



Hospital de la Mujer



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL DE LA MUJER

**“CALIDAD DE VIDA EN LA CONTINENCIA POSTCOLOCACIÓN DE MALLA
TRANSOBTURADORA *VERSUS* COLPOSUSPENSIÓN DE BURCH”**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO ACADEMICO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA: YAZMIN ESBYDI SARABIA LOPEZ. RESIDENTE DE 4TO AÑO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE LA MUJER

ASESORA: MARIA DEL ROCIO MORALES GÓMEZ. MÉDICO ADSCRITO EN EL
HOSPITAL DE LA MUJER.

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX SEPTIEMBRE 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.

AUTORIZACIONES

**MED.ESP. MANUEL CASILLAS BARRERA
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE LA MUJER**

**MED.ESP. BLAS ESCALONA GARCÍA
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

**DR. MIGUEL ÁNGEL VALENCIA TORRES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

DIRECTOR DE TESIS

**DRA MARIA DEL ROCIO MORALES GÓMEZ
MÉDICO ADSCRITO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER**

AGRADECIMIENTOS

Gracias Raymundo, mi compañero de vida, porque en los tiempos más difíciles, estuviste a mi lado. Por tu comprensión y por siempre dar lo mejor de ti al instante apropiado. Porque tu voz, me dio la tranquilidad e inteligencia para actuar. Porque tu sola imagen me dio, el valor y la entereza que necesitaba en los momentos de flaqueza. Porque tu presencia fue la sombra que me condujo al éxito. Porque gracias a tu apoyo y tus consejos he llegado a realizar una de mis más grandes metas y constituye la herencia más maravillosa que pudiera recibir. Con amor y agradecimiento infinito.

ÍNDICE

Parte	Página
Título	1
Autorizaciones	2
Agradecimientos	3
Índice	4
Abreviaturas, siglas y acrónimos	5
Lista de tablas	6
Lista de figuras	7
Resumen	8
Antecedentes	10
Marco teórico	11
Justificación	23
Planteamiento del problema	24
Objetivos	25
Hipótesis	26
Material y métodos	27
Análisis estadístico	33
Recursos, financiamiento y factibilidad	34
Resultados	35
Discusión	40
Conclusión	41
Bibliografía	42
Anexos	46

ABREVIATURAS, SIGLAS, Y ACRÓNIMOS

Siglas	Descripción
CdV	Calidad de Vida
DM	Diabetes Mellitus
ICIQ-SF	<i>International Consultation Incontinence Questionnaire</i>
IMC	Índice de Masa Corporal
IU	Incontinencia Urinaria
IUE	Incontinencia Urinaria De Esfuerzo
IUE	Incontinencia Urinaria De Esfuerzo
IUM	Incontinencia Urinaria Mixta
IUU	Incontinencia Urinaria De Urgencia
KHQ	<i>King's Health Questionnaire</i>
MMK	Procedimiento de Marshall-Marchetti-Krantz
POP	Prolapso de Órganos Pélvicos
TOT	Libre de tensión vía transobturatriz

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla</i>	<i>Descripción</i>	<i>Página</i>
Tabla 1	Características demográficas, antropométricas y obstétricas de las pacientes	34
Tabla 2	Comorbilidades y antecedentes de importancia de las pacientes con inconinencia urinaria	35
Tabla 3	Características demográficas, antropométricas y obstétricas de las pacientes	36

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura</i>	<i>Descripción</i>	<i>Página</i>
Figura 1	Comparación de las puntuaciones del cuestionario ICIQ-SF en el preo-operatorio	36
Figura 2	Comparación de las puntuaciones del cuestionario ICIQ-SF en el post-operatorio	37
Figura 3	Cambios en las puntuaciones del cuestionario ICIQ-SF en ambos grupos tras la cirugía	38
Figura 4	Cambios en las puntuaciones del cuestionario ICIQ-SF en ambos grupos tras la cirugía	38

RESUMEN

“CALIDAD DE VIDA EN LA CONTINENCIA POSTCOLOCACION DE MALLA TRANSOBTURADORA *VERSUS* COLPOSUSPENSIÓN DE BURCH”

Antecedentes. La patogénesis anatómica de la Incontinencia urinaria de esfuerzo es muy compleja e involucra los factores anatómicos de la propia uretra, la periuretra y el nervio del piso pélvico. Entre los muchos factores anatómicos, el músculo elevador del ano y el esfínter uretral externo son particularmente importantes. Así, los procedimientos como la colposuspensión de Burch tienen como objetivo elevar el cuello de la vejiga y la uretra proximal hacia atrás en el área de presión intraabdominal detrás de la sínfisis púbica. Esta elevación permite una mejora significativa de la transmisión de la presión sobre la uretra. Otro abordaje común es por vía obturatriz TOT (libre de tensión vía transobturatriz) que consiste en colocar la malla suburetral pasándola, a cada lado, por el orificio obturador.

Objetivo. Analizar la calidad de vida entre la colocación de material protésico en comparación con la cirugía de Colposuspensión de Burch en el manejo de incontinencia urinaria.

Material y métodos. Se revisaron los expedientes de todas las pacientes ginecológicas de cualquier edad con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo al cual se les otorgo atención quirúrgica en el hospital de la mujer durante el periodo del año 2017-2022. Se compararon los resultados obtenidos tras la Colposuspensión de Burch con los resultados obtenidos con la técnica de colocación de cinta TOT. Se realizó el cuestionario ICIQ-SF para conocer la calidad de vida posterior al tratamiento quirúrgico.

Resultados. Se incluyeron 25 pacientes de las cuales 11 fueron tratadas con cinta transobturadora (TOT) y 14 fueron sometidas a cirugía de colposuspensión de Burch. Las pacientes tuvieron edad, peso, IMC, antecedentes obstétricos, comorbilidades y factores de riesgo similares ára incontinencia urinaria. En el grupo Burch tuvieron prolapso de órganos pélvicos el 7.1% y 0% en el grupo TOT. La puntuación media preoperatoria en el cuestionario ICIQ-SF, en el grupo TOT fue

10.3±2.7 puntos y en el grupo Burch 9.4±2.9 puntos ($p=0.461$). La reducción media de la puntuación ICIQ-SF tras la cirugía en el grupo Burch fue de 7.1±2.4 puntos ($p<0.001$) y en el grupo TOT fue de 6.6±4.1 puntos ($p<0.001$). Tras el tratamiento la puntuación media ICIQ-SF en las pacientes del grupo TOT fue 3.7±1.9 y en el grupo Burch 2.3±1.5 puntos ($p=0.059$). La frecuencia de dispareunia post-operatoria en el grupo Burch fue de 21.4% y en el grupo TOT fue de 27.3% ($p=0.734$).

Conclusión. Ambos tratamientos (TOT y Burch) son efectivos para el manejo de incontinencia urinaria, aunque la técnica de Burch muestra una tendencia a mejores resultados, sin incrementar la frecuencia de dispareunia.

ANTECEDENTES

A lo largo de la historia se han realizado múltiples tratamientos quirúrgicos para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE). En 1864 Baker y Brown presentaron por primera vez una intervención para la corrección de la IUE, en la que el tejido debajo de la uretra se disecó y se reunió para proporcionar un mejor soporte anatómico. La colposuspensión con cabestrillo pubovesical, fue introducida por Goebel en 1910 y consiste en un levantamiento de las áreas adyacentes al cuello de la vejiga y la uretra proximal al nivel del espacio detrás del hueso púbico. En la década de 1940, Aldrige presentó cintas autólogas para el cuello de la vejiga que fueron desarrolladas por McGuire y Blaivas. Los materiales de las cintas siempre han variado ampliamente, incluyendo sintéticos o biológicos, autoinjertos, aloinjertos de animales cadavéricos y xenoinjertos. En 1949, Marshall y Marchetti desarrollaron una cura quirúrgica para la IUE, con el objetivo de elevar el cuello retropúbico del cuello de la vejiga a través de la fijación de la fascia endopélvica en el periostio púbico (MMK). Esta técnica sufrió numerosas modificaciones en los años siguientes, primero por Hirsch y Cowan en 1979 y finalmente por Burch en 1961. Burch realizó un accesorio a nivel del ligamento de Cooper. Su descripción original se refería a la operación como una reparación combinada de incontinencia y prolapso. ⁽¹⁾

MARCO TEÓRICO

Definición

La Sociedad Internacional de Continencia define la incontinencia urinaria (IU) como la queja de cualquier escape involuntario de orina. Es una patología frecuente que afecta a unos 200 millones de personas en todo el mundo. Es más común en mujeres y la prevalencia aumenta con la edad. Aunque la IU no es una enfermedad potencialmente mortal, tiene un fuerte impacto negativo en la calidad de vida de mujeres, interfiriendo significativamente en las actividades de vida cotidiana, tanto en el ámbito personal, social y profesional. (2)

Debido a que la IU es un tema delicado, las mujeres tienden a subestimar su condición, lo que hace que se subestimen los estudios sobre la prevalencia de la IU. (3)

Podemos diferenciar varios tipos de IU; las más frecuentes son la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), definida como la pérdida involuntaria de orina por esfuerzo o esfuerzo físico (por ejemplo, actividades deportivas) o al estornudar o toser; la incontinencia urinaria de urgencia (IUU), definida como la fuga involuntaria asociada a la sensación de un deseo miccional súbito e imperioso y la incontinencia urinaria mixta (IUM), en la que existe una fuga involuntaria asociada a la urgencia y también al esfuerzo físico, con sintomatología superpuesta entre las descritas anteriormente.(2)

Prevalencia

Durante el Foro Mundial sobre la Incontinencia, celebrado los días 17 y 18 de abril de 2018 en Roma, se supuso que la IU afecta al 6-10 % de la población general. Cabe mencionar que, según datos de la OMS, se reconoce como enfermedad social cualquier padecimiento que afecte al menos al 5% de la

población. Los datos anteriores confirman la gravedad de la incontinencia urinaria y la importancia de la prevención y el tratamiento de la enfermedad. (4)

La prevalencia de la incontinencia urinaria varía ampliamente debido a las diferencias en la definición y la población, pero varía del 8% al 45%, siendo la incontinencia urinaria de esfuerzo el tipo más común. Dicha prevalencia aumenta con la edad, la paridad, el tabaquismo y el índice de masa corporal (IMC). (5)

Para la población en general, la incontinencia de esfuerzo es más común que la incontinencia de urgencia o mixta en la mayoría de los estudios. Sin embargo, la prevalencia de la incontinencia de esfuerzo alcanza su punto máximo en la quinta década de la vida y a partir de entonces, la prevalencia de la incontinencia mixta y de urgencia continúa aumentando. Los estudios proyectan que la prevalencia de la incontinencia urinaria y otros trastornos del suelo pélvico, como el prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia fecal, aumentará a medida que la población mundial envejezca. Otros factores asociados con la incontinencia urinaria en múltiples estudios poblacionales grandes incluyen la paridad, obesidad, histerectomía o cirugía pélvica previa, enfermedad pulmonar, diabetes mellitus e ingreso en residencia o demencia. (6)

Es importante tomar en cuenta el uso de diuréticos, la mala salud en general y el ejercicio de alto impacto. Los partos vaginales están asociados con un mayor riesgo de IU, pero la evidencia es mixta con respecto a si los partos por cesárea tienen un efecto protector prolongado. (7)

Hay varios desencadenantes de la fuga de orina en la IUE, como toser, reír, estornudar, hacer ejercicio y otros movimientos que aumentan la presión intraabdominal sobre la vejiga que provoca la pérdida de orina en los pacientes. Es importante destacar que para este tipo de UI, la fuga ocurre en ausencia de contracción del detrusor. (8)

Factores de riesgo

Obesidad

La obesidad se define por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 30 kg/m². El predominio de la obesidad ha aumentado constantemente en las últimas décadas en la mayoría de los países desarrollados. Existe una relación lineal entre el IMC y la IU, así como con el aumento de cinco unidades de IMC, el riesgo la ocurrencia de pérdida de orina diaria aumenta en 20-70%. La asociación fisiopatológica entre la IU y la obesidad es clásicamente atribuida directamente al aumento de peso a través de un aumento en la presión intraabdominal y el diámetro sagital de la cavidad abdominal. Esta hiperpresión alteraría el suelo pélvico causando daño al musculo tendinoso y al sistema nervioso. Por lo tanto, un aumento en la presión abdominal sería transmitido a la vejiga resultando en hiperpresión vesical, así como un aumento de la hipermovilidad uretral. ⁽⁹⁾

Menopausia

La menopausia con una disminución de estrógenos y una disminución de colágeno, reduce la elasticidad del músculo detrusor del conducto arterioso y los cambios atróficos en los músculos del suelo pélvico y aumenta la incontinencia urinaria en las mujeres. ⁽⁹⁾

Edad

La edad es uno de los factores importantes en la prevalencia de la incontinencia urinaria. Los cambios relacionados con el envejecimiento en el sistema urinario inferior incluyen: disminución de la capacidad de la vejiga y de la sensación de plenitud, disminución de la tasa de contracción del músculo detrusor, disminución de la resistencia de los músculos del piso pélvico y aumento del volumen de orina residual. ⁽¹⁰⁾

Paridad

La prevalencia de IUE es significativamente mayor en mujeres que se someten a parto vaginal en comparación con aquellas que se someten a cesárea y la prevalencia también depende del número de partos vaginales previos. El parto vaginal se asocia con un aumento del 8% en el riesgo de IUE en comparación con el parto por cesárea. Se ha demostrado que la distocia es uno de los factores de riesgo de IUE. Además, las mujeres que han llegado a la menopausia o que usan anticonceptivos orales tienen un mayor riesgo de desarrollar IUE debido a la disminución de los niveles de estrógeno. Una revisión exhaustiva ha destacado pruebas sólidas de mayores tasas de IUE entre mujeres que son físicamente activas o practican deportes extenuantes. (11)

Embarazo

La prevalencia de la incontinencia urinaria aumenta durante el embarazo particularmente en el segundo trimestre y luego disminuye gradualmente durante el primer año posparto. La variación es evidente en las estimaciones de la prevalencia de todos los tipos de incontinencia urinaria durante el embarazo, pero puede llegar al 58%. La incontinencia urinaria de esfuerzo afecta aproximadamente al 31% de las mujeres nulíparas y a 42% de las mujeres con hijos. La prevalencia de la incontinencia urinaria persistente en los tres primeros meses después del parto es de aproximadamente el 30%. (11)

Histerectomía o cirugía abdominal previa

La histerectomía por indicación benigna es una de las cirugías más frecuentes, pero puede estar asociada con complicaciones a largo plazo. Estudios anteriores han demostrado un mayor riesgo de prolapso de órganos pélvicos (POP) después de la histerectomía. POP es una condición médica benigna pero complicada que puede causar molestias, síntomas del tracto urinario, incontinencia fecal, así como disminución de la función sexual. (12)

Histerectomía vaginal

A menudo se promueve un abordaje vaginal para la histerectomía en indicaciones benignas debido a ventajas tales como un retorno más rápido a las actividades normales, menos dolor posoperatorio y menos infecciones peri operatorias. Se han debatido los efectos de la histerectomía sobre la función de los órganos pélvicos y según varios estudios, la histerectomía es un factor de riesgo importante para el prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria de esfuerzo. En estudios previos basados en la población, la histerectomía por vía vaginal, en particular, se ha asociado con riesgos excesivos de trastornos posteriores del suelo pélvico. Teniendo en cuenta la gran cantidad de histerectomías realizadas en todo el mundo, una ampliación de las indicaciones para la histerectomía vaginal puede tener implicaciones importantes para la salud de las mujeres si la técnica quirúrgica conlleva un mayor riesgo de enfermedades posteriores del suelo pélvico. (13)

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus (DM) no parece contribuir directamente al desarrollo de la IU de estrés. Sin embargo, la neuropatía autonómica que afecta las inervaciones del músculo estriado del esfínter uretral y los músculos del piso pélvico puede conducir al desarrollo de un mecanismo uretral incompetente y en consecuencia, a la IU de estrés. La obesidad, que a menudo se asocia con DM tipo 2, también es un factor de riesgo bien conocido para el desarrollo de IU de estrés debido al aumento de la presión intraabdominal y pélvica. Las causas de la IU de estrés en mujeres diabéticas también incluyen los efectos de la diabetes gestacional y las afecciones del parto, como la macrosomía, periodo expulsivo prolongado y el uso de parto instrumentado. (14)

Teoría integral de la continencia

La Teoría Integral de la Continencia fue concebida por Peter Petros y Ulmsten, con el objetivo de explicar de forma integral los mecanismos fisiopatológicos

involucrados. Considera básicamente que la incontinencia a los esfuerzos, la urgencia y las alteraciones del vaciamiento vesical se presentan por las alteraciones sucedidas en los elementos de soporte suburetral, de los ligamentos y de los músculos del suelo pélvico. Alteraciones de la tensión sobre la vagina determinan, también, la activación prematura del reflejo miccional, desencadenando contracciones involuntarias del Detrusor. Existen 6 defectos básicos: defecto del soporte suburetral (“Hamaca”), síndrome de vagina fija, distensión de los ligamentos pubouretrales, distensión de los ligamentos útero sacros y del soporte del ápice vaginal, lesiones de la inserción vaginal de los músculos pubococcígeos, lesiones de los músculos estriados del piso pélvico por traumatismo del esfínter externo del ano o distensión, parálisis o ruptura de las inserciones del plato elevador. (15)

Sobre la base de estas teorías, se han propuesto varios métodos de tratamiento para la incontinencia urinaria de esfuerzo y se han logrado ciertos efectos terapéuticos, pero aún existen muchas complicaciones, incluida una alta tasa de recurrencia y otros problemas. Actualmente, se cree que la patogenia de la incontinencia urinaria de esfuerzo se debe principalmente a cambios relacionados con la edad, el parto, la obesidad, el estreñimiento y otros factores de riesgo que inducen cambios en los factores anatómicos de control urinario, incluidos los factores anatómicos de la uretra misma, los factores anatómicos periuretrales y los factores anatómicos del nervio pélvico. Finalmente, la incontinencia de esfuerzo ocurre bajo los efectos combinados de una variedad de factores de cambio. (16)

Diagnóstico de incontinencia urinaria

Como la prevalencia de la IU es muy elevada y en muchos casos se encuentra infradiagnosticada, se recomienda la realización de un cribado oportunista, al menos, una vez a lo largo de la vida en mujeres asintomáticas > 40 años. Si existen factores de riesgo de IU se realizará anualmente. El cribado consistirá en preguntar sobre 3 cuestiones:

1. La presencia en alguna ocasión de pérdidas involuntarias de orina.
2. En el caso de que existan pérdidas involuntarias, si son frecuentes y abundantes.
3. Si los escapes o pérdidas representan algún problema en este momento en su vida.

Si las respuestas a estas 3 cuestiones son afirmativas se debe realizar una evaluación diagnóstica para conocer el tipo de incontinencia y su repercusión en la calidad de vida. Se debe realizar una anamnesis general y urológica dirigida a conocer las características específicas de la IU, el mecanismo etiopatogénico responsable de la incontinencia, y valorar su intensidad y repercusión sobre el paciente. El diario miccional es de gran utilidad para investigar las características e intensidad de la incontinencia, evaluar la coexistencia de disfunción de vaciado y de llenado, almacenamiento, evacuación y cuantificar las variables urodinámicas. En la valoración de la IU se aconseja complementar el diario durante 3 a 7 días completos, se recomiendan los cuestionarios estructurados y validados en la valoración de los síntomas, incluyendo su gravedad y la calidad de vida (*King's Health Questionnaire* [KHQ] o *International Consultation Incontinence Questionnaire* [ICIQ-SF]).⁽¹⁷⁾

Manejo de incontinencia urinaria

El tratamiento de la Incontinencia urinaria de esfuerzo puede ser conservador en forma de ejercicios del suelo pélvico (ejercicios de Kegel), cambios en el estilo de vida y terapia con duloxetina, que debe ser el tratamiento de primera línea y debe probarse durante al menos 3 meses antes de planificar el tratamiento quirúrgico. Sin embargo, la mayoría de los pacientes de IUE, especialmente con IUE moderada a grave y muy grave, generalmente requieren cirugía para mejorar con éxito los síntomas. El estándar de oro en el tratamiento es la colposuspensión de Burch en la que la vagina en el cuello de la vejiga se suspende a los ligamentos de Cooper ipsilaterales a través de laparoscopia o laparotomía. Tiene una tasa de éxito muy alta del 85% al 90%, pero es una operación importante y necesita experiencia y

puede causar inestabilidad *de novo* detrusor. La cinta vaginal sin tensión y las cintas obturadoras están compuestas de malla de polipropileno y son procedimientos cortos mínimamente invasivos con alta tasa de éxito. (18)

Anatomía del espacio retropúbico

El cirujano debe dominar las estructuras del espacio retropúbico, también conocido como la "Cueva de Retzius" o "espacio de Retzius", llamado así por el anatomista sueco Anders Retzius. Constituye un espacio preperitoneal avascular virtual entre la sínfisis púbica y la vejiga urinaria, por detrás de la fascia transversalis y por delante del peritoneo. Sus márgenes laterales están delimitados por el hueso púbico y el músculo obturador interno y aún no ha sido disecado. El suelo del espacio de Retzius está formado por la vagina anterior y su fascia endopélvica y pubocervical, se extiende a lo largo de la sínfisis posterior y se inserta a nivel del arco tendinoso de la fascia pélvica ("línea blanca"). La uretra proximal se encuentra en una línea media sobre la fascia endopélvica debajo de la sínfisis. Los ligamentos pubouretrales forman la parte lateral de la uretra y alcanzan la unión uretrovesical así como la porción extraperitoneal de la vejiga proximalmente. La fascia endopélvica se une a la línea blanca para asegurar el soporte anterolateral de la vagina. Lateral a los tubérculos púbicos, por debajo del margen superior de la rama púbica, se encuentra la línea iliopectínea y el ligamento de Cooper. (19)

Técnica quirúrgica de colposuspensión de burch

Tiene como objetivo elevar el cuello de la vejiga y la uretra proximal hacia atrás en el área de presión intraabdominal detrás de la sínfisis púbica. Una vez que se disecciona el espacio retropúbico, se identifican el cuello de la vejiga y la fascia vaginal debajo. La vejiga se moviliza hacia el lado opuesto. A cada lado del cuello vesical se colocan de dos a cuatro puntos de sutura preferentemente no reabsorbibles. No existe consenso en la literatura actual sobre el material de sutura a utilizar. En su revisión sobre el tema, Smits-Braat informó tasas de curación iguales de alrededor del 87%,

ya sea que se usaran suturas absorbibles o permanentes. Tradicionalmente, las suturas proximales se ubican de 2 a 3 cm laterales al cuello de la vejiga, las suturas distales se colocan 2 a 3 cm lateral al tercio proximal de la uretra. Deben abarcar todo el espesor de la pared vaginal, justo debajo de la mucosa. Luego, los extremos sueltos de las suturas se unen al ligamento de Cooper ipsilateral. Con la ayuda de un asistente, se eleva la vagina y los nudos se ajustan suavemente sobre el ligamento de Cooper sin tensión. Por lo general, las suturas distales se anudan primero. Para un adecuado control de la distancia de las suturas, se deben pasar fácilmente dos dedos entre el hueso púbico y la uretra. Luego se realiza una cistoscopia para descartar cualquier daño potencial a la vejiga o los uréteres. (20)

Complicaciones

Se ha informado que la tasa de curación de las técnicas de suspensión retropúbica en general disminuye constantemente del 90% a 1 año a aproximadamente el 70% a los 10 años después de la operación. Después de una disminución, parece alcanzar una meseta en 65-70% en un seguimiento de 20 años. La colposuspensión de Burch requiere una cierta cantidad de disección en el espacio retropúbico, lo que podría explicar posibles complicaciones hemorrágicas e infecciosas, erosiones y formación del tracto sinusal. Una complicación específica de la técnica puede ser la osteítis del pubis. Los estudios a largo plazo del procedimiento de Burch han demostrado una incidencia significativa de formación de prolapso de órganos pélvicos. El rectocele se ha observado en el 11-25% y enterocele en el 4-10% de los pacientes seguidos 10-20 años. El riesgo de hiperactividad del detrusor de novo se ha reportado entre 5% y 27%. La disfunción miccional ocurre en hasta el 22% de los pacientes después de la colposuspensión de Burch. La tasa de reintervención para las pacientes que recibieron el procedimiento de Burch fue de 5,5 por 1000 mujeres años con un riesgo acumulado del 8,6% (IC 95% 7,8-9,5). (19,20)

Colposuspension laparoscopica de burch

Un abordaje laparoscópico de la colposuspensión evita numerosas desventajas asociadas a la cirugía abierta, siendo una de ellas el aspecto estético con respecto a la cicatriz abdominal. Las técnicas mínimamente invasivas en general permiten una estancia hospitalaria más corta, una recuperación más rápida y un retorno a la actividad. (21)

Material protésico

Malla Suburetral Transobturatriz (CINTA TOT)

El TOT (tensión free trans obturator tape) consiste en colocar la malla suburetral pasándola a cada lado, por el orificio obturador. Las ventajas son: evita la apertura del espacio de Retzius, disminuyendo la probabilidad de lesiones de víscera hueca, hemorragias y hematomas en dicho espacio y haciendo innecesaria la realización de cistoscopia intraoperatoria ya que la cinta se ubica en un plano inferior a la vejiga. Las principales ventajas del TOT son la simpleza de la técnica quirúrgica y la baja frecuencia de complicaciones importantes, al evitar las incisiones abdominales y el paso retropúbico de la aguja, disminuyendo los riesgos de lesiones graves especialmente de vejiga, asas intestinales, vasos sanguíneos y nervios y en opinión de varios grupos de especialistas hace innecesario el empleo rutinario de cistoscopia intraoperatoria. (22)

Técnica Quirúrgica De Colocación De CINTA TOT

Se utiliza cinta sintética de polipropileno monofilamento macroporo (Prolene o Unilene). Cada cinta mide 15mm de ancho y 30 cms. de largo. Para su introducción se usan dos agujas helicoidales, una para cada lado. Se utiliza anestesia epidural para realizar el procedimiento quirúrgico y se sitúa a la paciente en la camilla en posición ginecológica. Se realiza asepsia. Se coloca una sonda Foley. El punto de

entrada seguro para la aguja TOT es el punto de intersección de la línea perpendicular desde la inserción del aductor largo y la línea horizontal desde la punta del clítoris como para TOT estándar. El punto en el que se cortan estas rectas corresponde a la entrada de la aguja TOT. Se usó una pinza de Allis para sujetar la pared vaginal anterior y se hizo una incisión vertical de 2 cm de 1 cm proximal al meato uretral externo. Se creó un túnel suburetral en la pared vaginal anterior después de la hidrodisección. La rama isquiopubiana se palpó con el dedo índice. La cirugía TOT comienza con la disección en el espacio vesicovaginal. Normalmente en el procedimiento TOT-O estándar, un trocar debe atravesar el músculo obturador interno, obturador membrana y el músculo obturador externo a medida que atraviesa el agujero obturador. La punta de la aguja TOT es sacada a través de la incisión en la pared vaginal y el hilo de 1 extremo de la malla sintética se alimenta a través del ojo de la aguja TOT y luego se retira a través del mismo camino superficial a las ramas isquiopubianas a la incisión original en la ingle y el procedimiento se repite en el otro lado. El cabestrillo se ajustó con unas tijeras para que este debajo de la uretra media con una tensión mínima. Ambos extremos del cabestrillo fueron cortados debajo de la incisión en la piel de la ingle. La incisión de la pared vaginal anterior fue cerrada con suturas de vicryl 4-0. (22)

Calidad de vida

La calidad de vida (CdV) es la medida de resultado recomendada para evaluar los tratamientos de IU. Se puede medir con varios métodos, incluidos cuestionarios genéricos y específicos de la condición. Estudios previos han demostrado que las mujeres con IU tienen una CdV estimada más baja que las mujeres sin IU, y la CdV disminuye con la gravedad de la IU. El ICIQ- SF es un cuestionario validado altamente recomendado para evaluar la gravedad de los síntomas de la IU. Incluye tres elementos que los participantes califican: frecuencia de fuga, cantidad de fugas e impacto general en la CV. También incluye un elemento de autodiagnóstico sin clasificación para evaluar el tipo de interfaz de usuario. La escala de calificación es aditiva, y las puntuaciones varían de 0 a 21, donde los valores más altos indican

una peor gravedad. Las puntuaciones generales se pueden dividir en cuatro categorías de gravedad: leve = 1-5 puntos, moderada = 6-12 puntos, grave = 13-18 puntos y muy grave = 19-21 puntos. ⁽²³⁾

Cuestionario ICIQ-SF

El ICIQ-UI-SF es un cuestionario de 4 ítems desarrollado para medir el impacto de la IU en la calidad de vida. Consta de 3 ítems puntuados que preguntan sobre la frecuencia de fuga de orina, la cantidad de fuga urinaria y el impacto de la incontinencia en la calidad de vida; la cuarta pregunta se refiere a la causa percibida de la IU y no se puntúa. Cada uno de los ítems puntuados varían de 0 (usted nunca pierde orina) a 7 (usted pierde orina continuamente) con una puntuación más alta que indica mayor impacto de la IU. Existe buena evidencia de la confiabilidad y validez del ICIQ-UI-SF tanto en hombres como en mujeres. Varios estudios clínicos recientes informan el uso del cuestionario ICIQ-UI-SF como medida de resultado de la calidad de vida y está disponible gratis en línea en casi 40 idiomas. ⁽²⁴⁾

JUSTIFICACIÓN

No se contó con datos sobre el manejo que se ha ofrecido a las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres atendidas en Hospital de la Mujer, sin embargo, es una patología que frecuentemente es motivo de consulta y genera aislamiento social en las mujeres que la padecen así mismo limitan sus actividades diarias.

En el tratamiento de la incontinencia urinaria se incluyen diversas alternativas, no excluyentes y a menudo complementarias. Para decidir el tratamiento más adecuado en cada paciente no solo se debió valorar el tipo de incontinencia sino también de las condiciones médicas asociadas, la repercusión de la incontinencia, las preferencias de las pacientes, su tipo de vida, la aplicabilidad del tratamiento y el balance riesgo-beneficio de cada tratamiento.

Analizar las diferentes opciones de manejo en incontinencia urinaria de esfuerzo, así como su eficacia fue determinante para continuar ofreciendo dichos tratamientos y mejorar la calidad de vida de las pacientes. En este estudio se analizó cuál es el tratamiento quirúrgico que ofrece mayor calidad de vida en el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes del hospital de la mujer.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incontinencia urinaria ha sido identificada por la Organización Mundial de la Salud como un problema importante de la salud mundial. Es un problema frecuente en la mujer con impacto negativo en su calidad de vida.

Se han desarrollado varias técnicas quirúrgicas para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria en mujeres en el cuales no ha tenido resultados esperados el manejo conservador y el objetivo principal de estas técnicas es llevar al paciente a que sea continente con los procedimientos menos invasivos, prácticos y más seguros. La diversidad de procedimientos y modificación a estas técnicas son un claro reflejo de la falta de resultados satisfactorios en el mediano y largo plazo.

Para la elección del tratamiento a utilizar en la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo es importante conocer las diferentes opciones de tratamientos que se realizan en el Hospital de la Mujer, el grado de satisfacción, curación y la mejora en la calidad de vida que presentan las pacientes tratadas.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál de las técnicas quirúrgicas anti incontinencia ofrece mayor calidad de vida entre Colposuspensión tipo Burch y colocación de material protésico?

OBJETIVOS

Objetivos generales

Determinar la calidad de vida entre la colocación de material protésico en comparación con la cirugía de Colposuspensión de Burch en el manejo de incontinencia urinaria.

Objetivos específicos

Conocer los principales procedimientos quirúrgicos para incontinencia urinaria de esfuerzo que se llevan a cabo en el hospital de la mujer.

Comparar los resultados obtenidos con la colocación de cinta TOT respecto a la colposuspensión de Burch.

Establecer el grado de satisfacción con el tratamiento proporcionado.

HIPOTESIS

La colocación de cinta TOT ofrece mayor calidad y satisfacción comparado con la cirugía de Colposuspensión de Burch.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo y diseño de estudio

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, transversal.

Descripción del estudio

Se revisaron los expedientes de todas las pacientes no obstétricas de cualquier edad con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo al cual se les otorgo atención quirúrgica en el hospital de la mujer durante el periodo del año 2017-2022.

Los datos recolectados de los expedientes incluyeron características clínicas al momento de indicar el tratamiento a utilizar, así como la severidad de sus síntomas.

Se compararon los resultados obtenidos tras la Colposuspensión de Burch con los resultados obtenidos con la técnica de colocación de cinta TOT.

Se analizaron comorbilidades asociadas a la incontinencia urinaria, así como factores de riesgo que pudieron contribuir a la persistencia de los síntomas.

Se contactó a las pacientes vía telefónica y se les citó en el Hospital de la Mujer para autorización por escrito del consentimiento informado, para participar en el estudio.

Se realizó el cuestionario ICIQ-SF con previa autorización para conocer la calidad de vida posterior al tratamiento quirúrgico.

Población

Mujeres ginecológicas de cualquier edad con diagnóstico de Incontinencia urinaria que hayan sido sometidas a cirugía para corrección de Incontinencia urinaria de esfuerzo, en el hospital de la mujer, en el periodo comprendido del año 2017 al

2022, las cuales cumplieron los criterios de inclusión, aceptando entrar al protocolo de investigación.

Criterios de inclusión

- Expedientes clínicos de pacientes ginecológicas que hayan sido sometidas a cirugía correctiva para la Incontinencia Urinaria
- Que el tratamiento quirúrgico se haya llevado a cabo en el Hospital de la mujer
- Que contaron con expediente clínico completo
- Que autorizaron participar en el estudio
- Que contestaron cuestionario ICIQ-SF

Criterios de exclusión

Expedientes clínicos de pacientes cuya cirugía correctiva de incontinencia no haya sido en el hospital de la mujer

Expedientes clínicos que no contaron con información completa

Pacientes que no realizaron cuestionario de ICIQ-SF

Pacientes que no firmaron consentimiento informado por escrito para participar en el estudio

Criterios de eliminación

Mujeres con incontinencia de esfuerzo que se embarazaron durante el estudio

Mujeres con vejiga hiperactiva

Mujeres que hayan abandonado el seguimiento por parte de consulta de ginecología

Mujeres que no realizaron cuestionario de ICIQ-SF

Variables de estudio

- Edad
- Gestas
- IMC
- Comorbilidades
- Antecedente de cesárea

- Peso del recién nacido
- Calidad de vida
- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Obesidad
- Dispareunia
- Peso
- Talla
- Colposuspensión retropúbica tipo Burch
- Material protésico- cinta TOT
- Manejo conservador
- Resultados de cuestionario ICIQ-SF
- Parto instrumentado
- Antecedente de histerectomía abdominal
- Antecedente de histerectomía vía vaginal
- Tabaquismo
- Prolapso de órganos pélvicos
- Infección de vías urinarias de repetición

Definición operacional de las variables de estudio

VARIABLE	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO DE MEDICION
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	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- otras

Antecedente de cesárea	Cualitativa independiente	Antecedente de parto quirúrgico de un bebé, generalmente se realiza cuando corre riesgo la madre o el bebé	Nominal dicotómica	1. Si 2. No
Peso del recién nacido	Cuantitativa Independiente	Peso al momento del nacimiento del recién nacido	Numérica continua	Gramos
Calidad de vida	Cualitativa independiente	Atributo determinado objetivamente fenómenos subjetivos como los síntomas y su impacto en la calidad de vida	Numérica discreta	En puntaje
Incontinencia urinaria de esfuerzo	Cualitativa independiente	Perdida involuntaria de orina que se produce al realizar un esfuerzo físico	Nominal dicotómica	1 si 2- no
Obesidad	Cualitativa independiente	Índice de masa corporal mayor a 30	Nominal dicotómica	1. Si 2. No
Enfermedad preexistente	Cualitativa independiente	Coexistencia de 2 o más enfermedades en un mismo individuo	Nominal dicotómica	1. Si 2. No
Dispareunia	Cualitativa independiente	Dolor genital que se produce durante el coito	Nominal dicotómica	1. Si 2. No
Peso	Cuantitativa Independiente	Medida de la fuerza gravitatoria que actúa sobre un cuerpo	Numérica continua	Gramos
Talla	Cuantitativa Independiente	Altura de una persona	Numérica continua	Centímetros
Colposuspensión retropúbica de Burch	Cualitativa independiente	Procedimiento quirúrgico con elevación de los tejidos cerca del cuello vesical y la uretra proximal	Nominal dicotómica	1. Si 2. No
Material protésico-cinta TOT	Cualitativa independiente	Resolución de la incontinencia mediante material protésico una banda sintética de polipropileno macro poro pasa a través de los agujeros obturadores de la pelvis	Nominal dicotómica	1. Si 2. No

Manejo conservador	Cualitativa independiente	Cambios que realiza la paciente en estilo de vida para disminuir la incontinencia urinaria	Nominal dicotómica	1. Si 2. No
Resultados de cuestionario ICIQ-SF	Cuantitativa Independiente	Cuestionario que identifica pacientes con incontinencia urinaria y el impacto en la calidad de vida	Numérica continua	Puntaje
Parto instrumentado	Cualitativa independiente	Resolución del embarazo por parto con ayuda de Fórceps Resolución del embarazo vía vaginal con uso de instrumentos que favorecen la expulsión del producto de la concepción	Numérica dicotómica	1. Si 2. No
Antecedente de histerectomía abdominal	Cualitativa independiente	Antecedente quirúrgico de cirugía para extraer el útero Intervención quirúrgica para extirpar el útero ya sea vía abdominal o vía vaginal	Numérica dicotómica	1. Si 2.No
Antecedente de histerectomía vaginal	Cualitativa independiente	Antecedente quirúrgico de cirugía para extraer el útero Intervención quirúrgica para extirpar el útero vía vaginal	Numérica dicotómica	1. Si 2. No
Tabaquismo	Cualitativa independiente	Uso habitual del tabaco. Enfermedad crónica no transmisible y adictiva donde se usa de manera habitual el tabaco	Numérica dicotómica	1. Si 2. No
Prolapso de órganos pélvicos	Cualitativa independiente	Descenso de órganos pélvicos desde su posición anatómica habitual. Descenso de uno o más órganos entre los que se incluye útero, vagina,	Numérica dicotómica	1. Si 2. No

		uretra, vejiga, recto o colon.		
--	--	-----------------------------------	--	--

ANALISIS ESTADÍSTICO

Las variables cuantitativas se expresaron con números enteros y decimales y se realizó comparación de medias por medio de t de Student cuando se trate de dos grupos. Las variables cualitativas se expresaron por frecuencias y porcentajes y su asociación se analizó mediante la prueba de Chi cuadrada, con un grado de libertad, o prueba exacta de Fisher si los valores son inferiores a $n=5$. Se utilizó el programa de IBM SPSSV.26 Windows.

Análisis ético

Este estudio se consideró una investigación sin riesgo, ya que cumplió con las consideraciones recomendadas a los médicos en la investigación de seres humanos de la declaración de Helsinki revisada en Tokio en 1989. Respecto a la legislación vigente en materia de salud, este proyecto se apegó al título quinto de la ley general de salud, investigación para la salud, a los artículos 17 y del 96 al 103 y se consideró una investigación sin riesgo.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO, FACTIBILIDAD

Participó personal médico del Hospital de la Mujer, en dichas instalaciones.

No se requirieron recursos financieros.

RESULTADOS

Características demográficas, antropométricas y obstétricas de los pacientes

En este estudio se incluyeron un total de 25 pacientes femeninos con incontinencia urinaria de las cuales 11 fueron tratadas con cinta transobturadora (TOT) y 14 fueron sometidas a cirugía de colposuspensión de Burch. La edad media de las pacientes grupo TOT fue 56.2 ± 9.3 años y del grupo Burch de 56.5 ± 7.8 años ($p=0.927$). El peso medio fue 72.9 ± 8.99 en el grupo Burch y 76.4 ± 11.6 en el grupo TOT ($p=0.401$). El IMC medio fue 31.2 ± 4.1 Kg/m² en el grupo Burch y 33.9 ± 4.5 en el grupo TOT ($p=0.238$). La media de gestas de las pacientes del grupo Burch fue 2.8 ± 1.5 eventos y del grupo TOT 3.2 ± 1.2 eventos ($p=0.474$) [Tabla 1].

Tabla 1. Características demográficas, antropométricas y obstétricas de las pacientes

Característica	Grupo Burch (n=14)	Grupo TOT (n=11)	Valor de p
Edad (años)	56.5 ± 7.8	56.2 ± 9.3	0.927
Peso (Kg)	72.9 ± 8.99	76.4 ± 11.6	0.401
Talla (cm)	153 ± 2.4	151.6 ± 3.7	0.270
IMC (Kg/m ²)	31.2 ± 4.1	33.9 ± 4.5	0.238
Gestas (eventos)	2.8 ± 1.5	3.2 ± 1.2	0.474

Comorbilidades y antecedentes de importancia de las pacientes con inconinencia urinaria

En cuanto a las comorbilidades, de las pacientes de ambos grupos, no tuvieron ninguna comorbilidad el 35.7% en el grupo Burch y el 50% en el grupo TOT ($p=0.927$, Chi-cuadrada). No hubo diferencias significativas en la frecuencia de diabetes, de hipertensión y de obesidad entre grupos [Tabla 2].

Tampoco se encontraron diferencias significativas en el antecedente de parto instrumentado, histerectomía vaginal ni abdominal, ni en el antecedente de cesárea previa [Tabla 2].

Tabla 2. Comorbilidades y antecedentes de importancia de las pacientes con inconinencia urinaria

Característica	Grupo Burch (n=14)	Grupo TOT (n=11)	Valor de p
Ninguna	35.7(5)	50.0(5)	0.927
Diabetes	7.1(1)	30.0(3)	0.401
Diabetes e hipertensión	100.0(1)	0.0(0)	0.270
Hipertensión	100.0(6)	0.0(0)	0.238
Obesidad	57.1(8)	72.7(8)	0.420
Otras	33.3(19)	66.7(2)	0.474
Antecedente de parto instrumentado	14.3(2)	18.2(2)	0.792
Histerectomía vaginal previa	0.0(0)	0.0(0)	1.000
Histerectomía abdominal previa	0.0(0)	18.2(2)	0.096
Antecedente de cesárea	35.7(5)	45.5(5)	0.622

Perfil clínico preoperatorio de las pacientes con incontinencia urinaria

En cuanto a las características clínicas de las pacientes de ambos grupos, el 100% tenían incontinencia urinaria de esfuerzo en ambos grupos ($p=1.000$, Chi-cuadrada), dado que fue el criterio para someter a las pacientes al procedimiento quirúrgico, pero el prolapso de órganos pélvicos se encontró en 7.1% de las pacientes del grupo Burch y en 0% de las del grupo TOT [Tabla 3].

Tabla 3. Características demográficas, antropométricas y obstétricas de las pacientes

Característica	Grupo Burch (n=14)	Grupo TOT (n=11)	Valor de p
Prolapso de órganos pélvicos	7.1(1)	0.0(0)	0.927
Incontinencia urinaria de esfuerzo	100(14)	100(11)	0.401

En cuanto a la puntuación media preoperatoria en el cuestionario ICIQ-SF, en el grupo TOT fue 10.3 ± 2.7 puntos y en el grupo Buch 9.4 ± 2.9 puntos ($p=0.461$, t de Student)[Figura 1].

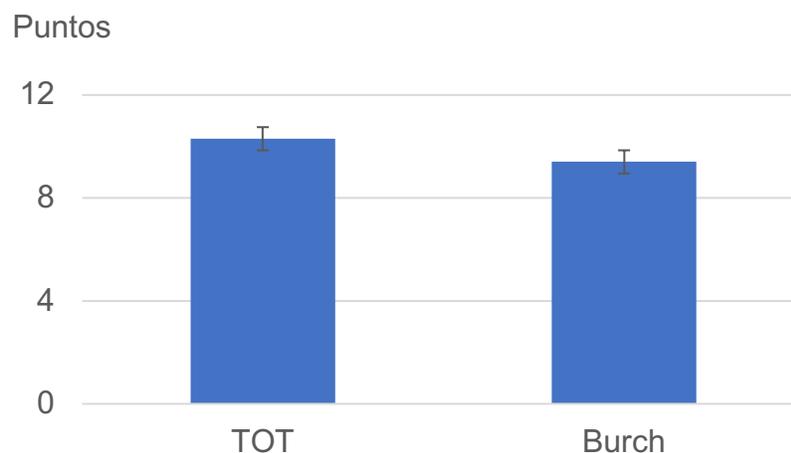


Figura 1. Comparación de las puntuaciones del cuestionario ICIQ-SF en el preoperatorio

Resultado del tratamiento con cinta TOT y colposuspensión de Burch

Enseguida, se compararon las puntuaciones del cuestionario ICIQ-SF tras el tratamiento encontrando que, la puntuación media en los del grupo TOT fue 3.7 ± 1.9 y en el grupo Burch 2.3 ± 1.5 puntos ($p=0.059$, t de Student; $p=0.70$ U de Mann-Whitney) [Figura 2].

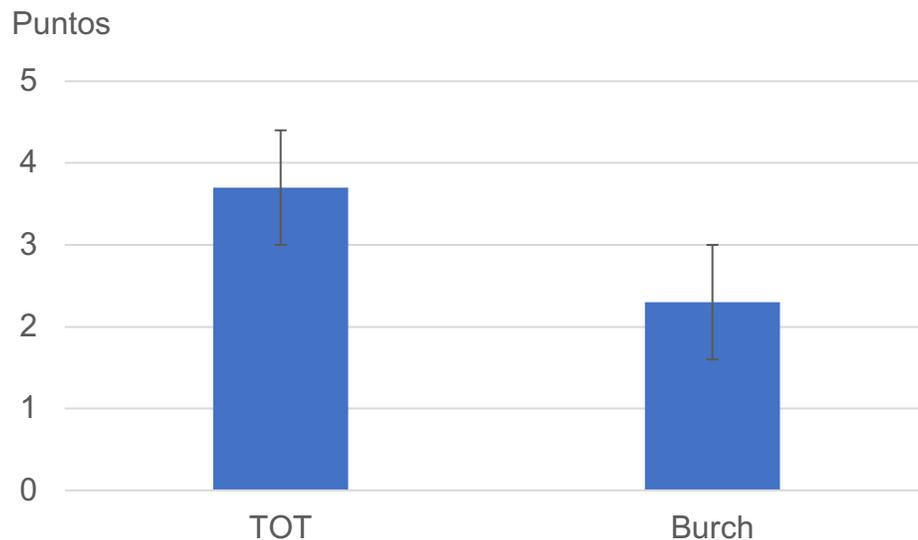


Figura 2. Comparación de las puntuaciones del cuestionario ICIQ-SF en el post-operatorio.

Es decir, la reducción media de la puntuación ICIQ-SF tras la cirugía en el grupo Burch fue de 7.1 ± 2.4 puntos ($p < 0.001$, t de muestras relacionadas), y en el grupo TOT fue de 6.6 ± 4.1 puntos ($p < 0.001$, t de muestras relacionadas) [Figura 3].

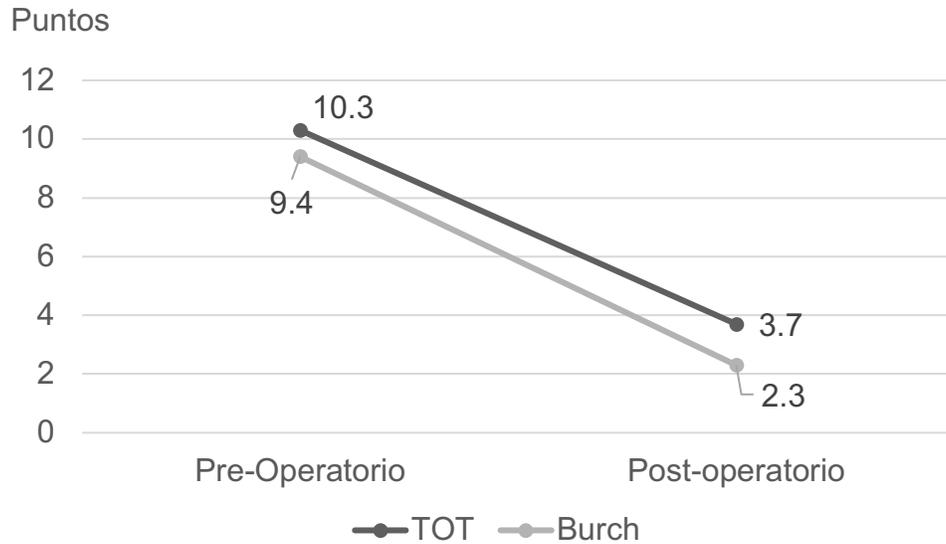


Figura 3. Cambios en las puntuaciones del cuestionario ICIQ-SF en ambos grupos tras la cirugía.

Finalmente, comparamos la frecuencia de dispareunia post-operatoria entre grupos, encontrando que en el grupo Burch fue de 21.4% y en el grupo TOT fue de 27.3% (p=0.734, Chi-cuadrada)[Figura 4].

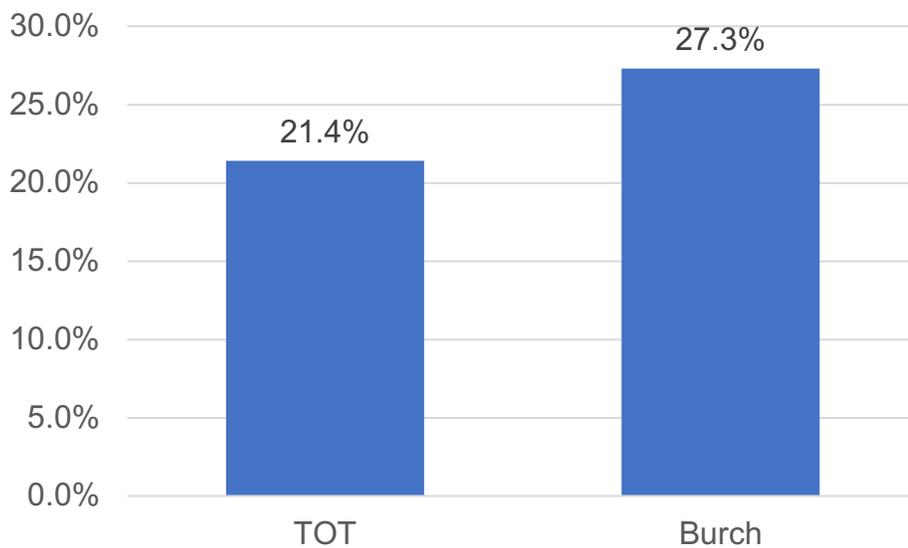


Figura 4. Cambios en las puntuaciones del cuestionario ICIQ-SF en ambos grupos tras la cirugía.

DISCUSIÓN

El manejo de incontinencia urinaria a través de procedimientos con malla transobturadora y colposuspensión de Burch se ha vuelto el estándar en la práctica clínica, aunque se asocian con algunas complicaciones y no está claro cuál técnica ofrece mejores resultados y calidad de vida ⁽²⁵⁾. En este estudio, comparamos la calidad de vida entre pacientes sometidas a la colocación de malla transobturadora *versus* cirugía de Colposuspensión de Burch para el manejo de incontinencia urinaria. A continuación, analizamos los hallazgos del presente estudio.

Primero, la edad media de las pacientes con incontinencia urinaria a la cirugía fue de 56 años, una edad esperada dado que estudios previos han reportado que la edad más común de presentación es entre los 41 y 55 años ⁽²⁶⁾, por lo que, la cirugía realizada a los 56 años en promedio en nuestras pacientes es coherente. Por otro lado, el IMC medio de las pacientes está en valores de obesidad, lo que es esperado porque en nuestra población tres cuartas partes de los adultos tienen sobrepeso y obesidad y porque la obesidad es un factor de riesgo para incontinencia urinaria^(27,28).

Segundo, tuvieron antecedente de cesárea alrededor del 40% de las pacientes con incontinencia urinaria en ambos grupos y de parto instrumentado alrededor del 15%, dos antecedentes que confieren mayor riesgo de incontinencia urinaria y que deben tomarse en cuenta^(29,30).

Tercero, el prolapso de órganos pélvicos se encontró en menos del 10% de las pacientes del grupo Burch y en 0% de las pacientes del grupo TOT, sin diferencias significativas entre grupos. Aunque el prolapso está comúnmente asociado con incontinencia urinaria, la frecuencia de prolapso de órganos pélvicos en nuestro estudio es inferior a la reportada en otros estudios como el de Wong y cols. quienes reportaron una concurrencia de 54% entre estos diagnósticos⁽³¹⁾. Así mismo, al no haber diferencias significativas entre grupos, no es un factor que pudiera originar distintos resultados en el estudio.

Cuarto, no hubo diferencias significativas en el perfil demográfico, en las comorbilidades, en la frecuencia de obesidad ni en la frecuencia de factores de riesgo para incontinencia urinaria, por lo que al ser similares los perfiles clínico y epidemiológicos de los pacientes de ambos grupos, los resultados obtenidos en el desenlace principal que era la calidad de vida, pueden atribuirse al tratamiento y no a factores confusores o a diferencias clínicas entre grupos. Esto es importante en investigación clínica para evitar el riesgo de sesgo ^(32,33).

Quinto, previo al tratamiento las pacientes de ambos grupos eran similares en la puntuación ICIQ-SF indicando que la calidad de vida percibida antes de la cirugía era similar. Tras la intervención ambos grupos de pacientes tuvieron una reducción significativa en la puntuación, que indica una mejoría de la calidad de vida. Así es, evidente que ambas intervenciones fueron efectivas para mejorar la calidad de vida. Sin embargo, tras la intervención las pacientes sometidas a colposuspensión de Burch mostraron una fuerte tendencia a presentar mejor calidad de vida que las pacientes sometidas a colocación de malla TOT. Es posible, que esta clara tendencia a mejor calidad de vida en las pacientes sometidas a Burch se aclare si en un futuro estudio se incrementa el tamaño de muestra en los diferentes grupos, dado que el tamaño de muestra por grupo es modesto. Además, no hubo diferencias significativas en la frecuencia de dispareunia post-operatoria, indicando que ambos procedimientos son similares en este desenlace.

Estudios previos como el realizado por Bandarian y cols. han encontrado que ambos procedimientos son efectivos con tasas de curación y satisfacción, aunque la colocación de TOT es mas rápida y requiere menor estancia hospitalaria⁽³⁴⁾. En otro estudio realizado por Asicioglu y cols. se compararon los resultados de colocación de malla TOT versus colposuspensión de Burch a 5 años encontrando que los resultados funcionales fueron mejores con Burch que con TOT, lo que coincide con la mejor calidad de vida en nuestras pacientes sometidas a colposuspensión de Burch ⁽³⁵⁾. Shaltut y cols. también compararon colocación de malla TOT versus colposuspensión de Burch encontrando que hubo una reducción significativa de retención, dificultad, goteo de orina, intermitencia y estado de continencia entre las

sometidas a Burch y a TOT. Además, diferentes aspectos no deseados de la función sexual fueron significativamente más bajos entre Burch que en el grupo TOT⁽³⁶⁾. Akdemir y cols. por su parte encontraron una calidad de vida similar en las pacientes sometidas a Burch y a TOT, lo que es similar a lo encontrado en nuestro estudio⁽³⁷⁾.

CONCLUSIÓN

La calidad de vida tendió a ser mejor en las pacientes sometidas a la cirugía de colposuspensión de Burch que a la colocación de malla transobturadora. Sin embargo, estos hallazgos deben confirmarse en un estudio de mayor tamaño de muestra.

BIBLIOGRAFÍA

1. Veit-Rubin, N., Dubuisson, J., Ford, A., Dubuisson, J. B., Mourad, S. y Digesu, A. (2019). Colposuspensión de Burch. *Neurourología y urodinámica*, 38(2), 553–562. <https://doi.org/10.1002/nau.23905>
2. Preda A, Moreira S. Incontinência Urinária de Esforço e Disfunção Sexual Feminina: O Papel da Reabilitação do Pavimento Pélvico. *Acta Med Port* [Internet]. 2019 [citado el 7 de junio de 2023];32(11):721–6. Disponible en: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/12012>
3. 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 obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 96(8), 939–948. <https://doi.org/10.1111/aogs.13149>
4. Weber-Rajek, M., Strączyńska, A., Strojek, K., Piekorz, Z., Pilarska, B., Podhorecka, M., Sobieralska-Michalak, K., Goch, A., & Radzimińska, A. (2020). Assessment of the Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) and Extracorporeal Magnetic Innervation (ExMI) in Treatment of Stress Urinary Incontinence in Women: A Randomized Controlled Trial. *BioMed research international*, 2020, 1019872. <https://doi.org/10.1155/2020/1019872>
5. Saraswat, L., Rehman, H., Omar, M. I., Cody, J. D., Aluko, P., & Glazener, C. M. (2020). Traditional suburethral sling operations for urinary incontinence in women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD001754. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001754.pub5>
6. Aoki, Y., Brown, H. W., Brubaker, L., Cornu, J. N., Daly, J. O., & Cartwright, R. (2017). Urinary incontinence in women. *Nature reviews. Disease primers*, 3, 17042. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.42>
7. Hu, J. S., & Pierre, E. F. (2019). Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. *American family physician*, 100(6), 339–348.
8. Schmid, F. A., Williams, J. K., Kessler, T. M., Stenzl, A., Aicher, W. K., Andersson, K.-E., & Eberli, D. (2021). Treatment of Stress Urinary Incontinence with Muscle Stem Cells and Stem Cell Components: Chances, Challenges and Future

Prospects. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(8), 3981. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/ijms22083981>

9. Batmani, S., Jalali, R., Mohammadi, M. *et al.* Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Geriatr* **21**, 212 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02135-8>

10. Batmani, S., Jalali, R., Mohammadi, M., & Bokaei, S. (2021). Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC geriatrics*, 21(1), 212. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02135-8>

11. Gari, A. M., Alamer, E. H. A., Almalayo, R. O., Alshaddadi, W. A., Alamri, S. A., Aloufi, R. S., & Baradwan, S. (2023). Prevalence of Stress Urinary Incontinence and Risk Factors among Saudi Females. *Medicina*, 59(5), 940. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/medicina59050940>

12. Aagesen, AH, Klarskov, N, Gradel, KO, Husby, KR. Histerectomía en la indicación benigna y el riesgo de cirugía de prolapso de órganos pélvicos: un estudio de cohorte nacional emparejado. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2023; 102: 774-781. doi:10.1111/aogs.14561

13. Forsgren, C., Lundholm, C., Johansson, A. L., Cnattingius, S., Zetterström, J., & Altman, D. (2012). Vaginal hysterectomy and risk of pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence surgery. *International urogynecology journal*, 23(1), 43–48. <https://doi.org/10.1007/s00192-011-1523-z>

14. Abdel-fattah, M., Rizk, D.E.E. Diabetes mellitus e incontinencia urinaria femenina: un momento para el cambio. *Int Urogynecol J* **23**, 1481–1482 (2012). <https://doi.org/10.1007/s00192-012-1785-0>

15. C. Riccetto, P. Palma, A. Tarazona. Aplicaciones clínicas de la teoría integral de la continencia. *Actas Urol Esp* 29 2005; (1): 31-40. T3942 (isciii.es)

16. Yang X, Wang X, Gao Z, Li L, Lin H, Wang H, Zhou H, Tian D, Zhang Q, Shen J. The Anatomical Pathogenesis of Stress Urinary Incontinence in Women. *Medicina (Kaunas)*. 2022 Dec 20;59(1):5. doi: 10.3390/medicina59010005. PMID: 36676629; PMCID: PMC9865065

17. Brenes Bermúdez, F. J., Cozar Olmo, J. M., Esteban Fuertes, M., Fernández-Pro Ledesma, A., Molero García, J. M., Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, & Asociación Española de Urología (2013). Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria [Urine incontinence referral criteria for primary care]. *Atencion primaria*, 45(5), 263–273. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.01.017>
18. Sharma, J. B., Kakkad, V., Roy, K. K., Kumari, R. y Pandey, K. (2022). Papel del índice de gravedad de la incontinencia en la evaluación de la gravedad y el impacto del tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Revista de salud de mediana edad*, 13(2), 139–144. https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_113_20
19. Khawaja AR, Rouf MA, Khan FB, Bhat AH, Dar YA, Malik SA, Wani MS. Transvaginal subfascial synthetic sling - "A novel technique" versus trans-obturator mid-urethral sling in female stress urinary incontinence: A comparative study. *Curr Urol*. 2021 Sep;15(3):143-147. doi: 10.1097/CU9.0000000000000034. Epub 2021 Aug 13. PMID: 34552453; PMCID: PMC8451318
20. Nikolaus Veit-Rubin MD, MBA, Jean Dubuisson MPDD, Abigail Ford MD, Jean-Bernard Dubuisson MD, Sherif Mourad MD, Alex Digesu MD, PhD Veit-Rubin, N, Dubuisson, J, Ford, A, Dubuisson, J-B, Mourad, S, Digesu, A. Burch colposuspension. *Neurourology and Urodynamics*. 2019; 38: 553– 562. <https://doi.org/10.1002/nau.23905>
21. Decano N, Ellis G, Herbison GP, Wilson D, Mashayekhi A. Colposuspensión laparoscópica para la incontinencia urinaria en mujeres. *Base de Datos Cochrane Syst Rev*. 2017; 7:Cd002239
22. Kołodyńska G, Zalewski M, Fink-Lwow F, Mucha A, Andrzejewski W. Quality of Life of Physically Active and Inactive Women Who Are Older after Surgery for Stress Urinary Incontinence Using a Transobturator Tape (TOT). *Journal of Clinical Medicine*. 2021; 10(20):4761. <https://doi.org/10.3390/jcm10204761>
23. Åström, Y., Asklund, I., Lindam, A. *et al.* Calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria que buscan atención mediante e-salud. *BMC Women's Health* 21, 337 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01477-0>

24. Emmons, Kevin R.; Robinson, Joanne P. (2013). *Urinary Incontinence Severity and Quality-of-Life Instruments*. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(4), 350–354. doi:10.1097/WON.0b013e318297c766
25. Tennstedt SL, Litman HJ, Zimmern P, et al. Quality of life after surgery for stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19(12):1631-1638.
26. Opara J, Czerwińska-Opara WE. The prevalence of stress urinary incontinence in women studying nursing and related quality of life. *Prz Menopauzalny*. 2014;13(1):32-35. doi:10.5114/pm.2014.41086.
27. Campos-Nonato I, Galván-Valencia O, Hernández-Barrera L, Oviedo-Solís C, Barquera S. Prevalence of obesity and associated risk factors in Mexican adults: results of the Ensanut 2022. *Salud Publica Mex*. 2023;65(supl 1): S238-S247: S238-S247. doi.org/10.21149/14809
28. Subak LL, Richter HE, Hunskar S. Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update. *J Urol*. 2009;182(6 Suppl):S2-S7. doi:10.1016/j.juro.2009.08.071.
29. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskar S; Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*. 2003;348(10):900-907. doi:10.1056/NEJMoa021788.
30. Yang X, Sayer L, Bassett S, Woodward S. The prevalence, associated factors, and impact of urinary incontinence in pregnant and postpartum women in Nanjing, China: A cross-sectional study. *Asian J Urol*. 2023;10(3):337-343. doi:10.1016/j.ajur.2022.03.016
31. Wong JWH, Ramm O. Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse. *Clin Obstet Gynecol*. 2021;64(2):314-320. doi:10.1097/GRF.0000000000000615

32. Lim CY, In J. Randomization in clinical studies [published correction appears in Korean J Anesthesiol. 2019;72(4):396]. Korean J Anesthesiol. 2019;72(3):221-232. doi:10.4097/kja.19049
33. Viera AJ, Bangdiwala SI. Eliminating bias in randomized controlled trials: importance of allocation concealment and masking. Fam Med. 2007;39(2):132-137.
34. Bandarian M, Ghanbari Z, Asgari A. Comparison of transobturator tape (TOT) vs Burch method in treatment of stress urinary incontinence. J Obstet Gynaecol. 2011;31(6):518-520. doi:10.3109/01443615.2011.578776
35. Asıcıoglu O, Gungorduk K, Besimoglu B, et al. A 5-year follow-up study comparing Burch colposuspension and transobturator tape for the surgical treatment of stress urinary incontinence. Int J Gynaecol Obstet. 2014;125(1):73-77. doi:10.1016/j.ijgo.2013.09.026
36. Shaltout, A., Sabry, K. M., Abdelaal, M. A., Soliman, A. A. Laparoscopic Burch Colposuspension versus Transobturator Tape for Female Genuine Stress Urinary Incontinence. International Journal of Medical Arts, 2021; 3(4): 1827-1834. doi: 10.21608/ijma.2021.83881.1337
37. Akdemir Y, Dincer F, Buyukuysal C, Ozmen U, Harma M, Harma MI. Comparison of outcomes of Burch colposuspension and transobturator tape and single incision needleless procedures (DynaMesh®-SIS minor) for the surgical treatment of female stress urinary incontinence patients who underwent combined pelvic reconstructive surgery or hysterectomy. Int Urol Nephrol. 2020;52(9):1665-1673. doi:10.1007/s11255-020-02549-0

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Yo.....he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera completa, clara y satisfactoria. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos al responder el cuestionario ICIQ-SF, pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

La información obtenida será utilizada únicamente para este estudio.

Una vez especificado lo anterior, convengo en participar en este estudio de investigación. Recibo también una copia de este documento.

Firma de aceptación de los compromisos derivados de este documento:

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

ABREVIATURAS

IUE:Incontinencia urinaria de esfuerzo

IUU: Incontinencia urinaria de urgencia

IUM:Incontinencia urinaria mixta

IMC:Índice de masa corporal

POP:Prolapso de órganos pélvicos

DM: Diabetes mellitus

KHQ: Kings Health Questionaire

ICIQ-SF: International Consultation Incontinence Questionare

TOT:Tension free transobturator tape

CdV: Calidad de vida