recibieron tratamiento quirúrgico con Cinta libre de tensión transobturatriz en el año 2015, 2016 y 2017 en el Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños.

7.2 Tipo de estudio

Descriptivo de corte Transversal.

7.3 Universo y muestra

Universo está conformado por aquellas pacientes diagnosticadas con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) que recibieron tratamiento quirúrgico con Cinta libre de tensión transobturatriz en el año 2015, 2016 y 2017 formado por un total de 108 pacientes.

Muestra no probabilística por conveniencia, se obtuvo un total 80 pacientes que se entrevistaron vía telefónica.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión:

Todas las pacientes con diagnóstico de IUE que fueron sometidas a tratamiento quirúrgico en el periodo 2015 al 2017, que aceptan participar en el estudio.

Pacientes que se pudieron entrevistar en diciembre 2020.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con dificultad para comunicación

7.4 Fuentes de información

Primaria y secundaria

Mixta ya que se recolectó información a través de la entrevista con la paciente aplicando el cuestionario ICIQ-SF y la revisión del expediente clínico.

Procedimiento de recolección de la información:

Se obtuvo listado de la población en estudio a través de registro de estadística y programa Fleming se realizó llamadas vía telefónica a las usuarias se les explicó el estudio de forma breve con el fin de que conozcan los objetivos y se brindó consentimiento informado.

Se realizara revisión de expediente clínico que documenta el diagnóstico y procedimiento realizado, complicaciones transquirúrgicas y postoperatorias, se aplicara cuestionario ICIQ-SF es específico para el estudio de la incontinencia urinaria está validado y traducido al castellano, fin de valorar calidad de vida de nuestras pacientes en estudio.

Instrumento de recolección

Está compuesto por acápite, se recolecta los datos sociodemográficos y características clínicas ginecobstétricos incluyendo antecedentes patológicos personales y manifestaciones clínicas, el segundo acápite incluye el diagnóstico y aspectos principales del procedimiento quirúrgico. Posteriormente se encuentra el cuestionario ICIQ-SF.

7.5 Variables de estudio

Datos Sociodemograficos:

- + Edad
- + Estado Civil
- + Residencia
- + Ocupación
- + Nivel de instrucción

Antecedentes Ginecobstetricias

- + Gestas previas
- + Partos
- + Cesáreas
- + Aborto
- + Inicio de vida sexual
- + Menarca
- + Menopausia
- + Vida sexual activa
- + Disfunción sexual

Enfermedades crónicas y factores relacionados

- + Antecedentes patológicos personales
- + Factores de riesgo relacionados al resultado de la cirugía

Complicaciones derivadas de la cirugía

- + Cirugía del piso pélvico
- + Complicaciones derivadas del TOT

Valorar calidad de vida en pacientes que padecen de incontinencia urinaria
(Cuestionario ICQ SF, Ver anexo)

7.6 Operacionalización de variables

Evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo con “Cinta libre de tensión transobturatriz”, efectuadas del 2015 al 2017 en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños

Objetivo	Nombre de la variable	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Valor y escalas
1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio	Edad	Es la edad en años cumplidos	Grupo etario	Cuantitativa	<41 años 41-50 51 -60 > 60 años
	Estado Civil	De acuerdo a las leyes civiles la forma de unión con su pareja		Cualitativa	Soltera Casada Unión Libre Divorciada Viuda
	Residencia	Lugar donde habita dentro o fuera de la ciudad	Lugar	Cualitativa	Urbana Rural
	Ocupación	Modo de obtener subsistencia	Actividad laboral	Cualitativa	Trabaja No trabaja
	Nivel de instrucción	Nivel de estudio que curso	Escolaridad	Cuantitativa	Iletrado Primaria Secundaria Técnico Universitario

Objetivo	Nombre de la variable	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Valor y escalas
2. Describir los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes	Gestas previas	Numero de embarazo	Total de partos	Cuantitativa	0 a 3 4 a 5 6 o Más
	Partos	Número de partos vaginales		Cuantitativa	0 a 3 4 a 5 6 o Más
	Cesáreas	Números de cesáreas		Cuantitativa	0 a 3 4 a 5 6 o Más
	Aborto	Número de Abortos		Cuantitativa	0 a 3 4 a 5

					6 o Más
	Inicio de vida sexual	Edad de la primera relación sexual	Edad en años	Cuantitativa	Menor de 16 16 a 18 Mayor de 18
	Menarca	Edad de inicio de la menstruación	Edad en años	Cuantitativa	
	Menopausia	Edad de inicio de la menopausia	Edad en años	Cuantitativa	<41 años 41-50 51 -60
	Vida sexual activa	Tiene vida sexual activa		Cualitativa	Si No
	Disfunción sexual	Molestia durante relaciones sexuales		Cualitativa	Si No Atrofia Dispareunia Hispareunia Incontinencia urinaria Prolapso

Objetivo	Nombre de la variable	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Valor y escalas
3. Mostrar las enfermedades crónicas y factores de riesgo para recurrencia de incontinencia urinaria en las pacientes del estudio	Antecedentes patológicos personales	Presencia de enfermedades crónicas		Cualitativa	Diabetes mellitus Hipertensión arterial crónica Cardiopatías Enfermedad pulmonar obstructiva crónica Artritis reumatoide Asma Otros
	Factores de relacionados al resultado de la cirugía	Aquella característica o exposición del individuo que aumente la probabilidad de sufrir una enfermedad		Cualitativo	Estreñimiento Tos Crónica Tabaquismo Atrofia sin terapia de reemplazo hormonal local

Objetivo	Nombre de la variable	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Valor y escalas
4. Determinar complicaciones derivadas de la cirugía.	Cirugía del piso pélvico	Cirugías realizadas del piso pélvico		Cualitativo	Histerectomía vaginal Histerectomía abdominal Colporrafia anterior Colporrafia posterior Otras
	Complicaciones derivadas del TOT	Complicaciones durante y luego del procedimiento como perforación vesical, hematoma Infección del sitio quirúrgico.		Cualitativo	Retención urinaria Extrusión de material protésico Fistulas Perforación vesical Infección del sitio quirúrgico IVU recurrentes

Objetivo	Nombre de la variable	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Valor y escalas
5. Valorar calidad de vida de las mujeres tratadas quirúrgicamente por incontinencia urinaria de esfuerzo	Calidad de vida según el cuestionario ICIQ FS	Instrumento realizado para valorar la calidad de la vida de los pacientes que padecen de incontinencia urinaria	1. ¿Con qué frecuencia pierde orina?	Cuantitativo	Nunca: 0 Una vez a la semana:1 2-3veces/semana:2 Una vez al día:3 Varias veces al día: 4 Continuamente:5
			2. Cantidad de orina que usted cree que se le escapa		No se me escapa nada: 0 Muy poca cantidad:2 Una cantidad moderada:4 Mucha cantidad:6
			3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
			4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud		<ul style="list-style-type: none"> • Nunca. • Antes de llegar al servicio. • Al toser o estornudar. • Mientras duerme. • Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio. • Cuando termina de orinar y ya se ha vestido. • Sin motivo evidente. • De forma continua

7.7 Procesamiento y análisis de datos

Se obtuvo un universo de 108 pacientes operadas con cinta libre de tensión transobturatriz, utilizando fuentes de información primaria y secundaria para la recolección de la información, periodo estudiado de la cuales se encontró 8 pacientes operadas en el año 2015, 25 en el año 2016 y 75 en el año 2017, se realizó búsqueda de números telefónicos en sistema Fleming, se realizó entrevistas vía telefónica para obtener información y se realizó revisión del expediente clínico y sistema Fleming, se aplicó el cuestionario de calidad de vida ICIQ FS el puntaje está comprendido entre 0 – 21 , se considera que a mayor puntaje mayor afectación de la calidad de vida de las pacientes. Se considera sin afectación un puntaje de cero, leve entre 1 y 5, moderado entre 6 y 12, severo con un puntaje entre 13 y 18, y muy severo entre 19 y 21.

7.8 Plan de análisis

Posteriormente la información fue introducida en una base de datos diseñada con las variables del estudio en el paquete estadístico de SPSS, con esta se calculó estadística descriptiva mediante porcentajes. Se realizó un análisis univariado de frecuencias y porcentajes para las variables sociodemográficas y ginecobstétricos, se calcularon los promedios a las dimensiones del cuestionario ICIQ-SF para mostrarlos en una tabla. Los resultados se presentan a través de gráficos y tablas.

7.9 Aspectos éticos y limitaciones

Se informó vía telefónica la finalidad del estudio a cada paciente y se detalló consentimiento informado. No fueron utilizados los nombres de las pacientes, se utilizó número de expediente y número telefónico en cada ficha, se revisaron aspectos éticos.

VIII. RESULTADOS

El estudio estuvo constituido por una muestra de 80 pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo con “Cinta libre de tensión transobturatriz”, en los años 2015 al 2017 en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

Características sociodemográficas

Sólo el 1.3% (1) tenía menos de 40 años. El 17.5% (14) su edad correspondió al grupo de 40 a 49 años, el 45.0% (36) entre 50 y 59 años y el 36.2% (29) tenía 60 o más años. El promedio de edad fue de 57.09, desviación estándar (DE) ± 8.46 años, mediana de 57 años y rango de edad de 38 a 82 años.

Las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, eran solteras en el 22.5 (18), casadas en el 47.5% (38), en unión de hecho el 11.2% (9), divorciadas el 3.8% (3) y viudas el 15.0% (12).

El 96.2% (77) de ellas residían en zonas urbanas y 2.8% (3) rural. En ese momento trabajaba el 51.3% (41).

El 51 % (41) de la pacientes trabajan fuera del hogar, de las cuales levantaban peso en el 65.9% (27). En sus hogares realizaban quehaceres del hogar el 72.5% (58), tal como limpiar, lavar, cocinar y planchar.

Alcanzaron un nivel de primaria incompleta el 1.2% (1), primaria completa 5.0% (4), secundaria incompleta el 11.2% (9), secundaria completa 7.5% (6), nivel técnico el 8.8% (7), nivel universidad incompleta el 8.8% (7) y culminaron la universidad el 57.5% (46). **(Ver Tabla 1)**

Antecedentes gineco-obstétricos

En relación al número de embarazos, el 1.2% (1) nunca lo estuvo, el 2.5% (1) tuvo un embarazo, el 51.3% (41) de 2 a 3 embarazos, el 35.0% (28) de 4 a 5 embarazos, y el 10.0% (8) más de cinco embarazos. El promedio de embarazos fue de 3.61, DE \pm 1.56, mediana de 3 y rango de 0 a 9 embarazos.

En cuanto a los antecedentes de parto vaginal, el 10% (8) eran nulíparas, el 10% (8) tuvo un parto, el 61.2% de 2 a 3 partos, el 15.0% (12) de 4 a 5 partos y el 3.6% con 6 y más partos. El promedio de partos fue de 2.56, DE \pm 1.58, mediana de 2.5 y rango de 0 a 9 partos.

La menopausia antes de los 40 años se registró para el 11.3% (9) de las mujeres incluidas en este estudio, entre los 40 y 49 años el 47.5% (38), entre 50 y 59 años el 26.2% (21) y aún menstruaban el 15.0% (12). El promedio de edad de la menopausia fue de 46.1 años, DE \pm 5.7, mediana de 48 y rango de 24 a 55 años. **(Ver tabla 2)**

Antecedentes de comorbilidades

De las 80 pacientes estudiadas, el 66.3% (53) ya se habían diagnosticado con una enfermedad crónica. Entre éstas, las más frecuentes se registró la hipertensión arterial crónica en el 71.7% (38), la diabetes en el 41.5% (22), hipotiroidismo en el 17.0% (9), asma 9.4% (5), artritis reumatoidea 5.7% (3), así como otros con menor frecuencia. **(Ver tabla 3)**

Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria

Las cirugías de prolapso genital durante el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria se realizaron a 17 pacientes (21.2%), siendo la más frecuente la colporrafia anterior con o sin perineoplastia (12.5%) e histerectomía vaginal (5%).

Las complicaciones trans-quirúrgicas se registraron en el 8.8% (7) de las pacientes. De estas complicaciones cuatro casos correspondieron a obstrucción infravesical y el resto fueron retención urinaria, extrusión de malla y hematuria. **(Ver Tabla 4)**

Resultados a mediano plazo de pacientes tratadas quirúrgicamente para IUE

Las mujeres fueron entrevistadas tres, cuatro y cinco años después de su tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria, las cuales refirieron tener vida sexual en un 51.3% (41), de éstas el 36.6% (15) padecían de una disfunción sexual. La disfunción sexual más frecuente era la atrofia o resequeidad vaginal y la dispareunia.

Producto de las entrevistas telefónicas, se pudo obtener de fuente primaria, que el 68.8% (55) de las mujeres tratada quirúrgicamente para la IUE con “cinta libre tensión” tenían factores que pueden afectar el resultado de la terapia quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo. De ellas el 49.1% (27) reportaron un factor, el 36.4% (20) dos y el resto 14.5% (8) tres factores. Valorados estos factores de forma independiente, su frecuencia para el estreñimiento 61.8% (34), la resequeidad/atrofia sin TRHL 45.5 (25), la tos crónica 24.3% (15) y las infecciones urinarias 24.5% (14) entre las más frecuentes. **(Ver Tabla 5)**

Valorar calidad de vida de las mujeres estudiadas

Usando el cuestionario ICIQ-SF, se clasificaron sin afectación-leve en el 53.8% (43), afectación moderada en el 35.0% (28), afectación severa en el 10% (8) y afectación muy severa en el 1.2% (1). **(Ver Tabla 6)**

La frecuencia de los momentos en que pierde orina, nunca se presenta en el 38.8% (31), cuando realiza una actividad o momento en el 15% (12), dos actividades o momentos en el 31.3% (25), tres momentos o actividades en el 8.7% (7), cuatro actividades o momentos en el 2.5% (2) y cinco actividades o momentos en el 3.7% (3).

Refirieron no perder nunca orina 38.8% (31), perder orina antes de llegar al servicio en el 43.8% (35), al toser o estornudar en el 27.5% (22), al realizar esfuerzos físicos o ejercicios en el 23.8% (19), mientras duerme el 16.3% (13), cuando termina de orinar y ya se ha vestido 15.0% (12) y sin motivo evidente 5% (4). (**Ver tabla 7**)

IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La incontinencia urinaria femenina es un es un problema común que experimentan muchas mujeres. La IUE puede tener un impacto negativo significativo en la calidad de vida (QOL, quality of life) no solo de quienes la padecen, sino también potencialmente en aquellos amigos y familiares cuyas vidas y actividades también pueden verse limitadas.

Las opciones quirúrgicas para el tratamiento de la IUE continúan evolucionando. Es muy importante que las mujeres que sufren incontinencia urinaria sepan que no se trata de un problema inevitable asociado a la edad, sino que debe ser tratado por un especialista y para el que existen soluciones.

La prevalencia media estimada ronda el 20%-30% en términos generales, con una elevación de hasta el 30%-40% en las personas de mediana edad y de hasta un 30%-50% en los ancianos. 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.

En relación con las características epidemiológicas de nuestras pacientes, la edad promedio de 57 años relaciona con estado posmenopáusicas encontramos que la edad promedio de esta fue de 47.1 años, debido a los cambios hormonales, específicamente el hipoestrogenismo, que genera una serie de cambios anatómicos y funcionales que debilitan el soporte pelviano y disminuyen la reserva homeostática normal que permite adaptarse a las tensiones que actúan sobre la vejiga, siendo la menopausia un factor determinante para los resultados reportado por Adefna et al, 2011 en su estudio de resultados del cabestrillo suburetral.

La multiparidad es un factor de riesgo importante, y estuvo presente cerca de la mitad de nuestra muestra. La incontinencia de esfuerzo se presume es multifactorial, con factores que predisponen, desencadenan y promueven, pudiendo combinarse entre ellos y agregarse otros que descompensan e intervienen para dar lugar a la IUE. Dato reportado por Adefna et al, 2011.

Nuestra población que atendemos son pacientes aseguradas en ámbito semiprivado, en su mayoría residen en zona urbana del país, con población activa laboralmente, con nivel académico superior, basado en la experiencia la población que se atienden en unidades públicas del país difieren en esta característica.

En relación al estado civil el 58.7% estaban casadas / unión de hecho, el 51.3% (41) tenían vidas sexual activa, de estas solo el 36.6% (15) curso con disfunción sexual relacionada a la resequedad vaginal asociada o no a dispareunia, ninguna reporto hispareunia, lo cual se ha reportado en otros estudios.

Entre las patologías crónico degenerativas la hipertensión arterial crónica representa la mayoría, seguido de diabetes representa el 41.5%, siendo la diabetes una patología que afecta la continencia urinaria, esta fue reportado en el estudio de González et al 2020 como una patología tener una relevancia estadística para pacientes con incontinencia. Rincon Ardila, en un estudio de corte transversal correlacional realizado en mujeres chilenas (n=289), reporta un aumento en la probabilidad de desarrollar todos los tipos de incontinencia urinaria y hasta 2.12 veces mayor de presentar incontinencia urinaria mixta en las mujeres diabéticas.

La pacientes presentaron diagnóstico previo a la cirugía de incontinencia urinaria de esfuerzo (72) representa 90%, incontinencia mixta un (8) 10%, corresponde a datos encontrándose en el estudio González et al 2020 encontró (9)16.6% presentaron incontinencia mixta mientras que Lewin 2015 encontró 7% con incontinencia mixta.

En relación a las cirugías de prolapso genital que se asociaron a colocación cinta libre de tensión transobturatriz realizaron a 17 pacientes (21.2 %) siendo la corrección del cistocele la más frecuente, dato el cual es reportado en otros estudios.

Se encontró que la principal complicación del posquirúrgica fue obstrucción infravesical, resto presento retención urinaria, extrusión de malla y hematuria, en el estudio de Alvarez 2015 donde observo a las pacientes a los 6 meses encontraron que la picipal complicación fue urgencia de novo en 2 pacientes que resolvió a los al mes posquirurgico, otro estudio Adefna et al 2011 que valora resultados al año de estudio reporta 3 casos un caso de extrusión un error técnico al suturar a tensión la mucosa vaginal sobre la malla, y en las dos restantes, la malla utilizada fue la denominada "pesada" por su grosor significativo y pequeño tamaño del poro, lo que determina mayor superficie de contacto con los tejidos, mayor reacción inflamatoria y posiblemente mayor posibilidad de extrusión, no consistente con lo encontrado en el estudio esto se relaciona al tiempo posquirúrgico que evaluamos es de 3 , 4 y 5 años.

Suarez, Garcia y Torres, 2018 reporta incluyen perforación uretral (0-0,6%), obstrucción uretral (3,2%), lesión con el trocar (1,3%-23,8%), fístulas (0,3%), lesión de intestino o infección (0,1%), lesión vascular mayor (0,07%), exposición de la malla o cabestrillo (0,5-8,1%); además se presentan complicaciones que alteran la calidad de vida como: dolor crónico (4,3%), incontinencia de esfuerzo persistente o recurrente (5,3%) y vejiga hiperactiva de novo (11%)13,31. Una revisión sistemática calculó que la incidencia total de complicaciones con estos procedimientos es 15,3%, es muy variado. En nuestro estudio no se presentó complicación transquirurgico.

Los resultados de las mujeres tratada quirúrgicamente para la IUE con "cinta libre tensión" tenían factores que pueden afectar el resultado de la terapia quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo, presentaron más de la mitad estreñimiento y la resequedad/atrofia sin TRHL; una cuarta parte la tos crónica e infección de vías urinarias; factor reportado en otros estudios.

Respecto a las complicaciones no hubo en el transquirurgico y el posquirúrgico se reportan 7 casos siendo la obstrucción infravesical la más común la cual se corrigió con sección de la malla, López et al 2017 tasa de complicaciones del 10,9 %; complicaciones intraoperatorias como perforaciones vesicales y hemorragia, las complicaciones del postoperatorio fueron un hematoma paravesical, dolor retropúbico severo, celulitis del sitio de inserción de la aguja; se diagnosticó uropatía obstructiva baja en 10 casos, infecciones urinarias a repetición, incontinencia urinaria de esfuerzo de novo a grandes esfuerzos (fue una complicación poco frecuente) y la exposición de la malla en mucosa vaginal.

Valoramos los resultados del Cuestionario para pacientes con incontinencia urinaria forma corta, se pudo evidenciar mejoría en calidad de vida puesto que de un puntaje mayor a 12 puntos pre quirúrgico, las pacientes presentan un puntaje menor a 8 puntos a los tres cuatro y cinco años de la cirugía, considerándose éxito en un 89%. Tomando en cuenta los estudios latinoamericanos de seguimiento de pacientes posterior cirugía anti incontinencia, sin distinción de técnicas, se reporta tasas de satisfacción de las mujeres del 83%, lo cual es similar a lo obtenido en nuestro estudio. Para la técnica TOT reporta un 85- 90% mantienen la continencia posterior a 5 años de la cirugía reportado en Guía Europea de Urología 2020.

X. CONCLUSIONES

1. El tratamiento quirúrgico de IUE con cinta libre de tensión transobturatoria es seguro y eficaz, con una tasa de éxito a mediano plazo de 89 % y bajo porcentaje de complicaciones en el posquirúrgico (8%).
2. La colocación de cinta libre de tensión transobturatoria para IUE ofrece una mejoría significativa en la calidad de vida demostrada con un puntaje ICIQ SF a mediano plazo menor de 8 puntos en el 89% de las pacientes.

XI. RECOMENDACIONES

- Continuar seguimiento de pacientes a corto, mediano y largo plazo para valorar la efectividad de la cirugía a lo largo del tiempo y la utilidad de terapias complementarias.
- Aplicar Cuestionario ICIQ SF previo a la cirugía y posterior a este, para valorar resultados de forma subjetiva.
- Indicar en el post operatorio de las pacientes, programas de fisioterapia de piso pélvico y estimulación del nervio tibial posterior para evaluar a largo plazo recurrencia de IUE.
- Incidir en la modificación de factores de riesgo que influyen en la evolución de la cirugía tales como estreñimiento, resequedad vaginal, tos crónica, obesidad y levantar peso, mediante un abordaje multidisciplinario.

XII.BIBLIOGRAFÍA

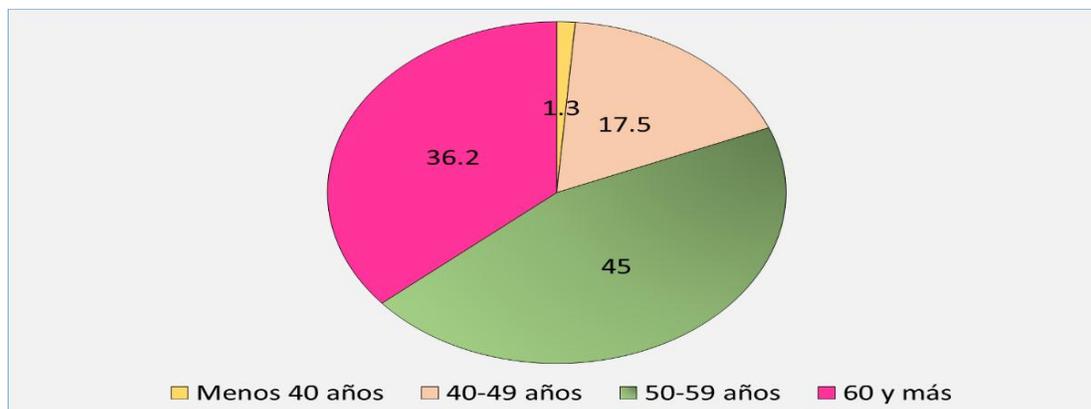
1. García Francisco, Casado Jesús, Madurga Blanca, Cozar José, Esteban Manuel. Guía de atención a personas con incontinencia urinaria. Guía Médica. Española. [Revista en internet] Enero 2020.
2. Briozzo Leonel, Nozar María Fernanda, Fiol Verónica, Curbelo Fernando. Eficacia y seguridad del sling transobturatriz de malla simple de polipropileno (TOT) en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. Rev. Méd. Urug. [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2015 Oct 23]; 25(3): 141-148.
3. Bendezu Martínez, Andrés Guido. Uso de cinta transobturadora (TOT) para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo: experiencia con los 40 primeros casos. Rev Per Ginecol obstet., Lima, v. 59, n. 1, 2013. [citado 2015 Nov 04] Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230451322013000100005&lng=es&nrm=iso.
4. SaadJuma1* and C. Gilberto Brito. Transobturador Tape (TOT): Two Years Follow-Up. Incontinence Research Institute, Encinitas, California. Urology Associates, Scottsdale, Arizona. 2007
5. Zapardiel Gutiérrez I., De la Fuente Valero J., Botija Botija J., Pérez Medina T., Díez Fernández M., Bajo Arenas J.M. Valoración de la eficacia de las mallas libres de tensión y satisfacción de 241 pacientes en la corrección de la incontinencia urinaria. Actas Urol Esp [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2015 Nov 12]; 32(6): 637-641. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062008000600010&lng=es.
6. Rune Svenningsen, Anne C. Staff, Hjalmar A. Schiøtz, Kari Western, Leiv Sandvik, and Sigurd Kulseng-Hanssen. Risk Factors for Long-Term Failure of the Retropubic Tension-Free Vaginal Tape Procedure. Department of Gynaecology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway. Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway. Department of Obstetrics and Gynaecology, Vestfold Hospital, Tønsberg, Norway. Department of Obstetrics and Gynaecology. 2014
7. Suarez M. Protocolo para la atención de la incontinencia urinaria femenina, Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños. 2018. Protocolo de manejo

8. Vásquez, Suárez M. Cirugía de Burch vrs Sling TOT estudio monográfico 2010
9. Suárez M, Álvarez M. Incontinencia urinaria de esfuerzo tratamiento con SLING Suburetral artesanal transobturatriz en el servicio de ginecología del Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños en el periodo febrero 2013 a enero 2015. Tesis Monográfica
10. Muñoz E, Mendoza A. Calidad de vida paciente posquirúrgica de Uretropexia. Tesis Monográfica. 2019
11. González L, Erosa R, Aguilar R, Laviada H ,Méndez M. Incontinencia urinaria: factores de riesgo y frecuencia en mujeres mayores de 60 años, en el sureste de México. 2020
12. Briozzo Leonel, Vidiella Gonzalo, Curbelo Fernando, Craviotto Fernando, Massena Beatriz, López Raúl Varela et al. Transvaginal Obturatriz Tape (TOT) en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. Rev. Méd. Urug. [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2015 Nov 04]; 21(2): 130-140.
13. Fabio Camilo Suárez F, García J, Torres K. Cabestrillos uretrales en el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres.2018
14. FC Burkhard F, Bosch J, Cruz F, Lemack G, Nambiar A, Thiruchelvam N., Tubaro A. Guía Europea de Urología Incontinencia urinaria en Adulto. 2020

ANEXOS

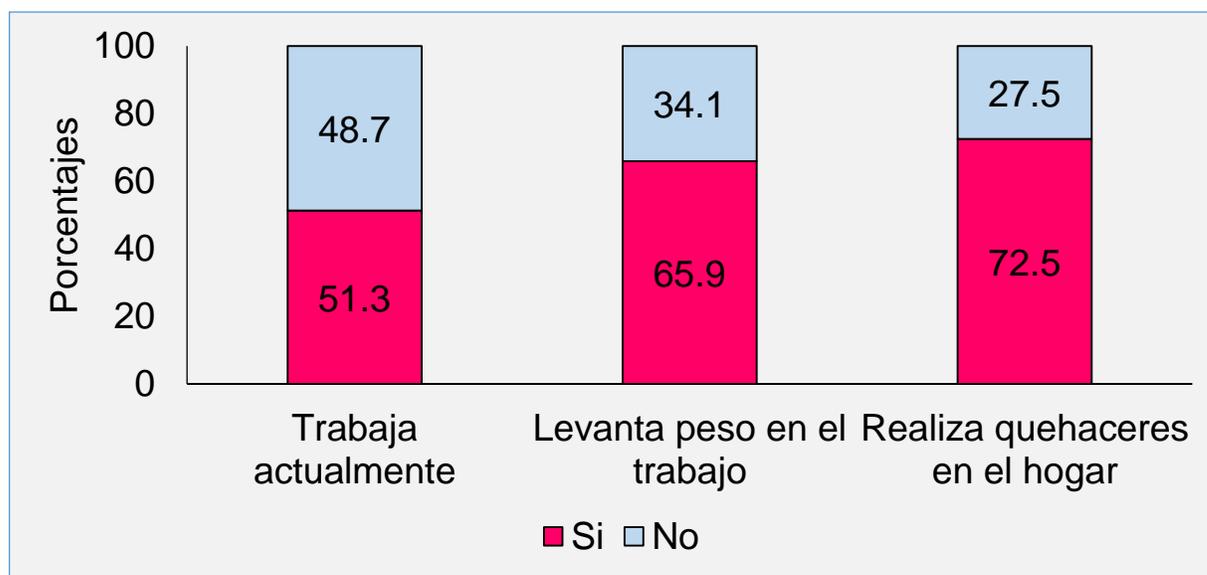
GRÁFICOS

Gráfica 1. Edad de mujeres con tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo



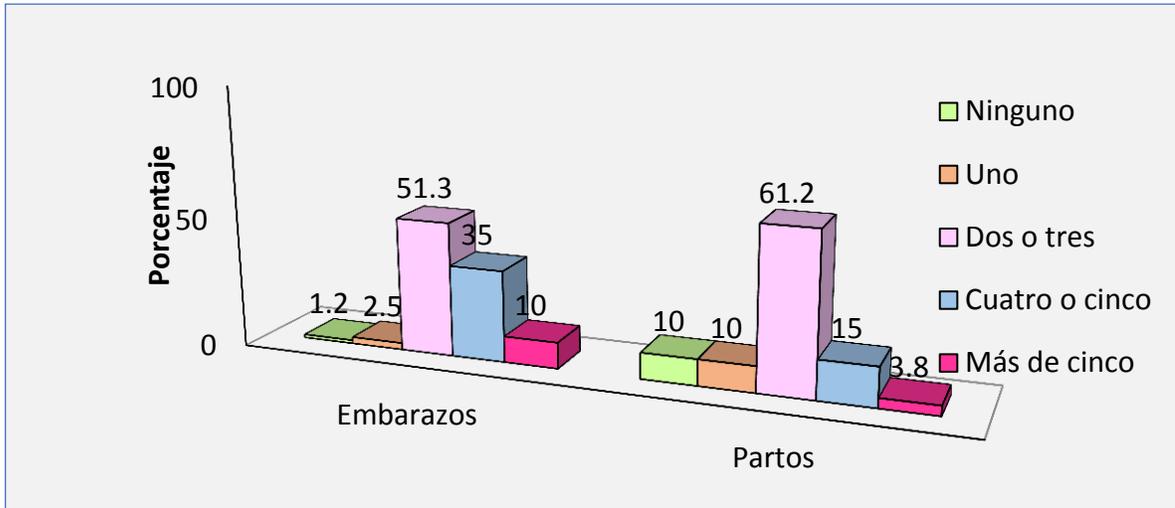
Fuente Tabla 1

Gráfica 2. Características del trabajo de mujeres con tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo.



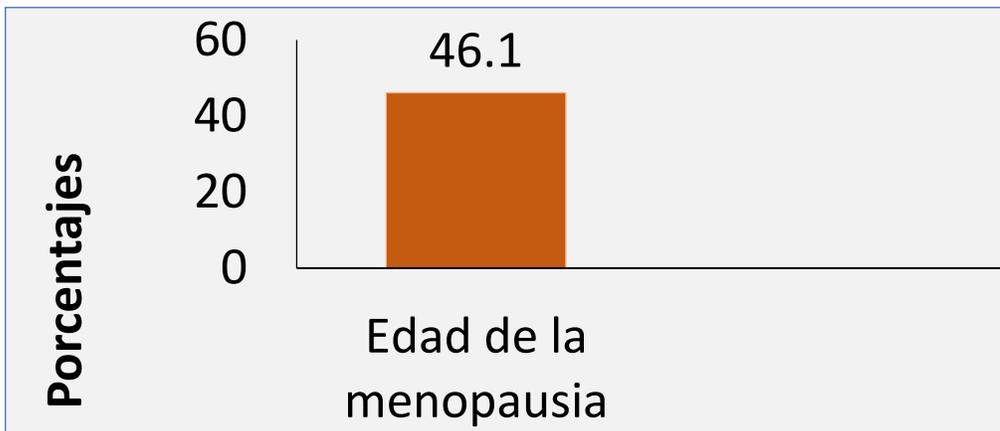
Fuente Tabla 1

Gráfica 3. Antecedente Ginecobstetrico mujeres con tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo.

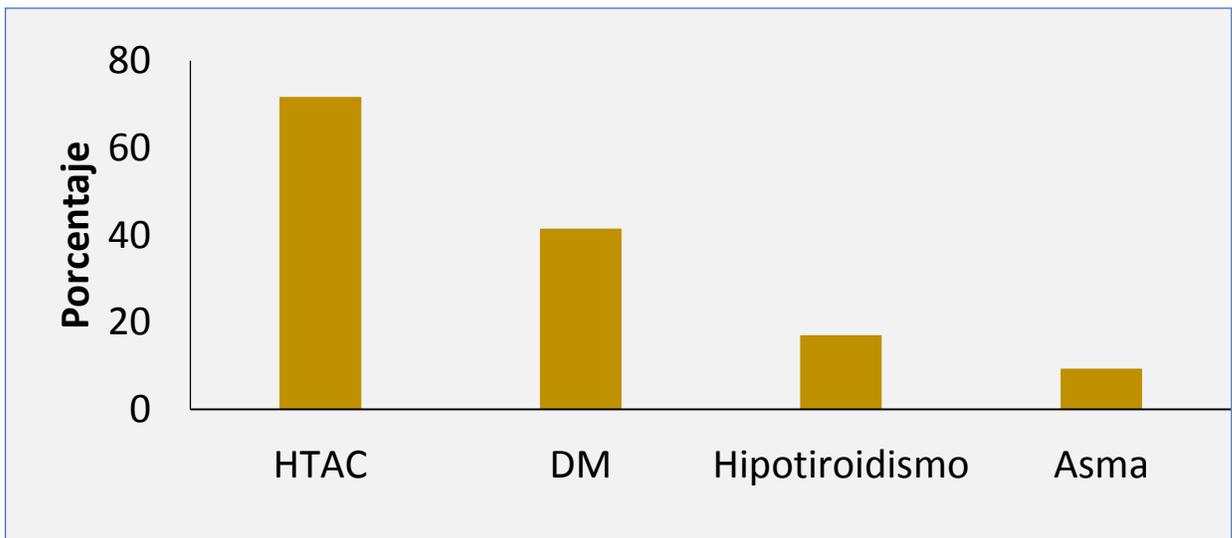


Fuente Tabla 2

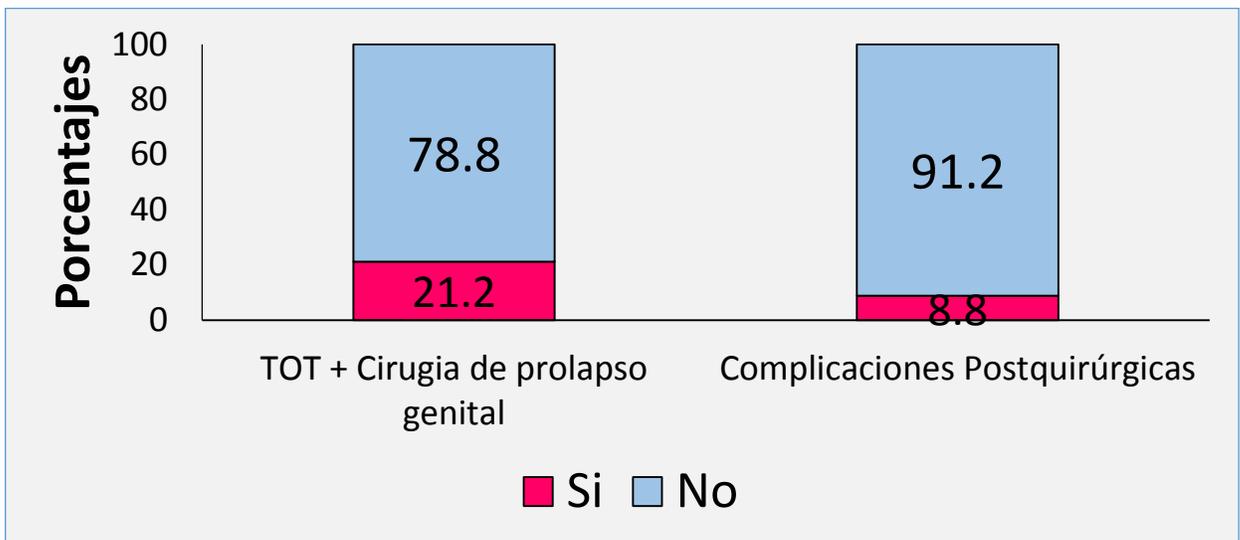
Gráfica 4. Antecedente Ginecobstetricos



Fuente Tabla 2

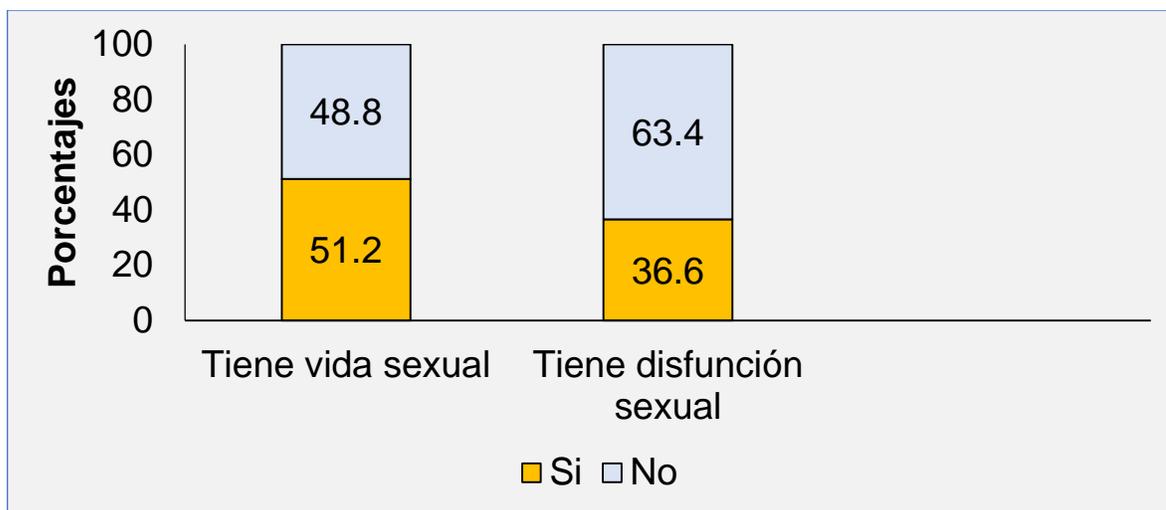
Gráfica 5. Antecedentes de comorbilidades.

Fuente tabla 3

Gráfica 6. Cirugías de piso pélvico asociadas al tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo.

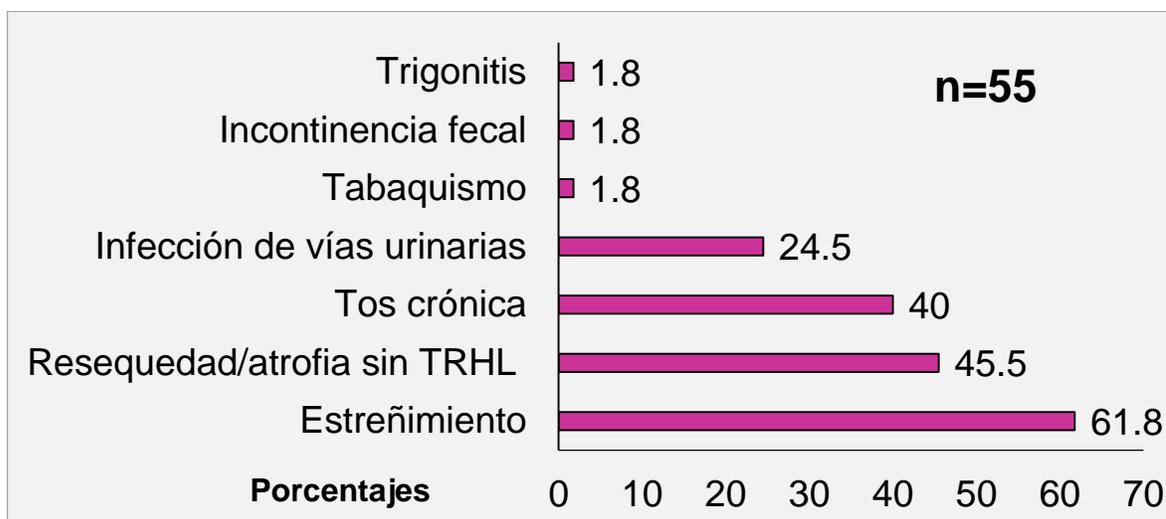
Fuente: Tabla 4

Gráfica 7. Factores de riesgo influyen resultados del tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo



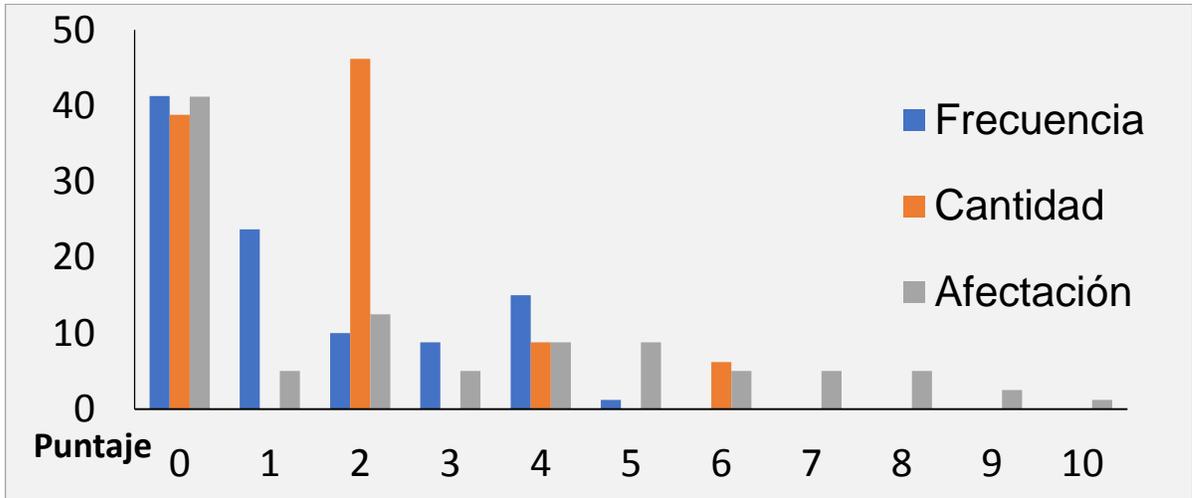
Fuente tabla 5

Gráfica 8. Factores de riesgo influyen resultados del tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo



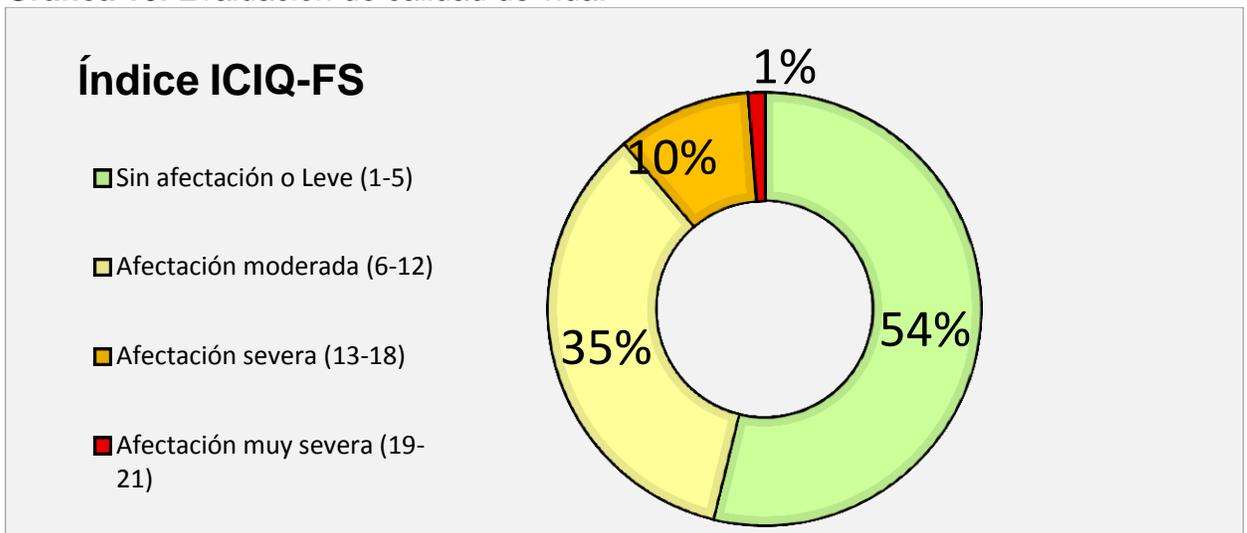
Fuente tabla 5

Gráfica 9. Evaluación de calidad de vida en mujeres sometidas a tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

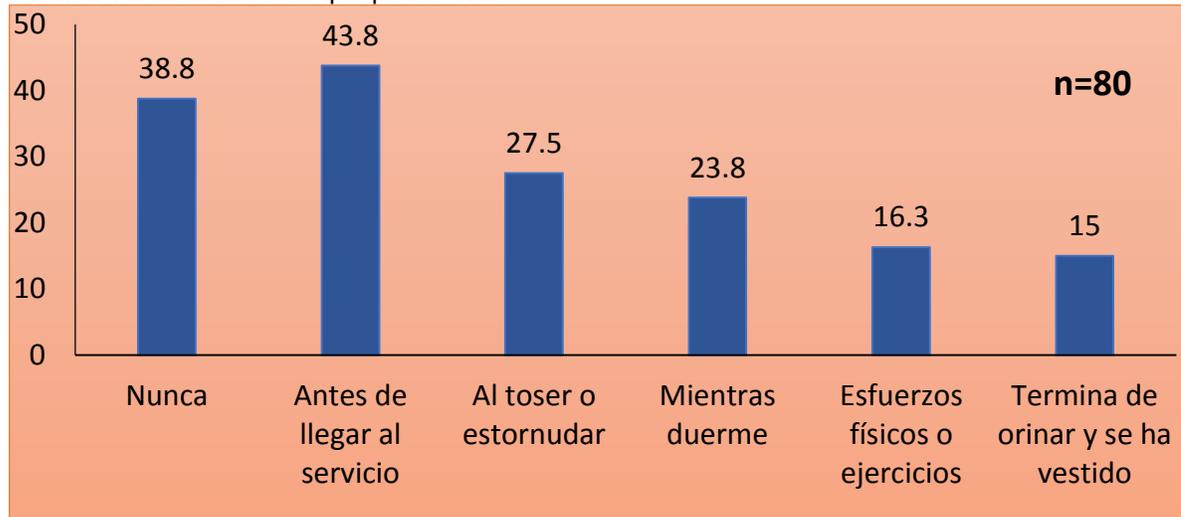


Fuente tabla 6

Gráfica 10. Evaluación de calidad de vida.



Fuente tabla 6

Gráfica 11. Momentos en que pierde orina.

Fuente tabla 7

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo con “Cinta libre de tensión transobturatriz”, efectuadas del 2015 al 2017 en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

Características	Número	Porcentaje
Grupo de edad		
Menos de 40 años	1	1.3
40-49 años	14	17.5
50-59 años	36	45.0
60 a más años	29	36.2
Total	80	100.0
Promedio: 57.09 Mediana: 57 DE: ±8.46 Rango: 38-82 años		
Estado civil		
Soltera	18	22.5
Casada	38	47.5
Unión de hecho	9	11.2
Divorciadas	3	3.8
Viudas	12	15.0
Total	80	100.0
Residencia		
Urbana	77	96.2
Rural	3	2.8
Total	80	100.0
Trabaja actualmente		
Si	41	51.3
No	39	48.7
Total	80	100.0
Levanta peso en trabajo		
Si	27	65.9
No	14	34.1
Total	41	100.0
Realiza quehaceres en el hogar		
Si	58	72.5
No	22	27.5
Total	80	100.0
Nivel educativo		
Ninguna	0	-
Primaria incompleta	1	1.2
Primaria completa	4	5.0
Secundaria incompleta	9	11.2
Secundaria completa	6	7.5
Técnico	7	8.8
Universidad incompleta	7	8.8
Universidad completa	46	57.5
Total	80	100.0

Tabla 2. Antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por incontinencia urinaria de esfuerzo con “Cinta libre de tensión transobturatriz”, efectuadas del 2015 al 2017 en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

Antecedentes gineco-obstétricos	Número	Porcentaje
Número de embarazos		
Ninguno	1	1.2
Un embarazo	2	2.5
2-3 embarazos	41	51.3
4-5 embarazos	28	35.0
Más de 5 embarazos	8	10.0
Total	80	100.0
Promedio: 3.61 Mediana: 3 DE: ± 1.56 Rango: 0-9 embarazos		
Número de partos		
Ninguno		10.0
Un parto		10.0
2-3 partos	8	61.2
4-5 partos	8	15.0
Más de 5 partos	49	3.8
Total	12	100.0
	3	
	80	
Promedio: 2.56 Mediana: 2.5 DE: ± 1.58 Rango: 0-9 partos		
Número de cesáreas		
Ninguna	53	66.3
1 cesárea	17	21.2
2-3 cesáreas	10	12.5
Total	80	100.0
Promedio: 0.5 Mediana: 0 DE: ± 0.81 Rango: 0-3 cesáreas		
Número de abortos		
Ninguno	50	62.5
1 aborto	20	25.0
2-3 abortos	9	11.3
4 abortos	1	1.2
Total	80	100.0
Promedio: 0.55 Mediana: 0 DE: ± 0.82 Rango: 0-4 abortos		

Tabla 2. Antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo con “Cinta libre de tensión transobturatriz”, efectuadas del 2015 al 2017 en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

Antecedentes gineco-obstétricos	Número	Porcentaje
Edad de inicio de vida sexual		
Antes de los 15 años	6	7.5
15-17 años	25	31.2
18 a más años	49	61.3
Total	80	100.0
Promedio: 18.6 Mediana: 18.5 DE: \pm 2.99 Rango: 14-28 años		
Edad de la menarca		
Antes de los 10 años	1	1.2
10-12 años	31	38.8
13-15 años	47	58.8
16 a más años	1	1.2
Total	80	100.0
Promedio: 12.9 Mediana: 13.0 DE: \pm 1.46 Rango: 9-17 años		
Edad de la menopausia		
Antes de los 40 años	9	11.3
40-49 años	38	47.5
50-59 años	21	26.3
Aún menstrúa	12	15.0
Total	80	100.0
Promedio: 46.1 Mediana: 48.0 DE: \pm 5.72 Rango: 24-55 años		

Tabla 3. Antecedentes de comorbilidades de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo con “Cinta libre de tensión transobturatriz”, efectuadas del 2015 al 2017 en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

Comorbilidades	Número	Porcentaje
Diagnóstico de enfermedad crónica		
Si	53	66.3
No	27	33.7
Total	80	100.0
Tipo de enfermedad crónica	n=53	
Hipertensión arterial crónica	38	71.7
Diabetes mellitus	22	41.5
Hipotiroidismo	9	17.0
Asma	5	9.4
Artritis reumatoidea	3	5.7
Depresión	2	3.5
Cancer de mama o cérvix	2	3.5
Cardiopatía	2	3.5
Rinitis-alergia	2	3.5
Infección urinaria	1	1.9
Estenosis uréter izquierdo	1	1.9
Enfermedad renal crónica	1	1.9
Bronquiectasia	1	1.9
Hipertiroidismo	1	1.9
Hiperinsulinismo endógeno	1	1.9
Hipertiroidismo	1	1.9
Hiperuricemia	1	1.9
Glaucoma	1	1.9
Osteoporosis	1	1.9
Insuficiencia venosa	1	1.9

Tabla 4. Cirugías de piso pélvico realizadas a mujeres durante tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo con “Cinta libre de tensión transobturatriz”, efectuadas del 2015 al 2017 en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

Cirugías de piso pélvico	Número	Porcentaje
Cirugía de de prolapso genital más tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria		
Si	17	21.2
No	63	78.8
Total	80	100.0
Cirugía de prolapso genital más tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria	n=17	
	7	41.2
	1	5.9
Colporrafia anterior	2	11.7
Colporrafia posterior	1	5.9
Perinoplastía	1	5.9
Colporrafia anterior + colporrafia posterior	1	5.9
Colporrafia anterior + colpoperineoplastía		
Colporrafia anterior + perineoplastía + histerectomía vaginal	4	23.5
Histerectomía vaginal		
Complicaciones postquirúrgico		
Si	7	8.8
No	73	91.2
Total	80	100.0
Tipo de complicación postquirúrgico		
Obstrucción infravesical	4	57.1
Retención urinaria	1	14.3
Extrusión de la malla	1	14.3
Hematuria	1	14.3
Total	7	100.0

Tabla 5. Factores de riesgo influyen resultados del tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo con “Cinta libre de tensión transobturatriz”, efectuadas del 2015 al 2017 en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

Evaluación de resultados	Número	Porcentaje
Tiene vida sexual actualmente		
Si	41	51.2
No	39	48.8
Total	80	100.0
Padece de una disfunción sexual		
Si	15	36.6
No	26	63.4
Total	41	100.0
Tipo de disfunción		
Resequedad o atrofia	8	53.3
Dispareunia	2	13.3
Dispareunia/Resequedad o atrofia	3	20.0
Prolapso	1	6.7
Incontinencia urinaria	1	6.7
Total	15	100.0
Presencia de factores que influyen en los resultados del TQIU		
Si	55	68.8
No	25	31.2
Total	80	100.0
Factores para resultados del TQIU	n=55	
Estreñimiento	34	61.8
Resequedad/atrofia sin TRHL	25	45.5
Tos crónica	15	27.3
Infección de vías urinarias	14	24.5
Sinusitis	4	7.3
Alergia	2	3.6
Rinitis	1	1.8
Tabaquismo	1	1.8
Incontinencia fecal	1	1.8
Trigonitis	1	1.8

Tabla 6. Valorar calidad de vida de las mujeres tratadas quirúrgicamente por incontinencia urinaria de esfuerzo con "Cinta libre de tensión transobturatriz" de 2015 a 2017 en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

Evaluación de la percepción	Número	Porcentaje
Frecuencia con que pierde orina		
0 - Nunca	33	41.3
1 - Una vez por semana	19	23.7
2 - Dos o tres veces por semana	8	10.0
3 - Una vez al día	7	8.8
4 - Varias veces al día	12	15.0
5 - Continuamente	1	1.2
Total	80	100.0
Cantidad de orina que se escapa		
0 - No se escapa nada	31	38.8
2 - Muy poca cantidad	37	46.2
4 - Una cantidad moderada	7	8.8
6 - Mucha cantidad	5	6.2
Total	80	100.0
Escapes de orina afectan su vida diaria		
0 - Nada	33	41.2
1 - Nada	4	5.0
2	10	12.5
3	4	5.0
4	7	8.8
5	7	8.8
6	4	5.0
7	4	5.0
8	4	5.0
9 - Mucho	2	2.5
10 - Mucho	1	1.2
Total	80	100.0
Escala de valoración de resultado ICIQ-FS		
1-5 Sin afectación - Leve	43	53.8
6-12 Afectación moderada	28	35.0
13-18 Afectación severa	8	10.0
19 - 21 Afectación muy severa	1	1.2
Total	80	100.0
Promedio: 6.06 Mediana: 5 DE: ± 5.26 Rango: 1-20		

Tabla 7. Momentos en que pierde orina, en mujeres sometidas a tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo con “Cinta libre de tensión transobturatriz”, efectuadas del 2015 al 2017 en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

Momentos	Número	Porcentaje
	n=80	
Nunca	31	38.8
Antes de llegar al servicio	35	43.8
Al toser o estornudar	22	27.5
Mientras duerme	19	23.8
Al realizar esfuerzos físicos / ejercicios	13	16.3
Cuando terminan de orinar y ya se ha vestido	12	15.0
Sin motivo evidente	4	5.0
De forma continua	0	-

Resultados del tratamiento quirúrgico de incontinencia urinaria de esfuerzo con "Cinta libre de tensión transobturatriz", efectuadas del 2015 al 2017 en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños

No de Ficha _____

Número de Expediente _____

Número de teléfono _____

CUESTIONARIO PARA PACIENTES

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Estimada (nombre), para nosotros los médicos del HMEDADB, es de suma importancia conocer los resultados del tratamiento quirúrgico realizado para la incontinencia urinaria de esfuerzo a la que fue sometida. Por lo cual, le solicitamos su colaboración para responder este cuestionario. **Acepta** ____ **No acepta** ____

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene? _____ años
 <41 años _____ 41-50 _____ 51 -60 _____ > 60 años _____
2. ¿Cuál es su estado civil actual?
 Soltera _____ Casada _____ Unión Libre _____ Divorciada _____ Viuda _____
3. ¿La zona donde reside se considera?
 Urbana _____ Rural _____
4. ¿Trabaja actualmente?
 Si _____ No _____
5. ¿En qué consiste su trabajo?

6. ¿Levanta peso? Si _____ No _____
7. ¿Realiza quehaceres del hogar? Si _____ No _____
8. ¿Cuáles quehaceres realiza en el hogar? _____
9. ¿Cuál fue el último grado o año que aprobó? (anotar)
 Ilustrada _____ Primaria _____ Secundaria _____ Técnico _____ Universitario _____

II. ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

10. ¿Cuántos embarazos tuvo? _____
 0 a 3 _____ 4 a 5 _____ 6 o Más _____
11. ¿Cuántos de ellos fueron partos vaginales? _____
 0 a 3 _____ 4 a 5 _____ 6 o Más _____
12. ¿Cuántos nacieron por cesáreas? _____
 0 a 3 _____ 4 a 5 _____ 6 o Más _____
13. ¿Cuántos abortos sufrió? _____
 0 a 3 _____ 4 a 5 _____ 6 o Más _____
14. ¿A cuál edad inició su vida sexual? _____ años
 Menor de 16 _____ 16 a 18 _____ Mayor de 18 _____
15. ¿Qué edad tenía cuando regló o menstruó por primera vez? _____ años
 Menor 14 _____ 14 – 15 _____ 16 a más _____
16. Edad de la menopausia _____
17. **Revisar expediente.** ¿Qué tipo de cirugías de piso pélvico le fue realizado a las pacientes?
 Histerectomía vaginal _____ Histerectomía abdominal _____
 Colporrafia anterior _____ Colporrafia posterior _____
 Otras _____
18. Revisar expediente. ¿Hubo complicaciones quirúrgicas? Si _____ No _____
 ¿Cuáles complicaciones? _____
19. ¿Tiene vida sexual activa? Si _____ No _____
20. ¿Padece de alguna disfunción sexual? No _____ Si _____
 ¿Qué tipo de disfunción sexual padece? (preguntar con palabras entendibles)
 Atrofia _____ Dispareunia _____ Hispareunia _____ Incontinencia urinaria _____ Prolapso _____
21. ¿Coexistencia de otro tipo de incontinencia? Si _____ No _____Cuál? _____

III. ENFERMEDADES CONCOMITANTES

22. ¿Padece de alguna enfermedad crónica? Si _____ No _____
 ¿Cuál enfermedad crónica padece?
 Diabetes mellitus _____ Hipertensión arterial crónica _____ Cardiopatías _____
 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica _____ Artritis reumatoide _____ Asma _____
 Otra _____

IV. FACTORES QUE AFECTAN LOS RESULTADOS

23. ¿Cuál de estas molestias y hábitos tiene usted?

Atrofia sin terapia de reemplazo hormonal local ____ Estreñimiento ____ Tabaquismo ____
Tos Crónica ____ Otro _____

V. COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TOT

24. ¿Después de este período posterior a su cirugía, usted tiene algunos de estos problemas?

Retención urinaria ____ Extrusión de material protésico ____ Fístulas ____
Perforación vesical ____ Infección del sitio quirúrgico ____ IVU recurrentes ____
Otro _____

VI. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA (CUESTIONARIO ICIQ FS)

Instrumento realizado para valorar la calidad de la vida de pacientes que padecen incontinencia urinaria

25. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta).

Nunca. 0
Una vez a la semana. 1
2-3 veces/semana. 2
Una vez al día. 3
Varias veces al día. 4
Continuamente. 5

26. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente, tanto si lleva protección o no. (Marque sólo una respuesta).

No se me escapa nada. 0
Muy poca cantidad. 2
Una cantidad moderada. 4
Mucha cantidad. 6

27. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada Mucho

28. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Usted.

___ Nunca.
___ Antes de llegar al servicio.
___ Al toser o estornudar.
___ Mientras duerme.
___ Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
___ Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
___ Sin motivo evidente.
___ De forma continua.