

ARTÍCULO ORIGINAL

## Evaluación de los resultados de la cirugía de incontinencia urinaria de esfuerzo utilizando criterios objetivos y subjetivos

I. Díez Itza, M. Espuña Pons\*, GISPEM\*\*

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Donostia, San Sebastián. \*Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic, Barcelona.

\*\*Grupo de Investigación en Disfunciones de Suelo Pélvico en la Mujer, Fundació Clínic Recerca Biomèdica, Barcelona. Los miembros pertenecientes al GISPEM se detallan al final del artículo

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar los resultados de la cirugía de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) utilizando criterios objetivos y subjetivos.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico, en el que se incluyeron mujeres intervenidas de IUE con o sin clínica de incontinencia urinaria de urgencia (IUU) y/o cirugía del prolapso asociada. La incontinencia se evaluó con un test de esfuerzo y mediante cuestionarios autoadministrados.

**Resultados:** Se incluyeron 217 mujeres que fueron intervenidas de IUE en 37 unidades de suelo pélvico de nuestro país (84 con IUE pura y 123 con incontinencia urinaria mixta [IUM]). La tasa de curación del componente de esfuerzo siguiendo criterios objetivos fue alta en ambos grupos (90,4 y 86,9%, respectivamente). Los criterios subjetivos mostraron unas tasas algo inferiores (82,1 y 85,3%, respectivamente). El 69,2% de las mujeres se curaron de la IUU, y el 8,3% presentaron IUU *de novo* tras la cirugía.

**Conclusiones:** La tasa de curación del componente de esfuerzo tras la cirugía es alta en las mujeres con IUE pura y con IUM. Estas tasas varían según apliquemos criterios objetivos o subjetivos. Un porcentaje importante de pacientes con IUM refieren curación del componente de urgencia tras la cirugía. La tasa de IUU *de novo* es baja.

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Incontinencia urinaria; tratamiento quirúrgico; criterios objetivos; criterios subjetivos.

### ABSTRACT

**Evaluation of the results of surgery of stress incontinence using objective and subjective criterions**

**Objective:** To evaluate the results of the surgery of stress incontinence (SI) using aims and subjective criterions.

**Material and Methods:** Prospective, observational, multicenter study, in which woman who had been operated of stress incontinence where included with or without clinical urgency stress incontinence and/or associated to prolapsed surgery. The incontinence was evaluated through an effort test as well as auto administered questionnaires.

**Results:** Two hundred seventeen women whom had been operated of stress incontinence where included and 37 of pelvic floor in our country (84 with total stress incontinence and 123 with mixed stress incontinence. The rate of recovery of the effort component following the objective criterions was high in both groups (90.4 and 86.9%, respectively). The subjective criterions showed rates somewhat lower (82.1 and 85.3%, respectively). 69.2% of the women where cured from stress incontinence and 8.3% showed stress incontinence *de novo* after the surgery.

**Conclusions:** The recovery rate of the effort component after surgery is high for women with total stress incontinence and with mixed stress incontinence. These rates vary according to the objective and subjective criterion used. An important percentage of patients with mixed stress incontinence refer recovery of the urgency component after surgery. The rate of stress incontinence is low *de novo*.

©2011 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Urinary incontinence; surgical treatment; objective criteria; subjective criteria.

**Dirección para correspondencia:**

I. Díez Itza. Correo electrónico: idiezi@sego.es

## Introducción

La evaluación de los resultados de la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es un tema controvertido, en el que están implicados diferentes factores. Por un lado, existen criterios objetivos y subjetivos para la definición de la curación o mejoría. Además, el hecho de que la IUE se acompañe en muchas ocasiones de clínica de incontinencia urinaria de urgencia (IUU), o incluso el que ésta pueda aparecer *de novo* después de la cirugía, hace difícil establecer en qué términos debería definirse el éxito de este tipo de cirugía.

Los criterios objetivos evalúan el signo de la incontinencia, e incluyen el test de esfuerzo, el test de la compresa y el estudio urodinámico. La evaluación subjetiva implica la percepción del paciente que contesta positivamente a preguntas específicas, o bien refleja sus síntomas y la afectación en la calidad de vida en cuestionarios autoadministrados. También es un criterio subjetivo de evaluación la impresión global de mejoría según el paciente. En este caso la respuesta depende no sólo de los resultados obtenidos con la cirugía, sino también de las expectativas que tenía el propio paciente con respecto al tratamiento. En estas expectativas, la información proporcionada antes de la cirugía tiene un papel fundamental.

El problema se complica aún más si tenemos en cuenta que la cirugía de la incontinencia sólo está indicada para un determinado componente de la incontinencia (incontinencia de esfuerzo); sin embargo, un porcentaje importante de mujeres con clínica mixta también se curan del componente de urgencia. Además, como consecuencia de la intervención quirúrgica pueden aparecer nuevos síntomas urinarios, que pueden ser incluso más molestos que los que motivaron su indicación. Este aspecto es más difícil de asumir por parte del paciente y empeora los resultados globales de la cirugía.

La definición de curación propuesta por el National Institute of Health (NIH) engloba todos estos aspectos. Esta definición incluye la resolución del síntoma de la incontinencia, la resolución del signo de la incontinencia (test de esfuerzo negativo con la vejiga llena) y la ausencia de nuevos síntomas o efectos secundarios<sup>1</sup>. Esta definición puede ser muy útil para conocer los resultados globales de la cirugía; sin embargo, en la actualidad hay una corriente que propugna la evaluación del componente de esfuerzo y el de urgencia por separado<sup>2</sup>. De esta forma, obtendremos mayor información sobre la tasa de curación del componente de urgencia con la cirugía de la IUE en las pacientes que presentaban clínica mixta, así como sobre la aparición de IUU *de novo* y otros síntomas urinarios después de la cirugía.

El objetivo principal de este estudio fue evaluar los resultados de la cirugía de incontinencia urinaria, utilizando crite-

rios objetivos y subjetivos, en pacientes con clínica de IUE pura e incontinencia urinaria mixta (IUM). Los objetivos secundarios fueron evaluar la persistencia del componente de urgencia y la aparición de IUU *de novo* tras la cirugía, así como comparar los resultados de la cirugía de la incontinencia según los distintos criterios establecidos.

## Material y métodos

Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico, en el que se incluyeron mujeres diagnosticadas de IUE pura e IUM con predominio del componente de esfuerzo, que fueron intervenidas de IUE con o sin cirugía del prolapso asociada. En este estudio participaron 37 unidades especializadas en suelo pélvico de ámbito nacional que forman parte del Grupo de Investigación en Disfunciones de Suelo Pélvico en la Mujer (GISPEM).

En la visita inicial se realizó una exploración física dirigida a la identificación de la IUE y el prolapso de los órganos pélvicos (POP). El signo de incontinencia se evaluó mediante un test de esfuerzo en bipedestación y con la vejiga llena. El prolapso se evaluó siguiendo la clasificación de Baden. Además, en esta primera visita las pacientes contestaron la versión española de los cuestionarios International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF) y Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire (EPIQ). Ambos cuestionarios son autoadministrados y están validados en español<sup>3,4</sup>. El ICIQ-UI SF consta de varias preguntas, todas ellas referidas a la incontinencia urinaria<sup>3</sup>. La puntuación global oscila entre 0 y 21, y se obtiene tras sumar la puntuación de las tres primeras preguntas, que son la frecuencia de las pérdidas de orina (0= nada; 1= una vez a la semana o menos; 2= dos o tres veces a la semana; 3= una vez al día; 4= varias veces al día; 5= continuamente), la cantidad de orina que se escapa (0= nada; 2= muy poca cantidad; 4= una cantidad moderada; 6= mucha cantidad) y la afectación en la vida diaria de la mujer (escala con 11 respuestas posibles, que van desde 0 [no me afecta nada] hasta 10 [me afecta mucho]). El EPIQ es un cuestionario más amplio que consta de 53 preguntas distribuidas en diferentes apartados<sup>4</sup>. Las preguntas sobre la incontinencia urinaria y el síndrome de vejiga hiperactiva están incluidas en los ítems 21-27 y 31-34. En este cuestionario se recogen la presencia de cada uno de los síntomas (sí o no) y la molestia que causan (escala con 11 respuestas posibles que van desde 0 [nada] hasta 10 [muchísimo]). En el EPIQ también se recogen datos generales de la paciente y su historia ginecológica (ítems 1-11), además de diferentes síntomas de otras disfunciones del suelo pélvico. El cuestionario se puntúa utilizando las 22 preguntas que hacen referencia al impacto en la vida causado por los problemas del suelo pélvico.

**Tabla 1. Características generales y tipo de intervención de las 84 pacientes con clínica de IUE pura y las 123 pacientes con clínica de IUM incluidas en el estudio**

Características		IUE pura (n= 84)	IUM (n= 123)
Edad	Media ± DE	55,8 ± 10,5	56,9 ± 12
Partos vaginales <sup>a</sup>	Media ± DE	2,28 ± 1,09	2,57 ± 1,02
IMC	Media ± DE	27,69 ± 5,75	27,82 ± 4,72
Menopausia	n (%)	52 (62,7)	76 (61,8)
Cirugía previa de la IUE	n (%)	5 (6,2)	15 (12,3)
Antecedente de histerectomía	n (%)	7 (8,4)	16 (13)
POP sintomático	n (%)	35 (41,6)	49 (39,8)
Cirugía para la IUE <sup>b</sup>			
Retropúbica	n (%)	7 (8,4)	7 (5,9)
Transobturatriz	n (%)	56 (67,4)	91 (77,7)
<i>Mini slings</i>	n (%)	17 (20,4)	12 (10,2)
Ajustables	n (%)	1 (1,2)	3 (2,5)
Otras	n (%)	2 (2,4)	4 (3,4)

DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal; IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo; IUM: incontinencia urinaria mixta; POP: prolapso de órganos pélvicos. <sup>a</sup>n= 76 grupo IUE pura; n= 116 grupo IUM. <sup>b</sup>n= 83 grupo IUE pura; n=117 grupo IUM.

El diagnóstico de IUE se efectuó cuando las pacientes refirieron el síntoma de pérdida involuntaria de orina con la tos, el estornudo o el esfuerzo una o más veces al mes, y que esta pérdida incomodaba lo suficiente para motivar la búsqueda de tratamiento y presentaban un test de esfuerzo positivo en el examen físico. El diagnóstico del componente de urgencia se efectuó cuando las pacientes contestaron «sí» a la pregunta de incontinencia de urgencia recogida en el EPIQ «¿Se le escapa la orina cuando tiene necesidad urgente de orinar?».

La evaluación de los resultados se realizó 6 meses después de la cirugía mediante criterios objetivos y subjetivos. Se definió como criterio objetivo de curación el test de esfuerzo negativo efectuado en las mismas condiciones que en la visita inicial. En esta visita de seguimiento las mujeres rellenaron el cuestionario ICIQ-UI SF en su totalidad, y las preguntas del EPIQ que hacían referencia a los síntomas urinarios. Además, las pacientes contestaron a un tercer cuestionario, denominado Patient Global Impression of Improvement (PGI-I), que recoge el estado actual de los síntomas en comparación con la situación previa al tratamiento. Este cuestionario ha sido validado para su utilización en pacientes con IUE<sup>5</sup> y tiene 7 respuestas posibles: «muchísimo mejor», «mucho mejor», «un poco mejor», «sin cambios», «un poco peor», «mucho peor» y «muchísimo peor». Se establecieron como criterio de curación las respuestas «muchísimo mejor» o «mucho mejor».

Los datos referentes al tipo de cirugía aplicada tanto para la incontinencia como para el prolapso, así como las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, fueron recogidos de las correspondientes historias clínicas.

### Análisis estadístico

La descripción de las variables continuas se realizó mediante la media y la desviación estándar (DE), y la de las variables categóricas mediante proporciones. Las diferencias entre los distintos criterios utilizados para evaluar la curación tras la cirugía de la incontinencia se identificaron comparando proporciones mediante el test de la ji al cuadrado.

### Resultados

Se incluyeron 217 mujeres que fueron intervenidas de IUE en 37 unidades de suelo pélvico de nuestro país. Del total, 84 presentaban clínica de IUE pura, mientras que 123 fueron diagnosticadas de IUM. La cirugía de incontinencia se asoció a la cirugía del prolapso en 84 casos (37 del grupo de IUE pura y 47 del grupo de clínica mixta). En la tabla 1 se recogen las características de las pacientes, así como las distintas intervenciones practicadas para la incontinencia. Podemos observar que la gran mayoría de las mujeres han sido intervenidas con una técnica transobturatriz, tanto en el grupo con IUE pura (67,4%) como en el grupo con IUM (77,7%). Las complicaciones de la cirugía están recogidas

**Tabla 2. Complicaciones intraoperatorias y postoperatorias**

Complicaciones		IUE pura (n= 83)	IUM (n= 117)
<b>Intraoperatorias</b>			
Hemorragia	n (%)	1 (1,2)	1 (0,8)
Perforación vesical	n (%)	1 (1,2)	1 (0,8)
<b>Postoperatorias</b>			
Infección urinaria	n (%)	5 (6)	8 (6,8)
Hematoma	n (%)	2 (2,4)	1 (0,8)
Retención urinaria	n (%)	4 (4,8)	3 (2,5)
Erosión vaginal	n (%)	2 (2,4)	1 (0,8)
Dolor neurológico	n (%)	1 (1,2)	0 (0)
Dolor durante el coito	n (%)	2 (2,4)	0 (0)
Dificultad miccional	n (%)	3 (3,6)	2 (1,7)

IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo; IUM: incontinencia urinaria mixta.

en la tabla 2. En general, la tasa de complicaciones es baja; la infección urinaria después de la cirugía fue la complicación más habitual en ambos grupos de pacientes; la segunda complicación en frecuencia fue la retención de orina, pero ninguna paciente precisó la colocación de una sonda urinaria durante más de un mes.

La evaluación de los resultados de la cirugía con criterios objetivos y subjetivos está recogida en la tabla 3. La tasa de curación del componente de esfuerzo siguiendo criterios objetivos (test de esfuerzo negativo) fue alta y similar en ambos grupos (el 90,4% en el grupo con clínica pura y el 86,9% en el grupo con clínica mixta). La tasa de curación del componente de esfuerzo siguiendo criterios subjetivos (ausencia del síntoma reflejada en el EPIQ) fue algo inferior en el grupo de IUE pura (82,1%), mientras que se mantuvo en el grupo de IUM (85,3%).

La persistencia de clínica de urgencia tras la cirugía en el grupo de pacientes que tenían clínica mixta y la aparición de IUU *de novo* en las pacientes del grupo de IUE pura se evaluaron con criterios subjetivos (presencia del síntoma reflejado en el EPIQ). En el 30,8% de las mujeres con clínica mixta persistían los escapes de urgencia después de la cirugía. Este resultado implica que el 69,2% de las mujeres se curaron de los síntomas de IUU. El 8,3% de las pacientes con clínica de IUE pura presentaron IUU *de novo* tras la cirugía.

La evaluación global de los resultados de la cirugía de la incontinencia, sin tener en cuenta el componente, se realizó con criterios subjetivos (cuestionarios ICIQ-UI SF y

**Tabla 3. Resultados de la cirugía de incontinencia en las 84 pacientes con clínica de IUE pura y en las 123 pacientes con clínica de IUM incluidas en el estudio**

Criterios objetivos y subjetivos		IUE pura (n= 84)	IUM (n= 123)
Curación objetiva de la IUE	n (%)	76 (90,4)	107 (86,9)
Curación subjetiva de la IUE (EPIQ)	n (%)	69 (82,1)	105 (85,3)
Persistencia de IUU (EPIQ)	n (%)	–	38 (30,8)
Aparición de IUU <i>de novo</i> (EPIQ)	n (%)	7 (8,3)	–
<b>Curación subjetiva de la IU (ICIQ-UI SF)</b>			
ICIQ= 0	n (%)	50 (59,5)	60 (48,8)
ICIQ <5	n (%)	59 (70,2)	81 (65,8)
<b>Impresión global de mejoría según la paciente</b>			
«Muchísimo mejor» o «mucho mejor»	n (%)	71 (84,5)	105 (85,3)
Curación de la IU total (EPIQ)	n (%)	63 (75)	72 (58,5)

IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo; IUM: incontinencia urinaria mixta; IUU: incontinencia urinaria de urgencia.

EPIQ). Para el ICIQ-UI SF se emplearon dos puntos de corte: 0 y 5. La curación según el ICIQ-UI SF (ICIQ-UI SF= 0) fue del 59,5% en pacientes con clínica pura y del 48,8% en pacientes con clínica mixta. Cuando el punto de corte fue ICIQ-UI SF <5, la curación fue del 70,2% en pacientes con clínica pura y del 65,8% en pacientes con clínica mixta. La curación global también se evaluó con el EPIQ (no IUE ni IUU persistente o *de novo*), y fue del 75% en el grupo de IUE pura y del 58,5% en el grupo de IUM. Por último, el PGI-I mostró que el 84,5% de las mujeres con clínica pura y el 85,3% de las mujeres con clínica mixta estaban «muchísimo mejor» o «mucho mejor» después de la cirugía.

La comparación de los resultados de la cirugía de la incontinencia según los distintos criterios establecidos se efectuó para el componente de esfuerzo (criterio objetivo frente a subjetivo) y para los resultados globales (ICIQ-UI SF frente a EPIQ). Los resultados se muestran en la tabla 4. Se puede observar que hay diferencias significativas en las comparaciones de las tasas de curación del componente de esfuerzo cuando utilizamos distintos criterios, tanto para mujeres con IUE como para mujeres con IUM. Se obtuvieron estos mismos resultados para las tasas de curación global.

**Tabla 4. Comparación de los resultados de la cirugía de la incontinencia según criterios objetivos y subjetivos en pacientes con clínica de IUE pura y de IUM**

	IUE pura (%)	p	IUM (%)	p
Curación del componente de esfuerzo				
Criterio objetivo	90,4	0,005	86,9	0,004
EPIQ (no IUE)	82,0		85,3	
Curación global				
ICIQ-UI SF= 0	59,5	0,000	48,8	0,000
EPIQ (no IUE y no IUU)	75		58,5	
Curación global				
ICIQ-UI SF <5	70,2	0,000	65,8	0,000
EPIQ (no IUE y no IUU)	75		58,5	

IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo; IUM: incontinencia urinaria mixta; IUU: incontinencia urinaria de urgencia.

## Discusión

En este estudio prospectivo sobre los resultados de la cirugía de IUE hemos obtenido una tasa de curación objetiva del componente de esfuerzo del 90,4% en pacientes con IUE pura y del 86,9% en pacientes con clínica mixta. Estos resultados corroboran que la cirugía de la incontinencia mínimamente invasiva es una cirugía efectiva para el tratamiento de la IUE. Las cifras de curación subjetivas son más variables y, tal como hemos reflejado, dependen en gran medida del cuestionario utilizado.

La valoración de los resultados de la IUE mínimamente invasiva ha sido objeto de múltiples estudios. Sin embargo, el número de autores que incluyen en su evaluación criterios objetivos y subjetivos, además de la impresión global de mejoría, es bastante inferior. Ya hemos apuntado en la introducción la necesidad de enfocar la evaluación de los resultados desde diferentes puntos de vista. Cada uno de ellos nos aportará unos datos que, sin lugar a dudas, mejorarán el conocimiento de los resultados de la cirugía de incontinencia urinaria.

Nuestras tasas objetivas de curación concuerdan con la mayoría de estudios publicados, cuyas cifras oscilan entre el 80 y el 95%<sup>6</sup>. Las cifras de curación subjetiva son más variables, sobre todo, como hemos indicado, porque cada uno de los cuestionarios utilizados evalúa distintos aspectos. En general, podemos decir que si evaluamos subjetivamente el componente de esfuerzo, nuestros resultados se aproximan bastante a los obtenidos con una prueba objetiva. Sin embargo, cuando utilizamos instrumentos de evaluación global como el ICIQ-UI SF, el porcentaje de curación disminuye considerablemente. En la práctica clínica, y dependiendo de lo que queramos medir, utilizaremos unos

u otros cuestionarios, que nos aportarán información complementaria. Las cifras de curación subjetivas publicadas en la bibliografía también son muy variables y oscilan, en la mayoría de los casos, entre el 70 y el 90%<sup>6</sup>.

Otro aspecto interesante de este estudio es la tasa de curación del componente de urgencia en pacientes intervenidas de IUE. En nuestra serie, un 69,2% de las pacientes diagnosticadas de IUM respondieron que no tenían IUU después de la cirugía de incontinencia. Este aspecto también lo han indicado otros autores. Tahseen et al.<sup>7</sup> obtuvieron una tasa de curación del componente de urgencia del 43% en pacientes intervenidas de IUE con una técnica transobturadora, mientras que Segal et al.<sup>8</sup> obtuvieron una tasa de curación de la urgencia del 63,1% después de colocar una banda retropúbica tipo TVT. Hay distintas teorías que intentan justificar este resultado. Se ha especulado que las bandas suburetrales, al estabilizar el cuello de la uretra, podrían evitar el estiramiento de los nervios pélvicos que favorecen el desencadenamiento de una contracción involuntaria del detrusor<sup>9</sup>. Hay autores que postulan que las bandas suburetrales previenen la entrada de orina en la uretra superior ante un aumento de presión intraabdominal, y con ello se evitaría el reflejo de urgencia<sup>10</sup>. También se ha publicado que en la fisiopatología de la IUM podría actuar un único mecanismo, y que la corrección del componente de esfuerzo implicaría la corrección de la urgencia<sup>11</sup>. Aunque son atractivas, estas hipótesis aún no están confirmadas, y la realidad es que el componente de urgencia puede persistir, e incluso agudizarse, después de la cirugía de IUE.

De lo expuesto anteriormente se deduce que no hay un cuestionario único ideal que sirva para evaluar los resultados de la cirugía de la incontinencia, ni para las pacientes

con clínica de IUE pura ni para las que presentan clínica mixta. En las pacientes con IUE pura, el ICIQ-UI SF permite mostrar claramente los casos totalmente curados, los que han mejorado y los que están igual o peor, y además permite categorizar los casos (antes y después) según la gravedad de la IU. No obstante, cuando los síntomas son mixtos, lo idóneo es la combinación de más de un instrumento, uno potente, como el ICIQ-UI SF, que mide de forma muy exacta el resultado del tratamiento quirúrgico en los síntomas de IU, y un instrumento que permita evaluar el impacto de la cirugía sobre determinados síntomas, como el aumento de frecuencia miccional, la urgencia y la incontinencia de urgencia.

### Conclusiones

- La tasa de curación del componente de esfuerzo tras la cirugía de incontinencia, siguiendo criterios objetivos y subjetivos, es alta tanto para el grupo con IUE pura como para el grupo con IUM.
- Un porcentaje importante de mujeres con IUM refiere la curación del componente de urgencia tras la cirugía de la IUE.
- La tasa de IUU *de novo* en pacientes con IUE pura es baja.
- Las tasas de curación varían según apliquemos criterios objetivos o subjetivos, tanto para el grupo de IUE pura como para el grupo de IUM.

### Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado con una beca de investigación Astellas Pharma S.A.

Miembros del GISPEM: España M, Fillol M, Pascual MA, Puig M, Bataller E, Climent N, Martínez V, Calvo-Redol A, González A, Navazo R, López E, Palomar L, Escolano A, Serna R, Bescos JL, Muñoz F, Cerezuela JF, Miranda P, Martínez JC, Abad J, Sastre JM, López ML, Morilla I, Borrero C, Brescó P, Mora I, Sánchez A, Calvo A, Moral E, De La Orden A, Nohales F, Mompó E, Pessarrodona A, Del Amo E, Cas-

tillo MT, Usandizaga R, Puch M, Bauset C, Saavedra JA, Amat L, Díez I, Aragón M, Ballesteros G, Carrascal E, Escudero MT, Pla F, Díaz MA, Carmona M, Urbaneja M, Castizo A, Ojeda F, Martín A, Goitia M, Grau J, Martínez-Paya MJ y Berdie C. ■

### BIBLIOGRAFÍA

1. Weber AM, Abrams P, Brubaker L, Cundiff G, Davis G, Dmochowski RR, et al. The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2001; 12: 178-186.
2. Brubaker L, Stoddard A, Richter H, et al. Mixed incontinence: comparing definitions in women having stress incontinence surgery. *Neurourol Urodyn.* 2009; 28(4): 268-273.
3. España M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del ICIQ-UI SF. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc).* 2004; 122: 288-292.
4. España M, Fillol M, Pascual MA, Rebollo P, Prieto M. Validación de la versión en español del cuestionario Epidemiology of Pro-lapse and Incontinence Questionnaire-EPIQ. *Act Urol Esp.* 2009; 33(6): 646-653.
5. Yalcin I, Bump RC. Validation of two global impression questionnaires for incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189: 98-101.
6. Smith ARB, Dmochowski R, Hilton P, Rovner E, Nilsson CG, Reid FM, et al. Surgery for urinary incontinence in women. En: 4<sup>th</sup> International Consultation on Incontinence (ICI). París, 2009: 1.193-1.272.
7. Tahseen S, Reid P. Effect of transobturator tape on overactive bladder symptoms and urge urinary incontinence in women with mixed urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 2009; 113: 617-623.
8. Segal JL, Vassallo B, Kleeman S, Silva A, Karram MM. Prevalence of persistent and de novo overactive bladder symptoms after the tension-free vaginal tape. *Obstet Gynecol.* 2004; 104: 1.263-1.269.
9. Serels SR, Rackley R, Appell R. Surgical treatment for stress urinary incontinence associated with Valsalva induced detrusor instability. *J Urol.* 2000; 163: 884-887.
10. Koonings P, Bergman A, Ballard CA. Combined detrusor instability and stress urinary incontinence: where is the primary pathology? *Gynecol Obstet Invest.* 1988; 26: 250-256.
11. Bump RC, Norton PA, Zinner NR, Yalcin I. Mixed urinary incontinence symptoms: urodynamic findings, incontinence severity and treatment response. *Obstet Gynecol.* 2003; 102: 76-83.