

## Artículo de investigación

### La cirugía, solución a los problemas biopsicosociales de la mujer con incontinencia urinaria

#### *Surgery, a solution to the biopsychosocial problems of women with urinary incontinence*

Arturo Martínez García. <https://orcid.org/0000-0001-7983-614X/>.

Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba.

Autor/a para la correspondencia: [toscain1987@gmail.com](mailto:toscain1987@gmail.com).

#### RESUMEN

**Introducción.** La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es un trastorno común. El silencio que rodea la enfermedad y la falta de accesibilidad al tratamiento fisioterápico determinan la relevancia del fenómeno que sorprendentemente está infradiagnosticado, se consulta poco y, por consiguiente, está infratratado. Representa un problema de salud pública por la pérdida de calidad de vida en las dimensiones física, psicológica, social, laboral y deportiva. La técnica de acceso transobturatriz libre de tensión presenta a nivel internacional bajas tasas de complicaciones y recidivas con respecto a la cirugía convencional. **Objetivo.** Determinar la repercusión biopsicosocial de la aplicación de la técnica libre de tensión con bandas de polipropileno transobturatriz, para el tratamiento de la IUE en la mujer, en el Hospital Universitario Dr. Carlos Juan Finlay. **Metodología.** Se realizó un estudio de carácter prospectivo y longitudinal, en el periodo comprendido entre octubre de 2012 y septiembre de 2016 con pacientes que presentaron IUE, quedando conformada la muestra por 95 pacientes. **Resultados.** No se reportan afectación de la calidad de vida de las pacientes operadas. Se logra la curación en 97.9 % de las pacientes. **Conclusiones.** La estigmatización, la vergüenza, el silenciamiento y la naturalización de la IU son las barreras internas más frecuentes en el proceso de búsqueda de atención formal. Después de la aplicación del proceder quirúrgico, no se reportó afectación de la calidad de vida de las pacientes curadas.

*Palabras claves:* incontinencia urinaria de esfuerzo, repercusión biopsicosocial, técnica libre de tensión transvaginal transobturatriz.

---

**ABSTRACT**

**Introduction.** Stress urinary incontinence (SUI) is a common disorder. The silence that surrounds the disease and the lack of accessibility to physiotherapy treatment determine the relevance of the phenomenon, which, surprisingly, is underdiagnosed, little consulted and therefore under-treated. It represents a public health problem due to the loss of quality of life in the physical, psychological, social, occupational, and sports dimensions. The tension-free transobturator access technique presents internationally low rates of complications and recurrences compared to conventional surgery. **Objective.** To determine the biopsychosocial repercussion of the application of the tension-free technique with transobturator polypropylene bands, for the treatment of SUI in women, at the "Dr. Carlos Juan Finlay" University Hospital. **Methodology.** A prospective and longitudinal study was carried out in the period between October 2012 and September 2016 with patients who presented SUI. The sample was made up of 95 patients. **Results.** No impact on the quality of life of the operated patients is reported. Cure is achieved in 97.9% of patients. **Conclusions.** Stigmatization, shame, silencing and naturalization of UI are the most frequent internal barriers in the process of seeking formal care. After the application of the surgical procedure, no impact on the quality of life of cured patients was reported.

Key words: *stress urinary incontinence, biopsychosocial impact, trans-obturator transvaginal tension-free technique.*

**Introducción**

La incontinencia urinaria (IU) es un trastorno común que constituye un problema médico y social importante a nivel mundial con una amplia variación geográfica; su prevalencia aumenta con la edad, con una incidencia en mujeres adultas que fluctúa entre 17 % y 45 % (1,2).

Aunque existen varios tipos de IU, la clasificada como incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es la forma más frecuente, especialmente en la edad media de la vida, con una prevalencia estimada entre 13 y 47 %. Se define como el escape o pérdida involuntaria de orina que ocurre al estornudar, toser, levantar objetos pesados o realizar actividad física debido al aumento de la presión intrabdominal (3-5).

---

Entre los principales factores de riesgo que se citan para el desarrollo de esta enfermedad, se encuentran la edad avanzada, el embarazo, el parto vaginal, la alta paridad, el trauma obstétrico, el sobrepeso u obesidad, la raza blanca y la constipación (6).

En los últimos años, debido al impacto negativo que ha presentado la IUE en la mujer, se ha experimentado una creciente atención por parte de los medios de comunicación, personal sanitario y población general, lo cual ha devenido un incremento en el número de pacientes que acuden a una consulta médica producto de dicha afección (7).

En los Estados Unidos la IUE afecta alrededor de 11 millones de mujeres; de ellas alrededor de 75 % han tenido al menos una gestación o tienen una edad avanzada (8).

En 1965, el costo estimado en pacientes mayores de 65 años con este trastorno fue de 26 billones de dólares y en 1997 casi 226 000 procedimientos quirúrgicos fueron realizados para corregir esta afección. Se estima que 65% de las mujeres de la tercera edad requieren de tratamiento quirúrgico en algún momento de sus vidas por IUE (9).

En Europa es reconocida como un problema de salud que genera un gran coste económico a los sistemas sanitarios públicos. En España, alrededor de 30 % de las mujeres con más de 60 años presentan IUE, aumentando este porcentaje con la edad y duplicándose entre los 65 y 85 años. En el Área 6 de Madrid, en el año 2000 se gastó 8.8 % del presupuesto de salud solo en medicamentos y materiales destinados a la higiene personal de las personas que la padecen (8).

En Australia se estima que afecta a 1.8 millones de mujeres con edad por encima de los 20 años (10).

Una investigación realizada en Buenos Aires mostró que 483 mujeres entre 24 y 85 años presentaban IU; de ellas el 52 % reportó grandes alteraciones en su calidad de vida (11).

Ozel y colaboradores en El Salvador aplicaron una encuesta a una población rural y encontraron una alta incidencia de IU en 71 % de las mujeres, mientras que en los países occidentales estudios epidemiológicos evidenciaron una prevalencia de IUE de 55 % (12).

---

En Cuba, no hemos hallado en la literatura consultada datos demográficos que informen sobre la frecuencia de este padecimiento a nivel nacional; no obstante, se sabe que se incrementa cada vez más y lo hace proporcional con respecto a la edad; sin embargo, solo pocas enfermas consultan a su médico, lo cual está relacionado con la idiosincrasia de la mujer en Cuba. Este aspecto se refleja también en otros países de Latinoamérica, donde se combina con el acceso limitado a la atención de salud o su detección deficiente por parte de los profesionales (1,3).

En las últimas décadas se han incrementado los estudios dedicados a las desigualdades sociales en salud, que han puesto de manifiesto que las mujeres y la población con menor nivel socioeconómico presentan unos indicadores de salud que denotan una peor situación. Sin embargo, la reducción científica de nuestro contexto se define mayoritariamente desde el paradigma occidental hegemónico y es insensible a los determinantes sociales, en los que el silencio que rodea la IU femenina y la falta de accesibilidad al tratamiento fisioterápico de las mujeres determinan la relevancia del fenómeno (13).

La cultura biomédica en la que nos hemos formado es biologicista, esencialista y naturalizadora, ya que sustenta la definición de los síntomas y malestares en la biología (visión unicausal). Las concepciones biomédicas dominantes son tres: una visión universalista y etnocéntrica del cuerpo humano; el enfoque biologicista, que naturaliza las desigualdades sociales, y el androcentrismo, que radicaliza la diferenciación de los sexos, singularizando en exceso lo considerado como femenino (13,14).

Uno de los aspectos más importantes de la IUE es su incidencia en la calidad de vida de las pacientes que la padecen o la modificación de estilos de vida con el objetivo de disminuir el problema, por miedo a ser rechazadas y el abandono de las actividades laborales o sociales (2,9).

### **Estrategias de las mujeres frente a la incontinencia urinaria**

Se podrían diferenciar dos tendencias que a su vez aglutinan diferentes estrategias o motivaciones. Por una parte, encontramos aquellas mujeres que consideran la IU poco grave o molesta como para tomar medidas formales, entendiendo por medidas formales la atención sanitaria. La otra tendencia se da cuando la IU es lo suficientemente molesta

---

o importante como para tomar medidas formales. La correlación «a mayor gravedad de la sintomatología, mayor búsqueda de ayuda formal» no siempre ocurre (13,14).

*La incontinencia urinaria no es un problema tan importante*

A partir de esta premisa, las estrategias que las mujeres ponen en marcha para lidiar con la IU son muy diversas, aunque se debería señalar que este es el camino del silencio o «la táctica del silencio»; es decir, asumir el problema en silencio y optar por la autogestión de los mecanismos necesarios (13,14).

Los motivos de las mujeres para no consultar acerca de su IU, son muchas (13):

- Las creencias culturales y conceptos erróneos que tienen de la IU por falta de conocimiento del proceso fisiopatológico de la enfermedad y de sus posibles tratamientos; es decir, la naturalización de la IU por el hecho de haber parido, la vejez, cirugías como la histerectomía.
- El estigma que hace de la IU algo vergonzoso.
- La falta de confianza en el personal sanitario y en las soluciones que les puedan brindar: en concreto creen que los médicos están demasiado ocupados y priorizan problemas más «importantes».
- Hay factores como la falta de tiempo para cuidarse, pereza, falta de constancia en el seguimiento de técnicas conductuales y miedo a la cirugía.

En las entrevistas a mujeres con IU se detallan algunas de las medidas paliativas que las mujeres adoptan para sobrellevar las inclemencias de las pérdidas de orina. Una de estas, el uso de compresas absorbentes es el *top ten*, favorecida por los anuncios de publicidad emitidos en televisión y por la influencia del mismo personal sanitario (14).

Otras medidas son reducir la ingesta de líquidos, conocer todos los baños públicos donde poder parar a orinar y escoger una ropa que pueda disimular las pérdidas de orina en caso de que se produzcan en público, así como llevar ropa de recambio; dejar de tomar la medicación para la hipertensión arterial (en el caso de que sea diurética); reducir las actividades de ocio y de relaciones sociales; evitar esfuerzos como reír, toser o estornudar; abstenerse de tener relaciones sexuales (13).

---

El olor a orina, relacionado con la vergüenza y el estigma, es una de las preocupaciones más grandes, junto a llevar la ropa visiblemente mojada; por tanto, además de utilizar ropas oscuras y compresas para la incontinencia, también aparece el uso de desodorantes o perfumes como estrategia para disimular la IU (13,14).

*La incontinencia urinaria es un problema importante que requiere solución*

Las mujeres que inician una búsqueda formal para tratar la IU lo hacen motivadas por diferentes razones. Comúnmente, el inicio de la búsqueda coincide con sentir demasiado molesto el problema, tanto que interfiere en las actividades de la vida diaria, en el centro de trabajo o en la vida social (13,14).

La intranquilidad de oler mal o de poder tener un escape en público, y lo bochornoso de esa situación, es otro motivo para emprender acciones (14).

Otras causas que motivan buscar ayuda formal tienen que ver con el apoyo del cónyuge u otro familiar, el impacto nocivo en la calidad de vida, la baja eficiencia en el trabajo o el empeoramiento de los síntomas. Sentir que los síntomas son suficientemente graves como para consultar, también puede ser un detonante para pedir ayuda (6,13).

Se describe también un concepto que emerge de los discursos de las mujeres en este sentido: la búsqueda desesperada de una causa y una cura para la IU. En el momento en que los tratamientos médicos fracasan, aparece el concepto de autosuficiencia, en el que las mujeres desarrollan sus estrategias personalizadas para el manejo de los síntomas, al igual que ocurre entre las mujeres que decidieron no buscar ayuda formal (13).

### **Incontinencia urinaria y género**

Al analizar la IU, es importante recordar los posibles efectos de las diferencias biológicas entre sexos, con casuísticas distintas, como son la posibilidad de alumbrar y la menopausia en el caso de las mujeres, o la patología de próstata en los hombres. En relación con esta cuestión, las diferencias anatómicas y los factores de riesgo diferenciados por sexo predisponen a las mujeres a tener una mayor prevalencia de todos los tipos de IU en relación con los hombres, con una proporción de tres a uno, que se va igualando con el aumento de edad. ¿Pero se sabe cómo afectan los roles de género en la IU? (6,14).

---

En estudios realizados, se concluye que la IU es un problema de salud fuertemente influenciado por los estereotipos de género tradicionales. Por una parte, señala que al asumir las mujeres este problema como natural, no buscan ayuda profesional, y que el colectivo sanitario tampoco ve necesario buscar un tratamiento, porque también asumen la IU en las mujeres como natural, y por la poca gravedad que entraña. Según estos trabajos, los hombres, por su lado, viven la IU como una pérdida del rol tradicional masculino (6,13,14).

También en dichos trabajos se aporta una mirada crítica hacia la incompreensión por parte del personal sanitario de las experiencias que viven las mujeres con IU, quienes han construido un modelo cultural que representa una cuestión de género, en la medida en que consideran que ser incontinente es inevitable para ellas (6,13,14).

Pero el género es una construcción social y cultural y, como tal, el contexto y la cultura desempeñan un papel importante, hasta el punto de que, en diferentes contextos culturales, pueden aparecer nuevas barreras añadidas vinculadas al género (13).

Otros de los efectos negativos provocados por esta enfermedad es la disminución de la función sexual y el deterioro de las relaciones de pareja (1).

La literatura constata que la IU femenina, aun siendo un problema de salud muy común que compromete la calidad de vida de las mujeres, sorprendentemente está infradiagnosticada, se consulta poco y, por consiguiente, está infratratada. También conviene señalar que con frecuencia las mujeres tardan un periodo muy largo, incluso años, desde el primer síntoma hasta la consulta. Además, hay mujeres que nunca llegan a consultar por este problema, y otras no quieren ser tratadas (6,14).

El tratamiento de la IUE consiste inicialmente en el asesoramiento adecuado sobre los hábitos de vida, fisioterapia, una pauta miccional programada, terapia conductual y medicación (4).

Aunque los medicamentos que habitualmente se utilizan para tratar esta enfermedad resultan eficaces en algunos casos, los efectos secundarios conllevan, con frecuencia, a la suspensión de estos tras periodos breves, y lo mejor es utilizarlos como complemento del tratamiento conservador y quirúrgico (4).

---

En la actualidad existe un marcado interés en las terapias conservadoras en la IUE; no obstante, la cirugía constituye la primera opción y es el método más efectivo y duradero (5).

Existen más de ciento cincuenta técnicas quirúrgicas para corregir esta afección; las primeras datan de 1907 cuando Von Giordano desarrolló y aplicó el concepto de cincha, cabestrillo o *sling* alrededor de la uretra, con un colgajo pediculado de músculo gracillis (15).

Las técnicas libres de tensión comienzan a ser utilizadas por Ulstem en 1995, con el uso de cintas de polipropileno macroporos pasada desde la vagina hacia el retropubis, basada en los principios de la teoría integral de la IUE, desarrollada por Petrus y Ulstem (15).

En el año 2001, Delorme fue el primero en practicar el acceso transobturador, en una serie de 40 pacientes con tasas de cura del 90 % y 100 % de mejorías respectivamente. Desde entonces esta técnica ha tenido una buena aceptación por ser relativamente fácil, rápida y con baja incidencia de complicaciones (15).

### **Justificación del problema**

La IU femenina es un problema muy prevalente, aunque poco representado en las encuestas de salud: se considera una epidemia silenciosa y el tercer problema de salud después de las enfermedades coronarias y el cáncer. Representa un problema de salud pública por varias razones, entre las que destacan la pérdida de calidad de vida en todas sus dimensiones (física, psicológica, social, laboral, deportiva...) y el elevado gasto sanitario que genera. Los gastos pueden ser directos o indirectos: los primeros son los dedicados, entre otros, al diagnóstico, tratamientos conservadores y quirúrgicos, fármacos y ayudas técnicas; los indirectos son los relacionados con la pérdida de productividad, ya que, aunque la IU no compromete la vida de las mujeres, las aísla progresivamente, lo que deriva en cierto grado de dependencia.

La IUE constituye una enfermedad frecuente, con un alto índice de recidiva ante el tratamiento quirúrgico convencional. La técnica de acceso transobturador libre de tensión es poco practicada en las instituciones de salud cubanas, pero se reportan a nivel internacional bajas tasas de complicaciones y recidivas con respecto a la cirugía convencional. Debido a lo antes planteado, se decidió realizar la presente investigación a partir del siguiente problema científico: ¿qué repercusión en las dimensiones física,

---



social, psicológica, laboral y deportiva tendrá la aplicación de la técnica transobturatriz libre de tensión con bandas de polipropileno, para el tratamiento de la IUE en la mujer, en el Hospital Universitario Dr. Carlos Juan Finlay?

Esta investigación aportó, desde el punto de vista teórico, conocimientos sobre un tema de repercusión mundial, a partir de estudios que han sido publicados por diferentes autores. Desde el punto de vista social, facilitó la comprensión sobre el impacto real que produce la IUE en la calidad de vida de las mujeres. Por último, desde el punto de vista práctico, aportó nuevas habilidades en el manejo quirúrgico de esta afección fortaleciendo y enriqueciendo su tratamiento.

### **Objetivo general**

Determinar la repercusión biopsicosocial de la aplicación de la técnica transobturatriz libre de tensión con bandas de polipropileno, para el tratamiento de la IUE en la mujer, en el Hospital Universitario Dr. Carlos Juan Finlay.

### **Diseño metodológico**

Se realizó un estudio de carácter prospectivo y longitudinal en el Hospital Militar Central Dr. Carlos Juan Finlay de La Habana, en el periodo comprendido entre octubre de 2012 y septiembre de 2016 con pacientes que presentaron IUE.

En este periodo el universo del estudio estuvo constituido por 261 pacientes femeninas que acudieron a las consultas de Cirugía General, Coloproctología, Urología y Ginecología con diagnóstico presuntivo de IUE. Todas fueron remitidas a una consulta especializada en la que se realizó la evaluación de ellas con vistas a la inclusión en el estudio.

*Criterios de inclusión:* pacientes femeninas con diagnóstico clínico y por estudios urodinámicos de cualquier grado de IUE, mayores de 20 años, que aceptaron por consentimiento informado la participación en el estudio.

*Criterios de exclusión:*

- pacientes con IU diferente a IUE o mixta;
  - pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pelvianos concomitantes que hayan requerido una intervención adicional para su afección;
  - pacientes con antecedentes quirúrgicos para IU o prolapso de órganos pélvicos.
-

*Criterios de salida:*

- pacientes que después de operados no tuvieron un seguimiento mínimo de un año;
- aquellas enfermas en las que no se pudieron recoger todos los datos de la investigación.

*Diseño muestral:* Para determinar el tamaño de la muestra se aplicó la fórmula para proporciones, en la que se tuvo en cuenta la posibilidad de 10 % de pérdidas admitido para este tipo de estudio. Después de aplicada la fórmula, se determinó que debían ser estudiadas 95 pacientes, seleccionadas y asignadas a través de un muestreo aleatorio simple.

*Variables:* edad, factores de riesgo, estudios paraclínicos, tiempo quirúrgico, estadía hospitalaria, grado de IU según ICIQ-SF, complicaciones postoperatorias, grado de solución de la IU.

*Procesamiento estadístico y otros métodos auxiliares.* Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas, se realizó cálculo de media, el rango y la desviación estándar; se estimaron frecuencias y porcentajes para las variables de comportamiento del procedimiento y sus resultados. Para el análisis de la relación entre variables y la significación estadística, se utilizó Chi cuadrado de Pearson, el coeficiente de correlación lineal y las pruebas de homogeneidad e independencia. Se aplicó un test de comparación de medias de dos proporciones independientes (T de Student). Se trabajó con un nivel de confiabilidad de 95 %. Para el procesamiento estadístico, se utilizó el software SPSS V.23. La información fue resumida y presentada mediante tablas y figuras.

*Consideraciones éticas.* El estudio se rigió por los principios establecidos en los códigos de Nuremberg, Helsinki y las normas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), cumpliendo los requisitos éticos de valor, validez científica, selección equitativa del sujeto, proporción favorable de riesgo beneficio y evaluación independiente.

**Resultados**

La incidencia de la IUE aumenta con la edad desde casi 10 % a la edad de 40 años; a 20 % a los 60 años y más de 40 % a los 80 años, según la literatura internacional (16).

---

En el estudio realizado, predominaron las mujeres comprendidas entre los 51 y 60 años, seguidas por las comprendidas entre 61 y 70 años. Esto se corresponde con aspectos expuestos en otros estudios realizados sobre el tema en diferentes países y que han obtenido resultados similares: en más del 50 % la edad ha sido mayor de los 50 años (16-18).

A pesar de no existir en Cuba estudios epidemiológicos que informen sobre la frecuencia de este padecimiento, se sabe que su prevalencia se incrementa cada vez más y se hace proporcional con respecto a la edad. En el Hospital General Docente Miguel Enríquez y en el Hospital General Docente Abel Santa María Cuadrado en Pinar del Río se realizaron estudios sobre IUE (17) en los que la edad promedio de las pacientes fue de 51 y 58 años respectivamente. En Cuba existe un envejecimiento progresivo de la sociedad y se calcula que casi el 50 % de la población pertenece al sexo femenino y alrededor del 16.6 % tiene más de 60 años; entonces es fácil entender la necesidad de una mejor comprensión y tratamiento de la IUE (17-19).

Diferentes factores se consideran como de riesgo para el desarrollo de esta afección. En este estudio se detectaron como más frecuentes la menopausia, la constipación y la multiparidad. La paridad media fue de 3.6 ( $\pm$  0.57) con un rango de 2-5.

Dentro de estos factores de riesgo, dos son no modificables (menopausia y multiparidad), ya que, a pesar de poder disminuir la tasa de paridad, la maternidad constituye una de las etapas más importantes en la vida de la mujer y en la conformación de la familia. Por tanto, la cirugía, con esta técnica novedosa, viene a propiciar la mejoría en la calidad de vida, así como su bienestar biopsicosocial.

Un estudio realizado en los Estados Unidos, Bélgica, Canadá y el Reino Unido por la Asociación Internacional de Uroginecología en 2012 demostró que el 81 % de las pacientes con IUE presentaban menopausia como factor de riesgo (20). Otras investigaciones en Cuba han informado el 75 % de pacientes postmenopáusicas (19).

El cuestionario ICIQ-SF (anexo 1) se aplicó con el fin de conocer el grado de IUE que presentaban las pacientes en el preoperatorio, acorde con sus tres acápites fundamentales (frecuencia de las pérdidas, cantidad de orina, afectación de la calidad de vida percibida por la enferma). Se obtuvo un grado moderado de frecuencia de las pérdidas de orina en 49.5 % de las pacientes y un grado moderado de cantidad de orina

---

en 47.4 % del total. Se reportó como severa la afectación de la calidad de vida diaria percibida por la enferma en 61 pacientes que representan 64.2 % del total de afectadas; en estas pacientes se reportaron las principales limitaciones en su estilo de vida, como el uso de compresas absorbentes o almohadillas sanitarias de forma permanente, la ansiedad de no tener un baño cercano, la no adherencia al tratamiento antihipertensivo con diuréticos e incluso en muchas de ellas la limitación de reír por la posibilidad de mojar su ropa.

Al contrario de lo expuesto en investigaciones realizadas en Chile, Perú y México, en las que el tiempo quirúrgico para la realización de esta cirugía fue de 19.5 minutos, 15 minutos y 19.8 minutos como promedio respectivamente, en la mayoría de las pacientes estudiadas este proceder demoró más de 30 minutos, en contraste también con resultados obtenidos en Venezuela (tiempo quirúrgico medio de 9.57 minutos) (17,21,22). El autor estima que la curva de aprendizaje en la realización de esta técnica quirúrgica novedosa en el centro donde se realizó la presente investigación constituye la explicación por lo que el tiempo quirúrgico fue prolongado con respecto al reportado en la literatura internacional.

Una ventaja relevante de esta opción terapéutica es la corta estadía hospitalaria que conlleva. La mayor parte de la muestra estudiada fue dada de alta en las primeras veinticuatro horas y una sexta parte de ella permaneció en el hospital entre veinticuatro y cuarenta y ocho horas; ninguna paciente requirió más de este tiempo para el egreso. Similares resultados han sido obtenidos en Chile, Nicaragua y Ecuador, donde la estadía hospitalaria fue menor de veinticuatro horas en la mayoría de las pacientes (17).

Este aspecto facilita la rápida incorporación de la mujer al hogar con sus familiares queridos, así como a sus actividades laborales, ya con la solución definitiva de su problema.

Como toda cirugía, la técnica transobturatriz no está exenta de complicaciones (figura 2). Resulta interesante el hecho de que en esta investigación un gran porcentaje de las pacientes operadas no presentó ninguna complicación. Resultados similares fueron obtenidos en la Universidad Cuenca de Ecuador, con 85.2 % de pacientes sin complicaciones (1).

---

En esta investigación la recidiva de la incontinencia fue vista solo en dos casos y ha sido una complicación poco frecuente reflejada en la literatura internacional, con 2 % de los casos en Chile, 10 % en Uruguay y ningún caso en la Universidad de Alabama (16,19,21). En el Hospital General Docente Miguel Enríquez se vio recidiva en solo tres casos (17).

La baja tasa de complicaciones, que incluye la más temida por las mujeres (la recidiva), avala la importancia en el conocimiento de las mujeres de esta técnica quirúrgica, que presenta muchas bondades y resultados probados científicamente en la resolución de un gran problema que afecta de forma directa a la mujer, al cónyuge y al resto de la familia.

El cuestionario ICIQ-SF se aplicó en el postoperatorio de las pacientes tributarias de tratamiento con técnica transobturatriz libre de tensión con bandas de polipropileno, con el objetivo de establecer una relación estadística con los resultados obtenidos con su aplicación en el preoperatorio.

Acorde con la frecuencia de las pérdidas, en la figura 3 se constata que en el preoperatorio predominaban las pacientes con grado moderado de pérdidas de orina (49.5 %), mientras que en el postoperatorio la mayoría de las pacientes no presentaban pérdidas de orina (91.6 %).

Según la cantidad de orina que se escapa, en el preoperatorio predominaban las pacientes con grado moderado de pérdidas de orina (47.4 %), mientras que en el postoperatorio el 91.6 % de las pacientes no presentaban pérdidas de orina (figura 4)

En el preoperatorio, el 64.2 % presentó un grado severo de IUE, mientras que después de la aplicación del proceder quirúrgico no se reportó afectación de la calidad de vida de las pacientes curadas (figura 5).

Con la aplicación del cuestionario ICIQ-SF se constató que el grado de IU postoperatorio presentó una mejoría estadística altamente significativa con respecto al reportado en el preoperatorio. Estos resultados concuerdan con los encontrados en el Hospital General Docente Miguel Enríquez: la media de la puntuación general obtenida a través del cuestionario ICIQ-SF fue de 7.1 en el preoperatorio y de 0.6 en el postoperatorio (19).

Al relacionar los datos obtenidos por la aplicación del ICIQ-SF en el preoperatorio con los obtenidos en el postoperatorio, se encontró un coeficiente de correlación (T de

---

Student) de 0.858 y una  $r^2$  de 0.737, lo cual evidencia una mejoría altamente significativa de las pacientes al aplicar la técnica quirúrgica transobturatriz libre de tensión con bandas de polipropileno.

La evolución postoperatoria, con una media 60 ( $\pm$  9.4) rango 12-48 meses, fue de curación en 97.9 % de las pacientes a las que se les realizó la cirugía. Se reportó fracaso del proceder en 2.1 %.

Todos son resultados satisfactorios que demuestran que la utilización de la técnica libre de tensión transvaginal transobturatriz es una técnica segura y efectiva para el tratamiento de la IUE, y sobre todo repercute de forma positiva en las dimensiones física, social, psicológica y laboral, al lograr la curación de la casi totalidad de las mujeres, con baja tasa de complicaciones, estadía hospitalaria corta y reincorporación rápida de la paciente a su vida normal.

### **Conclusiones**

El silenciamiento de la IU femenina es un fenómeno del cual participan las propias mujeres, el personal sanitario que las atiende, y el contexto social y biomédico en el que se desarrolla.

La naturalización de la IU en las mujeres está presente en la cultura y sociedad, incluido el propio personal sanitario.

La estigmatización y la vergüenza son las barreras internas más frecuentes en el proceso de búsqueda de atención formal. Las condiciones laborales de explotación doméstica, el cumplimiento de los roles de cuidadoras-doble-jornaleras-abuelas-esclavas, y las demandas sociales del culto al cuerpo a las que están sometidas las mujeres, además de predisponerlas a agravar la IU, favorecen su autosilenciamiento por no disponer del recurso del tiempo para cuidarse.

Después de la aplicación del proceder quirúrgico, no se reportó afectación de la calidad de vida de las pacientes curadas, con un cambio total en las dimensiones física, social, psicológica y laboral.

### **Referencias bibliográficas**

1. Gonzaby Campos HE. Análisis comparativo entre la colocación mediouretral de malla sintética (TVT y TOT); en el tratamiento quirúrgico de la incontinencia
-

- 
- urinaria de esfuerzo. Quito; Repositorio de Tesis de Grado y Postgrado DSpace. 2014 [citado 15 Ene 2016]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7338/>.
2. López Tovar M, Fermín M, Márquez S, Márquez D. Evaluación de los resultados de la cura de incontinencia urinaria por técnica de Burch y cabestrillos suburetrales sin tensión. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2017;77(1):5-10.
  3. Hashim H, Abrams P. Evaluation and management of men with urinary incontinence. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA, editors. *Campbell-Walsh Urology*. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. chapter 72.
  4. Kobashi KC. Evaluation and management of women with urinary incontinence and pelvic prolapse. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA, editors. *Campbell-Walsh Urology*. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. chapter 71.
  5. Tapia-Bernal S. Uso de la técnica de colocación de una cinta suburetral transobturatriz en la histerectomía vaginal como tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. *Acta Med Per*. 2015;32(1):25-35 [citado 15 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v32n1/a04v32n1.pdf/>.
  6. Silva Muñoz MA, Gallardo Hormazábal M, López Vera C, Santander Núñez C, Torres Rojas J. Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climatérica. *Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]*. 2018 Mar [citado 15 Oct 2020];44(1):1-14. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2018000100003&lng=es/](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100003&lng=es/).
  7. León Torres K. Incontinencia urinaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica*. 2016 [citado 15 Oct 2020];LXXIII(619):247-53. Disponible en: [https://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiblfq0c3sAhWkxVkJHZiYASQQFjACegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2Frevmedcoscen%2Frmc-2016%2Frmc162j.pdf&usq=AOvVaw1TnK\\_qIMECnCV0wP3OZI6c/](https://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiblfq0c3sAhWkxVkJHZiYASQQFjACegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2Frevmedcoscen%2Frmc-2016%2Frmc162j.pdf&usq=AOvVaw1TnK_qIMECnCV0wP3OZI6c/)
-

- 
8. Arribillaga L, Ledesma M, García A, Bengió A, Orellana S, García H, et al. Diferencias clínicas y urodinámicas en mujeres con incontinencia urinaria mixta e incontinencia urinaria de urgencia pura. *Revista Argentina de Urología*. 2013 [citado 16 Feb 2016];78(4):139-43.
  9. Veloso MD, Saens NP, Ainaudi RMJ, Olivares PA, Cabezas GS, Orozco SC. Cinta suburetral transobturatriz libre de tensión para el tratamiento de la incontinencia de orina de esfuerzo: 3 años de seguimiento. *Rev Chil Obstet Ginecol [serie en Internet]*. 2010 [citado 15 Ene 2016];75(4):240-6. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262010000400005&lng=es/](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000400005&lng=es/)
  10. Legendre G, Ringa V, Fauconnier A, Fritel X. Menopause, hormone treatment and urinary incontinence at midlife. *Maturitas*. 2013 [citado 15 Ene 2016];74(1):26-30.
  11. Palma P, Dambros M, Kobelinsky M. Incontinencia urinaria femenina. *Epidemiología en Suramérica*. Caracas: Uroginecología; 2006.
  12. Ozel B, Borchelt AM, Cimino FM, Cremer M. Prevalence and risk factors for pelvic floor symptoms in women in rural El Salvador. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007 [citado 19 Mar 2015];18:1065-9.
  13. Bosch Donate E. El silenciamiento de la incontinencia urinaria femenina desde una perspectiva de género: accesibilidad al tratamiento fisioterápico. 2017 [citado 19 Oct 2020]. Disponible en: <http://docplayer.es/storage/80/82465866/1603317474/8meLivW3XOgaSfN4vqIjMg/82465866.pdf/>
  14. Ortuño Esparza A, Lozano Alcaraz C. Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia. *Enfuro*. 2014 [citado 14 Oct 2020];127(20-23). [ISSN 0210-9476]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5016117/>
  15. Delorme E, Droup S, De Tayrac R, Delmas V. Transobturador tape (Urotape) a new minimally invasive method in the treatment of Urinary Incontinence in
-



- 
- women. Prog Urol. 2013 [citado 14 Mar 2016];13(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14734007//>
16. Darias Martin JL, Matos Lobaina E, González León T. Utilidad del sling transobturatriz en la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. Rev Cubana Urol. 2016 [citado 19 Sep 2020]. Disponible en: <http://www.revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/235/253>.
17. Balestena Sánchez JM, Martínez Díaz N, Álvarez Rivera Y, Gutiérrez Valdés N. Repercusión de la técnica quirúrgica transobturatriz en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río. 2015 Ene-Feb [citado 26 Feb 2017];19(1). Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/1919/> .
18. Matos Lobaina E, Pedro Silva IE. Aplicación de nueva técnica quirúrgica en la Incontinencia de Esfuerzo femenina. Rev Cubana Urol [serie en Internet]. 2018 [citado 19 Sep 2020]. Disponible en: <http://www.revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/437/> .
19. Adefna Pérez RI, Adefna Berrojo R, Ramos Díaz N, Izquierdo Lara FT, Castellanos González JA, Luque Laborit C. Resultados del cabestrillo suburetral transobturatriz con cinta de polipropileno para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia de orina de esfuerzo. Revista Cubana de Cirugía. 2011 [citado 21 Ene 2016];50(3):312-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281223028008/>
20. Kennelly MJ, Moore R, Nguyen JN, Lukban J, Siegel S. Miniarc® single-incision sling for treatment of stress urinary incontinence: 2-year clinical outcomes. Int Urogynecol J. 2012 [citado 15 Mar 2016];23:1285–91. Disponible en: [https://www.miklosandmoore.com/files/2016/08/2-Miniarc-single-incision-sling-for-treatment-of-sui-2-year-clinical-outcomes.pdf /](https://www.miklosandmoore.com/files/2016/08/2-Miniarc-single-incision-sling-for-treatment-of-sui-2-year-clinical-outcomes.pdf/)
21. Figueira L, García A, Kopecky D, Lemmo A, Pachas R, Cortés R. Cincha transobturatriz con anestesia local para incontinencia urinaria de esfuerzo. Rev Obstet Ginecol Venez [serie en Internet]. 2011 Dic [citado 15 Ene 2016];71(4):246-51. Disponible en:
-

[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322011000400005&lng=es-](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000400005&lng=es-)

22. Qaseem A, Dallas P, Forcica MA. Tratamiento conservador de la incontinencia urinaria en la mujer: una guía de práctica clínica de la American College of Physicians. Ann Intern Med. 2014 [citado 16 Ene 2018];161:429-40. Disponible en: <http://annals.org/article.aspx?articleid=1905131/>

### **Conflicto de intereses**

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Fecha de recepción de original: 2 de agosto de 2021

Fecha de aprobación para su publicación: 28 de abril de 2022