



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3  
“DR. VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ”  
CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”

**INCONTINENCIA URINARIA DE NOVO EN PACIENTES  
SOMETIDAS A CIRUGIA OBLITERANTE EN EL HGO  
NO. 3 CMN LA RAZA**

**REGISTRO: R-2022-3504-018**

**T E S I S**

REALIZADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA  
ESPECIALIDAD DE RAMA DE UROLOGÍA GINECOLÓGICA

**P R E S E N T A**

**DRA. MARÍA BELÉN MARTÍNEZ ROMERO**

**ASESORA DE TESIS**

**DRA. JAZMÍN MELGOZA ARCOS**

CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO, 2023.



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.

**INCONTINENCIA URINARIA DE NOVO EN PACIENTES SOMETIDAS A  
CIRUGIA OBLITERANTE EN EL HGO NO. 3 CMN LA RAZA**

**REGISTRO: R-2022-3504-018**

---

**Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz**

**Director de Educación e Investigación en Salud**

---

**Dra. Verónica Quintana Romero**

**Jefa de la División de investigación en salud**

---

**Dr. Juan Antonio García Bello**

**Jefe de la división de investigación en salud**

---

**Dr. Carlos Ramón Jiménez Vieyra**

**Profesor Titular de la Especialidad de Urología Ginecológica**

---

**Dra. Jazmín Melgoza Arcos**

**Profesora Adjunto, Investigadora Responsable y Asesora de Tesis**

Identificación de los investigadores:

**INVESTIGADORA RESPONSABLE:**

Nombre:	Dra. Jazmín Melgoza Arcos
Área de adscripción:	Médico no familiar especialista en Urología Ginecológica en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 CMN "La Raza"
Domicilio:	Calz Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP 02990.
Teléfono celular:	352 100 4512
Correo electrónico:	<a href="mailto:jazarc@hotmail.com">jazarc@hotmail.com</a>
<b><u>Matrícula IMSS</u></b>	98360777

**INVESTIGADOR ASOCIADO:**

Nombre:	Dra. María Belén Martínez Romero
Área de adscripción:	Residente de 1er año de Urología Ginecológica en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 CMN "La Raza".
Domicilio:	Calz Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP 02990.
Teléfono celular:	3316729245
Correo electrónico:	<a href="mailto:mabemtz@outlook.com">mabemtz@outlook.com</a>
<b><u>Matrícula IMSS</u></b>	99286232

## UNIDADES Y DEPARTAMENTOS DONDE SE REALIZÓ EL PROYECTO

Unidad:	UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” del CMN “La Raza”. Ciudad de México
Delegación:	Norte DF
Dirección:	Calz. Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP 02990.
Ciudad:	Ciudad de México
Teléfono	55-57-24-59-00

Hoja de registro:

8/8/22, 15:40

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3504.  
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

Registro COFEPRIS 17 CI 09 002 136

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 009 2018072

FECHA Lunes, 08 de agosto de 2022

Dr. JAZMIN MELGOZA ARCOS

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **INCONTINENCIA URINARIA DE NOVO EN PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA OBLITERANTE EN EL HGO NO. 3 CMN LA RAZA** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional  
R-2022-3504-018

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Rosa María Arte Herrera  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3504

Imprimir

IMSS  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## AGRADECIMIENTOS

### **A Dios:**

Por darme salud y sabiduría para poder culminar esta etapa de mi vida profesional, y por siempre dejar que las personas más importantes en mi vida me acompañaran en todo momento.

### **A mi familia:**

Siempre les agradeceré por su apoyo en esta carrera, por permitirme continuar con mis estudios sabiendo que este camino no era fácil ni corto. A mis padres porque sin sus valores enseñados no podría ser esta gran mujer profesionalista, a mis hermanos Peque y Migue por entenderme y ayudarme a lograr esta gran meta.

A Orlando Cue, por siempre escucharme cuando necesitaba de un consejo, y por siempre recordarme que aún con lo complicado que puede éste camino siempre vendrá una gran satisfacción, gracias por estar siempre orgulloso de mí.

### **A mis maestros:**

A la Dra. Jazmín Melgoza Arcos por ser una gran maestra, dándome la oportunidad de aprender de todos sus conocimientos y habilidades quirúrgicas, agradezco por su apoyo en este proyecto de tesis.

Al Dr Carlos Jiménez Vieyra, Dr. Martínez Chapa, Dra Perla Rabadan y Dr Fernando de la Lanza por transmitirme todos sus conocimientos.

Sin todos estos maestros no se hubiera logrado adquirir las habilidades necesarias para ser una gran uroginecóloga.

### **A mis compañeros:**

Gracias a Alejandra Camacho por darme la oportunidad de aprender de todos sus conocimientos y de permitirme obtener una gran amistad que será para siempre, a Omar Donado por ser mi gran compañero y amigo en este camino, no se hubiera logrado sin apoyarnos estos 2 años, a Víctor Ortega por su amistad y enseñarme mucho de esta bonita especialidad, por último a Jhonatan Rangel por ser mi amigo y compañero.

*“El secreto del éxito es persistencia por la meta” ...Benjamin Disraeli*

**TÍTULO**

**INCONTINENCIA URINARIA DE NOVO EN PACIENTES  
SOMETIDAS A CIRUGIA OBLITERANTE EN EL HGO NO. 3  
CMN LA RAZA**



## TABLA DE CONTENIDO

<b>RESUMEN .....</b>	<b>9</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>11</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>20</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>23</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>25</b>
<b>OBJETIVO GENERAL: .....</b>	<b>25</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....</b>	<b>25</b>
<b>OBJETIVOS SECUNDARIOS:.....</b>	<b>25</b>
<b>HIPÓTESIS DE TRABAJO.....</b>	<b>25</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>26</b>
<b>DISEÑO DE ESTUDIO .....</b>	<b>26</b>
<b>UNIVERSO DE TRABAJO .....</b>	<b>26</b>
<b>SITIO DEL ESTUDIO .....</b>	<b>26</b>
<b>CRITERIOS DE SELECCIÓN:.....</b>	<b>26</b>
Criterios de Inclusión: .....	26
Criterios de exclusión:.....	27
Criterios de eliminación: .....	27
<b>DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....</b>	<b>27</b>
<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....</b>	<b>28</b>
<b>TAMAÑO DE LA MUESTRA .....</b>	<b>29</b>
<b>MUESTREO.....</b>	<b>30</b>
operacionalización de variables: .....	31
<b>ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>33</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>38</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>46</b>

<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>49</b>
<b>CRONOGRAMA</b> .....	<b>50</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>51</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>55</b>
<b>ANEXO 1. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> .....	<b>55</b>
<b>ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> .....	<b>58</b>
<b>ANEXO 3. Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form ICIQ-S (21)</b> .....	<b>59</b>

# RESUMEN

## INCONTINENCIA URINARIA DE NOVO EN PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA OBLITERANTE EN EL HGO NO. 3 CMN LA RAZA

Dra. Jazmín Melgoza Arcos<sup>1</sup>. Dra. María Belén Martínez Romero<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Médico no familiar, especialista en Urología Ginecológica

<sup>2</sup> Médico residente de la subespecialidad de Urología Ginecológica

**Antecedentes:** El 11% de las mujeres se someterán en algún momento de su vida a una cirugía para corrección de prolapso de órganos pélvicos, de las cuales el 5% serán corregidas con técnica obliterante, así mismo de un 16-51% de las pacientes presentarán incontinencia urinaria de novo posterior a la corrección quirúrgica, sin embargo, en estadios severos esta aumenta de un 36 a 80%.

**Objetivo** Determinar la incidencia de incontinencia urinaria de novo con el cuestionario SHORT FORM ICIQ-S en pacientes que fueron sometidas a tratamiento con cirugía obliterante del servicio de urología ginecológica del HGO No. 3 CMN La Raza.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, ambispectivo, descriptivo y transversal, donde se evaluó a pacientes que fueron sometidas a cirugía obliterante del 01 de abril del 2018 al 30 de abril del 2022 y que presentan con IU de novo utilizando el ICIQ-SF. La evaluación de las pacientes incluyó aspectos demográficos, estadio de POP prequirúrgico, el impacto en la calidad de vida y la presencia de IU de novo utilizando el ICIQ-sf. El análisis estadístico se realizó con frecuencias simples y proporciones; medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo con el tipo de variable y distribución de probabilidad. Se utilizó el programa Excel 2019 y IBM SPSS Statistics 25.

**Resultados:** Se obtuvo una muestra de 175 pacientes de las cuales fueron eliminadas 23 por lo que se incluyeron 152 pacientes,, utilizando el ICIQ-SF se

encontró que la edad media fue de 71.3 ( $\pm$  5.96), en su mayoría presentaban sobrepeso 64% (n:97), el estadio más común fue el IV del POP Q con un 65.7% (n:100), solo el 30% (n:46) presentó algún tipo de incontinencia urinaria posterior al procedimiento quirúrgico obliterante de las cuales en un 14.48% (n:22) presentó IUE de novo, iniciando los síntomas en un 50% (n:11) más de 12 meses posterior a la intervención quirúrgica, con un grado de severidad moderado principalmente 50% (n: 11), y solo una paciente fue sometida a cirugía anti incontinencia, la percepción de la calidad de vida fue afección leve con una puntuación promedio de  $2.68 \pm 1.22$ .

**Conclusiones:** Se considera la cirugía obliterante un procedimiento quirúrgico seguro para las pacientes con un riesgo bajo de desarrollar incontinencia urinaria de esfuerzo de novo, ya que la prevalencia encontrada fue menor a la promedio con la reportada en la bibliografía además de no tener un impacto negativo en la calidad de vida de las pacientes.

**Palabras clave:** prolapso de órganos pélvicos, cirugía obliterante, incontinencia urinaria, incontinencia urinaria de novo, calidad de vida.

# MARCO TEÓRICO

## Introducción

Los trastornos del suelo pélvico cada vez son más frecuentes en las pacientes de la consulta uroginecológica, ya que a medida que la población envejece estos se hacen más frecuentes e importantes por los problemas de salud y sociales que generan (1).

Los procedimientos quirúrgicos para la reconstrucción de prolapso de órganos pélvicos (POP) se clasifican en reconstructivos u obliterativos, la reconstrucción apical se puede realizar por vía vaginal o abdominal, con o sin preservación del útero. En cuanto a la cirugía obliterante se realiza en mujeres con prolapso severo y que además ya no son sexualmente activas (1).

La cirugía obliterante abarca los diferentes procedimientos donde se cierra pared vaginal para reducir el prolapso. Los primeros procedimientos se reportan en 1823 por Geradin quien disecaba pared vaginal anterior y posterior en el introito suturarlos juntos, en 1877 León Le Fort describe la técnica de colpocleisis y es en 1937 cuando Thompson desarrolla la primera colectomía (2).

Las pacientes con alto grado de POP anterior o apical pueden tener o no síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) debido al acodamiento de la uretra que actúa en ese momento como un mecanismo de continencia, por lo que la corrección quirúrgica puede desenmascarar una IUE (3).

Para IUE de novo no existe una definición por la IUAG ni por la ICS, pero en algunos estudios la definen como la presencia de IUE después de la reparación de POP en pacientes sin evidencia preoperatoria de IUE oculta (3).

## Epidemiología

El prolapso de órganos pélvicos puede afectar a mujeres de cualquier edad, sin embargo, afecta principalmente a mujeres mayores de 50 años, de las cuales

solo un 3% acude a consulta por síntomas, por examen físico se diagnostica de un 41-50%, y se espera que para el 2050 la prevalencia será de un 46% (4).

En Estados Unidos se realizan más de 500,000 procedimientos al año por POP, y se estima que en los próximos 30 años las mujeres mayores de 50 años aumenten en 70% en la población en general por lo que se espera que el número de cirugías aumentara en los próximos años (4).

La incidencia de cirugía de corrección de POP es de 1.5 a 1.8 cirugías por cada 1000 mujeres al año, llegando a ameritar más del 20% de las mujeres alguna cirugía para corrección del POP a lo largo de su vida, teniendo el 30% de riesgo de recurrencia y un 21.3 % de requerir cirugía anti incontinencia posterior al procedimiento de corrección (5).

La incidencia de incontinencia urinaria (IU) de novo va de un 16 a 51%, en pacientes con prolapsos severos es del 36%, de las cuales del 6.2 a 29% serán sometidas a una cirugía anti incontinencia en los primeros 12 meses posteriores a la corrección quirúrgica del prolapso (6).

En el caso de pacientes con prolapso de órganos pélvicos en estadios severos (grado 3 o 4) posterior a una corrección quirúrgica desarrollan de un 36% al 80% incontinencia urinaria de novo (7).

### **Prolapso de órganos pélvicos**

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es el descenso de uno o más de los siguientes compartimientos de la vagina y el útero: pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, cuello uterino o el vértice de la vagina (cúpula vaginal o cicatriz del manguito después de la histerectomía), los cuales se estatifican de la siguiente manera por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) y por la Sociedad Americana de Uroginecología (AUGS) (8).

- Estadio 0: sin prolapso; los puntos anterior y posterior son todos  $-3$  cm, y C o D está entre  $-TVL$  y  $-(TVL - 2)$  cm.

- Estadio I: no se cumplen los criterios para el estadio 0 y el prolapso más distal está más de 1 cm por encima del nivel del himen (menos de -1 cm).
- Estadio II: el prolapso más distal se encuentra entre 1 cm por encima y 1 cm por debajo del himen (al menos un punto es -1, 0 o +1).
- Estadio III: el prolapso más distal está a más de 1 cm por debajo del himen, pero no más de 2 cm por debajo del TVL.
- Etapa IV: Representa prolapso completo o eversión de bóveda; el prolapso más distal sobresale al menos (TVL - 2) cm<sup>4</sup>. (8)

Los factores de riesgo para presentar POP sintomático incluyen: paridad, parto vaginal, edad, obesidad, tabaquismo, trastornos del tejido conectivo, estado menopáusico (deficiencia de estrógenos), antecedente de histerectomía y estreñimiento crónico (9).

El soporte pélvico normal lo proporcionan los músculos elevadores del ano y las inserciones de tejido conjuntivo de la vaginal a las paredes laterales y la pelvis, cuando existe un daño de estos se vuelven más verticales y la apertura vaginal se agranda desplazando el apoyo a las inserciones del tejido conjuntivo (9).

El prolapso de órganos pélvicos puede ir acompañado de otros trastornos del suelo pélvico entre ellos: 40% incontinencia urinaria de esfuerzo, 50% incontinencia fecal y 37% vejiga hiperactiva, además de afección en la actividad sexual, en la imagen corporal y calidad de vida (10).

Durante la exploración se debe evaluar la función del tracto urinario inferior lo cual debe abarcar la evaluación de la pérdida y tipo de orina, así como el adecuado vaciamiento de la vejiga, en los genitales externos se debe valorar el trofismo vaginal, datos de irritación o ulceración de la piel, reflejos perineales y la fuerza de los músculos del suelo pélvico, la medición de los compartimientos debe realizarse con el paciente en posición supina, con un espejo dividido o con una valva (10).

No se necesitan estudios de imagen para el diagnóstico previo a ofertar un tratamiento quirúrgico. En caso de prolapsos que se encuentran más allá del himen o si el paciente refiere síntomas de vaciamiento incompleto se debe cuantificar el volumen de orina residual y en caso de síntomas de urgencia o irritación urinaria se debe contar con análisis de orina y cultivo (11).

El tratamiento para POP puede abarcar desde un manejo conservador o quirúrgico, para el manejo quirúrgico se puede realizar una cirugía vaginal reconstructiva o una cirugía obliterante, lo cual dependerá de la severidad del prolapso y si la paciente desea conservar el coito vaginal (12).

### **Cirugía Obliterante**

El termino colpocleisis proviene del griego donde “kolpos” que significa hueco y “cleisis” que significa cierre, en caso de pacientes con útero se realiza colpocleisis parcial de Le Fort y en pacientes sin útero colpectomía o colpocleisis completa (13).

La cirugía obliterante es un procedimiento que se considera seguro, duradero y efectivo para pacientes de edades mayores. En esta técnica quirúrgica se estrecha, acorta o se cierra por completo la vagina, y se considera el tratamiento de primera línea en pacientes con prolapsos estado III y IV que no desean preservar actividad sexual vagina (13).

Las pacientes sometidas a cirugía obliterante pueden aceptar este tipo de procedimiento sin afeción de la afeción sexual, ya que se ha reportado una satisfacción posterior a la cirugía mayor del 85% y de arrepentimiento por ausencia de coito vaginal menor al 11 % (14).

Las tasas de mejoría objetiva son del 98 % y subjetiva del 90%, con una tasa de recurrencia de 4%, tasas de complicaciones en un 6.8%, con una tasa de ingreso a la unidad de cuidados intensivos del 2.8% y con una mortalidad del 0.15% (14).

Dentro de los tipos de procedimiento obliterante se encuentran los siguientes:



**A) Colpocleisis parcial de Le Fort:** en este procedimiento se conserva útero, y consiste en retirar epitelio de paredes vaginales anterior y posterior suturándolas juntas, se dejan canales laterales para que el cuello pueda continuar con el drenaje de secreciones. Posterior al procedimiento es difícil tamízale de CACU y toma de biopsia endometrial, por lo que las pacientes deben contar con estudios de tamízale prequirúrgicos normales (15).

**B) Colpectomía Thompson:** se realiza en pacientes que tienen antecedente de histerectomía para el prolapso de cúpula vaginal, en esta cirugía se retira todo el epitelio vaginal excepto los 2 a 3 cm más distales del espesor total y se sutura en bolsa de tabaco circunferencialmente, cerrándose el epitelio vaginal a nivel del introito. El procedimiento se puede realizar concomitante a histerectomía vaginal, con un aumentó en la cantidad de sangrado y tiempo quirúrgico (15).

Las principales complicaciones posteriores a corto y largo plazo de la cirugía son:

- a) sangrado
- b) infección principalmente de tracto urinario
- c) disfunción miccional: retención aguda transitoria
- d) fistula rectovaginal o vesicovaginal
- e) lesión uretral
- f) vagina corta o restricción del calibre vaginal

En caso de que las pacientes fueron sometidas a reparación con material protésico las complicaciones principales son:

- a) erosión de malla 11%
- b) dispareunia 9% (16)

## **Incontinencia urinaria**

La Sociedad Internacional de Continencia ICS y la Asociación Internacional de Urología Ginecología IUAG define la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) como la queja del paciente por pérdida involuntaria de orina durante el esfuerzo físico (16).

Las pacientes con prolapso apical, anterior o posterior significativo se debe realizar una evaluación preoperatoria para detectar incontinencia urinaria de esfuerzo oculta, ya sea con prueba esfuerzo o con un estudio urodinamia con prolapso reducido (16).

Se puede hacer la reducción del prolapso genital mediante un dispositivo intravaginal como un espejo vaginal, valva, pesario o con reducción manual, sin embargo, ninguno tiene un valor predictivo positivo aceptable para identificar una IUE (17).

Realizar un estudio de urodinamia es invasivo y costoso, se ha demostrado que el estudio de urodinamia y la exploración física tienen el mismo valor diagnóstico por lo que no es un estudio que se deba realizar de forma rutinaria previo a cirugía para POP (17).

Las pacientes con IUE oculta tienen un riesgo de hasta 52% de desarrollar IUE de novo después de la reparación del POP sin embargo el manejo concomitante no ha demostrado una mejoría subjetiva en las pacientes y hasta el 36% de pacientes ameritará nueva cirugía para anti incontinencia (18).

## **Incontinencia Urinaria de Novo**

Una cirugía de POP puede provocar incontinencia urinaria de novo, pero existen otros factores de riesgo que pueden aumentar el riesgo, hasta un 57% de las mujeres que se sometieron a cirugía de POP desarrollará IUE de novo llegando ameritar un manejo para la incontinencia (19).

La incontinencia urinaria de novo puede generarse por el desdoblamiento de la uretra o por que se desenmascara una deficiencia del esfínter uretral al momento de la corrección del prolapso (19).

Se ha reportado una mayor incidencia en pacientes que se utilizó material protésico para la corrección del prolapso y en pacientes con abordaje vaginal. Pacientes sometidas a una operación anti incontinencia profiláctica de rutina pueden presentar una corrección excesiva desarrollar alguna disfunción miccional (20).

El cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF), es un instrumento que se diseña para medir objetivamente fenómenos subjetivos como los síntomas de incontinencia urinaria y su impacto en la calidad de vida, puede ser aplicado en la práctica clínica y en la investigación, evalúa la presencia, severidad, situaciones con las que se genera la incontinencia y la afección sobre la calidad de vida en las pacientes que la incontinencia genera (21).

Bideau M, et al en 2020, en un estudio retrospectivo de octubre de 2010 a diciembre de 2017 estudiaron la incidencia de IUE hasta 12 meses después de la cirugía vaginal con y sin uso de material protésico, con y sin colocación de cinta medio uretral, la muestra fue de 308 pacientes, teniendo como resultado la presencia de IUE en 108 (35%) de las cuales 49 (15.9%) tenían procedimiento anti incontinencia concomitante, a los 12 meses de la cirugía 35.9% sin cinta presentaron IUE frente al 14.3% con cinta ( $p=0,003$ ) y 35 (29%) presentó IUE de novo, concluyeron que el riesgo de complicaciones con cinta medio uretral concomitante es alto y que la tasa es aceptable de IUE de novo (22).

Moosavi SY, et al, en 2020 en una revisión sistemática determinaron los factores de riesgo y las características de IUE de novo después de cirugías para POP, encontrando que la edad como el factor de riesgo más productivo para IUE de novo >60 años (OR 0,024), >50 años (OR 2,07) y > 66 años (OR 2.86), otros factores asociado fueron antecedente de cirugía pélvica previa, obesidad, menopausia y datos de una insuficiencia uretral moderada o severa (23).

Ugianskiene A, et al, en 2019 en un estudio realizado en Aalborg Dinamarca, investigaron los cambios relacionados con la IU después de la cirugía de POP sin procedimiento anti incontinencia, la muestra fue de 678 mujeres, el tiempo de estudio fue de 3 años, utilizaron el International Consultation on Incontinence–Vaginal Symptoms Questionnaire (ICIQ-VS) y the International Consultation on Incontinence Questionnaire–Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF), encontraron que 379 (55.9%) con POP tenían IU concomitante de las cuales 174 (46 %) recuperaron la continencia y 205 (54 %) continuaban con IU, por lo que concluyeron que el riesgo de IU después de la cirugía existe sin embargo muchas pacientes mejoran la incontinencia solo con la corrección del POP (24).

Khayyami Y, et al, en 2019 en Herlev Dinamarca, publicaron un estudio donde investigaron la prevalencia de IU de novo después de una cirugía en los POP en los 3 compartimientos y factores de riesgo asociados, fue un estudio de 2013 al 2016, utilizaron el International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence-short form (ICIQ-UI-sf), la muestra fue de 1198 pacientes, de las cuales el 15% presentó IU de novo con un riesgo mayor en pacientes con IMC >30 (P < 0.001) (25).

Jelovsek JE, et al en 2019, realizaron un estudio de cohorte en 14 centros de los países bajos, donde tenían como objetivo validar un modelo de predicción de IUE de novo después de someterse a una cirugía vaginal para corrección de POP, la muestra fue de 239 pacientes que fueron sometidas a corrección de POP y que no refirieron IU, las curvas demostraron que el modelo de un prueba de estrés predijo las probabilidades reales de IUE de novo de un 0 a 50% (26).

Frizz J, et al, en 2018 realizaron un estudio para evaluar el impacto de la IUE de novo o los síntomas de vejiga hiperactiva de novo después de la corrección de POP con malla transvaginal, el seguimiento de las pacientes fue a 1,3,6, 12 meses y posterior anualmente, la muestra fue de 168 pacientes con una mediana de seguimiento de 62 meses donde encontraron que al primer año de seguimiento IUE de novo en 12 (7.1%) y 6 (3.6%) con vejiga hiperactiva (27).

Ugianskiene A., et al en 2017 en Dinamarca, publicaron un estudio donde determinaron la incidencia y los tipos de IU de novo con diferentes cirugías de los diferentes compartimientos de POP, fue un estudio prospectivo con una muestra de 678 mujeres en un periodo de estudio de 3 años, utilizaron el Consultation on Incontinence-Vaginal Symptoms (ICIQ-VS) y el International Consultation on Incontinence Questionnaire- Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF) (28).

Encontrando que el riesgo de desarrollar IU de novo aumentó con la paridad y no encontraron una diferencia significativa en cuanto a la edad, de las 299 pacientes que no refirieron IU previo a cirugía, 33 (11%) desarrollaron IU de novo subjetiva a los 3 meses de seguimiento de las cuales 16 (48.5%) referían por esfuerzo, la IUE de novo fue del 6% (19 de 299) (28).

Alas AN, et al en 2017, en una revisión prospectiva, donde estudiaron a todas las pacientes que fueron sometidas a tratamiento quirúrgico por POP en un periodo de 10 años y que desarrollaron IUE de novo > 6 meses después de la operación, valoraron la IU de novo con pérdidas objetivas interrogando el número de pérdidas y cambio de toallas que tenían al día y evaluaron que técnica quirúrgica tenía mayor prevalencia de IU (29).

La muestra fue de 74 pacientes, donde encontraron una incidencia global de IUE de novo del 9.9% con un IC del 95%, no encontraron diferencia en pacientes que fueron sometidas a corrección apical 9.7% (57) con no apical 10.5% (217), concluyendo que es importante informar a la paciente sobre el riesgo de IUE de novo y ofrecer un manejo quirúrgico por etapas (29).

Ploeg JM, et al en 2015 , en un estudio aleatorizado de 13 hospitales de los países bajos, compararon las pacientes sometidas a cirugía de POP concomitante con cinta medio uretral y sin cinta con incontinencia urinaria, encontrando reportaron que las pacientes que fueron sometidas a cinta reportaban ausencia de IUE en un 86% vs un 48% de las que no fueron sometidas, sin embargo solo el 13% emérito una cirugía anti incontinencia en un 2do tiempo, por lo que concluyeron que reduce el riesgo de IUE sin embargo no encontraron diferencias en la mejora de la calidad de vida (30).

Tsia-Shu Lo, et al, en 2015 realizaron un estudio donde el objetivo era medir la presencia de IUE de novo a los 6 meses y 1 año después de la cirugía de POP, estudiaron de enero 2005 a diciembre 2013, con una muestra de 637, reportando el 11% IUE de novo entre los 6 y 12 meses de seguimiento postoperatorio, así mismo reportaron que el riesgo de presentar IUE de novo en las pacientes >66 años era de 2, 8 veces con IC 95% (31).

Hafidh BA, et al realizaron un estudio en Arabia Saudita, publicado en 2012 donde evaluaron por 4 años la incidencia de IUE de novo en pacientes sometidas a corrección de POP a un año de la cirugía, la muestra fue de 64 pacientes, evaluaron la IU de novo subjetiva por las pérdidas involuntarias con el esfuerzo que referían las pacientes, la incidencia a los 6 meses fue de 15.6% y a los 12 meses del 13.5% de las cuales solo 1 presentaba IUE objetiva (30), y solo el 4% requirió tratamiento (32).

Lensen E, et al, en 2012 en un estudio en Países Bajos, realizaron un estudio de 2004 a 2010 para identificar las tasas de IUE y de IUU después de una operación por POP así como los factores predictivos, utilizaron el Urogenital Distress Inventory, UDI, reportando una incidencia de IUE de novo en el 22% y 21% en IUU, al año de la cirugía el 39% de IUE había remitido, el IMC alto y antecedente de EPOC fueron los factores de riesgo independiente para la IUE postoperatoria (33).

Reena C, et al, en 2006 en la India realizaron un estudio donde determinaron la prevalencia de IUE en pacientes postoperadas de prolapso de órganos pélvicos, reportando una prevalencia de IUE de 43.6% después de la cirugía y una IU oculta del 64.2%, concluyendo que las pacientes pueden someterse a valoraciones preparatorias para incontinencia para valorar manejo concomitante (34).

## JUSTIFICACIÓN

La cirugía obliterante se realiza en pacientes con prolapso de órganos pélvicos en estadios avanzados y que además no desean preservar el coito vaginal, este procedimiento puede desenmascarar una incontinencia urinaria de esfuerzo oculta sin embargo el diagnóstico prequirúrgico sigue siendo un desafío para la urología ginecológica.

Diferentes estudios internacionales reportan una incidencia de incontinencia urinaria de novo de un 16 a 51 % sin hacer diferencia al tipo de técnica quirúrgica empleada, de las cuales un 29% serán sometidas a una cirugía anti incontinencia en los 12 primeros meses posterior a la corrección de prolapso.

El servicio de urología ginecológica del HGO 3 CMN La Raza, es de los centros especializados de piso pélvico en el país que se caracteriza por el manejo de prolapso en estadios avanzados con cirugía obliterante, sin embargo, son pocos los casos de pacientes que se someten a cirugía anti incontinencia concomitante a la corrección del prolapso.

Para el estudio se cuenta con el recurso humano, los pacientes, y la capacidad necesaria para hacer factible la investigación, sin embargo, no se cuenta con un estudio en esta unidad donde se reporte la presencia incontinencia urinaria de novo en paciente sometidas a cirugía obliterante, aun cuando este procedimiento es de los principales que realiza el servicio.

Con el cuestionario SHORT FORM ICIQ- S se podrá medir de manera subjetiva los síntomas de incontinencia urinaria y el impacto en la calidad de vida de las pacientes que fueron sometidas a cirugía obliterante, siendo éste un instrumento seguro para conocer la presencia, severidad, situaciones con las que se genera la sintomatología.

La trascendencia del estudio radica en que con los resultados obtenidos se podrá valorar si las pacientes del servicio de urología ginecológica de esta unidad que se someten a un procedimiento obliterante tienen un riesgo bajo de desarrollar incontinencia urinaria, por lo que las sería un beneficio para la población ya que se

puede seguir ofertando la cirugía obliterante garantizando una mejor calidad de vida al corregir el prolapso sin afectarla con una nueva afección uroginecológica.

Así mismo ayuda a identificar pacientes que ameriten manejo para incontinencia urinaria, lo que ayudara a esta institución por medio del servicio de urología ginecológica ofertar una mejor atención médica, implementando en un futuro valoraciones de rutina enfocadas para incontinencia urinaria en las pacientes que sean sometidas a cirugía obliterante.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos del piso pélvico, son trastornos uroginecológicos comunes en las mujeres el cual afecta principalmente a edades mayores, siendo la edad el principal factor de riesgo para estas patologías, además de llegar a provocar un impacto negativo en la calidad de vida de las pacientes, ya que pueden llegar a desencadenar problemas sexuales, estéticos y sociales.

Después de la cirugía de prolapso, los síntomas del tracto urinario inferior de novo se pueden presentar, debido a que la técnica quirúrgica modifica el eje uretral, generando un impacto en el funcionamiento del tracto urinario inferior.

Se pueden presentar síntomas de almacenamiento como incontinencia urinaria de esfuerzo (SUI), urgencia e incontinencia de urgencia a corto y largo plazo, o llegar a presentar síntomas de vaciado que incluyen vaciado incompleto de la vejiga, disminución del chorro y retención urinaria principalmente en el postoperatorio inmediato.

En la actualidad no existe un método estándar para el diagnóstico de la incontinencia urinaria oculta, por lo que no se otorga un manejo terapéutico concomitante o disminuir la incidencia de incontinencia urinaria de novo.

Además, se ha comprobado que realizar de forma rutinaria procedimiento anti incontinencia concomitante aumenta el riesgo de complicaciones, por lo que ha sido un desafío médico realizar pruebas preoperatorios o dar un diagnóstico preoperatorio en caso de pacientes que no refirieron sintomatología previa a procedimiento.

La cirugía obliterante es un tipo de manejo quirúrgico que se puede ofertar a las pacientes con prolapsos severos, siendo este un procedimiento seguro con una adecuada tasa de éxito subjetiva, sin embargo, no existen estudios a nivel internacional o nacional donde se reporte la incidencia de incontinencia urinaria de novo, esto puede deberse a que son muy pocos los centros hospitalarios en el país que realizan esta técnica quirúrgica.

El cuestionario SHORT FORM ICIQ- S es un instrumento que se puede emplear de manera segura en las pacientes que fueron sometidas a cirugía obliterante para conocer la presencia de manera subjetiva incontinencia urinaria de esfuerzo, la severidad y el impacto en la calidad de vida de las pacientes.

Considerando la incontinencia urinaria de novo en pacientes sometidas a cirugía obliterante un problema de salud uroginecológico que pueden llegar a presentar las pacientes , éste debe ser estudiado para conocer la incidencia y así poder ofertar con seguridad esta técnica quirúrgica a la población, por lo que nos llevó a realizar la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la incidencia de incontinencia urinaria de novo en pacientes sometidas a cirugía obliterante para el manejo de prolapso de órganos pélvicos en el HGO 3 CMN La Raza?**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la incidencia de incontinencia urinaria de novo con el cuestionario SHORT FORM ICIQ-S en pacientes que fueron sometidas a tratamiento con cirugía obliterante por prolapso de órganos pélvicos severo del servicio de urología ginecológica del HGO No. 3 CMN La Raza.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Identificar la severidad de la incontinencia urinaria de novo, que presentan las pacientes.
2. Identificar el tiempo posterior a la cirugía obliterante en el cual las pacientes iniciaron con la sintomatología de incontinencia urinaria de esfuerzo.
3. Identificar la afeción en la calidad de vida por la incontinencia urinaria de novo.

### **OBJETIVOS SECUNDARIOS:**

1. Identificar la cantidad de pacientes sometidas a cirugía obliterante en el HGO No. 3 CMN La Raza, durante el periodo del 01 de abril del 2018 al 30 de abril del 2022.

## **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

La incidencia de incontinencia urinaria de novo en pacientes sometidas a cirugía obliterante en el HGO 3 CMN La Raza es menor al 50% <sup>(7)</sup>.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **DISEÑO DE ESTUDIO**

Por el objetivo General: **Descriptivo**.

Por la maniobra de investigación: **Observacional**.

Por el número de mediciones de las variables: **Transversal**.

Por la recolección de los datos en el tiempo: **Ambispectivo**.

Por la conformación de los grupos: **Homodémico**.

Por el número de unidades y participantes: **Unicéntrico**.

### **UNIVERSO DE TRABAJO**

Se incluyeron a las pacientes del servicio de urología ginecológica que fueron sometidas a cirugía obliterante durante el periodo del 01 de abril del 2018 al 30 de abril del 2022 y que presentaron incontinencia urinaria de novo posterior a la intervención contestando a las preguntas del cuestionario SHORT FORM ICIQ-S.

### **SITIO DEL ESTUDIO**

Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 "Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez" Centro Médico Nacional La Raza.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

1. Población femenina.
2. Pacientes de 30 a 90 años.
3. Pacientes con prolapso de órganos pélvicos estadio 3 o 4 (severo)
4. Pacientes que recibieron tratamiento con cirugía obliterante en el servicio de urología ginecológica del HGO 3 CMN La Raza.
5. Pacientes que acepten ser parte del estudio y firmen consentimiento informado.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

1. Pacientes sometidas a cirugía anti incontinencia concomitante.
2. Pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo previo a cirugía.

#### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

1. Paciente identificada y que sin embargo no acepta formar parte del estudio.

### DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

1. La Dra. María Belén Martínez Romero con ayuda de su investigador responsable la Dra. Jazmín Melgoza Arcos, se encargaron de estudiar a las pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos estadio III y IV que fueron sometidas a manejo con cirugía obliterante por prolapso de órganos pélvicos en estadio severo (3ero o 4to) en el periodo comprendido del 01 de abril del 2018 al 30 de abril del 2022 del servicio de urología ginecológica de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” del CMN “La Raza” del IMSS de la Ciudad de México y que refirieron síntomas de incontinencia urinaria de novo por medio del cuestionario SHORT FORM ICIQ-S.
2. En el consultorio de urología ginecológica se mantienen en vigilancia las pacientes que fueron sometidas a algún tratamiento uroginecológico a los 6 meses y posterior al año, por lo que la Dra. María Belén Martínez Romero y la Dra. Jazmín Melgoza Arcos captaron a las pacientes que acudieron a su consulta de revisión.
3. A las pacientes identificadas se les invitó a formar parte del estudio, en su consulta se les otorgó un consentimiento informado (**ver anexo 1**) con fines de investigación donde se explicó ampliamente el objetivo, el tipo de estudio que se realizó, los riesgos, así como la justificación del mismo, las pacientes que aceptaron se le invitó a firmar y se les entregó una copia del mismo.

4. Posterior a la firma del consentimiento la Dra. María Belén Martínez Romero y la Dra. Jazmín Melgoza Arcos, se recolectaron los datos generales de las variables que se estudiaron en una hoja de recolección de datos (**ver anexo 2**) y se buscó de manera subjetiva la presencia de incontinencia urinaria de novo, se realizó el cuestionario Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form ICIQ-S (21) (**ver anexo 3**).
5. Para las pacientes que se encontraban dadas de alta se revisó el expediente electrónico para obtener los datos de la hoja de recolección, así como el cuestionario Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form ICIQ-S (21) ya contando con la carta de excepción de carta de consentimiento informado.
6. La Dra. María Belén Martínez Romero transcribió los datos recolectados, así como el resultado del cuestionario ICIQ-S en una hoja de Excel creada para tal fin.
7. Se elaboró y transcribió los datos a SPSS versión 25, para el análisis estadístico mediante la elaboración de tablas y gráficos.
8. La Dra. María Belén Martínez Romero y la Dra. Jazmín Melgoza Arcos redactaron el informe final y el manuscrito para publicación de los resultados.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la estadística descriptiva se usó en las variables cualitativas frecuencias y proporciones y para las cuantitativas medias con desviaciones estándar o medianas con rangos e intervalos intercuartiles según su distribución.

Se usó un paquete estadístico SPSS versión 25 para el análisis de los datos.

## TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo de tamaño de muestra, cuando el universo es finito incluyendo a todas las pacientes que fueron sometidas a cirugía obliterante por prolapso de órganos pélvicos estadio 3 o 4 durante el periodo del 01 de abril del 2018 al 30 de abril del 2022 del servicio de urología ginecológica de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN “La Raza” las cuales fueron un total de 450 pacientes, con base a la proporción para la hipótesis.

Para determinar el cálculo de la muestra de los casos esperados con incontinencia urinaria de novo posterior a cirugía obliterante se llevó a cabo con base a la incidencia descrita por la incidencia descrita por Renna y cols <sup>(7)</sup>. Por lo que se utilizó la siguiente fórmula.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Dónde:

- n: número de pacientes necesarios para en estudio
- N = total de la población: 450 pacientes
- $Z_\alpha = 1.96$  al cuadrado (seguridad del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.50) <sup>(6)</sup>
- q = 1 – p (en este caso 1-0.50 = 0.5)
- d = precisión del 10% (en este caso 0.5 x 0.10= 0.05)

$$n: \frac{450 (1.96)^2 (0.25) (0.75)}{(0.05)^2 (450-1) + (1.96)^2 (0.25) (0.75)}$$

$$n: \frac{450(3.84)^2 (0.25) (0.75)}{(0.0025) (449) + (3.84)^2 (0.25) (0.75)}$$

$$n: \frac{324}{1.1225 + 0.72}$$

$$n: \frac{324}{1.8425}$$

$$n: \underline{175}$$

## MUESTREO

Para recolectar la muestra se realizó en dos formas, para pacientes prospectivas, todas las pacientes que acudieron a su cita de revisión y/o seguimiento en el consultorio de urología ginecológica se les invitó a formar de manera voluntaria parte del estudio, y para las pacientes retrospectivas que ya se encontraban dadas de alta de manera definitiva del servicio urología ginecológica se realizó una revisión de expedientes electrónicos.



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Incontinencia urinaria de novo</b>	Presencia de IUE después de la reparación de POP en pacientes sin evidencia preparatoria de IUE oculta	Atributo determinado subjetivamente por la paciente con relación a pérdidas involuntarias de orina en relación al (ICIQ-UI-sf)	Si No	Cualitativa nominal dicotómica  Si /No
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido contando desde su nacimiento.	La edad por medio de la fecha del nacimiento hasta el momento del estudio	Edad en años	Cuantitativa Discreta
<b>Peso</b>	Propiedad intrínseca de un cuerpo que representa la resistencia de un cuerpo a los cambios de estado de movimiento en kilogramos	Según registro del expediente a partir de la nota medica inicial del servicio de uroginecología	Kilogramos	Cuantitativa Continua
<b>Talla</b>	Estatura de una persona en metros	Según registro del expediente a partir de la nota medica inicial del servicio de uroginecología	Metros	Cuantitativa Continua
<b>Índice de masa corporal</b>	Cociente del cuadrado de la talla en metro sobre la masa del paciente al cuadrado	Según registro del expediente a partir de la nota medica inicial del servicio de uroginecología	< 18.5: Peso bajo 18.5 -24.5: Peso normal 25 – 29.5: sobrepeso >30: Obesidad	Cualitativa Ordinal
<b>Etapas de prolapso de órganos pélvicos</b>	Etapas se basan en la extensión máxima del prolapso en relación con el himen, en uno o más compartimentos	Según registro del expediente a partir de la primera nota medica inicial del servicio de uroginecología	Estadio 3 Estadio 4	Cualitativa Ordinal

<p><b>Tiempo en el que se presentaron los síntomas de incontinencia urinaria</b></p>	<p>Tiempo que pasa desde que se realizó la cirugía hasta que iniciaron los síntomas</p>	<p>Tiempo desde que se realizó la cirugía hasta que iniciaron las pérdidas involuntarias de orina con los esfuerzos</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menos de 3 meses</li> <li>2. Entre 3 y 6 meses</li> <li>3. Más de 6 meses y menos de 12 meses</li> <li>4. Después de 12 meses</li> </ol>	<p>Cualitativa Ordinal</p>
<p><b>Afección de la calidad de vida sobre su incontinencia</b></p>	<p>Indicador de estado de salud satisfactorio en base a la puntuación obtenida del (ICIQ-UI-sf)</p>	<p>Indicador de estado de salud satisfactorio en base a la puntuación obtenida del (ICIQ-UI-sf)</p>	<p>En puntaje</p>	<p>Cuantitativa Discreta</p>

## ASPECTOS ÉTICOS

La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales. Esta investigación médica buscó identificar la incidencia de la incontinencia urinaria de novo en pacientes sometidas a cirugía obliterante, su afección en la calidad de vida y la severidad.

El presente estudio está sujeto a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos, proteger su salud y sus derechos individuales.

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 (1991) que sustentan toda la investigación con sujetos humanos: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

Además, la presente investigación se apega a las pautas publicadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) ya que puede justificarse éticamente pues se realiza de manera tal que respeta y protege a los sujetos de esa investigación, justa para ellos y moralmente aceptable en nuestro medio.

Considera también que deberá de obtenerse la aprobación o autorización por parte del Comité de Ética en investigación y el Comité Local de Investigación en salud antes de realizarse la investigación, quedando siempre sujeta las revisiones adicionales que sean necesarias durante la investigación, incluyendo el seguimiento de su progreso.

Se apega de igual forma a la Pauta 4 del CIOMS, para justificar la imposición de cualquier riesgo a los participantes en una investigación relacionada con la salud, esta deberá tener valor social y científico. Antes de invitar a los posibles

participantes a sumarse a un estudio, el investigador(es) y el Comité de Ética de la investigación se aseguraron de que los riesgos para los participantes se minimizarán y se equilibrarán apropiadamente en relación con la perspectiva de obtener un posible beneficio individual, el valor social y científico de la investigación.

Así mismo este estudio considera los aspectos señalados en la Ley General de Salud (7 de febrero de 1984, última reforma DOF 01-06-2021) 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 con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que obtienen datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

La conducción de la investigación estuvo a cargo de un investigador principal (artículo 113), que desarrolló la investigación de conformidad con un protocolo (artículo 115), estando encargado de la dirección técnica del estudio y con las atribuciones señaladas (artículo 116), siendo el quién seleccione a los investigadores asociados (artículo 117), así como al personal técnico y de apoyo (artículo 118), teniendo la responsabilidad, al término de la ejecución de la investigación, de presentar al comité de investigación de la institución de atención a la salud un Informe técnico (artículo 119), pudiendo publicar informes parciales y finales del estudio (artículo 120).

Para el proceso de la obtención del consentimiento informado, se solicitó por personal médico (residente o adscrito) no comprometido en la atención inmediata de la paciente, siempre después de que recibieron la atención médica motivo de consulta, dentro del consultorio de urología ginecológica en la consulta externa, donde la paciente se sentía tranquila segura y sin ninguna presión para aceptar formar parte del estudio.

Se les invitó a participar voluntariamente en el estudio, mediante la firma del consentimiento informado original y copia, donde se les explicó ampliamente los objetivos del estudio y en qué consistía su participación en el mismo, de aceptar participar, explicándoles que no se someten a riesgo alguno a aquellos pacientes que decidan participar en el proyecto de investigación.

En el caso de población vulnerable (por ejemplo, adultos mayores) la invitación a participar fue en conjunto al familiar responsable o tutor, explicando ampliamente el proceso, beneficios e implicaciones de participar en la presente investigación.

Se les explicó a las pacientes que el realizar estos estudios nos ayudaron a detectar la incidencia de incontinencia urinaria de novo en pacientes sometidas a cirugía obliterante (procedimiento que recibieron ellas), ya que se buscó demostrar que este procedimiento quirúrgico es seguro, obteniendo un éxito adecuado al momento de la corrección del prolapso con un riesgo mínimo de desarrollar incontinencia urinaria. Los resultados de este estudio brindó información relevante y se incrementó el conocimiento científico sobre el tema de investigación,

proporcionando beneficios sustanciales en los protocolos de atención de otras pacientes con este diagnóstico.

Se les explicó que ellas no tendrán ningún beneficio, sin embargo, con los resultados ayudaron para poder ofertarles con mayor seguridad a pacientes que tengan el mismo diagnóstico que ellas presentaban.

En el caso de las pacientes retrospectivas que ya hubieran sido dadas de alta de manera definitiva o se hubieran perdido en el seguimiento, dado que se trata de un estudio, para ellas, de revisión de registros clínicos en el cual la confidencialidad de las participantes se resguardará de manera estricta y a que hacer acudir a las participantes a firmar consentimiento informado imposibilitaría la realización del proyecto (artículo 32, Declaración de Helsinki, Actualización 2013), propusimos y se autorizó por los Comités de Ética en Investigación y de Investigación en Salud permitieran que se llevara a cabo sin consentimiento informado para estas pacientes (se agrega carta de solicitud).

El estándar del riesgo mínimo a menudo se define mediante la comparación de la probabilidad y magnitud de los daños previstos con la probabilidad y magnitud de los daños que habitualmente encontramos en la vida cotidiana o durante la realización de pruebas o exámenes físicos o psicológicos de rutina. A partir de estos se estima que el balance riesgo – beneficio basados en la evidencia disponible es mínimo.

Los resultados obtenidos solo serán empleados con fines científicos, con la seguridad que no será identificado ningún sujeto en las publicaciones que se desprendan de este estudio, resguardando la información obtenida a través del uso de una sola base de datos solo por el investigador responsable que propone la presente investigación.

Se protegerá la información obtenida, utilizando para la identificación de los sujetos solo un número de Folio; todos los resultados serán utilizados cuando se requieran y, en caso de publicar los resultados, no serán revelados los datos personales.

El presente protocolo se envió a revisión al CLIS y CEI correspondiente para su dictaminación. La información de los derechohabientes contenida en los anexos 2 y 3 será manejada con confidencialidad.

Manera de seleccionar a los potenciales participantes: Los participantes fueron seleccionados de forma no aleatorizada a partir de la consulta de revisión subsecuente en el servicio de uroginecología del CMN La Raza. La selección fue a partir de las posibles participantes de forma continuada y consecutiva hasta contar el número de muestra obtenido de las pacientes sometidas a esta técnica quirúrgica.

## RESULTADOS

En un total de 175 pacientes que fueron sometidas a cirugía obliterante para corrección de órganos pélvicos en el Hospital de Gineco-obstetricia No. 3 CMN “La Raza”, durante el periodo del 01 de abril del 2018 al 30 de abril del 2022.

Tras eliminar 23 pacientes por referir presencia incontinencia urinaria de esfuerzo previo a procedimiento quirúrgico obliterante, se incluyeron 152 pacientes las cuales fueron analizadas.

Dentro de las características basales, se encontró el mínimo de edad fue de 56 años, el máximo de 87 años, con una edad media de 71.3 ( $\pm$  5.96). (Tabla 1)

EDAD	Tabla 1
MINIMO	56
MAXIMO	87
MEDIA	71.3947368
DESVIACIÓN ESTANDAR	5.9638802
MODA	72

Tabla 1. Edad de las pacientes.

La distribución del índice de masa corporal (IMC) de acuerdo a la clasificación OMS se encontró que en un 64% (n: 97) presentaba sobrepeso, en obesidad un 24% (n: 37), y en peso normal solo un 12% (n: 18) , y 0% en peso bajo. (Figura 1)



IMC

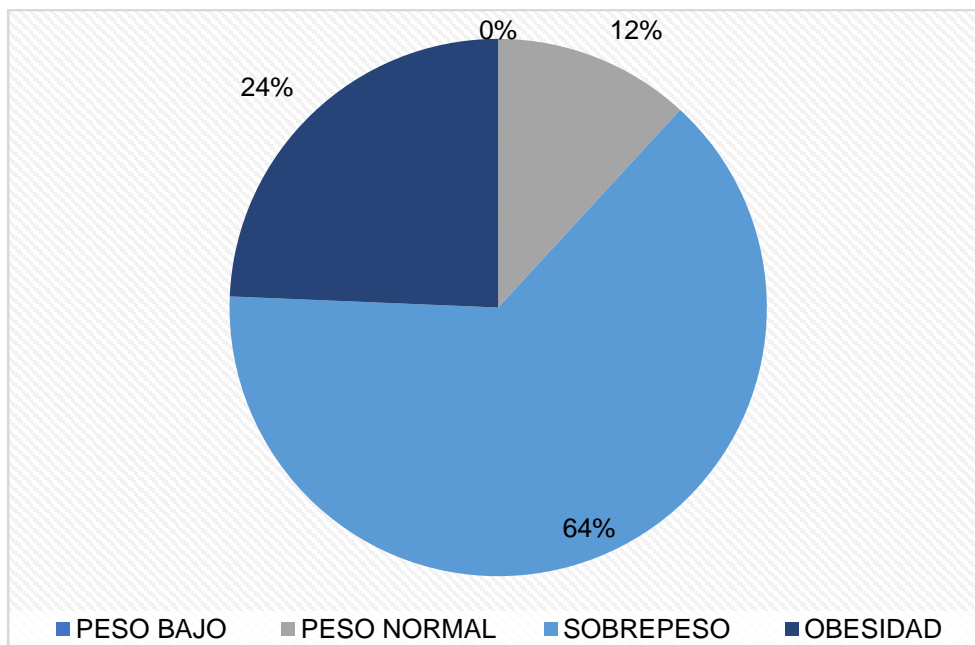


Figura 1. Distribución del índice de masa corporal (IMC) de acuerdo con la clasificación de la OMS.

Con mayor frecuencia las pacientes se encontraban en un estadio IV del POP Q con un 65.7% (n: 100) y en un 34.21% (n: 52) en estadio III. (Gráfico 1)

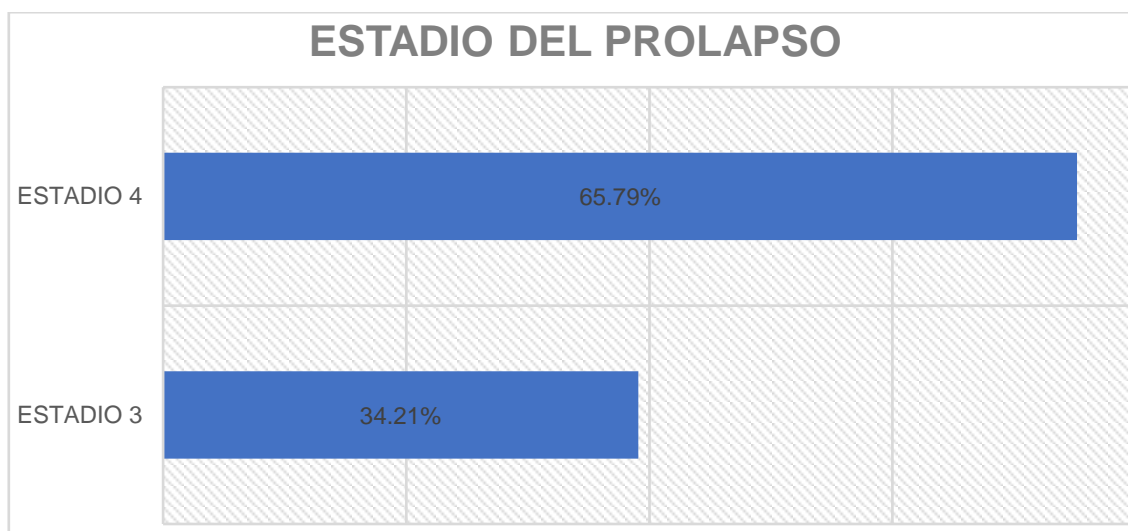


Gráfico 1. Estadio de Prolapso de Órganos Pélvicos.

De las 152 pacientes, el 30% (n: 46) presentó algún tipo de incontinencia urinaria posterior al procedimiento quirúrgico obliterante, y el 70% (n: 106) no presentaron ningún tipo. (Figura 2)

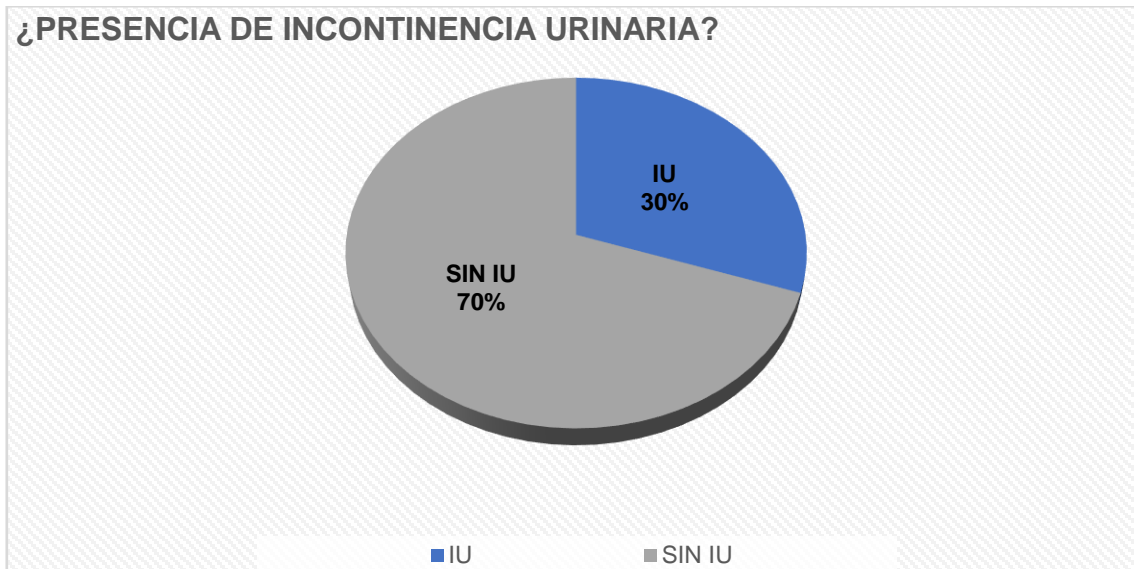


Figura 2. Presencia de Incontinencia Urinaria posterior a procedimiento obliterante. Del 30% se lograron identificar los 3 tipos de incontinencia urinaria que presentaron las pacientes posteriores al procedimiento quirúrgico, en un 47.82% (n:22) presentó incontinencia urinaria de esfuerzo, el tipo de urgencia se encontró en un 43.48% (n:20) y tipo mixta 8.70% (n:4). (Gráfico 2)

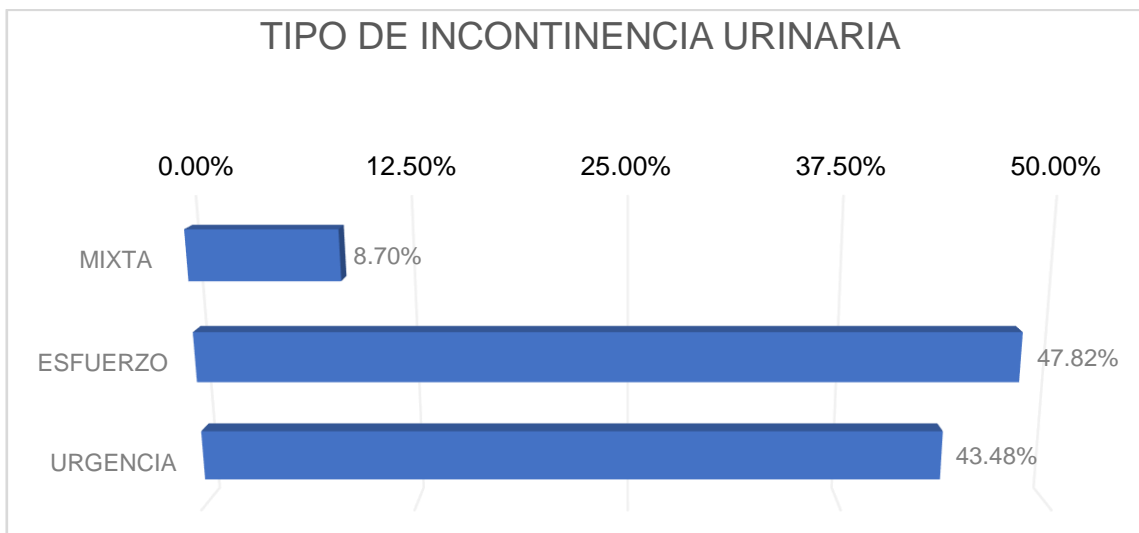


Gráfico 2. Tipo de Incontinencia Urinaria.

Se evaluó el tiempo en el que las pacientes iniciaron las pérdidas urinarias involuntarias de orina posterior a la cirugía obliterante, se encontró en un 6.54% (n: 3) en menos de 3 meses, en un 13% (n:6) entre 3-6 meses , un 21.74% (n:10) entre 6 -12 meses, y en su mayoría un 58.71% ( n:27) más de 12 meses posterior a la intervención quirúrgica.(Figura 3)

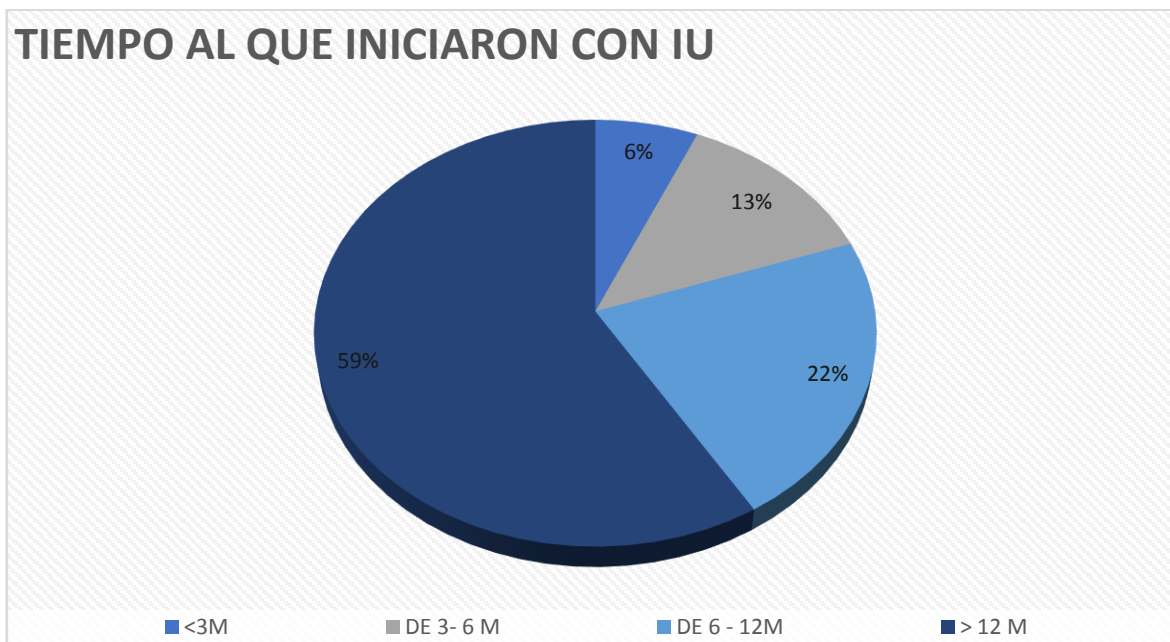


Figura 3. Tiempo en que iniciaron los síntomas posteriores a la cirugía.

Así mismo se encontró que de 152 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, un 14.48% (n: 22) presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo de novo, otro tipo de incontinencia urinaria un 15.79% (n: 24) y en su mayoría las pacientes no presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo de novo un 69.73% (n: 106). (Figura 4)

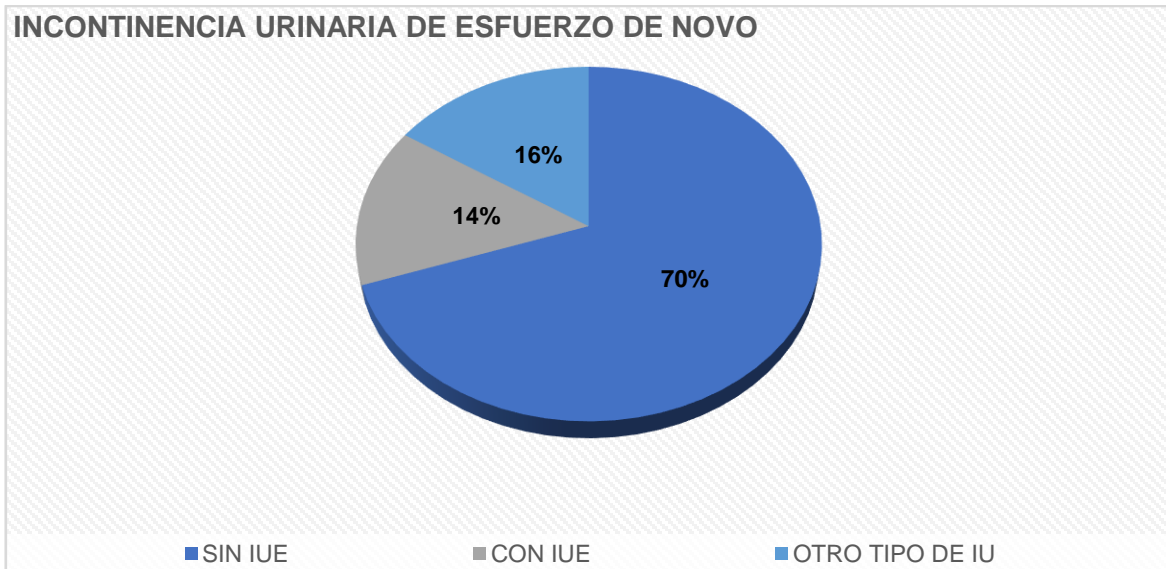


Figura 4. Pacientes que presentaron IUE de novo.

Se evaluó el tiempo posterior a la cirugía en que iniciaron las pérdidas involuntarias de orina con los esfuerzos, se encontró en un 4.54% (n:1) en menos de 3 meses, en un 9% (n:2) entre 3-6 meses , un 36.36% (n:8) entre 6 -12 meses, y en su mayoría un 50% ( n:11) más de 12 meses posterior a la intervención quirúrgica. (Gráfico 3)

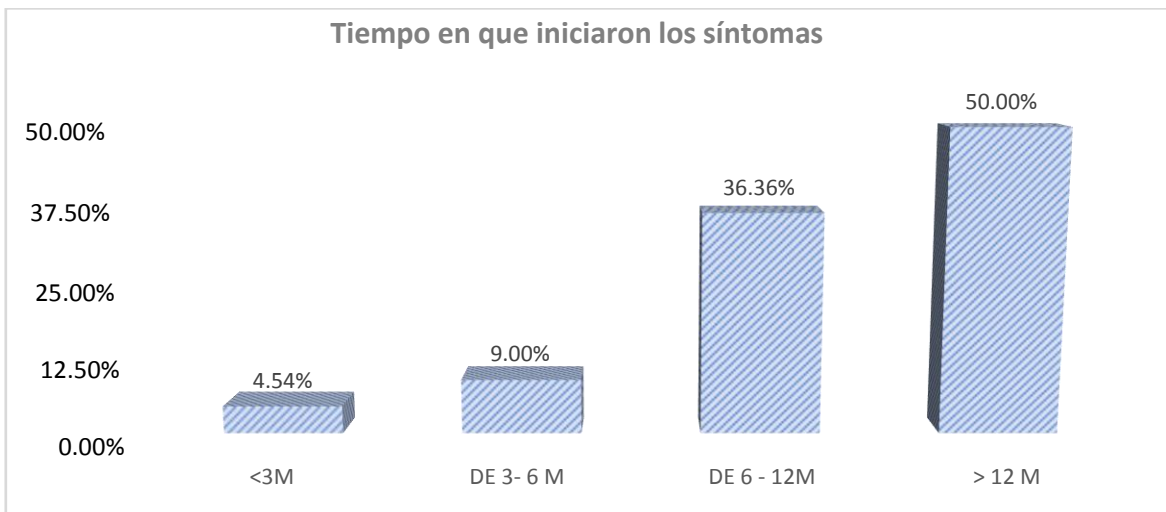


Gráfico 3. Tiempo posterior a la cirugía obliterante que inició la IUE de novo.

En las pacientes que se encontró IUE de novo, se valoró la severidad de los síntomas con el cuestionario Consultation on Incontinence Questionnaire -Short Form ICIQ-S con el cual se puede obtener el índice de severidad de Sandvik, encontrando en un 13.64% (n:3) en grado severo, 36.36% (n:8) en un grado leve y en su mayoría 50% (n: 11) grado moderado.(Figura 5)

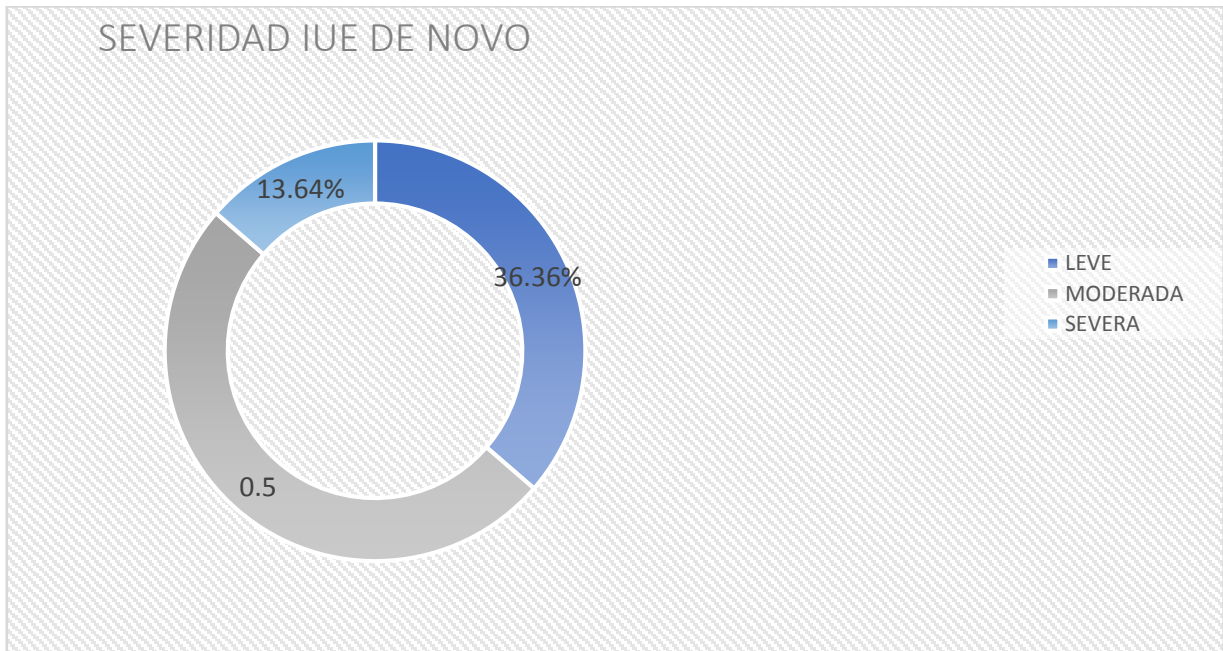


Figura 5. Grado de severidad de la IUE de novo.

Dentro de las pacientes con un grado severo de IUE de Novo se realizó manejo quirúrgico con una uretrosuspensión tipo Burch, en los estadios leve a moderado se inició manejo conservador, y en el resto de grado severo se inició protocolo para manejo quirúrgico.

Seguido se evaluó la percepción de calidad de vida con el Consultation on Incontinence Questionnaire -Short Form ICIQ-S, la puntuación mínima fue de 1 punto, la máxima 5 puntos, con un promedio de  $2.68 \pm 1.22$ . (Tabla2)

CÁLIDAD DE VIDA	PUNTUACION
MÁXIMO	5
MÍNIMO	1
DESVIACIÓN ESTANDAR	1.22052014
PROMEDIO	2.68181818

Tabla 2: Percepción de calidad de vida.

En su mayoría la puntuación fue una afección baja con un 31.81% (n: 7) 2 puntos, seguido de un 22.72% (n: 5) 3 puntos, y en mismo porcentaje 1 y 4 puntos un 18.185 (n: 4), y con una afección moderada en su minoría con un 9.10% (n: 2) para 5 puntos. (Gráfico 4)

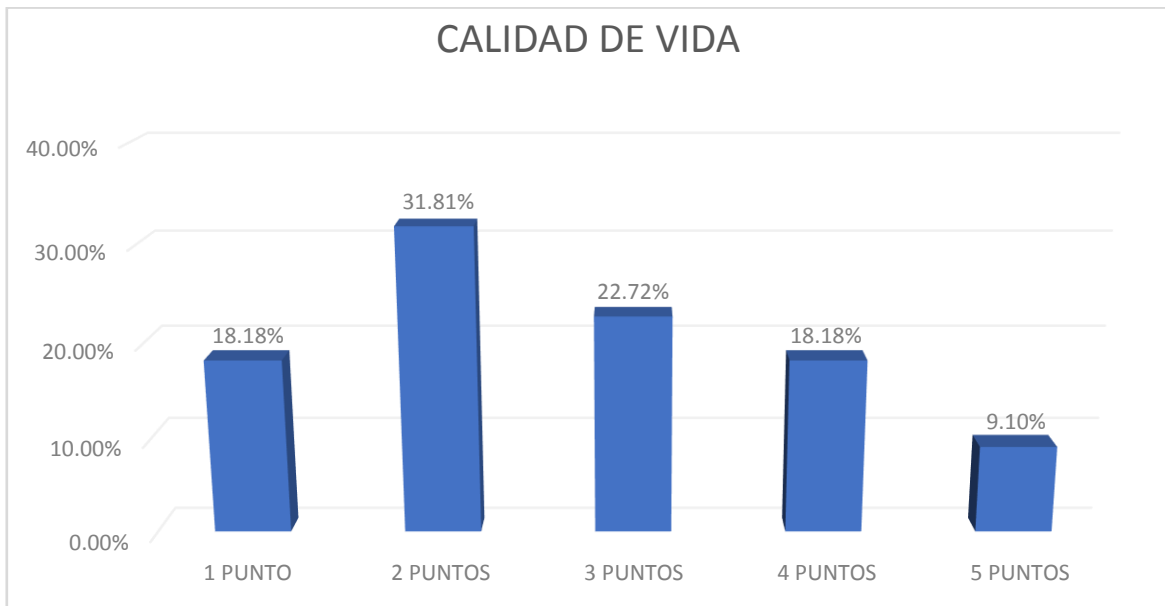


Gráfico 4. Puntaje de percepción de calidad de vida.

Se encontró que de las 22 pacientes que fueron excluidas, la mayoría de las pacientes en un 70% (n:16) desaparecieron las pérdidas involuntarias de orina con los esfuerzos posterior al procedimiento quirúrgico, en un 26% (n: 6) mejoraron los síntomas, y solo en 1 paciente (4%) empeoraron los síntomas. (Figura 6)

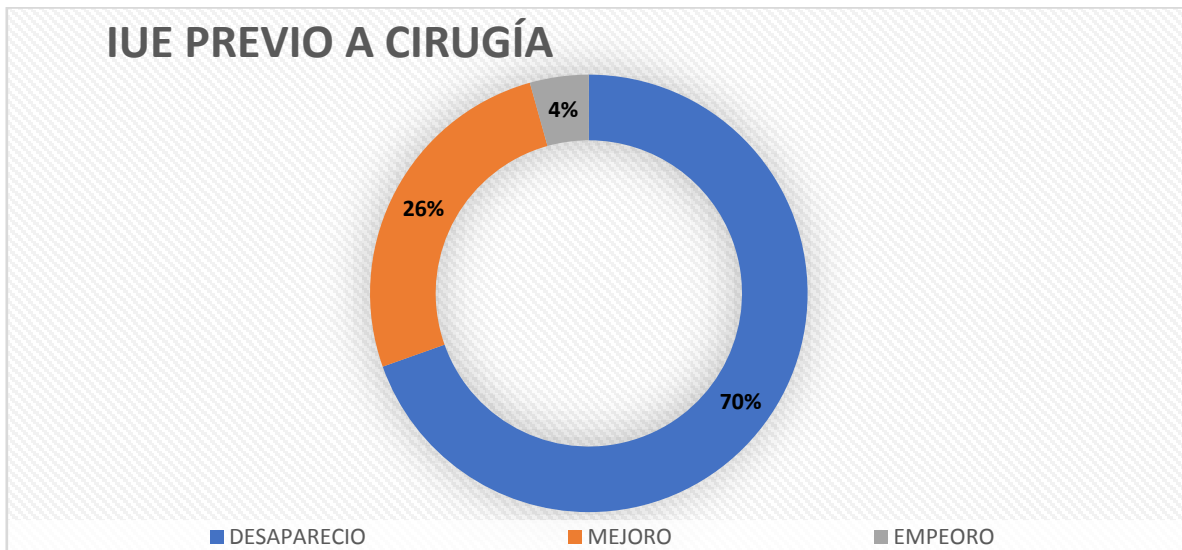


Figura 6. Pacientes excluidas por presentar IUE previo a cirugía.

## DISCUSIÓN

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es uno de los principales motivos de consulta uroginecológica, llegando a estar presente en un 41-50% de la población mayor de 50 años, con una prevalencia del 46% para el 2050. <sup>4</sup> Se estima una incidencia de 1.5 a 1.8 cirugías por cada 1000 mujeres al año. <sup>5</sup>

Los procedimientos quirúrgicos para corrección POP en estadios avanzados pueden condicionar alguna disfunción miccional, como retención urinaria la cual es corregida en el postoperatorio inmediato, sin embargo, existe una relación con la presencia de incontinencia urinaria de novo.

Existen diferentes estudios donde se evalúa la prevalencia de IUE de novo en paciente que fueron sometidas a corrección quirúrgica principalmente con cirugía reconstructiva, pero no se encuentran estudios donde se evalúe la IUE de novo en procedimientos obliterantes, por lo que es relevante esta investigación.

El servicio de Urología Ginecológica del Hospital de Gineco-obstetricia No. 3 CMN La Raza, es el principal en el país en realizar cirugía obliterante, por lo que se consideró importante evaluar la prevalencia de la misma así como el impacto en las pacientes a corto y largo plazo.

Se compararon los resultados obtenidos durante esta investigación con estudios que se han realizado a nivel internacional, en nuestra investigación el 14.48% (n:22) presentaron incontinencia urinaria de novo, comparado con un estudio realizado por Bideau Mathilde, y cols, en Bélgica, publicado en 2020, una prevalencia del 25% (n:76) de incontinencia urinaria de novo posterior a la corrección la cual fue mayor a la de nuestro estudio, compararon así mismo las complicaciones postoperatorias con pacientes que fueron sometidas a cirugía concomitante con cinta medio uretral (MUS) en la corrección del prolapso, encontrando que el 30.6% con MUS concomitante presentaron complicaciones frente al 17% en pacientes sin MUS concomitante con (p: 0,003). <sup>21</sup>



En otra investigación de Khayyami Yasmine y cols, en 2020 encontraron, que el riesgo general de IU de novo después de cirugía de prolapso de órganos pélvicos (POP) fue del 15% <sup>24</sup> la cual fue similar a nuestro estudio, y en 2017 Ugiasnskiene Aistie y cols, reportaron que el 11% ( n: 33) desarrolló incontinencia urinaria, IUE en un 48.5%, IUU en 36.4% (n:12) e IUM en 9.1% (n:3) <sup>27</sup> con una frecuencia menor al encontrado en nuestra investigación, ya que se encontró en 30% (n:46) IU, principalmente IUE en 47.82% (n:22), IUU 43.48% (n:20) y en un 8.70% (n:4) IUM, esta diferencia puede deberse a que la principal cirugía que realizaron en estos estudios fue para la corrección del compartimiento anterior a diferencia de nuestro estudio que la corrección fue de compartimiento apical en estadios severos.

Por otro lado se encontraron estudios donde la prevalencia fue menor como el de Alas Alexandriah N y cols, en 2017, encontraron en 274 pacientes sometidas a cirugía de POP, una incidencia global de IUE de novo del 9.9%. <sup>28</sup>

De las pacientes que son diagnosticadas con IUE de novo pueden llegar a ameritar manejo con cirugía anti incontinencia por ejemplo Marinus van de Ploeg J, y cols, (2015) en su investigación encontró en un 38% la presencia de IUE oculta en una muestra de 231, de las cuales el 13% (n:6) fueron sometidas a colocación de cinta medio uretral a los 12 meses posteriores a la cirugía <sup>29</sup>, en el caso de nuestro estudio solo una paciente fue sometida a corrección quirúrgica por medio de uretrosuspensión tipo Burch.

Uno de los factores relacionados con la presencia es la edad, Moosavi SY, y cols, en 2020 lo reportó como factor de riesgo más productivo para IUE de novo >60 años ( OR 0,024), >50 años (OR 2,07) y > 66 años (OR 2.86), así como la obesidad <sup>23</sup>, en nuestro estudio se encontró que la edad media de 71.3 ( $\pm$  5.96) y la gran mayoría con un 64% (n:97) presentaba sobrepeso, y obesidad en un 24% (n:37).

Se encuentra en la investigación que la cirugía puede además mejorar los síntomas de IU, por ejemplo, Ugiasnskiene Aistie y cols, encontraron que el 55.9% (n:379) presentaban IU concomitante, de las cuales el 46% (n:174) tuvieron

remisión a los 3 meses sin ser sometidas a cirugía anti incontinencia <sup>23</sup>, y en nuestra investigación solo el 12.5% referían IUE previo a corrección de prolapso de las cuales en el 70% (n:16) presentó remisión de la IU y en un 26% (n:6) presentaron mejoría de la misma.

Podemos observar que la prevalencia en nuestro estudio es menor a la encontrada en la bibliografía internacional, Ugiasnskiene Aistie y cols <sup>23</sup> en su investigación reportaron encontrar significativamente más continentes a los pacientes con compartimientos aplicales en comparación con compartimiento anterior y posterior.

En cuanto a la severidad y percepción de calidad de vida Ugiasnskiene Aistie y cols <sup>23</sup> encontraron una puntuación media del ICIQ-UI SF de 8.3, <sup>23</sup>, mayor a la de nuestro estudio ya que se encontró que la puntuación mínima fue de 1 punto, la máxima 5 puntos, con un promedio de  $2.68 \pm 1.22$ , en cuanto al grado de severidad ICIQ-SF en su minoría severo con un 13.64%, seguido de un grado leve 36.36%, y en su mayoría un grado moderado 50%.

Una de las limitantes del estudio es no tener bibliografía sobre IUE de novo en cirugía obliterante para hacer comparación con nuestros resultados, sin embargo, encontramos que la cirugía obliterante es un procedimiento seguro, ya que la prevalencia de IUE de novo es menor en comparación con la de procedimientos reconstructivos, y que un gran porcentaje de las pacientes con IUE previa al procedimiento puede remitir o mejorar posterior a la cirugía.

## CONCLUSIONES

- En el servicio de Urología Ginecológica del Hospital de Gineco-obstetricia No. 3 CMN La Raza, se encontró que el 14.48% de las pacientes que fueron sometidas a cirugía obliterante durante un periodo de 4 años presentaron IUE de novo.
- El 30% de las pacientes sometidas a cirugía obliterante llegaron a presentar un tipo de incontinencia urinaria.
- Los síntomas de incontinencia urinaria inician principalmente posterior a los 12 meses del procedimiento quirúrgico.
- Las pacientes que presentan IUE de novo posterior a cirugía obliterante presentan en su mayoría una severidad moderada a leve.
- Las pacientes que llegan a presentar IUE de novo tienen una afección baja en la percepción de calidad de vida.
- La cirugía obliterante puede mejorar síntomas de incontinencia posterior al procedimiento en estadios avanzados.
- Se considera la cirugía obliterante un procedimiento quirúrgico seguro para las pacientes con un riesgo bajo de desarrollar incontinencia urinaria de esfuerzo de novo.

## CRONOGRAMA

### **INCONTINENCIA URINARIA DE NOVO EN PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGÍA OBLITERANTE EN EL HGO NO. 3 CMN LA RAZA**

ACTIVIDAD	FECHA PROGRAMADA	FECHA REALIZADO
ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROTOCOLO	MARZO - ABRIL 2022	<b>MARZO - JULIO 2022</b>
ABROBACIÓN Y REGISTRO DE PROTOCOLO	JUNIO – AGOSTO 2022	<b>JULIO – AGOSTO 2022</b>
RECOLECCIÓN DE DATOS	<b>SEPTIEMBRE- OCTUBRE 2022</b>	<b>SEPTIEMBRE- NOVIEMBRE 2022</b>
CAPTURA DE DATOS	NOVIEMBRE 2022	<b>DICIEMBRE 2022</b>
ANÁLISIS DE DATOS	NOVIEMBRE 2022	<b>DICIEMBRE 2022</b>
CONCLUSIONES	DICIEMBRE 2022	<b>DICIEMBRE 2022</b>
INFORME DE INVESTIGACIÓN	DICIEMBRE 2022	<b>DICIEMBRE 2022</b>
ENTREGA DE TESIS	DICIEMBRE 2022	<b>FEBRERO 2023</b>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cormio L, Mancini V, Liuzzi G, D'Altilla N, Carrieri G. Surgical management of female pelvic organ prolapse with and without urinary incontinence. *Med. United States*. 2017; 96(39):3–8.
2. Geoffrion R, Larouche M. Guideline No. 413: Surgical Management of Apical Pelvic Organ Prolapse in Women. *J Obstet Gynaecol Can*. 2021;43(4): 511-523.
3. Tran H, Chung DE. Incidence and Management of De Novo Lower Urinary Tract Symptoms After Pelvic Organ Prolapse Repair. *Curr Urol Rep*. 2017;18(11): 87.
4. Buchsbaum GM, Lee TG. Vaginal Obliterative Procedures for Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review. *Obstet Gynecol Surv*. 2017; 72 (3):175-183.
5. Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Funk MJ. Lifetime Risk of Stress Urinary Incontinence or Pelvic Organ Prolapse Surgery. *Obstet Gynecol*. 2014; 123(6): 1201–1206.
6. Sabadell J, Salicru S, Montero-Armengol A, Rodriguez-Mias N, Gil-Moreno A, Poza JL. External validation of de novo stress urinary incontinence prediction model after vaginal prolapse surgery. *Int Urogynecol J*. 2019; 30 (10):1719–1723.
7. Reena C, Kekre A.N, Kekre N. Occult stress incontinence in women with pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007; 97(1): 31-4
8. The American College of Obstetricians and Gynecologists and the American Urogynecologic Society. Pelvic Organ Prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2019; 25(6): 397–408.
9. Giraudet G, Lucot JP, Quinton JF, Cosson M. Prolapsos genitales. *EMC - Ginecología-Obstetricia*. 2017; 53(1): 1-18.

10. Iglesia CB, Smithling KR. Pelvic Organ Prolapse. *Am Fam Physician*. 2017; 96(3):179-185.
11. Fleischer K, Thiagamoorthy G. Pelvic organ prolapse management. *Post Reprod Health*. 2020; 26(2): 79-85.
12. Moosavi SY, Samad-Soltani T, Hajebrahimi S, Sadeghi-Ghyassi F, Pashazadeh F, Abolhasanpour N. Determining the risk factors and characteristics of de novo stress urinary incontinence in women undergoing pelvic organ prolapse surgery: A systematic review. *Turk J Urol* 2020; 46(6): 427-35.
13. Karram MM, Walters MD. Obliterative Procedures for the Correction of Pelvic Organ Prolapse. In: Karram MM, editor. *Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery*. 5th Edition. Elsevier; 2021. p.705-712.
14. Wheeler II TL, Gerten KA, Garris JB. Obliterative Vaginal Surgery for Pelvic Organ Prolapse. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009; 36(3): 637–658.
15. Bazi T. The underutilization of obliterative and constrictive surgery in the surgical treatment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2019; 30(8):1221–1224.
16. Cohn JA, Smith AL. Management of Occult Urinary Incontinence with Prolapse Surgery. *Curr Urol Rep*. 2019; 20(5): 23.
17. Mei S, Morato LG, Silva S, Brites A, Costa A, Flores AP. Is urodynamics necessary to identify occult stress urinary incontinence? *World J Urol*. 2019; 37(1):189–193.
18. Matsuoka P, Aquino R, Chada E, Milhem J. Occult Urinary Incontinence Treatment: Systematic Review and Meta-analysis—Brazilian Guidelines. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2019;41(2):116–123.
19. Karjalainen PK, Gillor M, Peter H. Predictors of occult stress urinary incontinence. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2021; 61(2): 263–269.


20. Abbasy S, Kenton K. Obliterative Procedures for Pelvic Organ Prolapse. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2010; 53 (1): 86-98.
21. Bideau M, Allègre L, Callewaert G, Fatton B, Tayrac R. Stress urinary incontinence after transvaginal mesh surgery for anterior and apical prolapse: preoperative risk factors. *Int Urogynecol J*. 2020; 32(1): 111-117.
22. Yalda S, Samad-Soltani T, Hajebrahimi S, Sadeghi-Ghyassi F, Pashazadeh F, Abolhasanpour N. Determining the risk factors and characteristics of de novo stress urinary incontinence in women undergoing pelvic organ prolapse surgery: A systematic review. *Turk J Urol* 2020; 46(6): 427-35.
23. Ugianskiene A, Kjærgaard N, Larsen T, Glavind K. What happens to urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery? *Int Urogynecol J*. 2019; 30(7):1147–1152.
24. Khayyami Y, Elmelund M, Lose G, Klarskov N. De novo urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery—a national database study. *Int Urogynecol J*. 2020; 31(2): 305–308.
25. Jelovsek JE, Ploeg JM, Roovers JP, Barber MD. Validation of a Model Predicting De Novo Stress Urinary Incontinence in Women Undergoing Pelvic Organ Prolapse Surgery. *Obstet Gynecol*. 2019; 133(4): 683–90.
26. Sheng Mou H, Ting-Chen C, Pei-Chi W, Ho-Hsiung L. Predictors of an improvement in the severity of concomitant urodynamic stress incontinence after transvaginal mesh surgery for pelvic organ prolapse. *J Formos Med Assoc*. 2019; 119(5): 917-924.
27. Ugianskiene A, Kjærgaard N, Inger AS, Larsen T, Glavind K. Retrospective study on de novo postoperative urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017; 219: 10–14.
28. Alas AN, Chinthakanan O, Espaillet L, Plowright L, Davila GW, Aguilar VC. De novo stress urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery in women without occult incontinence. *Int Urogynecol J*. 2017; 28(4): 583–590.

29. Ploeg JM, Rengerink KO, Steen A, Schagen JH, Vaart CH, Roovers JP. Vaginal prolapse repair with or without a midurethral sling in women with genital prolapse and occult stress urinary incontinence: a randomized trial. *Int Urogynecol J.* 2016; 27(7): 1029–1038.
  30. Tsia-Shu Lo, Nazura K, Nawawi EA, Pei-Ying Wu, Zalina N. “Predictors for de novo stress urinary incontinence following extensive pelvic reconstructive surgery”. *Int Urogynecol J.* 2015; 26(9):1313–1319.
  31. Hafidh BA, Chou Q, Khalil MM, Al-Mandeel H. De novo stress urinary incontinence after vaginal repair for pelvic organ prolapse: one-year follow-up. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013; 168(2): 227–230.
  32. Lensen E, Withagen M, Kluivers KB, Milani AL, Vierhout ME. Urinary Incontinence After Surgery for Pelvic Organ Prolapse. *Neurourol Urodyn.* 2013; 32(5): 455- 459.
  33. Reena C, Kekre AN, Kekre N. Occult stress incontinence in women with pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007; 97(1): 31–34
- “
34. Busquets CM, Serra TR. Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA)”. *Rev Med Chile.* 2012; 140(3): 340-346.



## ANEXOS

### ANEXO 1. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD</b> <b>HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No 3</b> <b>“DR. VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS</b> <b>REYES SÁNCHEZ” DEL CENTRO MÉDICO</b> <b>NACIONAL “LA RAZA”</b> <b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> <b>(ADULTOS)</b>
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	<b>INCONTINENCIA URINARIA DE NOVO EN PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA OBLITERANTE EN EL HGO NO. 3 CMN LA RAZA</b>
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Ciudad de México, UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” del CMN “La Raza” a
Número de registro:	R-2022-3504-018
Justificación y objetivo del estudio:	Se le invita a participar en estudio, donde el objetivo es conocer el número de pacientes que presenten salida involuntaria de orina al reír, toser, estornudar, o cargar algo pesado después de una cirugía donde le subieron la vejiga y cerraron la vagina. Con los resultados se podrá conocer si la cirugía es confiable en no provocar o con riesgo mínimo de provocar salidas de orina involuntarias con los esfuerzos, y de esa manera poder seguir ofreciendo a las pacientes con su mismo problema la cirugía que a usted se le realizó con un riesgo bajo de después presentar salida de orina al realizar esfuerzos.
Procedimientos:	Las pacientes que fueron operadas de la misma cirugía que usted del 01 de abril del 2018 a 30 de abril 2022 que acuden a su consulta de revisión en la consulta de urología ginecológica se le hará un interrogatorio directo realizando un cuestionario para saber si presentan salida de orina cuando estornudan, ríen o tosen, y también saber si esto afecta en su calidad de vida, los resultados serán reportados en este estudio.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al permitir su participación en el estudio, usted ayudará a identificar la cantidad de pacientes que presentan esta enfermedad, y en caso de encontrarse en pocos pacientes podrá demostrar que es una cirugía segura y así poder seguir ofreciéndoselas a las pacientes mejorando sus molestias por traer la vejiga y la matriz caída sin provocar salidas involuntarias de orina.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al contar con los resultados obtenidos nosotros reforzaremos las áreas donde se puede prevenir, podremos ofrecer a las pacientes seguridad de no generar otra molestia que afecte su calidad de vida.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria y libre de decidir si acepta a participar o no. Si usted decide no participar seguirá recibiendo atención médica, brindada por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Se podrá salir del estudio en cualquier momento de que usted decida, sin que tenga consecuencias algunas en el trato o la atención que usted solicite en la unidad, sin ser presionado para continuar con su participación. Se dará respuesta a las dudas que se tengan en relación al estudio. En ningún momento modificaremos nada en relación con su atención.
Privacidad y confidencialidad:	<p>La información que nos proporcione y que pudiera identificarlo(a) como nombre y número de seguridad social será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus datos obtenidos en la hoja de recolección, mismos que no se divulgarán, ni serán expuestos o publicados garantizando su privacidad.</p> <p>Los investigadores involucrados en este proyecto de investigación, sabrán que usted está participando en este estudio y nadie más tendrá acceso a la información otorgada, a menos que usted así lo desee.</p> <p>Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos y este número será usado en nuestras bases de datos.</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse en el horario de 8 a 14 hrs. de lunes a viernes con:</p> <p>Investigador Responsable:</p>	<p>Dra. Jazmín Melgoza Arcos, Médico adscrito al servicio de Urología Ginecológica de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No.3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” del CMN “La Raza” IMSS Tel 57245900 Extensión 23628, favor de comunicarse de lunes a viernes de 8:00 a 14: 00 hrs. con dirección: Calzada Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza, Azcapotzalco, Ciudad de México. Matricula IMSS 98360777, correo electrónico: <a href="mailto:jazarc@hotmail.com">jazarc@hotmail.com</a></p>

Colaboradores:

Dra. María Belén Martínez Romero Médico residente de Urología de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No.3 "Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez" del CMN "La Raza" IMSS Tel 57245900 Extensión 23628, favor de comunicarse de lunes a viernes de 8:00 a 14: 00 hrs con dirección: Calzada Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza, Azcapotzalco, Ciudad de México. Matricula IMSS 99286232 correo electrónico: [mabemtz@outlook.com](mailto:mabemtz@outlook.com)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional La Raza IMSS. "Comité de Ética en Investigación 35048: Calz Vallejo esq. Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza, Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP 02990 Tel 57245900 Extensión 23628, en horario de 07:00 a 13: 30 horas de lunes a viernes o en el correo electrónico: [efreen.montano@imss.gob.mx](mailto:efreen.montano@imss.gob.mx)

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre y firma

Nombre y firma

Testigo 3  
Nombre y Firma

Testigo 4

Nombre y Firma

**Clave: 2810-009-013**

## ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  <b>UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No 3 “DR. VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ” DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”</b> UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD <b>INCONTINENCIA URINARIA DE NOVO EN PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGÍA OBLITERANTE EN EL HGO NO. 3 CMN LA RAZA</b>					
<b>NUMERO DE FOLIO:</b>					
<b>EDAD:</b>					
<b>PESO:</b>		<b>TALLA:</b>		<b>IMC:</b>	1. < 18.5: PESO BAJO 2. 18.5 -24.9: PESO NORMAL 3. 25 – 29.9: SOBREPESO 4. >30: OBESDAD
<b>PRESENTABA IUE PREVIO A CIRUGÍA</b>			1. SI 2. NO		
<b>ESTADIO DE POP PREQUIRÚRGICO</b>				1. ESTADIO 3 2. ESTADIO 4	
<b>LA PACIENTE PRESENTA PÉRDIDAS INVOLUNTARIAS DE ORINA</b>				1. NO 2. SI	
<b>CUANTO TIEMPO DESPÚES DE LA CIRUGÍA COMENZARON LAS PERDIAS DE ORINA CON LOS ESFUERZOS</b>				1. MENOS DE 3 MESES 2. ENTRE 3 Y 6 MESES 3. MAS DE 6 MESES Y MENOS DE 12 MESES 4. DESPUÉS DE 12 MESES	

## ANEXO 3. CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE - SHORT FORM ICIQ-S (21)

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ICIQ-UI Short form (Spanish)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
N° del participante	Iniciales del participante	<b>CONFIDENCIAL</b>	D D	M M M	A A
<b>Fecha de hoy</b>					

Hay mucha gente que un momento determinado pierde orina. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta que punto les preocupa esta situación. Le estaríamos muy agradecidos si nos contestase las siguientes preguntas, pensando en como se ha encontrado en las últimas cuatro semanas.

**1 Por favor escriba la fecha de su nacimiento**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIA	MES	AÑO

**2 Usted es (señale cual):**

Mujer  Varon

**3 ¿Con que frecuencia pierde orina? (Marque una)**

nunca	<input type="checkbox"/>	0
una vez a la semana o menos	<input type="checkbox"/>	1
dos o tres veces a la semana	<input type="checkbox"/>	2
una vez al día	<input type="checkbox"/>	3
varias veces al día	<input type="checkbox"/>	4
continusmente	<input type="checkbox"/>	5

**4 No gustaría saber su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa**

**Cantidad de orina que pierde habitualmente (tantos lleve protección como si no)**  
(Marque uno)

no se me escapa nada	<input type="checkbox"/>	0
muy poca cantidad	<input type="checkbox"/>	2
una cantidad moderada	<input type="checkbox"/>	4
mucha cantidad	<input type="checkbox"/>	6

**5 Estos escapes de orina que tiene cuanto afectan su vida diaria?**

Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nada										mucho

Puntuación de ICI-Q: sume las puntuaciones de las preguntas 3+4+5

**6 ¿Cundo pierde orina? (Señale todo lo que le pasa a usted)**

nunca pierde orina	<input type="checkbox"/>
pierde orina antes de ller al WC	<input type="checkbox"/>
pierde orina cuando toso o estornuda	<input type="checkbox"/>
pierde cuando duerme	<input type="checkbox"/>
pierde orina cuando hace esfuerzos físicos /ejercicio	<input type="checkbox"/>
pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido	<input type="checkbox"/>
pierde orina sin un motivo evidente	<input type="checkbox"/>
pierde orina de forma continua	<input type="checkbox"/>

**Muchas gracias por contestar esta preguntas**