



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

**HOSPITAL GENERAL “DR ENRIQUE
CABRERA COSÍO”**

**INCIDENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA DE
ESFUERZO EN PACIENTES POSPARTO VIA VAGINAL**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL
GRADO DE ESPECIALISTA
EN:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Facultad de Medicina



PRESENTA:
SANDRA SUÁREZ SOTO

DR JESÚS RAYMUNDO GONZÁLEZ DELMOTTE
DIRECTOR DE TESIS

DR GILBERTO MEDINA HERNÁNDEZ
MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

CIUDAD DE MÉXICO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL GENERAL “DR ENRIQUE CABRERA
COSÍO”**

**INCIDENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA DE
ESFUERZO EN PACIENTES POSPARTO VIA VAGINAL**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL
GRADO DE ESPECIALISTA
EN:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
SANDRA SUÁREZ SOTO

Facultad de Medicina



DR JESÚS RAYMUNDO GONZÁLEZ DELMOTTE
DIRECTOR DE TESIS

DR GILBERTO MEDINA HERNÁNDEZ
MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

CIUDAD DE MÉXICO 2022



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



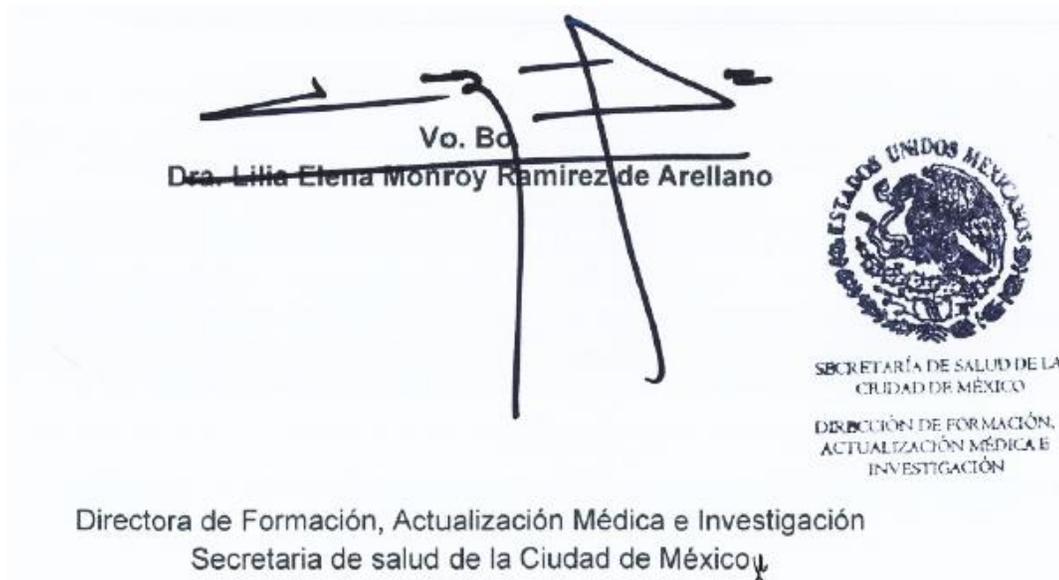
Incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes posparto vía vaginal

Autor: Sandra Suárez Soto

Vo. Bo.

Dr Jesús Raymundo González Delmotte

Profesor titular del curso de especialización en ginecología y obstetricia





**GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO**



**Director de tesis
Dr Jesús Raymundo González Delmotte
Hospital General “Dr Enrique Cabrera Cossio”**

Dedicatorias y/o agradecimiento

Me gustaría agradecer ante todo a Dios, por ser mi gran soporte, y por permitirme lograr mis objetivos y seguir manteniendo mi familia conmigo.

Dedico este trabajo a mis padres y mi hermano, ya que, gracias a ellos con su amor, enseñanza, paciencia y apoyo incondicional, he logrado alcanzar una de mis tantas metas que tengo.

A todos los que me apoyaron para escribir y concluir esta tesis

Índice

	Página
I. Resumen	1
II. Introducción	2
III. Marco teórico y antecedentes	3
3.1 Marco teórico	3
3.2 Antecedentes	6
IV. Planteamiento del problema que incluya la pregunta de investigación	8
V. Justificación	9
VI. Hipótesis	10
VII. Objetivo general	11
VIII. Objetivos específicos	11
IX. Metodología	12
9.1 Tipo de estudio	12
9.2 Población de estudio	12
9.3 Muestra	13
9.4 Tipo de muestreo y estrategia de reclutamiento	13
9.5 Variables	14
9.6 Mediciones e Instrumentos de medición	19
9.7 Análisis estadístico de los datos	20
X. Implicaciones éticas	21
XI. Resultados y análisis de los resultados	22
XII. Discusión	26
XIII. Conclusiones	28
XIV. Bibliografía	29

Índice de tablas

Tabla 1. Definición operacional de las variables de estudio.	14
Tabla 2. Características generales de la población seleccionada del Hospital General “Dr Enrique Cabrera Cossio”	22
Tabla 3. Hallazgos del periodo obstétrico de la población seleccionada del Hospital General “Dr Enrique Cabrera Cossio”	23

Índice de figuras

Figura 1. Frecuencia absoluta de analgesia obstétrica en la población seleccionada del Hospital General “Dr Enrique Cabrera Cossio”.	24
Figura 2. Frecuencia absoluta de episiotomía en la población seleccionada del Hospital General “Dr Enrique Cabrera” Cossio.	24
Figura 3. Frecuencia absoluta de desgarro perineal en la población seleccionada del Hospital General “Dr Enrique Cabrera Cossio”.	25

Anexos

Anexo 1. Hoja de recolección de datos	31
Cuestionario ICIQ-SF	32
Consentimiento informado	33

I. Resumen

Introducción. La incontinencia urinaria de esfuerzo impone una carga económica significativa y está asociada con un impacto negativo en el bienestar social, físico y psicológico de una mujer, lo que genera vergüenza, baja autoestima y efectos negativos en la productividad de las mujeres trabajadoras.

Objetivo general. Determinar la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes con antecedente de parto vía vaginal.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo a partir de expedientes de pacientes que recibieron atención por parto vaginal durante el periodo de enero de 2020 a junio 2022 en el Hospital General “Dr Enrique Cabrera Cossio”.

Hipótesis. La incontinencia urinaria es una de las complicaciones a la resolución del parto vía vaginal.

Resultados. Se captaron 43 pacientes con parto vía vaginal. Se identificó una prevalencia de IUE de 1.86 casos por cada 10 pacientes con parto vía vaginal (18.6% del total de pacientes incluidas), se observó edad media de 35.0 ± 3.8 años, IMC de 32.2 ± 4.9 kg/m² y embarazos de 38.9 ± 1.3 semanas de gestación. La duración de la primera etapa del trabajo de parto fue de 10.6 ± 8.4 horas, mientras que la segunda etapa promedio 21.1 ± 22.6 minutos. El 25.0% de las pacientes recibió analgesia obstétrica y se realizó episiotomía en el 25.0%.

Conclusiones. El presente estudio se identificó una prevalencia de IUE 2 de cada 10 pacientes con parto por vía vaginal, hallazgos que confirman la hipótesis de trabajo, y que sugieren que en el Hospital General “Dr Enrique Cabrera Cosio” es una complicación habitual del parto vía vaginal.

II. Introducción

La incontinencia urinaria de esfuerzo está definida por un informe conjunto de la International Urogynecological Association (IUGA) y la International Continence Society (ICS) sobre la terminología para la disfunción del piso pélvico femenino como la queja de pérdida involuntaria de orina por esfuerzo o esfuerzo físico o estornudos o tos (7).

Se trata de una afección que no se informa a pesar de que es manejable en la mayoría de los pacientes. Además de su carga médica y financiera, la condición también causa angustia extrema a los pacientes (8). Además, afecta a casi la mitad de todas las mujeres que sufren de incontinencia urinaria y es responsable de tener un impacto negativo en su calidad de vida (7) en los aspectos físicos, sociales e higiénicos, pues las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo pueden sufrir una fuga involuntaria de orina durante las actividades diarias (9).

Por si fuera poco, los síntomas, como incontinencia urinaria, aumento de la frecuencia urinaria, nicturia, urgencia y abultamiento vaginal, son comunes en mujeres adultas (10). Se estima que al menos una de cada tres mujeres que han tenido hijos se somete al menos a una cirugía por estas afecciones antes de los 80 años. Las mujeres con prolapso de órganos pélvicos y/o incontinencia urinaria tienen un mayor riesgo de disfunción sexual en comparación con las que no lo tienen (11).

Las estimaciones de prevalencia en todo el mundo indican que más de 300 millones de mujeres se ven afectadas por esta afección, y una revisión reciente de estudios epidemiológicos de países de bajos y medianos ingresos informa que el 26 % de las mujeres adultas experimentan incontinencia urinaria. (12,13).

III. Marco teórico y antecedentes

3.1 Marco teórico

La prevalencia de incontinencia urinaria disminuye en los meses posteriores al parto. Sin embargo, aún desconocemos qué factores se asocian a esta remisión posnatal de los síntomas. Los datos longitudinales después de 12 meses después del parto siguen siendo escasos, pero esos pocos estudios informan que la prevalencia de incontinencia urinaria aumenta progresivamente a medida que las mujeres envejecen. Del mismo modo, no sabemos qué determinantes promueven el retorno de la incontinencia urinaria mucho tiempo después del parto, y pocos estudios se han centrado en la remisión y la incidencia de la incontinencia urinaria en el posparto.

Por otro lado, la etiología de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina es multifactorial, y el trauma(17) causado por el parto es uno de los factores de riesgo más importantes para la incontinencia urinaria de esfuerzo. Muchas mujeres con incontinencia urinaria no pueden recuperarse durante el período posparto y eventualmente desarrollan incontinencia urinaria persistente.

La lesión obstétrica o el deterioro de la función del músculo elevador del ano pueden ser un mecanismo por el cual el parto vaginal contribuye al desarrollo posterior de prolapso y a la incontinencia urinaria. Por ejemplo, las avulsiones del elevador del ano, que se observan en el 10-20% de los partos vaginales, están asociadas con el prolapso de órganos pélvicos. Las avulsiones del elevador del ano también se asocian con músculos del piso pélvico más débiles(1).

Específicamente, estos trastornos están fuertemente asociados con la paridad y son más comunes después de un parto vaginal que de una cesárea y pueden ocurrir preocupaciones sexuales, dolor y prolapso de órganos pélvicos (2), con percepciones de molestias causadas por uno o más tipos de disfunción de piso pélvico (PFD) informadas por el 40-91% de las mujeres primíparas en el primer año posparto(3).

Mientras tanto, se sabe que la etiología de la IU es multifactorial, pero a menudo está relacionada con el embarazo y el parto. Los factores de riesgo mencionados en la literatura para disfunción de piso pélvico son embarazo, aumento de la paridad, modo de parto, segunda etapa prolongada del trabajo de parto, parto vaginal instrumentado, desgarramiento del esfínter anal, mayor edad materna, obesidad, trabajo pesado, factores hereditarios y envejecimiento. Aunque pueden estar presentes múltiples factores de riesgo después del parto, muchas mujeres comienzan a desarrollar disfunción de piso pélvico sintomática hasta mucho más tarde en la vida. Sin embargo, el conocimiento sobre qué factores de riesgo relacionados con el embarazo y la obstetricia deben evaluarse se basa principalmente en evidencia inconsistente(4).

La incontinencia urinaria es un síntoma angustiante que afecta negativamente la calidad de vida y constituye un problema mundial que afecta al 10-40% de las mujeres en todo el mundo(5). El tema de la incontinencia urinaria ha sido bien documentado y existen redes nacionales e internacionales que se enfocan en la condición. Se conoce que la incontinencia urinaria de esfuerzo es la causa más frecuente de incontinencia urinaria y afecta aproximadamente al 50% de las mujeres con incontinencia urinaria.(6).

Se informa que la genética, los antecedentes familiares, la raza, la edad, el embarazo, la paridad, el tipo de parto, los antecedentes de cirugía pélvica o abdominal inferior y el aumento crónico de la presión abdominal, como tos crónica, estreñimiento, obesidad y enfermedades de la médula espinal, están relacionados. al desarrollo de la incontinencia urinaria.(18).

Entre estos factores, los factores de riesgo relacionados con el embarazo son factores de riesgo bien identificables para la incontinencia urinaria, incluido el aumento de peso durante el embarazo, el tabaquismo, el IMC pregestacional, el IMC a término, la duración de la primera y la segunda etapa del trabajo de parto, parto espontáneo o parto vaginal asistido, trauma perineal o vaginal, peso del recién nacido y procedimientos de maniobra durante el trabajo de parto, como fórceps, vacío, episiotomía y métodos de analgesia(19).

Además, más de la mitad de estos factores, como la duración de la primera y segunda etapa del trabajo de parto, el parto vaginal asistido, el trauma perineal o vaginal y, de mayor importancia, los procedimientos de maniobra durante el trabajo de parto, incluido el uso de fórceps, vacío, la episiotomía y los métodos de analgesia ocurren en mujeres con parto vaginal normal.

De acuerdo con los conocidos factores de riesgo relacionados con el embarazo, Kokabi y Yazdanpanh demostraron que el parto vaginal asistido, la episiotomía, el peso al nacer y un IMC más alto se correlacionaron positivamente con un mayor riesgo de incontinencia urinaria por estrés posparto(20).

Además de los factores mencionados, los autores también encontraron que los factores psicosociales y económicos también podrían contribuir al mayor riesgo de incontinencia urinaria por estrés posparto, ya que las mujeres con ingresos más bajos, menor residencia en el vecindario y las mujeres mayores se asociaron con un mayor riesgo de incontinencia urinaria por estrés.

Cada vez hay más evidencias que respaldan el concepto de daño permanente del piso pélvico después del parto vaginal. Se cree que el parto por cesárea, particularmente la cesárea previa al trabajo de parto, ofrece una protección sustancial contra tal traumatismo del piso pélvico; por el contrario, se cree que el parto vaginal asistido por

herramientas, con ventosa o fórceps, conlleva mayores riesgos de traumatismo. Un amplio cuerpo de evidencia del primer año después del parto demuestra que en este período posparto inicial, las tasas de incontinencia urinaria de esfuerzo son más altas en las mujeres que se someten a un parto vaginal que en las que se someten a un parto por cesárea(20).

Sin embargo, las mujeres sometidas a cesárea no podrían estar totalmente libres de incontinencia urinaria por estrés posparto, aunque en general, la tasa de cesáreas ha aumentado en todo el mundo, lo que refleja una tendencia en la práctica obstétrica que no es del todo coherente con el concepto común de mejorar la salud de la mujer y la política de seguro médico público. De hecho, la tasa de cesáreas generalmente se considera un indicador negativo de la salud nacional. El estudio de Kokabi y Yazdanpanh apoyó el papel protector del desarrollo de la incontinencia urinaria por estrés posparto en mujeres embarazadas primigrávidas que se sometieron a una cesárea electiva, lo que sugiere los beneficios potenciales de la cesárea si se tienen en cuenta los trastornos del piso pélvico(20).

3.2 Antecedentes

La incontinencia urinaria de esfuerzo puede ir acompañada de otras formas de pérdida involuntaria de orina, incluida la incontinencia urinaria de urgencia (IUU) en el 36 % de los estudiados. Aunque los síntomas pueden ser graves, solo una pequeña proporción de pacientes elige buscar ayuda médica. Numerosos estudios han informado que se considera que el parto vaginal y el trabajo de parto con extracción con ventosa o fórceps aumentan en gran medida la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo posparto (14).

Mayori et al, al estudiar a 268 de 880 mujeres tenían incontinencia urinaria (30,5%); la prevalencia fue del 33,4% (168 de 503) entre las gestantes y del 26,5% (100 de 377) entre las puérperas, $p=0,03$. Las mujeres que estaban embarazadas fueron significativamente más propensas a experimentar IUE ($p=0,01$) y menos propensas a reportar pérdidas moderadas o grandes ($p=0,002$). Los antecedentes de macrosomía y el hecho de estar embarazada se asociaron con la incontinencia urinaria en toda la muestra. ($p < 0,05$). Entre las mujeres embarazadas, el riesgo de incontinencia urinaria disminuyó con el aumento de la edad gestacional y aumentó con antecedentes de macrosomía ($p \leq 0,01$). Entre las puérperas, los antecedentes de macrosomía y episiotomía previa se asociaron con incontinencia urinaria ($p < 0,05$)(15).

Más tarde, Quiboeuf et al, identificaron que la prevalencia de incontinencia urinaria fue del 20,7 % (340/1643) a los 4 meses y del 19,9 % (280/1409) a los 24 meses. Los factores significativos asociados con la incontinencia urinaria a los 24 meses fueron mayor edad [OR=1,07/año (IC 95 % 1,04–1,11)], IMC [2,35 (1,44–3,85) ≥ 30 versus < 25 kg/m²], mayor paridad [1,77 (1,14–2,76) ≥ 3 frente a 1], lactancia [1,54 (1,08–2,19) ≥ 3 frente a < 3 meses], embarazo en el seguimiento [3,44 (2,25–5,26)] y parto por cesárea [0,62 (0,40–0,97) frente a vaginal] [OR, razón de probabilidades (IC, intervalo de confianza)]. La probabilidad de remisión de la incontinencia urinaria a los 24 meses fue del 51,9% (149/287). El parto por cesárea se asoció con una mayor probabilidad de remisión de la incontinencia urinaria [0,43 (0,19–0,97)]. El riesgo de incontinencia urinaria de novo a los 24 meses fue del 12,5 % (135/1067) y se asoció con un nuevo embarazo [3,63 (2,13–6,20)](16).

Por su parte, Wang et al, encontraron que los resultados indicaron que 12 factores de riesgo, incluido el parto vaginal (OR 2,08, IC del 95 % 1,72–2,52), edad gestacional avanzada (OR 1,06, IC del 95 % 1,04–1,08), IMC materno avanzado (OR 1,04, IC del 95 % 1,03–1,06), aumento excesivo de peso durante el embarazo (OR 1,13, IC 95 % 1,00–1,26), IMC actual avanzado (OR 1,32, IC 95 % 1,02–1,70), diabetes (OR 1,91, IC 95 % 1,53–2,38), episiotomía (OR 1,76, IC 95 % 1,06–2,94), parto con fórceps (OR 2,69, IC 95 % 1,25–5,76), incontinencia urinaria gestacional (OR 5,04, IC 95 % 2,07–12,28), incontinencia urinaria de esfuerzo gestacional (OR 4,28, IC 95 % 2,61–7,01), la

incontinencia urinaria prenatal (OR 8,54, IC del 95 % 3,52–20,70) y la incontinencia urinaria posparto temprana (OR 3,52, IC del 95 % 1,61–7,69), se asociaron con la incontinencia urinaria de esfuerzo posparto(14).

IV Planteamiento del problema

Pregunta de investigación:

¿La incontinencia urinaria de esfuerzo es una complicación posterior al parto vaginal?

V. Justificación

Las estimaciones de prevalencia en mujeres de mediana edad varían de aproximadamente 5% la incontinencia leve a 60% y aproximadamente el 50% de las mujeres experimentarán algún tipo de incontinencia urinaria en su vida, ya que la prevalencia y la edad se correlacionan positivamente.

La incontinencia urinaria impone una carga económica significativa y está asociada con un impacto negativo en el bienestar social, físico y psicológico de una mujer, lo que genera vergüenza, baja autoestima y efectos negativos en la productividad de las mujeres trabajadoras.

Dada la necesidad de conocer la incidencia en esta unidad hospitalaria Hospital General "Dr Enrique Cabrera Cosío" SSA de CDMX se decide realizar este protocolo de investigación con el objetivo de identificar mediante cuestionarios a las pacientes que padecen incontinencia urinaria de esfuerzo y establecer información para promoción de la salud en las pacientes que asistan a la consulta ginecológica de esta unidad.

VI. Hipótesis

La incontinencia urinaria es una de las complicaciones a la resolución del parto vía vaginal.

Hipótesis nula (H0)

La incontinencia urinaria es una de las complicaciones a la resolución del parto vía vaginal.

Hipótesis alterna (Hi)

La incontinencia urinaria no es una de las complicaciones a la resolución del parto vía vaginal.

VII. Objetivo general

Determinar la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes con antecedente de parto vía vaginal.

VIII. Objetivos específicos

Describir las características obstétricas de las pacientes con antecedente de parto vía vaginal

Identificar los hallazgos del proceso del parto vía vaginal.

Identificar la incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes con antecedente de parto vía vaginal mediante cuestionarios

IX. Metodología

9.1 Tipo y diseño de investigación

Observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal

9.2 Definición de la población

Comprendió a todos los expedientes de pacientes femeninos que fueron atendidas en el Hospital General “Dr Enrique Cabrera Cosio” en el periodo de enero de 2020 a junio 2022.

9.3 Sujeto de estudio

Se definieron como unidades de observación a aquellos expedientes de pacientes que recibieron atención por parto vía vaginal durante el periodo de enero de 2020 a junio 2022 en el Hospital General “Dr Enrique Cabrera Cosio”.

9.4 Tipo de muestreo y estrategia de reclutamiento

Muestreo de tipo no probabilístico por selección de casos consecutivos.

9.4.1 Criterios de inclusión

Expedientes de pacientes obstétricas de cualquier edad.

Pacientes que concluyeron embarazo en el Hospital General “Dr Enrique Cabrera Cosío”.

Pacientes que recibieron atención del parto por vía vaginal

Pacientes que acepten participar mediante la firma de consentimiento informado.

9.4.2 Criterios de exclusión

Expedientes de pacientes que se sometieron a atención del parto fuera de la unidad de estudio.

Con diagnóstico previo de incontinencia urinaria

Con antecedente de procedimientos uroginecológicos por trastornos de piso pélvico

No identificados o que no puedan ser localizados durante el periodo de estudio.

Con registros del expediente clínico incompletos o insuficientes para su análisis.

9.4.3 Criterios de eliminación

No se consideraron criterios de eliminación para el presente estudio.

9.5 Variables a medir

Tabla 1. Definición operacional de las variables de estudio.

Variable	Tipo	Definición operativa	Unidad de medida	Instrumento de medición
Edad	Cuantitativa Independiente	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Numérica De razón	Años
Gestas	Cuantitativa Independiente	Número de embarazos que ha tenido la mujer.	Numérica Discreta	En números ordinales
IMC	Cuantitativa Dependiente	Peso en kilogramos dividido por altura en metros cuadrados (kg/m ²).	Numérica Continua	Kg/m ²
Comorbilidades	Cualitativa Independiente	Conocimiento de otros padecimientos por parte del paciente	Nominal Policotómica	0)Ninguna 1)Diabetes mellitus 2)Trastorno hipertensivo 3)Coagulopatías 4)Inmunológicas 5)Otras:
Edad gestacional	Cuantitativa Independiente	Periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en	Numérica De razón	Semanas y días

		semanas y días completos.		
Antecedente de cesárea	Cualitativa Independiente	Antecedente de parto quirúrgico de un bebé generalmente se realiza cuando el parto vaginal representa un riesgo para la madre o el bebé, es decir, contar con un parto vía abdominal en su historial obstétrico.	Nominal Dicotómica	1. Si 0. No
Peso del recién nacido	Cuantitativa Independiente	Peso al momento del nacimiento del recién nacido expresado en gramos	Numérica Continua	Gramos
Antecedente de legrado	Cualitativa Independiente	Registro de operación quirúrgica menor, con anestesia local o general suave, en la que tras dilatar el cuello del útero, se inserta un instrumento dentro del útero para extraer su contenido.	Nominal Dicotómica	1. Si 0. No
Calidad de vida	Cualitativa Dependiente	Atributo determinado objetivamente fenómenos subjetivos como los síntomas y	Numérica Discreta	En puntaje

		su impacto en la calidad de vida - con toda la dificultad que ello puede tener de la mejor manera posible		
Incontinencia urinaria	Cualitativa Independiente	De acuerdo con el interrogatorio y exploración física dirigida	Nominal Dicotómica	1. Si 0. No
Analgesia Obstétrica	Cualitativa Dependiente	Procedimiento el cual consiste en el alivio del dolor del trabajo de parto mediante la introducción de fármacos (habitualmente anestésicos locales) en el espacio epidural, bloqueando así las terminaciones nerviosas en su salida de la médula espinal.	Nominal Dicotómica	1. Si 0. No
Episiotomía	Cualitativa Dependiente	Incisión quirúrgica en el perineo que se practica en ciertos partos para facilitar la salida del feto y evitar desgarros en el periné.	Nominal Dicotómica	1. Si 0. No
Desgarro perineal	Cuantitativa Independiente	Clasificación de desgarros perineales de Sultan	Numérica Continua	1er Grado 2do Grado 3er Grado: 3a, 3b, 3c 4to Grado

		<ul style="list-style-type: none"> • Primer grado: lesión de la piel perineal o mucosa vaginal. • Segundo grado: lesión perineal que incluye los músculos perineales, pero no el esfínter anal. • Tercer grado: lesión perineal que incluye el esfínter anal. • 3a: lesión menor del 50% del esfínter anal externo. • 3b: lesión mayor del 50% del esfínter anal externo. • 3c: lesión del esfínter anal externo e interno. • Cuarto grado: lesión perineal que incluye al esfínter anal externo e interno y la mucosa anorrectal. 		
Duración de la primera etapa del trabajo de parto	Cuantitativa Dependiente	Tiempo transcurrido entre el inicio de las contracciones hasta la dilatación y	Numérica Continua	Horas

		borramiento completo del cérvix		
Duración de segunda etapa del trabajo de parto	Cuantitativa Dependiente	Tiempo transcurrido entre la dilatación y borramiento completo del cérvix hasta la expulsión fetal	Numérica Continua	Horas

9.6 Mediciones e instrumentos de recolección de datos

De forma inicial, el presente proyecto de investigación será sometido a evaluación por parte del Comité de Investigación Local, a fin de que reúna los criterios éticos, técnicos y epidemiológicos y para aprobación de este. Una vez aceptado, el grupo de investigadores se dio a la tarea de identificar el universo de estudio durante el periodo previamente definido.

Posteriormente a lo antes mencionado se solicitó ante la dirección de este hospital la autorización para poder acceder a los expedientes clínicos de las pacientes que tuvieron parto vía vaginal una vez valorando las variables, y si es candidata esta paciente o cumple con los criterios de inclusión se localizó vía telefónica, solicitándole su autorización para participar en este protocolo de investigación; realizándole un cuestionario acerca de sintomatología urinaria

Una vez capturada la información se realizó un análisis estadístico en *IBM SPSS Statistics* en su versión 23 en español.

9.7 Análisis estadístico de los datos

El análisis estadístico se llevó a cabo en el programa *IBM SPSS Statistics 24* en español. Para el análisis estadístico de las variables definidas con anterioridad, fueron utilizadas medidas de tendencia central (mediana y porcentaje) y dispersión (desviación estándar, rango) que nos permitieran categorizar las características de la población objetivo dentro del periodo de estudio y concluir los objetivos de este.

La representación gráfica de los datos fue dada a través de tablas y gráficos creados en Excel de Microsoft Office 2019 para Windows 11 en español, con la finalidad de que fuesen fácilmente entendibles por la población a la que se dirigió el presente estudio.

X. Implicaciones éticas

Este estudio considera los aspectos éticos en la declaración de Helsinki, en su última modificación por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Apegándose a lo señalado en: los principios generales; los riesgos, costos y beneficios; los requisitos científicos y protocolos de investigación; los comités de investigación; la privacidad y confidencialidad; así como en el consentimiento informado.

Este estudio considera también los principios éticos básicos señalados en el Informe Belmont (1979) que sustentan toda la investigación con sujetos humanos: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

Así mismo este estudio considera los aspectos señalados en la Ley General de Salud (7 de febrero de 1984, última reforma DOF 12-07-2018) en su Título quinto, Investigación para la salud, Capítulo único: desarrollo de acciones que comprende al investigación para la salud (artículo 96); bases conforme a las cuales se debe desarrollar la investigación en seres humanos (artículo 100); y sanciones correspondientes que se hará acreedor quien realice investigación en seres humanos contraviniendo lo dispuesto en dicha Ley (artículo 101).

En este estudio se considera además el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (6 de enero de 1987, última reforma DOF 02-04-2014). En lo que respecta al riesgo de la investigación (artículo 17), el presente estudio se clasifica en la siguiente categoría: Investigación sin riesgo. El presente estudio recolectará información a partir de la revisión de artículos y publicaciones médicas y, por tanto, no se somete a ningún riesgo a ningún individuo.

No existen aspectos de bioseguridad que considerar.

XI. Resultados y análisis de los resultados

Se efectuó un estudio observacional, transversal y retrospectivo en el Hospital General “Dr Enrique Cabrera Cosio” que logró identificar y captar 43 unidades de estudio. Se conformaron dos grupos para su análisis, el primero conformado por las pacientes sin incontinencia urinaria de esfuerzo (n=35) y un segundo, conformado por las pacientes que desarrollaron incontinencia urinaria de esfuerzo (n=8). Posterior a su identificación, no se encontraron motivos de exclusión, concluyendo el análisis con el 100.0% de la población identificada.

Se identificó una prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) de 1.86 casos por cada 10 pacientes con parto vía vaginal (18.6% del total de pacientes incluidas). Las características generales de la población seleccionada de los pacientes durante el presente estudio se muestran en la **Tabla 2**. Se describirán de forma narrativa solo aquellas del grupo de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo.

Tabla 2. Características generales de la población seleccionada del Hospital General “Dr Enrique Cabrera Cosio”

	Grupo sin IUE (n=35)			Grupo con IUE (n=8)		
	Medi a	D.E	Porcen taje	Medi a	D.E	Porcen taje
Edad	25.7	5.1		35.0	3.8	
Gestas	2.4	1.3		3.5	2.6	
Partos	2.2	1.2		3.5	2.6	
Cesáreas	0.1	0.2		0.0	0.0	
Abortos	0.2	0.5		0.0	0.0	
Legrado	0.2	0.5		0.0	0.0	
Talla	155. 9	5.8		154. 6	6.6	
Peso	68.0	10.8		76.5	9.3	
IMC	28.1	4.6		32.2	4.9	
Comorbilidades						
Sobrepeso y obesidad	23		65.7%	6		75.0%
Tabaquismo	1		2.9%	1		12.5%
Infecciones de transmisión sexual	1		2.9%	1		12.5%
Preeclampsia	3		8.6%			
Otros	2		5.7%			

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es de 0.05.

La edad media del grupo fue de 35.0 ± 3.8 años. El número promedio de gestas fue de 3.5 ± 2.6 , de partos 1.8 ± 1.0 . Estas pacientes no informaron antecedentes de cesáreas, abortos y legrados.

Para las variables antropométricas se observó talla de 154.6 ± 6.6 centímetros, peso de 76.5 ± 9.3 kilogramos e IMC de 32.2 ± 4.9 kg/m².

En cuanto a comorbilidades, se encontró 75.0% de sobrepeso y obesidad, seguida de tabaquismo e infecciones de transmisión sexual con un 12.5% cada una.

Seguido se registraron hallazgos del periodo obstétrico, donde se encontró que en promedio estas pacientes se encontraron cursando con embarazos de 38.9 ± 1.3 semanas de gestación.

La duración de la primera etapa del trabajo de parto fue de 10.6 ± 8.4 horas, mientras que la segunda etapa promedio 21.1 ± 22.6 minutos.

Tabla 3. Hallazgos del periodo obstétrico de la población seleccionada del Hospital General “Dr Enrique Cabrera Cosío”

	Grupo sin IUE (n=35)			Grupo con IUE (n=8)		
	Media	D.E	Porcentaje	Media	D.E	Porcentaje
Edad gestacional	38.0	1.3		38.9	1.3	
1a etapa del TDP (Horas)	13.7	7.2		10.6	8.4	
2da etapa del TDP (Minutos)	35.2	32.0		21.1	22.6	
Analgesia obstétrica	8		22.9%	2		25.0%
Episiotomía	114		40.0%	2		25.0%
Peso del RN (gramos)	2822.9	441.4		2923.8	317.0	
Desgarro perianal						
Grado 1	11		31.4%	3		37.5%
Grado 2	4		11.4%			

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es de 0.05.

El 25.0% de las pacientes con IUE recibió analgesia obstétrica (**Figura 1**. Se realizó episiotomía en el 25.0% (comparado con el 40.0% de las pacientes del grupo sin IUE) (**Figura 2**).

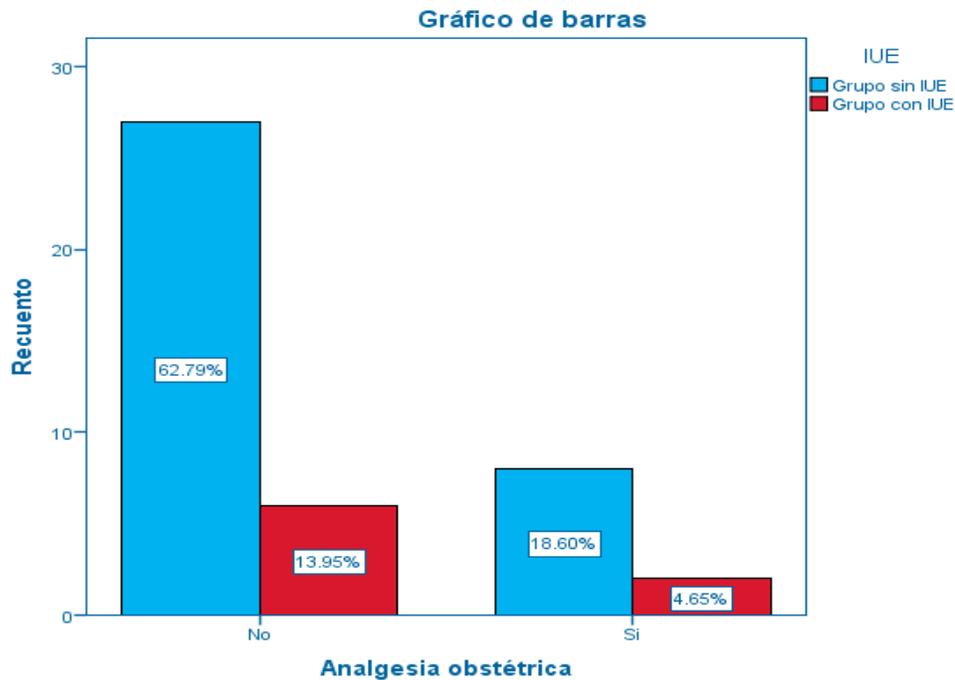


Figura 1. Frecuencia absoluta de analgesia obstétrica en la población seleccionada del Hospital General “Dr Enrique Cabrera Cosio”.

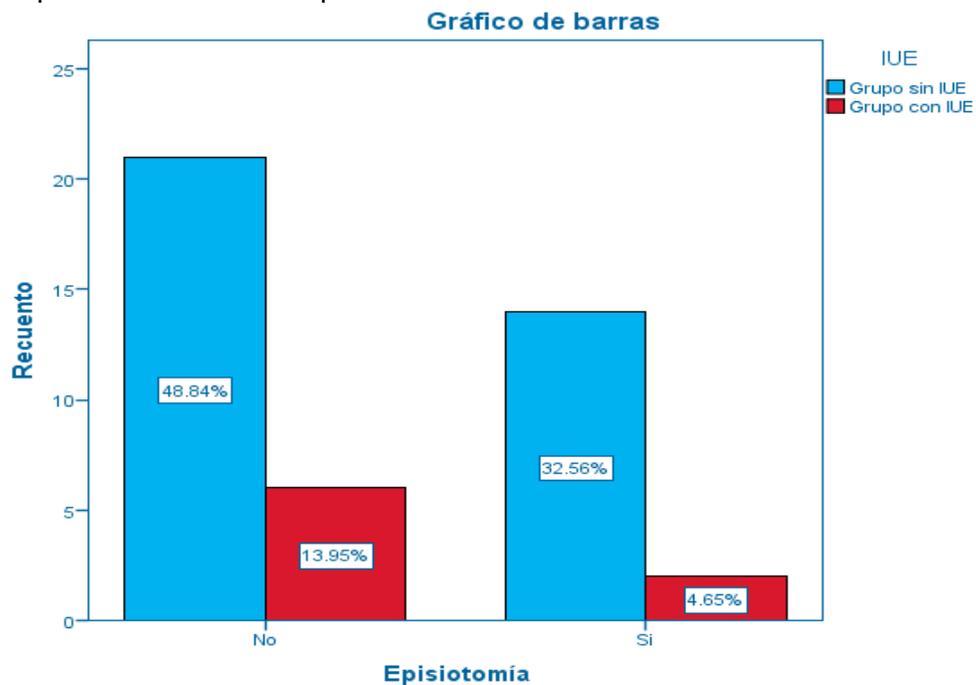


Figura 2. Frecuencia absoluta de episiotomía en la población seleccionada del Hospital General “Dr Enrique Cabrera Cosio”.

El peso del RN osciló los $2923.8.1 \pm 317.0$ gramos y se registró desgarro perineal en 37.5 % de grado 1 (**Figura 3**).

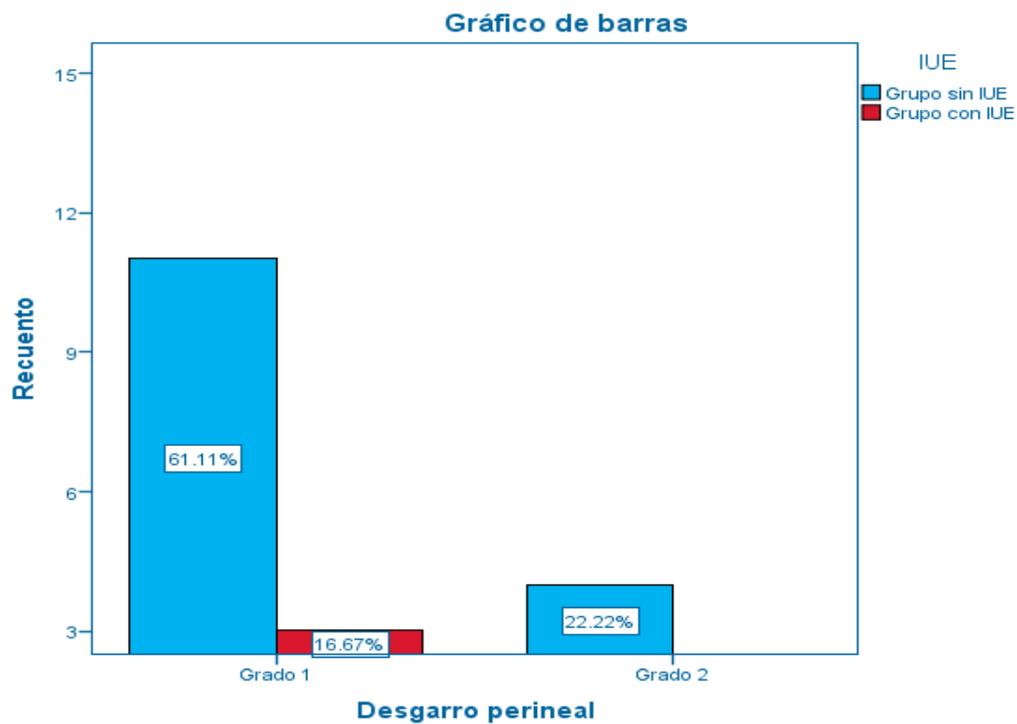


Figura 3. Frecuencia absoluta de desgarro perineal en la población seleccionada del Hospital General “Dr Enrique Cabrera Cosío”.

XII. Discusión

Nos encontramos ante un problema de salud que se caracteriza por pérdidas involuntarias de orina, es vergonzosa e impredecible y desalienta a las mujeres a llevar un estilo de vida más saludable y activo. Esto reduce la autoconfianza, quizás causando problemas psicosexuales que se manifiestan como una disminución general en la calidad de vida. Desafortunadamente, esta es una condición muy común que también acompaña al vicio obstétrico.

La incontinencia urinaria es muy común entre las mujeres, independientemente del historial de parto; las estimaciones de prevalencia varían del 2,8 % al 30,8 % para la incontinencia urinaria de esfuerzo y del 0,7 % al 19,9 % para la incontinencia urinaria de urgencia. Por lo tanto, el aumento potencial del uso de la cesárea puede tener consecuencias beneficiosas para la salud pública desde la perspectiva de la salud del piso pélvico, incluida la disminución de incontinencia urinaria de esfuerzo y la necesidad de cirugía de prolapso de órganos pélvicos.

El presente informa una prevalencia consistente con lo descrito en la literatura de forma posterior al parto por vía vaginal. Al compararlo encontramos que en un estudio a cargo de *Maroyi et al*, En general, 268 de 880 mujeres tenían IU (30.5%); la prevalencia fue del 33.4% (168 de 503) entre las gestantes y del 26.5% (100 de 377) entre las puérperas, $p=0.03$, cifras apenas por arriba de las reportadas en el presente (Maroyi et al., 2021).

De igual forma, se apreció una prevalencia similar que la reportada en otro estudio, *Quiboeuf et al*, quienes identificaron que la prevalencia de IU fue del 20.7 % (340/1643) a los 4 meses y del 19.9 % (280/1409) a los 24 meses)(Quiboeuf et al., 2016).

Las variables de esta pueden deberse a numerosos factores, pues es bien conocidos que la genética, los antecedentes familiares, la raza, la edad, el embarazo, la paridad, el tipo de parto, los antecedentes de cirugía pélvica o abdominal inferior y el aumento crónico de la presión abdominal, como tos crónica, estreñimiento, obesidad y enfermedades de la médula espinal, están relacionados. al desarrollo de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Entre estos factores, los factores de riesgo relacionados con el embarazo son factores de riesgo bien identificables para la IUE, incluido el aumento de peso durante el embarazo, el tabaquismo, el IMC pregestacional, el IMC a término, la duración de la primera y segundas etapas del trabajo de parto, parto vaginal espontáneo o asistido, trauma perineal o vaginal, peso del recién nacido y procedimientos de maniobra durante el trabajo de parto, como fórceps, ventosa, episiotomía y métodos de analgesia.

Las limitaciones de este estudio es el desarrollo basado en la población de un solo centro y de forma retrospectiva, impide la recopilación prospectiva de datos clínicos en un momento dado y, por lo tanto, es posible que se puedan subestimar tanto la prevalencia como la influencia de otros factores asociados. Además, más de la mitad de estos factores, como la duración de la primera y segunda etapa del trabajo de parto, parto vaginal asistido, traumatismo perineal o vaginal y, lo que es más importante, procedimientos de maniobra durante el trabajo de parto, incluido el uso de fórceps, vacío, episiotomía y los métodos de analgesia, ocurren en mujeres con parto vaginal normal.

No obstante, las limitaciones de nuestro estudio son su seguimiento estrecho de un grupo de mujeres incluidas, lo que no nos permitió analizar los factores de riesgo de la IUE. Este sesgo podría haber resultado en una sobreestimación de la prevalencia de la IUE porque los pacientes reportan pérdidas de orina más fácilmente. No obstante, nuestro análisis se ajustó por nivel socioeconómico y no creemos que este punto haya podido modificar las asociaciones observadas.

Un aspecto a considerar es que la incontinencia urinaria puede persistir pero cambiar de naturaleza (por ejemplo, por la desaparición del componente de estrés y la aparición de un componente de urgencia). No obstante, es probable que el impacto de esta limitación sea bajo. Además, en la práctica clínica, los cambios en la naturaleza de la IU durante el seguimiento son raros en ausencia de cirugía. La falta de valoraciones clínicas o aplicación de encuesta impidió cualquier confirmación objetiva de la incontinencia urinaria o de su tipo así como de los síntomas y su severidad.

XIII. Conclusiones

El presente estudio se identificó una prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo en 2 por cada 10 pacientes con parto por vía vaginal, hallazgos que confirman la hipótesis de trabajo, y que sugieren que en el Hospital General “Dr Enrique Cabrera Cosío” es una complicación habitual del parto vía vaginal.

Esto podría deberse a un sinnúmero de factores, entre los más conocidos e identificados de forma descriptiva como sobrepeso y obesidad, prolongación de la primera y segunda etapa del trabajo de parto, la necesidad de analgesia obstétrica, episiotomía y el desarrollo de desgarro perianal de cualquier grado.

Sin embargo, se requieren estudios con seguimiento de las pacientes, aplicación de encuestas y comparación con grupos de pacientes con resolución del parto por vía cesárea, para lograr identificar estadísticamente los factores asociados y la magnitud de los síntomas en términos de frecuencia y severidad.

XIV. Bibliografía

1. Blomquist, J. L., Muñoz, A., Carroll, M., & Handa, V. L. (2018). Association of Delivery Mode with Pelvic Floor Disorders after Childbirth. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 320(23), 2438–2447. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.18315>
2. ACOG. (2019). Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists. Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics & Gynecology*, 134(5), 127–142.
3. Sigurdardottir, T., Steingrimsdottir, T., Geirsson, R. T., Halldorsson, T. I., Aspelund, T., & Bø, K. (2020). Can postpartum pelvic floor muscle training reduce urinary and anal incontinence?: An assessor-blinded randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(3), 247.e1-247.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.09.011>
4. Hage-Fransen, M. A. H., Wiezer, M., Otto, A., Wieffer-Platvoet, M. S., Slotman, M. H., Nijhuis-van der Sanden, M. W. G., & Pool-Goudzwaard, A. L. (2021). Pregnancy- and obstetric-related risk factors for urinary incontinence, fecal incontinence, or pelvic organ prolapse later in life: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(3), 373–382. <https://doi.org/10.1111/aogs.14027>
5. Cerruto, M. A., D’Elia, C., Aloisi, A., Fabrello, M., & Artibani, W. (2013). Prevalence, incidence and obstetric factors’ impact on female urinary incontinence in Europe: A systematic review. *Urologia Internationalis*, 90(1), 1–9. <https://doi.org/10.1159/000339929>
6. Palos, C. C., Maturana, A. P., Ghersel, F. R., Fernandes, C. E., & Oliveira, E. (2018). Prospective and randomized clinical trial comparing transobturator versus retropubic sling in terms of efficacy and safety. *International Urogynecology Journal*, 29(1), 29–35. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3495-0>
7. Medina, C. A., Costantini, E., Petri, E., Mourad, S., Singla, A., Rodríguez-Colorado, S., Ortiz, O. C., & Doumouchtsis, S. K. (2017). Evaluation and surgery for stress urinary incontinence: A FIGO working group report. *Neurourology and Urodynamics*, 36(2), 518–528. <https://doi.org/10.1002/nau>
8. Golbasi, C., Taner, C. E., & Golbasi, H. (2019). Long-term outcomes and quality of life effects of single incision mini sling procedure in stress urinary incontinence patients. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 234, 10–13. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.12.030>
9. Huang, W. C., Lau, H. H., & Su, T. H. (2018). Did surgical failure and complications affect incontinence-related quality of life in women after transobturator sling procedure? *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 57(2), 295–299. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.02.020>
10. Van Dongen, H., van der Vaart, H., Kluivers, K. B., Elzevier, H., Roovers, J. P., & Milani, A. L. (2019). Dutch translation and validation of the pelvic organ prolapse/incontinence sexual questionnaire-IUGA revised (PISQ-IR).

- International Urogynecology Journal*, 30(1), 107–114. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3718-z>
11. Tyagi, V., Perera, M., Guerrero, K., Hagen, S., & Pringle, S. (2018). Prospective observational study of the impact of vaginal surgery (pelvic organ prolapse with or without urinary incontinence) on female sexual function. *International Urogynecology Journal*, 29(6), 837–845. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3500-7>
 12. Verbeek, M., & Hayward, L. (2019). Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life. *Sexual Medicine Reviews*, 7(4), 559–564. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.05.007>
 13. Li, T., Zhang, Y. jun, Zhang, H. ling, Ding, X. hui, Yu, Z. J., & Lu, S. (2019). Prevalence and Risk Factors of Stress Urinary Incontinence Among Perimenopausal Women and Its Influence on Daily Life in Women with Sexual Desire Problem. *Current Medical Science*, 39(4), 615–621. <https://doi.org/10.1007/s11596-019-2082-7>
 14. Wang, K., Xu, X., Jia, G., & Jiang, H. (2020). Risk Factors for Postpartum Stress Urinary Incontinence: a Systematic Review and Meta-analysis. *Reproductive Sciences*, 27(12), 2129–2145. <https://doi.org/10.1007/s43032-020-00254-y>
 15. Maroyi, R., Mwambali, N., Moureau, M. K., Keyser, L. E., McKinney, J. L., Brown, H. W., & Mukwege, D. M. (2021). Prevalence of urinary incontinence in pregnant and postpartum women in the Democratic Republic of Congo. *International Urogynecology Journal*, 32(7), 1883–1888. <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04885-w>
 16. Quiboeuf, E., Saurel-Cubizolles, M. J., & Fritel, X. (2016). Trends in urinary incontinence in women between 4 and 24 months postpartum in the EDEN cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(7), 1222–1228. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13545>
 17. Shekar. P, A., Reddy, D., Pal, B. C., & Gopalakrishnan, G. (2021). An Unusual Cause of Female Urinary Incontinence Following Obstetric Trauma. *Urology*, 148, e3–e5. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2020.11.049>
 18. Schreiber Pedersen, L., Lose, G., Høybye, M. T., Elsner, S., Waldmann, A., & Rudnicki, M. (2017). Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(8), 939–948. <https://doi.org/10.1111/aogs.13149>
 19. Horng, H. C., Chen, Y. J., & Wang, P. H. (2017). Urinary incontinence: Is vaginal delivery a cause? *Journal of the Chinese Medical Association*, 80(8), 465–466. <https://doi.org/10.1016/j.jcma.2016.09.004>
 20. Kokabi, R., & Yazdanpanah, D. (2017). Effects of delivery mode and sociodemographic factors on postpartum stress urinary incontinency in primipara women: A prospective cohort study. *Journal of the Chinese Medical Association*, 80(8), 498–502. <https://doi.org/10.1016/j.jcma.2016.06.008>

Anexos

Anexo 1. Hoja de recolección de datos

Instrumento de recolección

Nombre de la paciente:
Número telefónico:
Edad: _____ años
Antecedentes gineco-obstétricos: Gestas: _____ Cesáreas: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Legrados: _____
IMC _____ kg/m ²
Comorbilidades: () Ninguna () Diabetes mellitus () Trastorno hipertensivo () Coagulopatías () Inmunológicas () Otras: _____
Edad gestacional: _____ Semanas y días
Analgesia obstétrica SI () NO ()
Peso del recién nacido _____ gramos
Episiotomía SI () NO ()
Duración de la primera etapa del trabajo de parto _____ horas
Duración de la segunda etapa del trabajo de parto _____ horas
Desgarro perineal: 1 er grado () 2do grado () 3er grado a () 3er grado b () 3er grado c () 4to grado ()
Incontinencia urinaria de esfuerzo SI () NO ()

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dirigido a: Pacientes con parto vía vaginal atendidas en el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera Cosío” durante el periodo enero 2020 a Junio 2022

Título de proyecto: Incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes posparto vía vaginal

Nombre del Investigador Principal: Dra. Sandra Suárez Soto

Fecha aprobación por el Comité de ética: 06 de Mayo del 2022

Introducción/Objetivo

Estimada Señora:

Usted ha sido invitada a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera Cosío”. El estudio se realizará en esta unidad hospitalaria.

Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El propósito del presente estudio es determinar la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes con antecedente de parto vía vaginal en quienes se les haya realizado su atención en este hospital.

Le pedimos participar en este estudio porque usted forma parte de los pacientes que tuvieron parto vía vaginal en esta unidad hospitalaria entre el año 2020-2022

Procedimientos:

Se le realizará una encuesta de acuerdo a sus síntomas urinarios, así como en caso de salir positiva se le realizará una exploración física para corroborar los datos obtenidos y así poder llevar a cabo medidas para su beneficio y mejora.

Su participación consistirá en:

- Responder un cuestionario
- El cuestionario durará alrededor de 7 minutos y abarcará varias preguntas sobre sus síntomas urinarios
- La entrevista será realizada por vía telefónica el día 01 Junio 2022 a las 12:00; y en caso de ser positiva se citará a la consulta externa de Ginecología y Obstetricia en el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera” para realizar una exploración física y determinar las medidas necesarias a implementar para su mejora.
- Para facilitar el análisis, esta entrevista será grabada. En cualquier caso, usted podrá interrumpir la grabación en cualquier momento y retomarla cuando quiera.

Beneficios: En caso de que detectemos que existe algún grado de incontinencia urinaria o alguna otra alteración, podremos tener una intervención a dicho padecimiento para poder mejorar sus condiciones médicas y ayuden a mejorar sus síntomas.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificada con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificada.

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera en su puesto de trabajo o en la atención médica que reciba en esta institución.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son: mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómoda, tiene el derecho de no responderla. En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la investigación. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Aviso de Privacidad Simplificado: La investigadora principal de este estudio, Dra. Sandra Suárez Soto, es responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**. Los datos personales que le solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos le pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo sandy_seconds@hotmail.com.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: Dra. Sandra Suárez Soto al siguiente número de teléfono (55) 2461349486 en un horario de 08:00 a 15:00 hrs ó al correo electrónico sandy_seconds@hotmail.com.

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Dra. Carolina Salinas Oviedo, al teléfono 55 53 41 76 56 de 9:00 a 15:00 horas ó si lo prefiere escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico ccei.sedesa@gmail.com

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Declaración de la persona que da el consentimiento

- Se me ha leído esta Carta de consentimiento.
- Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.
- He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también está de acuerdo en permitir que su información de salud sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que indique su consentimiento para participar en este estudio.

Registre su nombre y firma en este documento del cual le entregaremos una copia.

PARTICIPANTE:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora _____

TESTIGO 1

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con la participante: _____

Fecha/hora: _____

TESTIGO 2

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con la participante: _____

Fecha/hora: _____

Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:

Nombre: Sandra Suárez Soto

Firma: _____

Fecha/hora _____