

FACULTAT DE MEDICINA / UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

**TREBALL DE RECERCA CORRESPONENT AL MÀSTER OFICIAL
“INVESTIGACIÓ CLÍNICA APLICADA EN CIÈNCIES DE LA SALUT”**

Juny 2013

AUTOR:

CARLOS ERRANDO SMET

TÍTOL:

**VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA TRAS IMPLANTE
DE CABESTRILLO AJUSTABLE TIPO REMEEX EN
INCONTINENCIA DE ORINA FEMENINA RECIDIVADA O
INSUFICIENCIA ESFINTERIANA INTRÍNSECA**

DIRECCIÓ: PROF. ANTONI GELABERT MAS

INDICE

	Página
Resumen	3
Introducción	4
Material y Métodos	4
Resultados	8
Dicusión	10
Conclusiones	14
Bibliografía	15
Figuras	17
Tablas	18
Gráficas	20
Anexo	21

RESUMEN

Introducción

Se evalúa la calidad de vida (CdV) tras implante de cabestrillo suburetral ajustable (Remeex) en pacientes con incontinencia de orina de esfuerzo recidivada (IOEr) o incontinencia esfinteriana intrínseca (IEI).

Metodos

Se analizan 54 mujeres tras un Remeex (seguimiento mínimo: 42 meses). Se clasifican mediante Prueba de la tos, Qtip, y Urodinamia en: IOEr (25 casos) y IEI (29 casos). La CdV se evalúa mediante el cuestionario Kings Health (KH) diseñado para evaluar el impacto de la incontinencia en la CdV. Contiene 21 preguntas agrupadas en 9 dominios y un dominio adicional (escala de molestia). Las variables clínicas incluyen la prueba de la tos, la prueba del pañal de 1 hora y la Urodinamia.

Resultados

La comparación entre las puntuaciones pre y postoperatorias muestra una mejoría estadísticamente significativa en 8/9 dominios del KH. El cambio mínimo fue de 10 puntos en todos ellos. No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en la mejoría en pacientes con IOEr versus IEI. Siete pacientes (13%) presentaron incontinencia de urgencia mostrando puntuaciones significativamente más altas en 1 dominio del KH.

Tras un seguimiento medio de 49 meses, 46 pacientes (85%) estaban curadas de IOE (prueba de la tos y Prueba del Pañal negativas). Ocho pacientes (15%) no estaban objetivamente curadas, aunque 3 estaban suficientemente satisfechas, rechazando el reajuste, y 5 están en lista de espera para reajuste.

Conclusiones

La cirugía de Remeex condiciona una mejoría estadísticamente significativa en la CdV percibida por las pacientes. Esta mejoría es similar en pacientes con IOEr y IEI.

INTRODUCCIÓN:

La incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) no representa un riesgo vital para las pacientes, sin embargo influye negativamente sobre la calidad de vida. Las consecuencias de la incontinencia son considerables, causando vergüenza, stress, frustración, pérdida de dignidad, pensamientos depresivos y disminución de la actividad diaria (1). No sólo afecta a la esfera física o sexual, sino que dificulta la normal interacción social por inseguridad acerca de la propia higiene (2,3).

La corrección quirúrgica de la IOE mediante cabestrillo libre de tensión tipo retropúbico o transobturador, ha mostrado buenos resultados a largo plazo en casos no complicados (4,5,6). Sin embargo su eficacia en el tratamiento de la incontinencia recidivada (IOEr) tras una cirugía previa, o en pacientes con incontinencia esfinteriana intrínseca (IEI) no está totalmente evaluada (7,8).

El cabestrillo de tensión ajustable tipo Remeex ha mostrado una buena eficacia en el tratamiento de ambos tipos de incontinencia complicada (9). El objetivo del presente trabajo es evaluar prospectivamente la incidencia en la calidad de vida tras cirugía tipo Remeex en pacientes con IOEr o IEI.

PACIENTES Y METODOS:

Se estudian los resultados de 54 mujeres con una edad media de 67 años (40-84) incluidas en un estudio prospectivo con la intención de conocer los resultados funcionales y de CdV tras la corrección quirúrgica de su IOE mediante suspensión uretral en cabestrillo de tensión ajustable tipo Remeex. Es un estudio abierto realizado en un único centro de tercer nivel. Todas las

pacientes presentaban IOE objetivada en la exploración física y/o estudio urodinámico (EUD). El estudio preoperatorio consistió en la realización de una historia clínica uroginecológica estándar, valoración de prolapso de suelo pélvico evaluación de la movilidad uretral mediante Q-tip test (valoración del ángulo descrito por un bastoncillo introducido en la uretra, en reposo y con tos) y la cumplimentación del cuestionario King's Health (KH) (anexo). El KH es un cuestionario autoadministrado, validado en castellano (10), específico de la condición de incontinencia diseñado para evaluar el impacto de la incontinencia de orina en la CdV de la mujer. Consiste en 7 dominios con múltiples ítems (limitación en las actividades diarias, limitaciones sociales, limitaciones físicas, relaciones personales, emociones, sueño/energía, gravedad de la incontinencia) y 2 dominios de 1 sólo ítem (salud general e impacto de la incontinencia). Tiene un dominio adicional que valora la molestia por síntomas vesicales. Cada dominio tiene una puntuación máxima de 100, siendo las puntuaciones más bajas las que reflejan mejor calidad de vida (11).

Todas las pacientes se estudiaron mediante EUD completo, consistente en flujometría fisiológica, medición del residuo postmiccional, cistometría y estudio presión/flujo. Nueve pacientes presentaban detrusor hiperactivo asociado a su incontinencia de esfuerzo (incontinencia urodinámicamente mixta). De acuerdo con las recomendaciones de las líneas guía de la Asociación Europea de Urología relativas al manejo especializado de la IOE, se evaluó la función uretral mediante la realización de perfil de presión uretral (12). Ocho pacientes que presentaban prolapso de suelo pelviano se excluyeron del estudio. Las pacientes incluidas se clasificaron en 2 grupos: IOEr e IEI. Las 25 pacientes (46%) clasificadas como IOEr presentaban una uretra híper móvil y por lo

menos una cirugía previa tipo TVT (tensión-free vaginal tape) o TOT (transobturator tape) (18 pacientes) o suspensión uretral retropúbica (7 casos). Las 29 pacientes (53%) clasificadas como IEI cumplían todos los siguientes criterios: escape en reposo o mínimos esfuerzos (como caminar) movilidad uretral inferior a 20 grados en el Q-tip test y presión máxima de cierre uretral inferior a 20 cm de agua. La mayoría de las pacientes del grupo IEI (95%) presentaban también una recidiva tras una media de 3 cirugías anti incontinencia previas. Sin embargo fueron clasificadas en el grupo IEI si cumplían los criterios mencionados más arriba, porque la IEI se considera un factor de peor pronóstico que la recidiva. El residuo postmiccional valorado antes de la cirugía fue menor de 100 ml en todas las pacientes.

El sistema Remeex consiste en una malla de polipropileno de 30 x 15 mm, con 2 suturas no absorbibles previamente fijadas en sus extremos (fig 1). Se coloca bajo la uretra media a través de una incisión vaginal longitudinal. Se realiza una segunda incisión transversa en la región suprapúbica. Las suturas se pasan desde el campo vaginal al hipogastrio mediante agujas de paso retropúbico, y se conectan al sistema regulador de la tensión ("Varitensor") mediante un tornillo que las fija a un rodillo giratorio. El rodillo puede ser accionado usando un vástago ("Manipulador") que aparece temporalmente a través de la piel permitiendo el ajuste postoperatorio de la tensión del cabestrillo (fig 2). Una vez finalizado el ajuste, se retira el Manipulador, quedando el Varitensor en el tejido subcutáneo sobre la fascia de los rectos. En caso de que sea necesario se puede acceder al Varitensor mediante una mínima incisión suprapúbica bajo anestesia local, fijando un nuevo Manipulador estéril para reajustar la tensión (aumentarla o disminuirla) durante el seguimiento. La cirugía se realizó bajo

anestesia raquídea en la mayoría de los casos. La sonda uretral se retira el primer día postoperatorio tras llenar la vejiga con 300 ml de suero fisiológico. Seguidamente se realiza el ajuste de la tensión del cabestrillo, haciendo toser a la paciente en bipedestación. En caso de evidenciar escape, la tensión se aumenta rotando el manipulador en el sentido de las agujas del reloj 4 vueltas cada vez, hasta conseguir la continencia. Independientemente de conseguir la continencia durante la tos, se realiza una prueba del pañal de 1 hora, aumentando nuevamente la tensión del cabestrillo si se evidencia escape con el esfuerzo. Este ajuste fue necesario en el 40% de las pacientes continentales con la tos. Seguidamente se realiza un Diario Miccional con control del residuo postmiccional, practicándose EUD cuando se evidencia un volumen residual superior al 50% del volumen vaciado. En caso de diagnosticarse obstrucción infravesical se reduce la tensión del cabestrillo girando el manipulador en sentido antihorario. Además se ayuda al descenso de la uretra mediante la colocación de un tallo de Hegar en la misma y haciendo una basculación. Esta maniobra devuelve a la paciente a la situación de incontinencia, procediendo a aumentar la tensión del cabestrillo hasta conseguir la continencia de nuevo como en el procedimiento inicial. El diagnóstico de obstrucción se confirma mediante videourodinamia y de acuerdo con los siguientes criterios propuestos por Nitti (13): evidencia de obstrucción por fluoroscopia entre el cuello vesical y el meato uretral, flujo máximo inferior a 15 ml/seg y presión del detrusor en el flujo máximo superior a 20 cm de agua.

Algunas pacientes presentaban dificultad miccional secundaria a detrusor hipocontráctil, definido según los criterios de la ICS (14). En esta circunstancia la tensión del cabestrillo no se disminuyó y la paciente fue instruida en la

técnica de autosondaje limpio intermitente. Una vez conseguida la adecuada tensión en el cabestrillo, el Manipulador se desconecta del Varitensor y se retira, dándose la paciente de alta. Durante el seguimiento se realiza una evaluación clínica a las 8 semanas de la cirugía, entre 6 y 9 meses y anualmente. Se realiza igualmente EU entre los 6 y 9 meses, cumplimentando nuevamente el KH y un cuestionario de satisfacción (¿Qué grado de satisfacción tiene con el procedimiento realizado? en una escala ordinal de 0 a 10).

Se consideró un éxito terapéutico la continencia durante la prueba de la tos, durante la prueba del pañal de 1 hora y el EU, y la no necesidad de uso de absorbentes. Otros resultados se consideran fracasos.

Las variables cuantitativas se estudian mediante las pruebas de Wilcoxon o U de Mann-Whitney para datos apareados o comparación de medias según sea necesario. Un valor de $p < 0,05$ se considera estadísticamente significativo. Todos los cálculos se realizan mediante el programa SPSS versión 12.0.0 para Windows.

Los métodos, definiciones y unidades se adaptan a los estándares de la International Continence Society salvo donde se menciona explícitamente (14).

RESULTADOS:

Considerando la puntuación global del cuestionario, se objetivó una mejoría en CdV en 45 (83%) de las pacientes (Tabla I). La mejoría fue estadísticamente significativa tanto en las pacientes que eran continentes como las que no se curaron tras la cirugía, no habiendo diferencia en las pacientes que

presentaban incontinencia de urgencia postoperatoria (Tabla II). La puntuación preoperatoria fue similar en los grupos IOEr e IEI. La puntuación mostró una mejoría estadísticamente significativa tras la cirugía en ambos grupos de tratamiento (Tabla III). La mejoría en la puntuación fue similar en los pacientes del grupo IOEr y los del grupo IEI (Tabla IV). En la comparación entre las puntuaciones del KH pre y postoperatorias se objetivó una mejoría estadísticamente significativa en 8 de 9 dominios (Tabla V) siendo el dominio de percepción de salud general el único que no mostró mejoría. El cambio medio desde la puntuación preoperatoria fue de 10 puntos como mínimo en 8 de 9 dominios, salvo en el dominio de percepción de la salud general. La mayoría de pacientes con mejor o igual calidad de vida eran continentes, y la mayoría de casos con empeoramiento de la CdV fue a expensas de incontinencia de urgencia (tabla VI). Siete pacientes (13%) presentaban incontinencia de urgencia dando lugar a una puntuación significativamente peor en 1 de los 9 dominios del KH (impacto de la incontinencia).

Tras un seguimiento medio de 49 meses (42-74), 46 pacientes (85%) se consideraron curados de su IOE (curación definida como prueba de la tos y prueba de la compresa de 1 hora negativas) (Tabla VII). En el grupo IOEr, 22 de 25 pacientes y en el grupo IEI 24 de 29 con continentes, lo que representa una tasa del 88 y 82% respectivamente. Treinta y siete (80%) eran continentes tras la primera cirugía, mientras que 9 (20%) se beneficiaron de subsiguientes reajustes, siendo el máximo de 3 reajustes en una paciente. Ocho pacientes (15%) no estaban objetivamente curadas, requiriendo el uso de 1 o más compresas al día. Tres de estos casos (6%) sin embargo estaban suficientemente satisfechas con el resultado y rechazaban el reajuste del

sistema. Los restantes 5 casos (9%) están en la actualidad en lista de espera para ser reajustados. Siete pacientes (13%) presentan incontinencia de urgencia, aunque están curadas de su IOE. Todas estas pacientes fueron evaluadas mediante EUD evidenciándose detrusor hiperactivo de novo en 3 (6%). Cuatro pacientes presentaban incontinencia urodinámicamente mixta (esfuerzo + detrusor hiperactivo) antes de la cirugía y aunque están curadas de su IOE, presentan incontinencia por detrusor hiperactivo residual, y no se han considerado como detrusor hiperactivo de novo. Nueve pacientes (20%) requirieron reajuste de la tensión bajo anestesia local tras una media de 14 meses tras la cirugía (1-18 meses). La colocación del manipulador se hizo en quirófano para asegurar un ambiente estéril. Las pacientes estuvieron ingresadas un día como media (1-8) durante el cual se realizó la prueba de la tos, prueba de la compresa y medición del residuo postmiccional. Dos de éstas pacientes fueron ajustadas 2 veces.

El tiempo quirúrgico fue de 55 minutos de media (de:12). La estancia hospitalaria de 3 días (2-4). El examen vaginal postoperatorio no mostró erosión vaginal en ningún caso. Una paciente presentó un seroma subcutáneo alrededor del varitensor que fue drenado por punción en 3 ocasiones con cultivo estéril, aunque finalmente se infectó de forma yatrogénica, teniendo que retirarse. Este caso más los 3 pacientes con detrusor hiperactivo de novo dan lugar a una tasa global de complicaciones del 8,6%.

DISCUSION:

El manejo de la IOE ha cambiado con la aparición del cabestrillo suburetral sin tensión, que proporcionan un buen resultado funcional en casos no complicados (4-6). La mayoría de series reportan entre sus resultados casos de obstrucción infravesical como complicación de la cirugía, o de fallo de la técnica en la corrección de la incontinencia (5,15). Ello probablemente traduce un exceso o un defecto de tensión en el cabestrillo, subrayando la importancia de conseguir la tensión justa y necesaria en el cabestrillo suburetral para conseguir un buen resultado y evitar complicaciones como la obstrucción infravesical el residuo o el detrusor hiperactivo secundario. Por otra parte, los resultados de éstas técnicas en IOEr o IEI no son tan prometedores. El manejo de las recurrencias tras una cirugía previa es un tema controvertido. Los resultados publicados en el uso del cabestrillo sin tensión en el tratamiento de las recidivas muestran resultados del orden del 71% en retropúbico versus 48% en transobturador según Stav (16) o 80% versus 55% en el metanálisis de Pradhan (17). En los casos donde el cabestrillo sin tensión ya ha fallado, o en las situaciones clínicas donde pensamos que tiene más posibilidades de fallar, como en la IEI (18-20) el cabestrillo tipo Remeex permite un ajuste preciso de la tensión de la malla para conseguir la continencia y evitar la obstrucción. En trabajos previos (9,21) se ha demostrado su eficacia en dichas indicaciones. Iglesias publicó sus resultados iniciales en 21 pacientes a 12 meses de seguimiento con una tasa de curación subjetiva del 90%, (22) y posteriormente Araco publicó una tasa de éxitos del 94% en 38 pacientes evaluados a 28 meses (23). La tasa de curación en el presente estudio de mayor seguimiento

demuestra la utilidad de poder realizar reajustes del sistema a largo plazo. La posibilidad de reconectar el manipulador con el varitensor cuando sea necesario durante el seguimiento permite el reajuste de la tensión del cabestrillo en casos de reaparición de la incontinencia u obstrucción. Este procedimiento se realiza fácilmente bajo anestesia local. La ajustabilidad del sistema permitió a las pacientes recuperar la continencia en casos que hubieran requerido de una nueva cirugía de haber sido tratadas con un cabestrillo no ajustable. Es de remarcar que algunas pacientes potencialmente curables rechazaron someterse a un reajuste del cabestrillo, preocupadas por la teórica posibilidad de adquirir una infección del material protésico, que hasta ese momento estaba produciendo una mejora parcial en la sintomatología, por lo que se sentían suficientemente mejoradas.

Respetando las precauciones mínimas de toda cirugía con prótesis, como la quimioprofilaxis, lavado de la herida quirúrgica, etc, sólo hubo un caso de infección tras el drenaje de un seroma. La prevención acerca de la posibilidad teórica de infectar el varitensor durante la realización de un reajuste se manejó realizando éste procedimiento en ambiente estéril y usando quimioprofilaxis, por lo que no se produjo ninguna infección del varitensor adquirida durante el ajuste. Alguna paciente muy delgada puede notar el varitensor bajo la piel, pero no hubo ningún caso de dolor en esta zona ni de dispareunia. La aparición de detrusor hiperactivo de novo es una complicación reportada como consecuencia de todas las cirugías anti incontinencia descritas. La tasa observada en éste estudio (6%) es similar a la descrita en otras cirugías con cabestrillo (4-8).

Sin embargo, en la evaluación de resultados de una cirugía no sólo interviene la valoración objetiva de la continencia obtenida y la tasa de complicaciones. El éxito puede ser definido de diferentes maneras, de modo que mientras para el paciente puede ser simplemente la sensación subjetiva de mejoría en su calidad de vida, en los ensayos clínicos se usan múltiples medidas que tratan de ser objetivas, aunque ni siquiera son las mismas en todos los ensayos (24). La carga que supone para cada paciente la incontinencia es diferente en cada caso, por lo que la medición objetiva de los síntomas es insuficiente o parcial a la hora de conocer de forma real el impacto que supone la incontinencia (24,25). La percepción particular que cada paciente tiene de su incontinencia es lo que condiciona la búsqueda o no de ayuda sanitaria. Por ello conocer el impacto desde el punto de vista del paciente y el impacto en su calidad de vida es mandatorio en la valoración de los tratamientos (25). La mejoría significativa observada en 8 de 9 dimensiones del cuestionario KH muestran la repercusión del resultado clínico sobre la calidad de vida percibida por la paciente (Gráfico 1). La diferencia mínima en la puntuación que se considera clínicamente significativa es de 5 puntos (26). La diferencia observada en 8 de 9 dominios (Gráfico 2) es claramente superior a la diferencia mínima. Sin embargo en el dominio de percepción de la salud general no se evidencia un cambio significativo, tal y como ocurre en otros trabajos (27), probablemente por su inespecificidad. Como se puede observar en la tabla VI no existe un paralelismo total entre la mejoría clínica y la de la calidad de vida. En 2 pacientes continentes se evidencia un deterioro en su calidad de vida, presentando ambos casos incontinencia de urgencia residual. Se ha demostrado que detrusor hiperactivo produce mayor deterioro en la calidad de

vida que la IOE, tal y como reporta Bidmead (27) en su trabajo sobre colposuspensión, donde pacientes continentes presentan un deterioro en su calidad de vida (medida también con KH) debido a clínica irritativa. Por otra parte 5 pacientes no curadas presentan igual o mejor CdV (tabla VI). En el mismo sentido se observa una mejoría estadísticamente significativa en la puntuación global tras la cirugía en el grupo de pacientes no curadas (tabla II). Esta mejoría de CdV en pacientes no curadas ya se reporta en otro estudio (27) y sugiere que el fallo objetivo no tiene porque remedar el fallo sintomático. Ello podría explicarse por una mejoría parcial en la continencia, que aunque no condicione una curación objetiva, si puede ser percibida como una mejora en la calidad de vida por la paciente. Zimmern (24) llama la atención sobre la discrepancia entre el uso de estrictos criterios objetivos de curación y la satisfacción de las pacientes, describiendo la figura de las “happy failures”. De acuerdo con las recomendaciones de la International Continence Society (28), en la evaluación de resultados de la cirugía anti incontinencia además de los criterios objetivos, debe tenerse en cuenta la valoración de la calidad de vida, que es lo que se ha pretendido con éste trabajo.

CONCLUSIONES

La suspensión uretral en cabestrillo regulable tipo Remeex proporciona una buena tasa de continencia en casos complicados como la IOEr y la IEI con una baja tasa de complicaciones. Esta mejoría objetiva en la continencia se traduce en una mejora clínica y estadísticamente significativa en la calidad de vida percibida por las pacientes, a un seguimiento medio de 49 meses tras la cirugía.

BIBLIOGRAFIA:

1. Tennstedt SL, Fitzgerald MP, Nager CW, Xu Y, Zimmern P, Kraus S, et al: Quality of life in women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:543–549.
2. Paick JS, Cho MC, Oh SJ, Kim SW, Ku JH: Influence of self-perceived incontinence severity on quality of life and sexual function in women with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2007;26:828–835.
3. Chiverton PA, Wells TJ, Brink CA, Mayer R. Psychological factors associated with urinary incontinence. *Clin Nurse Spec*. 1996;10:229-33
4. Ogah J, Cody DJ, Rogerson L. Minimally invasive synthetic suburethral sling operations for stress urinary incontinence in women: a short version Cochrane review. *Neurourol Urodyn* 2011;30:284-91.
5. Nilsson CG, Palva K, Rezapour M, Falconer C. Eleven years prospective follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for treatment of stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:1043–7.
6. Novara G, Artibani W, Barber MD, Chapple CR, Costantini E, Ficarra V, Hilton P, Nilsson CG, Waltregny D. Updated Systematic Review and Meta-Analysis of the Comparative Data on Colposuspensions, Pubovaginal Slings, and Midurethral Tapes in the Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence. *Eur Urol* 2010;58: 218-38.
7. Abdel-Fattah M, Ramsay I, Pringle S, Hardwick C, Ali H, Young D, Mostafa A. Evaluation of transobturator tension-free vaginal tapes in management of women with recurrent stress urinary incontinence. *Urology*. 2011;77:1070-5
8. Schierlitz L, Dwyer PL, Rosamilia A, Murray C, Thomas E, De Souza A, Lim YN, Hiscock R. Effectiveness of tension-free vaginal tape compared with transobturator tape in women with stress urinary incontinence and intrinsic sphincter deficiency: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2008;112:1253-61
9. Errando C, Rodriguez-Escovar F, Gutierrez C, Baez C, Araño P, Villavicencio H. A re-adjustable sling for female recurrent stress incontinence and sphincteric deficiency: Outcomes and complications in 125 patients using the Remeex sling system. *Neurourol Urodyn*. 2010;29:1429-32.
10. Badia X, Castro D, Conejero J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clin* 2000; 114; 647-52
11. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104:1374-9
12. Lucas MG, Bedretidnova D, Bosch JLHR, Burkhard F, Cruz F, Nambiar AK, De Ridder DJMK, Tubaro A, Pickard RS. Guidelines in Urinary Incontinence. Available at http://www.uroweb.org/gls/pdf/16052013Urinary_Incontinence_LR.pdf. Accessed on may 2013.
13. Nitti VW, Tu LM, Gitlin J. Diagnosing bladder outlet obstruction in women. *J Urol* 1999;161:1535–40.
14. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167–78.

15. Nguyen JN. Tape mobilization for urinary retention after tension-free vaginal tape procedures. *Urology* 2005;66:523–6.
16. Stav K, Dwyer PL, Rosamilia A, Schierlitz L, Lim YN, Chao F, De Souza A, Thomas E, Murray C, Conway C, Lee J. Repeat synthetic mid urethral sling procedure for women with recurrent stress urinary incontinence. *J Urol.* 2010;183:241-6
17. Pradhan A, Jain P, Latthe PM. Effectiveness of midurethral slings in recurrent stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2012;23:831-41
18. Stav K, Dwyer PL, Rosamilia A, Schierlitz L, Lim YN, Lee J. Risk factors of treatment failure of midurethral sling procedures for women with urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J.* 2010;21:149-55
19. Soulie M, Cuvillier X, Benaissa A, et al. The tension-free transvaginal tape procedure in the treatment of female urinary stress incontinence: A French prospective multicentre study. *Eur Urol* 2001;39:709–14.
20. Rezapour M, Falconer C, Ulmsten U. Tension-free vaginal tape (TVT) in stress incontinent women with intrinsic sphincter deficiency (ISD)—A long-term follow-up. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001;12:S9–11.
21. Giberti C, Gallo F, Cortese P, Schenone M. The suburethral tension adjustable sling (REMEEX system) in the treatment of female urinary incontinence due to 'true' intrinsic sphincter deficiency: results after 5 years of mean follow-up. *BJU Int.* 2011;108:1140-4.
22. Iglesias X, Espuña M. Surgical treatment of urinary stress incontinence using a method for postoperative adjustment of sling tension (Remeex System). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;145:326–30.
23. Araco F, Gravante G, Dati S, et al. Results 1 year after the Reemex system was applied for the treatment of stress urinary incontinence caused by intrinsic sphincter deficiency. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:783–6.
24. Zimmern PE. How do you define success in stress urinary incontinence treatment? *Can Urol Assoc J.* 2012;6 (5 Suppl 2):S127-8
25. Kelleher C: Quality of life and urinary incontinence. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000,14:363–79.
26. Kelleher CJ, Pleil AM, Reese PR, Burgess SM, Brodish PH. How much is enough and who says so? *BJOG.* 2004;111:605-12
27. Bidmead J, Cardozo L, McLellan A, Khullar V, Kelleher C. A comparison of the objective and subjective outcomes of colposuspension for stress incontinence in women. *BJOG.* 2001;108:408-13
28. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, Cottenden A, Davila W, de Ridder D, Dmochowski R, Drake M, Dubeau C, Fry C, Hanno P, Smith JH, Herschorn S, Hosker G, Kelleher C, Koelbl H, Khoury S, Madoff R, Milsom I, Moore K, Newman D, Nitti V, Norton C, Nygaard I, Payne C, Smith A, Staskin D, Tekgul S, Thuroff J, Tubaro A, Vodusek D, Wein A, Wyndaele JJ; Members of Committees; Fourth International Consultation on Incontinence. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2010;29:213-40.

Figura 1: Esquema de la ubicación del sistema de cabestrillo ajustable tipo Remeex.

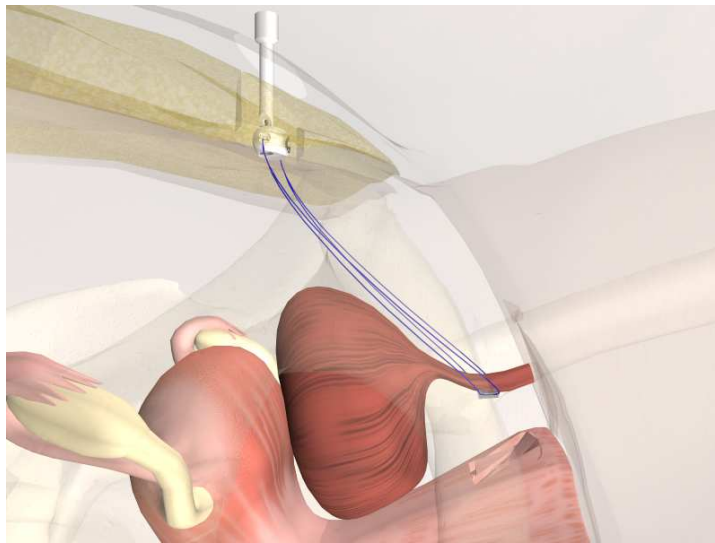


Figura 2: Aspecto al final de la cirugía, con el manipulador accesible temporalmente a través de la piel.

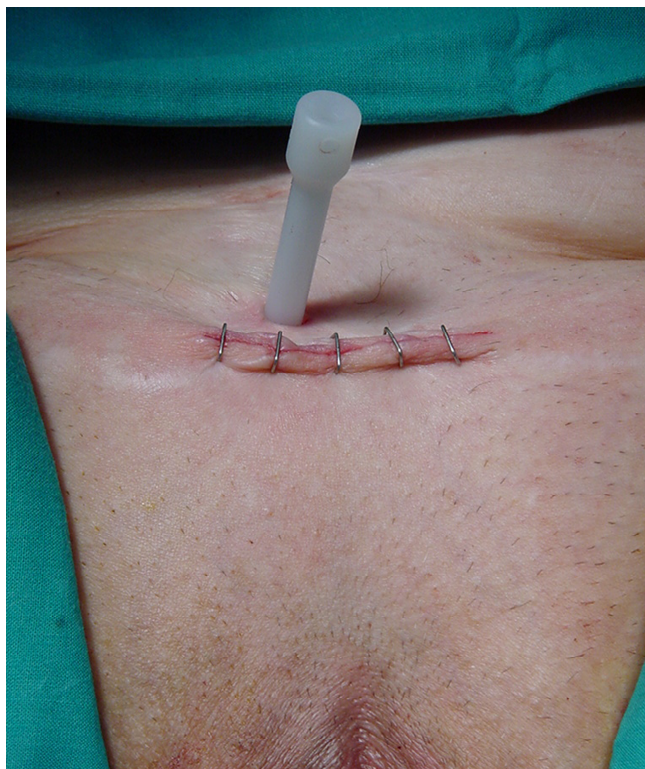


Tabla I: Resultado global del cuestionario KH

	n	%
Mejoría de CdV	45	83
Sin cambios	4	7
Empeoramiento	5	9

Tabla II: Puntuación en impacto de la incontinencia pre y postoperatoria en los diferentes grupos de resultado funcional

Puntuación CdV: media (ds)			
Resultado	Pre-op	Post-op	p
Continentes	75 (43)	12,5 (19)	0.0001
Incontinentes	80 (29)	33,3 (23)	0,02
Incontinencia de urgencia	89 (19)	55,5 (19)	ns

Tabla III: Puntuación pre y postoperatoria según la indicación

Puntuación CdV: media (ds)			
Indicación	Pre-op	Post-op	p
IOEr	70,8 (24)	16,7 (17)	0,0001
IEI	83,3 (50)	22,9 (29)	0,001

Tabla IV: Comparación de la diferencia pre y postoperatoria según la indicación

Diferencia impacto pre-postop		
Indicación	Media	p
IOR	-54	ns
IEI	-60	

Tabla V: Cambio pre-postoperatorios por dominios

Dominios	Puntuación Pre-op media	de	Puntuación Post-op media	de	Dif. media	p
Percepción estado salud general	30	17	27	44	2,3	ns.
Impacto de la incontinencia	77	39	20	23	57	0.000
Lim actividad diaria	68	34	21	24	47	0.000
Lim físicas	65	35	22	28	42	0.000
Lim sociales	41	33	7	18	33	0.000
Lim en las relaciones personales	48	41	21	34	27	0.008
Impacto emocional	56	33	16	23	40	0.000
Impacto en Sueño y energía	32	34	19	21	14	0.02
Medida de severidad	69	20	29	20	41	0.000

Tabla VI: Relación entre el resultado funcional y el cambio en la Cdv

CdV	Continentes	IOE	Incontinencia de urgencia
Mejora	41	4	3
Igual	3	1	1
Empeoramiento	2	3	3

Tabla VII: Resultado objetivo

	Total	IEI	IOEr
Incontinencia de esfuerzo			
Continentes	46 (85%)	24	22
Incontinentes	8 (15%)	5	3
Incontinencia de urgencia	7 (13%)	4	3
De Novo	3 (6%)	2	1
Persistencia Inc. previamente mixta	4 (7%)	2	2

Gráfico 1: Puntuaciones medias pre y postoperatorias por dimensiones del KH.

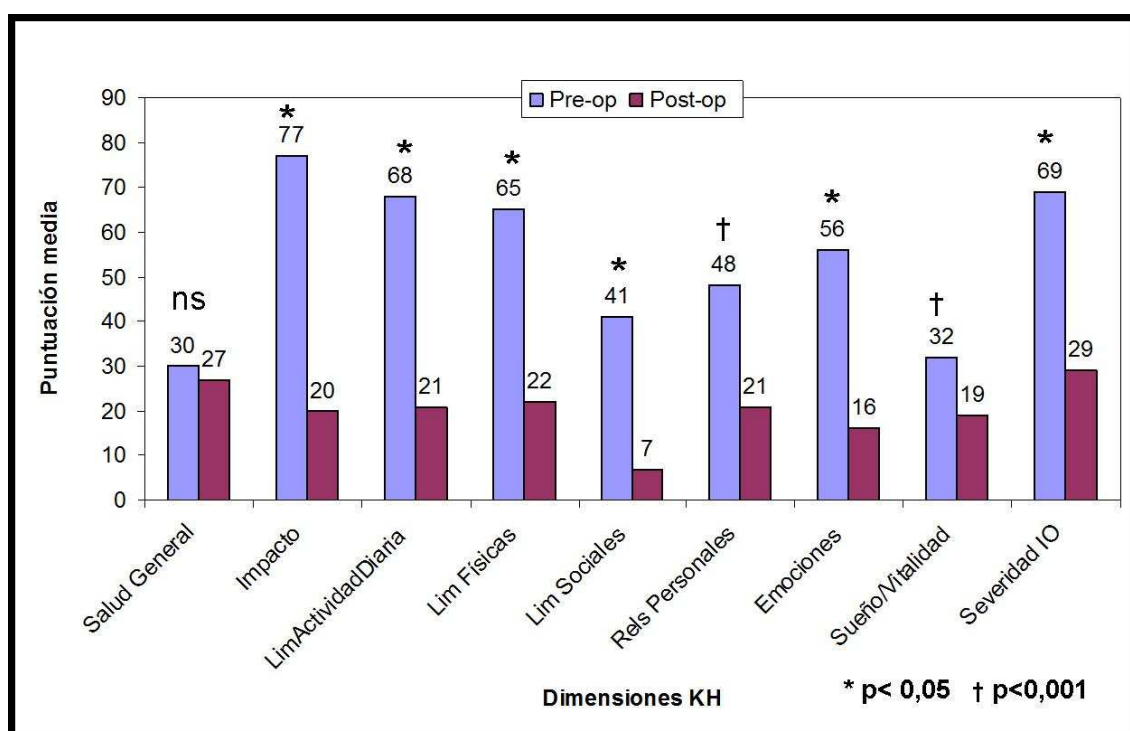
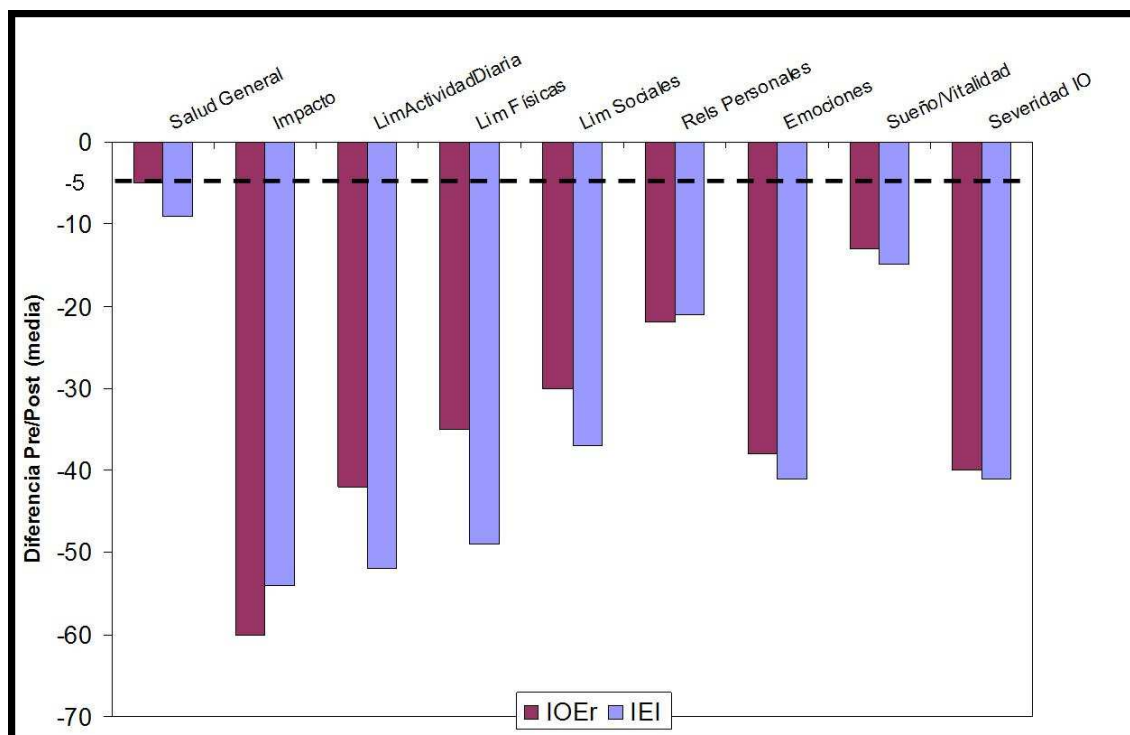



Gráfico 2: Diferencia en la puntuación del KH pre y postoperatoria. La línea en -5 refleja la diferencia mínima con significado clínico (26)



ANEXO:

Cuestionario de Calidad de Vida King's Health. Versión validada en castellano

 <p>Fundació Puigvert</p>	<p>Cuestionario de incontinencia King's Health</p> <p>Fecha:</p>	<p>Etiqueta pacient</p>
--	---	-------------------------

1. ¿Cómo describiría su estado de salud general en la actualidad?

☐ Muy bueno
 ☐ Bueno
 ☐ Regular
 ☐ Malo
 ☐ Muy malo

2. ¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida?

☐ No, en absoluto
 ☐ Un poco
 ☐ Moderadamente
 ☐ Mucho

A continuación aparecen algunas actividades diarias que pueden verse afectadas por problemas urinarios. ¿Hasta qué punto le afectan sus problemas urinarios? Nos gustaría que contestara a todas las preguntas, pensando sólo en las 2 últimas semanas. Simplemente marque con una cruz ^x el casillero que corresponda a su caso.

LIMITACIONES EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS

3. ¿Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domésticas (ej. limpiar, hacer la compra, pequeñas reparaciones, etc.)?

☐ No, en absoluto
 ☐ Un poco
 ☐ Moderadamente
 ☐ Mucho

4. ¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?

☐ No, en absoluto
 ☐ Un poco
 ☐ Moderadamente
 ☐ Mucho

LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES

5. ¿Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (ej. ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.)?

☐ No, en absoluto
 ☐ Un poco
 ☐ Moderadamente
 ☐ Mucho

6. ¿Sus problemas urinarios afectan a su capacidad para desplazarse en autobús, coche, tren, avión, etc?

☐ No, en absoluto
 ☐ Un poco
 ☐ Moderadamente
 ☐ Mucho

7. ¿Sus problemas urinarios limitan su vida social?

☐ No, en absoluto
 ☐ Un poco
 ☐ Moderadamente
 ☐ Mucho

8. ¿Sus problemas urinarios limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos?

☐ No, en absoluto
 ☐ Un poco
 ☐ Moderadamente
 ☐ Mucho

RELACIONES PERSONALES

9. ¿Sus problemas urinarios afectan a su relación con su pareja?

☐ No procede ☐ No, en absoluto ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

10. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida sexual?

☐ No procede ☐ No, en absoluto ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

11. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida familiar?

☐ No procede ☐ No, en absoluto ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

EMOCIONES

12. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse deprimido/a?

☐ No, en absoluto ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

13. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse preocupado/a o nervioso/a?

☐ No, en absoluto ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

14. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse mal consigo mismo/a?

☐ No, en absoluto ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

SUEÑO / ENERGÍA

15. ¿Sus problemas urinarios afectan a su sueño?

☐ No, en absoluto ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

16. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse agotado/a o cansado/a?

☐ No, en absoluto ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE ENCUENTRA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES?

17. ¿Lleva compresas/pañales para mantenerse seco/a?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo ☐ Siempre

18. ¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo ☐ Siempre

19. ¿Se cambia la ropa interior porque está mojado/a?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo ☐ Siempre

20. ¿Está preocupado/a por si huele?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo ☐ Siempre

21. ¿Se siente incómodo/a con los demás por sus problemas urinarios?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo ☐ Siempre

Nos gustaría saber cuáles son sus problemas urinarios y hasta qué punto le afectan. De la lista siguiente elija **SÓLO AQUELLOS PROBLEMAS** que usted tenga en la actualidad y márguelos con una cruz ✕, **DEJE SIN CONTESTAR** los que no correspondan a su caso.

¿Hasta qué punto le afectan?

- | | | | |
|---|----------------------------------|--|--------------------------------|
| 22. FRECUENCIA: ir al baño muy a menudo | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 23. NICTURIA: levantarse durante la noche para orinar | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 24. URGENCIA: un fuerte deseo de orinar difícil de controlar | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 25. INCONTINENCIA POR URGENCIA: escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 26. INCONTINENCIA POR ESFUERZO: escape de orina por actividad física, ejemplo: toser, estornudar, correr | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 27. ENURESIS NOCTURNA: mojar la cama durante la noche | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 28. INCONTINENCIA EN EL ACTO SEXUAL: escape de orina durante el acto sexual (coito) | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 29. INFECCIONES FRECUENTES EN LAS VÍAS URINARIAS: | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 30. DOLOR EN LA VEJIGA: | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 31. DIFICULTAD AL ORINAR: | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 32. OTRO PROBLEMA URINARIO (ESPECIFIQUE):
..... | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |

Gracias, ahora compruebe que ha contestado a todas las preguntas.