Rev Obstet Ginecol Venez. 2026; 86 (2): 239-250.
https://doi.org/10.51288/00860207

Impacto de la cirugía de corrección de prolapso de órganos pélvicos sobre los síntomas urinarios

Victoria Prada,[1] Lina Figueira,[2] José Cordero-Rojas,[3] Gabriela Berbis,[4] Lourdes Franceschi,[5] Hernán Martínez.[6]

RESUMEN

Objetivo: *Evaluar el impacto de la cirugía de corrección de prolapso de órganos pélvicos sobre los síntomas urinarios de las pacientes de la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Universitario de Caracas.*

Métodos: *Estudio retrospectivo. Se evaluaron los síntomas urinarios que presentaron las pacientes antes y 6 meses posteriores a la cirugía.*

Resultados: *Sesenta y tres pacientes fueron sometidas a cirugía de corrección de prolapso de órganos pélvicos con edades comprendidas entre 45 y 83 años. Se evidenció una mediana de 10 puntos en la escala visual análoga de satisfacción posoperatoria, indicando alto grado de satisfacción y disminución estadísticamente significativa del puntaje de los cuestionarios ICIQ y VHA-V8 en el posoperatorio. En relación a la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta presente en 14,3 % de las pacientes en la evaluación preoperatoria, solo 30 % presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo manifiesta tras la intervención quirúrgica del prolapso. Cuatro pacientes tenían incontinencia urinaria de esfuerzo en el preoperatorio la cual desapareció con la cirugía de prolapso. La incontinencia urinaria de esfuerzo de novo se presentó en un caso. Los casos de urgencia miccional, incontinencia urinaria de urgencia y mixta disminuyeron de manera significativa en la evaluación posoperatoria.*

Conclusión: *La cirugía de corrección de prolapso de órganos pélvicos mejora notablemente los síntomas urinarios en la mayoría de los casos. Sin embargo, en algunas ocasiones deberá plantearse una cirugía en segundo tiempo o tratamiento médico debido a la aparición o persistencia de algún tipo de incontinencia urinaria.*

Palabras clave*: Prolapso de órganos pélvicos, Incontinencia urinaria, Vejiga hiperactiva, Urgencia miccional, Incontinencia urinaria de esfuerzo oculta.*

Impact of pelvic organ prolapse surgery on urinary symptoms

SUMMARY

Objective: *To evaluate the impact of pelvic organ prolapse surgery on urinary symptoms in patients at the Pelvic Floor Unit of the University Hospital of Caracas.*

Methods: *A retrospective, descriptive study was conducted among patients who underwent pelvic organ prolapse correction surgery at the Pelvic Floor. Variables were evaluated before and 6 months after surgery.*

Results: *Sixty-three patients, aged between 45 and 83 years, underwent pelvic organ prolapse surgery. The most commonly performed surgery was obliterative surgery followed by vaginal vault suspension to sacrospinous ligament. A median score of 10 points was observed on the Visual Analogue Scale for satisfaction, indicating a high level of satisfaction, and a statistically significant decrease in the ICIQ and VHA-V8 questionnaire scores postoperatively. Regarding occult stress urinary incontinence, present in 14.3 % of patients at preoperative evaluation, only 30 % presented overt stress urinary incontinence after prolapse surgery. Four patients had stress urinary incontinence preoperatively, which resolved with prolapse surgery. De novo stress urinary incontinence occurred in one case. Urgent urination, urge urinary incontinence, and mixed urinary incontinence decreased significantly in the postoperative evaluation.*

Conclusion: *Pelvic organ prolapse surgery significantly improves urinary symptoms in most cases. However, in some cases, a second-stage surgery or medical treatment should be considered due to the development of new stress urinary incontinence, persistent stress urinary incontinence, urgency urinary incontinence, or persistent urinary urgency.*

Keywords: *Pelvic organ prolapse. Urinary incontinence. Overactive bladder. Urinary urgency. Occult stress urinary incontinence.*

[1]Especialista en Obstetricia y Ginecología. Servicio de Ginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Caracas (HUC) de la Universidad Central de Venezuela (UCV). [2] Especialista en Obstetricia y Ginecología. Profesora Agregada de la Facultad de Medicina. Coordinadora del Curso de Perfeccionamiento Profesional en Piso Pélvico y Jefa de Servicio de Ginecología del HUC/UCV. [3] Especialista en Obstetricia y Ginecología. Curso de Perfeccionamiento Profesional en Piso Pélvico. Profesor instructor de la Facultad de Medicina. Coordinador de Postgrado de Obstetricia y Ginecología. HUC/UCV. [4]Especialista en Obstetricia y Ginecología. Curso de Perfeccionamiento Profesional en Ginecología Endocrinológica y Reproducción. Coordinadora de Pregrado de la Cátedra de Ginecología Escuela de Medicina Luis Razetti. HUC/UCV. [5]Especialista en Obstetricia y Ginecología. Curso de Perfeccionamiento Profesional en Piso Pélvico. [6]Especialista en Obstetricia y Ginecología. Curso de Perfeccionamiento Profesional en Piso Pélvico. Adjunto de la unidad del Servicio de Ginecología y la Unidad de Piso Pélvico del HUC/UCV.

Correo para correspondencia: doctoralinafigueira@gmail.com

Trabajo realizado para aprobar el Curso de Perfeccionamiento Profesional en Piso Pélvico.

Forma de citar este artículo: Prada V, Figueira L, Cordero-Rojas J, Berbis G, Franceschi L, Martínez H. Impacto de la cirugía de corrección de prolapso de órganos pélvicos sobre los síntomas urinarios Rev Obstet Ginecol Venez. 86(2):239-250. DOI: 10.51288/00860207

INTRODUCCIÓN

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es una condición frecuente, especialmente en edades avanzadas, que constituye un problema de salud pública que afecta a millones de mujeres en todo el mundo. Se estima que entre 30 % y 50 % de ellas tienen algún grado de POP y que del 10 % al 20 % requerirá cirugía. En estadios avanzados, puede alterar la calidad de vida de las pacientes al producir limitaciones de las actividades diarias, aislamiento social, inhibición sexual, restricción de empleos, pérdida de oportunidades e independencia (1 - 4).

Así mismo, puede ir acompañado o no de patologías urinarias como incontinencia urinaria de urgencia (IUU), incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), síndrome de vejiga hiperactiva (SVH) y obstrucción vesical (2, 5, 6).

Los síntomas urinarios son uno de los aspectos más importantes que influyen en la calidad de vida de las mujeres con POP. Estos pueden ser consecuencia directa del POP o derivados de otras condiciones asociadas al mismo como la debilidad del soporte uretral, la atrofia vaginal o las infecciones urinarias. Los síntomas urinarios más comunes son incontinencia urinaria, dificultad para la micción, urgencia y/o aumento de la frecuencia urinaria y vaciado incompleto de la vejiga (5 - 9).

La cirugía de corrección de POP es una opción de tratamiento efectiva para mejorar la anatomía pélvica y aliviar los síntomas asociados al POP. Sin embargo, la cirugía también puede tener un impacto sobre los síntomas urinarios, al mejorar, empeorar o provocar incontinencia urinaria o retención urinaria. Los efectos adversos pueden reducir la satisfacción y el bienestar de las pacientes tras la cirugía y requerir tratamientos adicionales o reintervenciones (10). Por lo tanto, es importante conocer el impacto real de la cirugía de corrección de POP sobre los síntomas urinarios para poder informar adecuadamente a las pacientes sobre los riesgos y beneficios de la cirugía, para seleccionar el tipo y la técnica quirúrgica más adecuada para cada caso y para prevenir o tratar los posibles efectos adversos sobre la función urinaria. Así, se podrá mejorar la calidad de vida y la salud femenina de manera global (5, 11, 12).

Los síntomas de vejiga hiperactiva afectan entre el 30 % al 40 % de las pacientes con POP. El impacto de la cirugía de POP sobre los síntomas de vejiga hiperactiva depende del compartimento afectado, siendo más probable que mejoren con la cirugía anterior y/o apical que con la posterior. Sin embargo, no todas las mujeres experimentan una mejoría de los síntomas de vejiga hiperactiva después de la cirugía de POP y algunas pueden incluso empeorar o desarrollar nuevos síntomas (10). En diversos estudios se ha evaluado el impacto de la cirugía reconstructiva del suelo pélvico sobre los síntomas de vejiga hiperactiva (VH) y otros trastornos relacionados con el POP. Dieter y cols. (13) evaluaron a una cohorte de mujeres con SVH sometidas a reparación del prolapso que comprometía pared anterior y pared posterior, observando una mejoría estadísticamente significativa en los síntomas a las seis semanas posteriores a la cirugía del 76 % y el 31 % respectivamente. De manera similar, Liedl y cols. (14) demostraron que la cirugía del POP llevó a una mejoría sustancial en todos los síntomas de VH en su serie, con una tasa de resolución de las quejas moderadas a graves que varió entre el 60 % y el 80 %, lo cual persistió tras 2 años de seguimiento.

Hernández (15) describió los resultados de un estudio sobre la calidad de vida y los síntomas urinarios en mujeres sometidas a colpopexia vaginal. Los resultados indicaron una mejoría en los síntomas de incontinencia urinaria de urgencia y en la calidad de vida tras la cirugía, sugiriendo que la colpopexia vaginal es una opción efectiva para mejorar los síntomas urinarios en mujeres con POP. En conjunto, estos estudios subrayan la relevancia de las intervenciones quirúrgicas en el

manejo de trastornos del suelo pélvico y sus efectos positivos en la calidad de vida de las pacientes.

Por otro lado, en cuanto a la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta (IUEO), identificada en la evaluación preoperatoria al reducir el prolapso, y la presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo tras la corrección quirúrgica del prolapso, van der Ploeg y cols. (16), en una revisión sistemática, concluyeron que las mujeres con síntomas preoperatorios de IUE o IUEO tuvieron un menor riesgo de someterse a cirugía de incontinencia posterior a la cirugía de prolapso vaginal acompañada de cincha suburetral comparada con aquellas de cirugía de prolapso solamente. Ennemeser y cols. (17) señalan que el porcentaje de pacientes con antecedente de IUEO que presentan IUE tras la cirugía de prolapso es del 28,1 % (seguimiento promedio de 5,7 años) y la cirugía anti-incontinencia fue necesaria solo en un 5,3 %. Estos resultados indican que con el enfoque de un solo paso, el 94,7 % habrían recibido cirugía profiláctica anti-incontinencia innecesariamente.

El objetivo del presente estudio es evaluar el impacto de la cirugía de corrección de prolapso de órganos pélvicos sobre los síntomas urinarios en la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Universitario de Caracas entre enero de 2022 y diciembre de 2023.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó pacientes con POP que fueron sometidas a cirugía de corrección de prolapso en la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Universitario de Caracas (HUC) durante el período comprendido entre enero de 2022 y diciembre de 2023. Se excluyeron aquellas pacientes con antecedente de cura operatoria de IUE o aquellas a las que le habían realizado la misma durante la cirugía de corrección del prolapso y las que fallecieron o no regresaron a los controles posoperatorios. Todas las pacientes aceptaron participar en el estudio, firmando el consentimiento informado.

La recolección de datos se realizó mediante la revisión de historias clínicas; las variables evaluadas fueron la edad, antecedentes personales, paridad, grado y tipo de prolapso (anterior, apical, posterior) y el procedimiento quirúrgico realizado. En cada caso se extrajeron los resultados de los cuestionarios de calidad de vida antes y 6 meses después del procedimiento quirúrgico. Se aplicó el cuestionario VHA-V8 para evaluar el impacto en calidad de vida de los síntomas de vejiga hiperactiva. Este cuestionario ha sido validado al español (18), consta de 8 preguntas y se considera positivo cuando el puntaje es > 8 puntos. El ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form), también validado en español, y en poblaciones latinoamericanas como Chile, se usó para evaluar la magnitud, el tipo de incontinencia urinaria y el impacto de la misma en la calidad de vida (puntaje > 1) (19, 20). La escala visual análoga (EVA), que va del 0 al 10, se utilizó para evaluar de manera rápida y sencilla el impacto del POP en la calidad de vida. Se peguntaba a cada paciente qué tanto afectaba el prolapso la realización de sus actividades cotidianas, donde 0 representaba afectación grave y 10 posibilidades de realizar sus actividades diarias sin problemas. Esta escala ha sido validada en estudios internacionales (21).

A cada paciente se le realizó la cuantificación del POP utilizando el Pelvic Organ Prolapse Quantification system (POP-Q), test de esfuerzo, test del hisopo y test de Bonney (en los casos en los que aplicaba). Para descartar IUEO, se redujo el prolapso con la valva posterior de un espéculo de Graves introducido de acuerdo a la medición previa de la longitud total de la vagina en el POP-Q y a continuación se repitió el test de esfuerzo.

El estudio fue aprobado y autorizado por el Comité de Bioética y el Departamento de Registro y Estadística del Hospital Universitario de Caracas.

Los datos fueron analizados por medio de estadística descriptiva como la mediana, valor mínimo y máximo, frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas se compararon antes y después de la cirugía calculando la mediana (valor mínimo y valor máximo) por medio de la prueba de rangos de Wilcoxon y para los contrastes en las variables cualitativas se aplicó la prueba exacta de Fisher, considerándose como estadísticamente significativo cuando $p < 0,05$ y altamente significativo cuando $p < 0,01$. El programa empleado fue el paquete estadístico fue SPSS versión 26 (IBM Chicago, USA).

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 63 pacientes que fueron sometidas a cirugía reconstructiva y obliterativa del piso pélvico entre enero de 2022 y diciembre de 2023. La mayoría tenía entre 59 y 68 años (44,4 %) con un promedio de 60 años, un 52,4 % tenían II a IV gestas y un 22,2 % tenían antecedente de histerectomía. Entre las comorbilidades resalta la hipertensión arterial crónica (HTA) en el 27 % de los casos y un 20,6 % eran pacientes con recidivas de cirugías de POP previas (Tabla 1). Con relación al grado de POP, la mayoría (60,3 %) presentaba estadios avanzados, específicamente, el estadio IV C (Tabla 2).

Dentro de los procedimientos quirúrgicos realizados se destacan la colpocleisis con histerectomía y perineorrafia en el 25,4 % de los casos seguida de histerectomía vaginal más suspensión de la cúpula al ligamento sacroespinoso más perineorrafia en el 15,9 %; el resto de procedimientos se muestran en la tabla 3.

En cuanto a la calidad de vida medida con la EVA, antes de la intervención quirúrgica la mediana de la afectación por el POP fue de 10, indicando una alta afectación antes de la cirugía. Tras la cirugía, la satisfacción con relación a la misma fue de 10 en la mayoría de los casos, sugiriendo un alto grado de satisfacción con el procedimiento (Tabla 4).

Tabla 1. Distribución según las características basales

Variables	n	%
Edad (años)		
48-58	11	17,5
59-68	28	44,4
Más de 68	24	38,1
Gestas		
I	6	9,8
II-IV	33	52,4
V y más	24	38,1
Histerectomía previa		
Sí	14	22,2
No	49	77,8
Comorbilidades		
Ninguna	23	36,5
HTA	17	27,0
Artrosis	11	17,5
Asma	6	9,5
HTA y diabetes mellitus	3	4,8
Epilepsia	1	1,6
Fibromialgia	1	1,6
IAM	1	1,6
Cirugía previa de POP		
Sí	13	20,6
No	50	79,6

Tabla 2. Grado del prolapso

Grado del prolapso	n	%
II-BA	1	1,6
III-BA	16	25,4
III-BP	2	3,2
III-C	6	9,5
IV-C	38	60,3

Tabla 3. Distribución según el tipo de procedimiento

Procedimientos	n	%
Colpocleisis con HV+ perineorrafia	16	25,4
HV + suspensión de cúpula al LSE + perineorrafia	11	15,9
Colpocleisis de cúpula + perineorrafia	6	9,5
Colpocleisis sin HV + perineorrafia	5	7,9
HV + suspensión de cúpula al LSE + colporrafia anterior + perineorrafia	5	7,9
Colporrafia anterior	3	4,8
Sacrocolpopexia + colporrafia anterior + perineorrafia	3	4,8
Suspensión de cúpula al LSE + perineorrafia	3	4,8
Colporrafia posterior + perineorrafia	2	3,2
Traquelectomía + colporrafia anterior + perineorrafia	2	3,2
HST + cervicosacropexia + colporrafía anterior + perineorrafía	1	1,6
HAT + sacrocolpopexia + colporrafía anterior + perineorrafía	1	1,6
HAT + suspensión de cúpula a ligamentos uterosacros + perineorrafía	1	1,6
HAT + sacrocolpopexia + perineorrafía	1	1,6
HV + suspensión de cúpula al LSE con material protésico + colporrafia anterior + perineorrafia	1	1,6
Sacrohisteropexia + perineorrafia	1	1,6
Suspensión de cúpula al LSE + colporrafia anterior + perineorrafia	1	1,6

HV: histerectomía vaginal; LSE: ligamento sacroespinoso; HST: histerectomía subtotal; HAT: histerectomía abdominal total

Tabla 4. EVA para afectación de calidad de vida y de satisfacción posintervención

Renglones	n	Mínimo	Máximo	Mediana
Afectación de calidad de vida (preoperatorio)	63	6	10	10
Satisfacción (posoperatorio)	63	7	10	10

Tabla 5. ICQ-SF y VHA-V8 pre- y posintervención quirúrgica.

Escala	Preintervención		Posintervención		*p*
	n	%	n	%	
ICQ-SF					< 0,001*
≥ 1 punto	37	58,7	9	14,2	
0 punto	26	41,3	54	85,7	
VHA-8					< 0,001*
≥ 8 puntos	50	79,4	14	22,2	
< 8 puntos	13	20,6	49	77,8	

*Prueba exacta de Fisher
ICQ-SF: International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form; VHA-8: cuestionario de vejiga hiperactiva

En la tabla 5 se muestra que el 58,7 % de las pacientes tenían un puntaje de ICQ-SF ≥ 1 antes de la intervención, el cual se redujo a 14,2 % después de la cirugía y este cambio alcanzó significancia estadística ($p < 0,001$). Con relación al VHA-8, antes de la intervención la frecuencia de pacientes con puntaje ≥ 8 puntos fue de 79,4 % y luego de la cirugía descendió a 22,2 %, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Con relación a la IUEO, 9 pacientes (14,3 %) la presentaron en la evaluación preoperatoria de la unidad, de estas, solo 3 (33,3 %) presentaron IUE manifiesta tras la intervención quirúrgica del prolapso (Tabla 6).

Tabla 6. Incontinencia urinaria de esfuerzo oculta

IUE posoperatoria	IUEO		Total
	Si	No	
Si	3	0	3
No	6	54	60
Total	9	54	63

IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo; IUEO: incontinencia urinaria de esfuerzo oculta
Prueba de Fisher $p = 0{,}002$

Al detallar los patrones de síntomas urinarios, 4 pacientes tenían IUE antes de la cirugía de corrección del POP, la cual se resolvió tras la cirugía. La IUE *de novo* se presentó en un caso. En relación a la IUU presente en el 28,6 % en el preoperatorio, disminuyó significativamente a 3,2 % con la cirugía ($p < 0{,}001$). La IUM fue del 22,2 % en el preoperatorio, persistiendo el componente de esfuerzo en el posoperatorio en un 1,6 % ($p < 0{,}001$) y el componente de urgencia en un 3,2 % de los casos ($p = 0{,}002$) (Tabla 7).

Tabla 7. Síntomas urinarios pre- y posintervención quirúrgica

Variables	Preintervención		Postintervención		*p**
	n	%	n	%	
IUE					0,19
Sí	4	6,3	0	0,0	
No	59	93,7	63	100,0	
IUU					< 0,001
Sí	18	28,6	2	3,2	
No	45	71,4	61	96,8	
IUM (persistente para IUE)					< 0,001
Sí	14	22,2	1	1,6	
No	49	77,8	62	98,4	
IUM (persistente para IUU)					0,002
Sí	14	22,2	2	3,2	
No	49	77,8	61	96,8	
IUE *de novo*					1,00
Sí	NA	NA	1	1,6	
No	NA	NA	62	98,4	

IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo; IUU: incontinencia urinaria de urgencia; IUM: incontinencia urinaria mixta; NA: no aplica;
*Prueba exacta de Fisher

DISCUSIÓN

El prolapso de órganos pélvicos afecta la calidad de vida de muchas mujeres, causando síntomas como incontinencia, disfunción sexual y molestias físicas. La cirugía del piso pélvico busca restaurar la anatomía y funcionalidad. Su utilidad radica en aliviar síntomas, mejorar la función urinaria e intestinal y prevenir complicaciones graves (14, 22, 23). Este estudio se diseñó con el objetivo de evaluar el impacto de la cirugía en los síntomas urinarios.

La mayoría de las pacientes de esta investigación tenían edades comprendidas entre los 59 y 68 años, similar a lo informado en estudios internacionales, donde señalan que la patología afecta a mayores de 45 años (24, 25). El mayor porcentaje de las pacientes eran multíparas, lo cual reafirma la multiparidad como un factor de riesgo para POP debido al impacto del trauma obstétrico sobre el piso pélvico (26, 27). El 60 % de las pacientes que fueron sometidas a cirugía tenían un estadio avanzado de POP (IV), similar a la serie de Borsamo y cols. (24), en la que la mayoría tenía un estadio III y IV que ellos adjudicaron al retraso mayor a un año para el tratamiento quirúrgico. Si bien esta variable no fue evaluada en el estudio, muy probablemente puede explicarse por la misma situación, pues en las instituciones públicas la demanda supera la oferta con relación a las intervenciones quirúrgicas y genera retrasos considerables.

La cirugía obliterativa constituyó la intervención quirúrgica más frecuente en esta serie (42,8 %), seguida por la colposuspensión al ligamento sacroespinoso

tras la histerectomía vaginal. La cirugía obliterativa es una alternativa valiosa para la corrección del POP en pacientes con edad avanzada debido a su alta tasa de éxito frente a una menor frecuencia de complicaciones, reservada solo para pacientes que no desean continuar el ejercicio de su función sexual con penetración vaginal (28). La suspensión al ligamento sacroespinoso es la cirugía reconstructiva que más se realiza en la unidad de piso pélvico de la institución pues tiene una alta tasa de curación con pocas complicaciones (29). Ambos procedimientos representaron más del 70 % de los casos intervenidos.

De acuerdo a los hallazgos obtenidos en la evaluación de la calidad de vida de las pacientes antes y después de la cirugía, se demostró un impacto positivo de la intervención, similar a lo informado en el estudio de Rajabzadeh y cols. (30), quienes demostraron, en particular con la técnica de colpocleisis, un alto éxito subjetivo y objetivo, bajo arrepentimiento y bajo riesgo de complicaciones. Una revisión sistemática con metaanálisis reveló una mejoría significativa en la calidad de vida de las mujeres tras la cirugía reconstructiva abdominal y vaginal (31); estos hallazgos han sido constantes en diferentes publicaciones (11, 29, 32, 33).

La frecuencia miccional y la urgencia mostraron mejoría significativa posterior a la cirugía, lo que resalta una de las ventajas de la intervención en términos de calidad de vida. El puntaje del cuestionario ICQ-SF, que evalúa la frecuencia, la gravedad y el impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida, disminuyó en más del 40 % de lo que tenían previo a la intervención (58,7 % a 14,2 %). El VHA-V8, que mide la magnitud de la afectación de la calidad de vida derivada de los síntomas de VHA, disminuyó en el posoperatorio, de 79,4 % a 22,2 %; estos resultados concuerdan con los hallazgos de Liedl y cols. (14). Aunque la cirugía de corrección de POP mejora significativamente los síntomas de incontinencia urinaria y la calidad de vida relacionada con los trastornos miccionales, los resultados posoperatorios sugieren que, en algunos casos, podrían ser necesarios tratamientos adicionales para abordar la incontinencia urinaria de urgencia no resuelta (34).

De los 9 casos de IUEO, solo un tercio presentaron IUE clínica en el posoperatorio, dato que resalta en esta investigación, a pesar del tamaño de la muestra, dada las posiciones encontradas entre las escuelas que promueven no corregir de rutina la IUEO, sino hacerlo en un segundo tiempo solo a aquellas pacientes que presentan la IUE en el posoperatorio, frente a las que de rutina les colocan cincha a todas. La pauta en la Unidad de Piso Pélvico de la institución es la resolución en 2 pasos, ya que el valor predictivo del hallazgo al examen físico de IUEO es muy variable en la literatura y por ende, se corre el riesgo de colocar cinchas, con su potencial riesgo de complicaciones asociadas, a un número considerable de paciente que no lo requerirían. Jelovsek (35) destaca que esta estrategia evita que aproximadamente el 57 % se sometan a un procedimiento anti-incontinencia innecesario, reduciendo así los riesgos asociados. Lo y cols. (36) coinciden, señalando que el objetivo principal es minimizar las complicaciones quirúrgicas. Este enfoque se justifica aún más por el hecho de que la corrección del prolapso por sí sola resuelve los síntomas de IUEO en cerca del 50 % de los casos. Cohn y Smith (37) advierten que tratar a todas las pacientes con un procedimiento de IUE concurrente podría exponer hasta a un 75 % de ellas a efectos adversos sin un beneficio claro. La preocupación por la tasa de reintervención también refuerza el enfoque diferido. Wu y cols. (38) demostraron que el riesgo de reintervención a cinco años es mayor para las cirugías que incluyen la corrección de POP, independientemente de si se realiza o no un procedimiento concomitante para IUE. Este hallazgo subraya la importancia de evitar cirugías innecesarias. En este contexto, es imperativo que todas las pacientes, incluidas las que no tienen IUE

clínica u oculta, sean informadas de la probabilidad de IUE, la posible necesidad de reintervenciones y los riesgos de resultados adversos a corto y largo plazo asociados con la cirugía anti-incontinencia. Por otro lado, diversos estudios han aportado evidencia sólida a favor de la estrategia combinada. Van der Ploeg y cols. (39), en un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico en pacientes con POP e IUEO, reportaron ausencia de IUE posoperatoria en un 86 % de las mujeres con cinchas concurrentes frente al 48 % en aquellas sometidas únicamente a corrección del POP. Además, ningún caso en el grupo de cirugía combinada requirió reintervención, a diferencia del 13 % del grupo control. Este estudio demostró que las cinchas simultáneas, no solo reduce la IUE posoperatoria, sino que también previene la necesidad de cirugías secundarias.

En esta serie hubo 4 pacientes que presentaron IUE clínica previa a la cirugía. Dos de ellas tenían un POP estadio III Ba y se le realizó una suspensión al ligamento sacroespinoso (sin colporrafía asociada) a una y una cirugía de Manchester con colporrafía anterior a la otra. Las otras dos pacientes tenían un POP estadio IV C y se les realizó una colpocleisis con histerectomía vaginal. Llama la atención que todas quedaron continentes después de la cirugía de POP ($p < 0{,}001$). Sin embargo, el número de pacientes con IUE prequirúrgica fue muy bajo y por lo tanto no se pueden generalizar estos hallazgos. En una revisión sistemática realizada por Baessler y cols. (40), en donde se estudiaron pacientes con IUE a las que se le realizó un procedimiento adicional para la continencia (colocación de cincha mediouretral) durante la reparación del prolapso vaginal, y pacientes en donde se difirió la colocación de la cincha, encontraron que la cirugía anti-incontinencia podía posponerse tres meses después de la cirugía de prolapso con tasas de éxito similares, evitando en algunas pacientes una cirugía innecesaria con sus complicaciones asociadas. La evidencia sugirió poca o ninguna diferencia entre estos 2 grupos con relación a IUE posoperatoria (RR 0,41; IC del 95 %: 0,12 a 1,37 evidencia de calidad moderada). Sin embargo, también reportan que el riesgo de IUE con cirugía POP sola es de 39 % y el riesgo con una cincha mediouretral concurrente es del 8 % al 19 %, porcentajes que muchos cirujanos siguen considerando para el uso de cincha concomitante.

La IUE de novo se encontró en un solo caso (1,6 %), lo cual es menor a lo reportado por Van der Ploeg y cols. (16), quienes, en una revisión sistemática, encontraron una incidencia del 7 %. Otro estudio reciente, con una muestra considerable (2677 pacientes), reportó IUE de novo en 20 % de ellas; incluso hay reportes de tasas tan altas como un 42 % (41). Sin embargo, es importante considerar que la aparición de nuevos casos de incontinencia urinaria puede depender de la técnica quirúrgica utilizada y de las características individuales de las pacientes, como las comorbilidades y el tipo de prolapso.

Con relación a los efectos de la intervención quirúrgica sobre los síntomas IUU, el impacto fue enorme, pues se redujo del 28,6 % al 3,2 %. Esto concuerda con la mayoría de la literatura publicada al respecto que revela que, en general, la cirugía de POP mejora significativamente los síntomas relacionados con el POP, con tasas de satisfacción superiores al 80 % en seguimientos a mediano plazo (42), especialmente la IUU (43 - 46).

Así mismo, se evidencia una reducción importante de los casos de IUM, con mejor resolución del componente de esfuerzo en comparación con el de urgencia. Un análisis secundario de varios ensayos multicéntricos de mujeres con IUM determinó que del 50 % al 70 % de las pacientes informaron reducción en los síntomas de VHA e IUU (44). Liedl y cols. (14) encontraron que la cirugía de corrección del POP mejoró significativamente estos síntomas, particularmente en aquellos casos con reparación anterior/apical. Sin embargo, en comparación con las mujeres con solo síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo, las mujeres con síntomas de incontinencia

urinaria mixta tenían tasas de curación más bajas (47 - 49). Por otro lado, también se ha demostrado que las pacientes con IUM tuvieron mayor probabilidad de lograr continencia urinaria si presentaban un estadio 3 – 4 en la escala POP-Q. Esto resalta la efectividad de las intervenciones quirúrgicas en pacientes con POP (50).

En conclusión, la cirugía de corrección de prolapso de órganos pélvicos mejora notablemente los síntomas urinarios en la gran mayoría de los casos. En algunas ocasiones, sin embargo, se requerirá cirugía anti-incontinencia en un segundo tiempo por aparición o persistencia de la IUE o tratamiento médico por persistencia o aparición de síntomas de VHA. Este es un estudio piloto con una muestra pequeña; se requieren estudios con muestras más grandes.

Se sugiere mantener una evaluación posoperatoria exhaustiva y el monitoreo continuo, así como la consideración de tratamientos adicionales, evaluar los efectos a largo plazo y comparar procedimientos quirúrgicos para mejorar los resultados.

AGRADECIMIENTOS

A cada integrante de la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Universitario de Caracas y a las pacientes que depositan su confianza en nuestra unidad.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Wallace SL, Miller LD, Mishra K. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. Curr Opin Obstet Gynecol. 2019;31(6):485-493. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000584.
2. Becerro Cortizas A, Aizpitarte Gorrochategui I, Díez-Itza I. Resultado de la cirugía del prolapso del suelo pélvico a largo plazo. Progresos Obstet y Ginecol [Internet]. 2006 [consultado el 18 de noviembre de 2023];49(12):701–11. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2189744.
3. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J. 2013;24(11):1783-90. DOI: 10.1007/s00192-013-2169-9.
4. Cheon C, Maher C. Economics of pelvic organ prolapse surgery. Int Urogynecol J. 2013;24(11):1873-6. DOI: 10.1007/s00192-013-2178-8.
5. Hu JS, Pierre EF. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. Am Fam Physician [Internet]. 2019 [consultado el 18 de noviembre de 2023];100(6):339-348. Disponible en: https://www.aafp.org/afp/2019/0915/p339.
6. Tunn R, Baessler K, Knüpfer S, Hampel C. Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Women. Dtsch Arztebl Int. 2023;120(5):71-80. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0406.
7. Good MM, Solomon ER. Pelvic Floor Disorders. Obstet Gynecol Clin North Am. 2019;46(3):527-540. DOI: 10.1016/j.ogc.2019.04.010.
8. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, *et al*. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourol Urodyn [Internet]. 2010 [consultado el 18 de noviembre de 2023];21(1):5–26. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.20798.
9. Anglim BC, Ramage K, Sandwith E, Brennand EA; Calgary Women's Pelvic Health Research Group. Postoperative urinary retention after pelvic organ prolapse surgery: influence of peri-operative factors and trial of void protocol. BMC Womens Health. 2021;21(1):195. DOI: 10.1186/s12905-021-01330-4.
10. Karjalainen PK, Tolppanen AM, Mattsson NK, Wihersaari OAE, Jalkanen JT, Nieminen K. Pelvic organ prolapse surgery and overactive bladder symptoms-a population-based cohort (FINPOP). Int Urogynecol J. 2022;33(1):95-105. DOI: 10.1007/s00192-021-04920-w.

11. Espiño-Albela A, Castaño-García C, Díaz-Mohedo E, Ibáñez-Vera AJ. Effects of Pelvic-Floor Muscle Training in Patients with Pelvic Organ Prolapse Approached with Surgery vs. Conservative Treatment: A Systematic Review. J Pers Med. 2022;12(5):806. DOI: 10.3390/jpm12050806.
12. Belayneh T, Gebeyehu A, Adefris M, Rortveit G, Gjerde JL, Ayele TA. Pelvic organ prolapse surgery and health-related quality of life: a follow-up study. BMC Womens Health. 2021;21(1):4. DOI: 10.1186/s12905-020-01146-8.
13. Dieter AA, Edenfield AL, Weidner AC, Siddiqui NY. How does site of pelvic organ prolapse repair affect overactive bladder symptoms? Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2014;20(4):203-7. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000087.
14. Liedl B, Goeschen K, Sutherland SE, Roovers JP, Yassouridis A. Can surgical reconstruction of vaginal and ligamentous laxity cure overactive bladder symptoms in women with pelvic organ prolapse? BJU Int. 2019;123(3):493-510. DOI: 10.1111/bju.14453.
15. Hernández A. Impacto de la colpopexia vaginal sobre síntomas de incontinencia urinaria y calidad de vida en prolapso genital [tesis en Internet]. Bogotá: Universidad de Rosario; 2020 [consultado el 20 de marzo de 2025]. Disponible en: https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/25835.
16. van der Ploeg JM, van der Steen A, Oude Rengerink K, van der Vaart CH, Roovers JP. Prolapse surgery with or without stress incontinence surgery for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of onográfic trials. BJOG. 2014;121(5):537-47. DOI: 10.1111/1471-0528.12509.
17. Ennemeser S, Schönfeld M, von Bodungen V, Dian D, Friese K, Jundt K. Clinical relevance of occult stress urinary incontinence (OSUI) following vaginal prolapse surgery: long-term follow-up. Int Urogynecol J. 2012;23(7):851-5. DOI: 10.1007/s00192-012-1765-4.
18. Brenes FJ, Angulo JC, Ochayta D, Rejas J, Arumí D, Cañadas A, *et al*. Validación psicométrica de las escalas OAB-V8 y OAB-V3 para la detección de pacientes con probable vejiga hiperactiva en la población española. Medicina Clínica [Internet]. 2014 [consultado 20 de marzo de 2025];143(12):521-9. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-psicometrica-escalas-oab-v8-oab-v3-S0025775314001602l8.
19. Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF [Internet]. Madrid: Asociación Española de Urología; s/f [consultado el 22 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.aeu.es/wp-content/uploads/cuestionarios/ICIQ_SF.pdf
20. Busquets CM, Serra TR. Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Rev Méd Chile. 2012; 140(3): 340-346. Disponible en: DOI: 10.4067/S0034-98872012000300009.
21. Zamora-Sánchez JJ, Pérez-Tortajada G, Mendoza-García de Paredes MD, Guerrero-Gancedo MM. Calidad de vida percibida de los pacientes complejos en un programa de gestión de casos en atención primaria de salud. Enferm Clín [Internet]. 2012 [consultado el 22 de abril de 2024];22(5):239–46. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862112000794.
22. Karjalainen PK, Gillor M, Dietz HP. Predictors of occult stress urinary incontinence. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2021;61(2):263-269. DOI: 10.1111/ajo.13290.
23. Abrar S, Rizvi RM, Zahid N. The association of symptoms of overactive bladder with pelvic organ prolapse and its improvement after pelvic reconstructive surgery. Pak J Med Sci. 2021;37(3):897-902. DOI: 10.12669/pjms.37.3.3312.
24. Borsamo A, Oumer M, Asmare Y, Worku A. Factors associated with delay in seeking treatment among women with pelvic organ prolapse at selected general and referral hospitals of Southern Ethiopia, 2020. BMC Womens Health. 2021;21(1):86. DOI: 10.1186/s12905-021-01245-0.
25. Borsamo A, Oumer M, Worku A, Asmare Y. Associated factors of pelvic organ prolapse among patients at Public Hospitals of Southern Ethiopia: A case-control study design. PloS One. 2023;18(1):e0278461. DOI: 10.1371/journal.pone.0278461.
26. Salvatore S, De Bastiani S, Del Deo F. Epidemiology and Etiology of Pelvic Organ Prolapse. In: Pelvic Floor Disorders. Cham: Springer International Publishing; 2021: 547–54. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-40862-6_45.
27. Schulten SFM, Claas-Quax MJ, Weemhoff M, van Eijndhoven HW, van Leijsen SA, Vergeldt TF, *et al*. Risk factors for primary pelvic organ prolapse and prolapse recurrence: an updated systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2022;227(2):192-208. DOI: 10.1016/j.ajog.2022.04.046.
28. Roncatti De Carli VC, Palma Rodrigues PC, Lopes Duarte E, Arratia Mamani SJ. Colpocleisis para el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal grave. Cuad Hosp Clín [Internet]. 2018 [consultado el 23 de mayo de 2025];59(1):56–61. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762018000100007.

29. Martins SB, Castro RA, Takano CC, Marquini GV, Oliveira LM, Martins Junior PCF, *et al*. Efficacy of Sacrospinous Fixation or Uterosacral Ligament Suspension for Pelvic Organ Prolapse in Stages III and IV: Randomized Clinical Trial. Rev Bras Ginecol Obstet. 2023;45(10):e584-e593. DOI: 10.1055/s-0043-1772592.
30. Rajabzadeh F, Mallah F, Sahebi L, Salehi-Pourmehr H. Satisfaction and Quality of Life of Elderly Women with Pelvic Organ Prolapse Undergone Colpocleisis. J Urol Surg. 2024; 11(3):173–178. DOI: 10.4274/jus.galenos.2024.2024-2-5.
31. Ghanbari Z, Ghaemi M, Shafiee A, Jelodarian P, Hosseini RS, Pouyamoghaddam S, *et al*. Quality of Life Following Pelvic Organ Prolapse Treatments in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Med. 2022;11(23):7166. DOI: 10.3390/jcm11237166.
32. Deldar Pesikhani M, Ghanbari Z, Eftekhar T, Kazemi M, Nassiri S, Sabzi Shahrbabaki F, *et al*. Long-term outcomes and quality of life after Manchester procedure for pelvic reconstructive surgery in women with cervical elongation. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2023;289:152-157. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2023.08.371.
33. Mattsson NK, Karjalainen PK, Tolppanen AM, Heikkinen AM, Sintonen H, Härkki P, *et al*. Pelvic organ prolapse surgery and quality of life-a nationwide cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2020;222(6):588.e1-588.e10. DOI: 10.1016/j.ajog.2019.11.1285.
34. Hartigan SM, Smith AL. Disparities in Female Pelvic Floor Disorders. Curr Urol Rep. 2018;19(2):16. DOI: 10.1007/s11934-018-0766-3.
35. Jelovsek JE. Predicting urinary incontinence after surgery for pelvic organ prolapse. Curr Opin Obstet Gynecol. 2016;28(5):399-406. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000308.
36. Lo TS, Kamarudin M, Chiung HK, Rom E, Rellora LE, Hsieh WC. Comparison of Urinary Incontinence Occurrence Among Patients with Advanced Pelvic Organ Prolapse After Single Incision Mesh (SIM) and Anterior Mesh (A-Mesh) With Sacrospinous Ligament Fixation (SSF) Surgery at 1 Year Follow-Up Study. Low Urin Tract Symptoms. 2025;17(4):e70017. DOI: 10.1111/luts.70017.
37. Cohn JA, Smith AL. Management of Occult Urinary Incontinence with Prolapse Surgery. Curr Urol Rep. 2019;20(5):23. DOI: 10.1007/s11934-019-0885-5.
38. Wu JM, Dieter AA, Pate V, Jonsson Funk M. Cumulative Incidence of a Subsequent Surgery After Stress Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse Procedure. Obstet Gynecol. 2017;129(6):1124-1130. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002051.
39. van der Ploeg JM, Oude Rengerink K, van der Steen A, van Leeuwen JH, van der Vaart CH, Roovers JP, *et al*. Vaginal prolapse repair with or without a midurethral sling in women with genital prolapse and occult stress urinary incontinence: a randomized trial. Int Urogynecol J. 2016;27(7):1029-38. DOI: 10.1007/s00192-015-2924-1.
40. Baessler K, Christmann-Schmid C, Maher C, Haya N, Crawford TJ, Brown J. Surgery for women with pelvic organ prolapse with or without stress urinary incontinence. Cochrane Database Syst Rev. 2018;8(8):CD013108. DOI: 10.1002/14651858.CD013108. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2026;2:CD013108. DOI: 10.1002/14651858.CD013108.pub2.
41. Karjalainen PK, Tolppanen AM, Wihersaari O, Nieminen K, Mattsson NK, Jalkanen JT. Changes in Stress Urinary Incontinence Symptoms after Pelvic Organ Prolapse Surgery: a Nationwide Cohort Study (FINPOP). Int Urogynecol J. 2024;35(4):909-919. DOI: 10.1007/s00192-024-05760-0.
42. Al-Mandeel H, Ross S, Robert M, Milne J. Incidence of stress urinary incontinence following vaginal repair of pelvic organ prolapse in objectively continent women. Neurourol Urodyn. 2011;30(3):390-4. DOI: 10.1002/nau.20947.
43. Iglesia CB, Smithling KR. Pelvic Organ Prolapse. Am Fam Physician [Internet]. 2017 [consultado el 20 de marzo de 2025];96(3):179-185. Disponible en: https://www.aafp.org/afp/2017/0801/p179.
44. Hajhashemi M, Zafarbakhsh A, Movahedi M, Rafieezadeh A, Sattari Rizi B. Comparison of High Uterosacral and Sacrospinous Ligament Suspension Surgeries for the Treatment of Pelvic Organ Prolapse in Women. Adv Biomed Res. 2023;12:164. DOI: 10.4103/abr.abr_168_22.
45. Li S, Tan C, Yang X. The effects of vaginal surgery and pelvic floor disorders on female sexual function. J Sex Med. 2023;20(5):645-650. DOI: 10.1093/jsxmed/qdad020.
46. González La Rotta M, Bravo-Balado A, Ramos A, Plata M. Incontinencia urinaria de esfuerzo femenina: aproximación racional a su diagnóstico y manejo. Rev Urolog Colomb. 2018;27(2): 115-125. DOI:10.1055/S-0038-1654719.
47. Franco A, Peri Cusi L, Alcaraz A. Incontinencia urinaria [Internet]. Barcelona: Servicio de Urología, ICNU, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 2008 [consultado el 28 de septiembre de 2022]:28. Disponible en: https://ulceras.net/ onográfico/92/76/incontinencia.html
48. Jain P, Jirschele K, Botros SM, Latthe PM. Effectiveness of midurethral slings in mixed urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J. 2011;22(8):923-32. DOI: 10.1007/s00192-011-1406-3.

49. Gleason JL, Parden AM, Jauk V, Ballard A, Sung V, Richter HE. Outcomes of midurethral sling procedures in women with mixed urinary incontinence. Int Urogynecol J. 2015;26(5):715-20. DOI: 10.1007/s00192-014-2580-x.

50. Elser DM. Recognizing and Managing Common Urogynecologic Disorders. Obstet Gynecol Clin North Am. 2017;44(2):271-284. DOI: 10.1016/j.ogc.2017.02.011.

Recibido 9 de diciembre de 2025
Aprobado para publicación 24 de mayo de 2026