

## REVISIÓN

# Consenso de terminología y clasificación de la IUGA y la ICS sobre las complicaciones relacionadas con los tejidos nativos o propios de la mujer en la cirugía del suelo pélvico

D. Pérez Corella, A. Codoñer Canet, L. Montesinos Sepúlveda, A. Fuentes Ávila, M. Fillol Crespo

Hospital de La Plana. Villarreal (Castellón)

## RESUMEN

La Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA) y la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) publicó la terminología y las complicaciones de la cirugía del suelo pélvico con prótesis (mallas, implantes, bandas) e injertos en 2011. Un año más tarde, el IUGA/ICSI ha publicado un nuevo artículo con la terminología y clasificación de la cirugía del suelo pélvico con el tejido nativo. Esta nueva clasificación nos va a permitir realizar comparaciones entre ambas cirugías utilizando el mismo instrumento de valoración. El objetivo de este artículo es difundir la clasificación y la terminología de las complicaciones con tejido nativo o propio de la mujer.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Cirugía del suelo pélvico, terminología, clasificación, complicaciones, tejido nativo.

## ABSTRACT

**Consensus on Terminology and Classification by the International Urogynecology Association (IUGA) and the International Continence Society concerning complications related to female native tissue in pelvis floor surgery**

*The International Urogynecology Association (IUGA) and the International Continence Society (ICS) published the terminology and complications of pelvic floor surgery with prostheses (meshes, implants, tapes) and tapes in 2011. A year later the IUGA/ICSI have published a new paper with the terminology and classification of pelvic floor surgery with native tissue. This new classification will allow us to make comparisons between the two surgeries using the same assessment tool. The aim of this paper is to disseminate the classification and terminology of the native tissue complications.*

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Pelvic floor surgery, terminology, classification, complications, native tissue.

## Introducción

En 2011, la International Urogynecology Association (IUGA) y la International Continence Society (ICS) publicaron su propuesta de una clasificación consensuada de las complicaciones de la cirugía del suelo pélvico con prótesis (mallas, implantes, bandas) e injertos<sup>1</sup>. Con la finalidad de darle la mayor difusión posible a esta terminología y a la nueva clasificación de las complicaciones, publicamos un artículo sobre este tema en nuestra revista<sup>2</sup>. Un año después, la IUGA y la ICS proponen la terminología y la clasificación de las complicaciones de la cirugía del suelo pélvico sin mallas, es decir, de la cirugía realizada exclusivamente con los tejidos nativos o propios de la mujer<sup>3</sup>. Esta clasificación nos va a permitir comparar las

complicaciones de ambos tipos de cirugía con el mismo instrumento, lo que facilitará un mayor rigor en el análisis de los resultados de los ensayos clínicos sobre la cirugía del suelo pélvico y en la investigación en uroginecología en general. Publicamos este artículo con la intención de seguir contribuyendo a la difusión de las novedades en la terminología y la clasificación de los procesos uroginecológicos.

Este informe sobre terminología y clasificación, al igual que el anterior, se realizó mediante la colaboración de diversos miembros de los comités de terminología y estandarización de ambas organizaciones internacionales, IUGA e ICS, y el contenido fue consensado. Se ha realizado en el mismo contexto anatómico, incluyendo procesos y tiempos de curación similares. La principal diferencia es si se ha introducido o no una prótesis o injerto adicional. El grupo deci-

**Dirección para correspondencia:**

M. Fillol. Correo electrónico: fillol\_man@gva.es

dió aplicar la clasificación de categoría (C), tiempo (T) y sitio (S) de las prótesis e injertos, en las complicaciones para la cirugía con tejido nativo, estableciendo que este tipo de clasificación es el adecuado para la valoración de la cirugía con tejido propio de la mujer. La clasificación CTS permite codificar cada complicación, incluyendo tres (o cuatro) letras y tres números, con vistas a su uso en cualquier registro o informe quirúrgico, especialmente para los que requieren un procedimiento específico. A los usuarios de la clasificación se les ha ayudado con ejemplos de casos, tablas de colores y ayuda *online* ([www.icsoffice.org/ntcomplication](http://www.icsoffice.org/ntcomplication)).

Actualmente se acepta que las prótesis o injertos presentan un perfil de complicaciones distinto al de las complicaciones que se producen como consecuencia de la cirugía con tejidos propios. Las diferencias principales son: a) el trauma de la inserción; b) la reacción inflamatoria o infecciosa generada por la propia prótesis; c) la inestabilidad de la prótesis con el tiempo, y d) la morbilidad en la zona donante cuando se implanta un injerto autólogo. No obstante, los aspectos descritos en los puntos a-c pueden ser aplicables en la cirugía con tejido nativo, cuando se utilizan determinados tipos de suturas permanentes. Aunque no existe una clasificación de complicaciones debidas a las suturas permanentes utilizadas en la cirugía con tejidos nativos, las conclusiones sobre los tipos de materiales publicadas por Amid<sup>4</sup> para las mallas puede ser de utilidad en algunos puntos, especialmente en la cirugía vaginal. Por ejemplo, las anomalías que podrían producirse con el uso de suturas permanentes requeridas para incrementar la fuerza quirúrgica y la duración de algunos procedimientos de suspensión de la cúpula vaginal, como las colpopexias del ligamento uterosacro o del sacroespinoso. Las suturas trenzadas, si se dejan expuestas en la cúpula vaginal en vez de enterradas debajo de la mucosa vaginal, pueden condicionar una inflamación, como la granulación.

Los autores del nuevo documento han pretendido que exista una armonía y una continuidad con el documento anterior sobre las complicaciones relacionadas con la inserción de prótesis (mallas, implantes, bandas) e injertos, en la cirugía del suelo pélvico. Por tanto, serviría, entre sus posibles aplicaciones, para los informes médicos y auditorías quirúrgicas, como base para ensayos clínicos donde se comparen las complicaciones de los diferentes tipos de cirugía del suelo pélvico. Puesto que uno de los objetivos principales de este informe es estandarizar la terminología, se definen los términos utilizados en el título del documento:

- Clasificación: una disposición sistemática en clases o grupos basada en características comunes.
- División: separación en dos o más partes.
- Complicación: un episodio o proceso mórbido que ocurre durante el curso de una cirugía y que no es parte esencial de ésta («cirugía» sustituye a «enfermedad» en la definición; «curso» incluye el periodo del postoperatorio de cualquier duración).

- Relacionado: conectado.
- Tejido: conjunto de células similares y sustancias intercelulares que las rodean.
- Nativo: propios de la mujer; perteneciente desde el nacimiento; autólogo.

### Nuevas definiciones propuestas

Las complicaciones en la cirugía de suelo pélvico con tejido nativo, o propio de la mujer, necesitan incluir los siguientes puntos de vista: a) complicaciones locales; b) complicaciones en los órganos contiguos, y c) complicaciones sistémicas. Como en el documento anterior, el término genérico «erosión» (definido médicamente como el «estado de desgaste», por fricción o presión) no concuerda con los casos clínicos encontrados. Se prescinde de su uso reemplazándose por términos con mayor especificidad y claridad. Los términos adicionales que cabe utilizar se resumen en la tabla 1.

### Clasificación de categoría, tiempo y sitio

El objetivo de la clasificación es resumir el conjunto de las posibles situaciones clínicas en un código («un sistema numérico para ordenar y clasificar la información») utilizando tan sólo tres números y tres (o cuatro) letras. No se necesita una descripción verbal adicional porque posiblemente incluiría una terminología indefinida.

### Selección de categorías

La selección de categoría (C) se ha basado en el principio de que las complicaciones menos graves ocurren en el lugar anatómico del proceso. Las complicaciones más graves incluyen: a) aumento de la relación con las estructuras anatómicas próximas; b) relación con los órganos de alrededor, y c) compromiso sistémico (tabla 2). Se han elaborado las siguientes categorías:

### Categorías 1-3

#### Complicaciones en la vagina:

1. Complicación vaginal, sin separación epitelial: incorpora los términos prominencia y cicatrización o sutura excesiva.
2. Complicación vaginal, con pequeña separación epitelial o úlcera: incluye una pequeña ( $\leq 1$  cm) separación epitelial vaginal o formación de úlceras.
3. Complicación vaginal, con gran separación epitelial, úlcera o extrusión de sutura: incluye una mayor ( $> 1$  cm) separación epitelial vaginal o formación de úlcera o extrusión de la sutura.

En estas categorías se han incluido las siguientes divisiones:

**1A-3A:** Asintomático-hallazgo anormal. Se diagnostican habitualmente durante una exploración. Se puede afirmar que el «hallazgo anormal» de la categoría 1A no es realmen-

**Tabla 1. Terminología relacionada con la clasificación**

<b>Términos</b>	<b>Definición</b>
<b>Complicación</b>	Proceso o episodio mórbido que ocurre durante el curso de una cirugía y que no es parte esencial de ésta
<b>Nativo</b>	Propios de la mujer. Perteneciente desde el nacimiento. Autólogo
<b>Tejido</b>	Conjunto de células similares y sustancias intercelulares que las rodean
<b>Invaginación</b>	Mucosa vaginal doblada y atrapada en ella misma, caracterizada por un área fija y tirante a la exploración
<b>Prominencia</b>	Parte que sobresale más allá de la superficie sin separación epitelial
<b>Separación</b>	Discontinuidad física (p. ej., epitelio vaginal)
<b>Exposición</b>	Condición de exhibición o accesibilidad (p. ej., sutura permanente visualizada a través de un epitelio vaginal separado)
<b>Extrusión</b>	Salida gradual hacia fuera de una estructura o tejido del cuerpo (p. ej., una sutura permanente que sobresale de la cúpula vaginal)
<b>Compromiso</b>	Peligro potencial
<b>Perforación</b>	Abertura anormal en un órgano o víscera huecos
<b>Dehiscencia</b>	Abertura o hueco repentino en líneas naturales o suturadas
<b>Granulación</b>	Proyecciones de tejido conectivo carnoso en la superficie de una herida, úlcera o tejido inflamado
<b>Úlcera</b>	Lesión de la piel o de la mucosa con pérdida de tejido, habitualmente con inflamación

te una complicación, porque no molesta a la paciente. Sin embargo, puede ser que la mujer no haya realizado ninguna actividad que le provoque síntomas, como dolor o sangrado durante las relaciones sexuales (para ella o para su pareja), lo que convertirían estas complicaciones en categoría 1B.

**1Aa-3Aa:** Asintomático-hallazgo anormal. El hecho de añadir una «a» indica que la paciente no tiene dolor relacionado con el hallazgo anormal.

**1B-3B:** Sintomático-molestia o dolor poco frecuente. Dispareunia (para ella o su pareja). Posibilidad de sangrado o de secreción.

**1Bb-3Bb:** Sintomático-dolor provocado (durante la exploración vaginal). El hecho de añadir una «b» indica que el dolor, provocado sólo durante la exploración vaginal, está relacionado con el hallazgo anormal.

**1Bc-3Bc:** Sintomático-dolor durante las relaciones sexuales. El hecho de añadir una «c» indica que el dolor provocado durante las relaciones sexuales (sólo en la paciente) está asociado al hallazgo anormal.

**1Bd-3Bd:** Sintomático-dolor durante las actividades físicas. Se añade una «d» para indicar que el dolor, provocado por la realización de actividades físicas, está relacionado con el hallazgo anormal.

**1Be-3Be:** Sintomático-dolor espontáneo. Se añade una «e» para indicar que el dolor, que se presenta espontáneamente (p. ej., sin actividad física), está asociado al hallazgo anormal.

**1C-3C:** Infección o inflamación. La molestia local y la combinación de enrojecimiento y secreción purulenta son los signos más sugestivos. La presencia de granulación se podría aceptar como una inflamación.

**1C-3C (b-e):** Infección con dolor. Se añade desde la letra «b» hasta la «e» para especificar que el dolor es imputable a la infección.

**1D-3D:** Absceso. Es una infección de mayor entidad.

**1D-3D (b-e):** Absceso-dolor. Se añade desde la letra «b» hasta la «e» para especificar que el dolor (como se ha definido en la tabla 3) es parte del hallazgo anormal asociado al absceso.

Se ha descrito, además, una subclasificación de estas categorías vaginales que producen dolor, basada en las circunstancias en las que produce el dolor (tabla 3).

#### **Categoría 4**

**Compromiso del tracto urinario o perforación.** Esta categoría se ha subdividido en:

**4A:** Pequeña lesión intraoperatoria. Por ejemplo, la perforación de la vejiga. Esta complicación no crea generalmente un problema a largo plazo en la vejiga, si el defecto es identificado y suturado (si es necesario) y se toman algunas precauciones menores, como el drenaje de la vejiga a corto plazo con antibióticos adecuados.

Consenso de terminología y clasificación de la IUGA y la ICS sobre las complicaciones relacionadas con los tejidos nativos o propios de la mujer en la cirugía del suelo pélvico

D. Pérez Corella, A. Codoñer Canet, L. Montesinos Sepúlveda, A. Fuentes Ávila, M. Fillol Crespo

**Tabla 2. Clasificación de las complicaciones relacionadas con tejidos propios de la mujer (nativos) en la cirugía del suelo pélvico**

Descripción general	A (asintomática)	B (sintomática)	C (infección)	D (absceso)
1 Vaginal: sin separación epitelial. Incluye prominencia y cicatriz hipertrófica. Invaginación vaginal. Grados de dolor según la tabla 3	1A: hallazgo anormal en la exploración	1B: sintomático; por ejemplo, molestia/dolor, dispareunia (también para su pareja), hemorragia	1C: infección (posible o real)	1D: absceso
2 Vaginal: pequeña separación epitelial o úlcera $\leq 1$ cm	2A: asintomática	2B: sintomática	2C: infección	2D: absceso
3 Vaginal: gran separación epitelial o úlcera $\geq 1$ cm o extrusión de la sutura	3A: asintomática 1-3Aa si el dolor no se relaciona con la cirugía	3B: sintomática 1-3B (b-e) si el dolor se relaciona con la cirugía	3C: infección 1-3C/1-3D (b-e) si el dolor se relaciona con la cirugía	3D: absceso
4 Tracto urinario: compromiso o perforación que incluye la fístula y el cálculo	4A: pequeña lesión intraoperatoria (p. ej., perforación vesical)	4B: otra lesión del tracto urinario inferior y retención urinaria	4C: lesión ureteral o del tracto urinario superior	4D: absceso
5 Rectal o intestinal: compromiso o perforación que incluye la fístula	5A: pequeña lesión intraoperatoria (p. ej., rectal o intestinal)	5B: compromiso o lesión rectal	5C: pequeña o gran lesión o compromiso intestinal	5D: absceso
6 Piel y/o tejido musculoesquelético: complicación que incluyen secreción, dolor, bulto o fístula	6A: asintomática. Hallazgo anormal en la exploración	6B: sintomática (p. ej., secreción, dolor o bulto)	6C: infección (p. ej., formación de una fístula)	6D: absceso
7 Personal: hematoma o compromiso sistémico	7A: hemorragia y hematoma	7B: reanimación o cuidados intensivos incluyendo la sepsis por hematoma	7C: mortalidad (no se puede añadir otra complicación). No se puede aplicar sitio: S0	
<b>Tiempo</b> (momento del diagnóstico clínico)				
T1: intraoperatorio hasta 48 h	T2: 48 h a 2 meses	T3: 2 meses a 12 meses	T4: superior a 2 meses	
<b>Sitio</b> (lugar o sitio de la lesión)				
S1: vaginal, zona de la línea de la sutura	S2: vaginal, separado de la zona de la línea de la sutura	S3: vísceras contiguas (p. ej., vejiga o intestino)	S4: piel y tejidos musculoesqueléticos	S5: intraabdominal
En la misma paciente pueden aparecer múltiples complicaciones. En la misma paciente pueden aparecer complicaciones precoces y tardías. Todas las complicaciones deben ser registradas.				
Debe utilizarse la categoría mayor de cada complicación cuando hay un cambio posterior (paciente 888).				
No se incluyen infecciones urinarias ni otros problemas funcionales (a excepción del 4B).				

**4B:** Otras complicaciones en el tracto urinario inferior (vejiga o uretra). Esta división incluye las lesiones a largo plazo (p. ej., perforación de la sutura, fístula, cálculos alrededor de la sutura). También incluye la retención urinaria directamente relacionada con el proceso, que requiere la consiguiente intervención quirúrgica (además de un drenaje de la vejiga). El tiempo y el lugar deben tenerse en cuenta para decidir la intervención quirúrgica.

**4C:** Complicación del uréter o del tracto urinario superior. Esta división se explica por sí sola.

### Categoría 5

**Perforación rectal o del intestino.** Esta categoría se ha subdividido en:

**5A:** Pequeño defecto intraoperatorio. Esta complicación no suele condicionar problemas si se reconoce y se deshace la

**Tabla 3. Grados de dolor: subclasificación de la categoría de las complicaciones**

Se debe especificar la presencia de dolor y de su gravedad (en la paciente, no en su pareja) como una parte de los hallazgos anormales

- a Asintomática, sin dolor
- b Sólo dolor provocado. (durante la exploración vaginal)
- c Dolor durante el coito
- d Dolor durante el ejercicio físico
- e Dolor espontáneo

sutura (si procede) con las precauciones apropiadas (p. ej., establecer reposo intestinal a corto plazo con el inicio de un tratamiento antibiótico adecuado).

**5B:** Daño o lesión rectal. Esta división incluirá las lesiones que causan problemas a largo plazo en el recto (p. ej., perforación de la sutura, fístula).

**5C:** Daño o lesión grande o pequeña en el intestino. Esta división incluirá las lesiones que causen problemas a largo plazo en el intestino (p. ej., perforación de la sutura, fístula u obstrucción).

**5D:** Formación de un absceso a partir de la lesión en el intestino.

### Categoría 6

#### Complicaciones de la piel y/o el tejido musculoesquelético.

**6A:** Asintomática. Complicación diagnosticada en cualquier momento del seguimiento clínico.

**6B:** Sintomático (p. ej., secreción, dolor, bulto).

**6C:** Infección en la piel o complicación del tejido musculoesquelético. Incluye la formación de trayectos fistulosos.

### Categoría 7

**Afectación o daño en la paciente.** Esta categoría reconoce que la paciente puede tener una afectación sistémica, además de cualquier complicación localizada:

**7A:** Hemorragia y hematoma. Hematoma diagnosticado clínicamente, o la necesidad de una transfusión sanguínea o de una intervención quirúrgica.

**7B:** Reanimación o cuidados intensos. Reanimación cardiopulmonar o hemodinámica relacionadas con el procedi-

miento, y/o el traslado de la paciente a la unidad de cuidados intensivos. En esta división se incluye el hematoma asociado a una sepsis, con su consiguiente compromiso.

**7C:** Mortalidad. La cirugía con tejido nativo, aunque no tenga un desenlace fatal durante el acto quirúrgico, puede desencadenar una serie de acontecimientos mórbidos que pueden condicionar la muerte del paciente.

**Nota:** A causa de su naturaleza sistemática, 7B y 7C no tendrán generalmente una división de lugar específica, y se denominarán como S0.

### Selección de divisiones de tiempo

El tiempo (T) de la complicación es el momento en que se diagnostica clínicamente. Esta sección incorpora cuatro periodos de tiempo, que son los posibles momentos en que la atención médica es buscada por la paciente o es dada por el médico. No será siempre posible predecir en cada cirugía el momento del diagnóstico de las complicaciones más frecuentes. Esto dependerá de la estrategia utilizada en el seguimiento de las pacientes. La primera clasificación de tiempo (T1) incluye los problemas perioperatorios, mientras que las otras (T2-T4) incluyen los tiempos posteriores:

**T1:** Intraoperatorio-48 horas. Posibles complicaciones perioperatorias.

**T2:** 48 horas-2meses. Sangrado, infección y otras posibles complicaciones.

**T3:** 2 meses-12 meses. Aparición tardía de posibles anomalías.

**T4:** Más de 12 meses. Anomalías tardías y otras posibles complicaciones de sutura.

### División de los lugares o sitio

Esta división incorpora los lugares típicos donde se han diagnosticado las complicaciones:

**S0:** Complicaciones sistémicas (sin lugar específico). Como se ha dicho anteriormente, las categorías 7B (hematoma séptico) y 7C son habitualmente complicaciones sistemáticas denominadas S0.

**S1:** Vaginal. Zona de la línea de sutura. Quizás es el lugar más frecuente de las complicaciones surgidas en la cirugía vaginal con tejido nativo.

**S2:** Vaginal. Lejos de la zona de la línea de sutura vaginal. Ya que la mayoría de las suturas se sitúan en la línea media, esta complicación se visualizaría en el área lateral de la vagina.

Consenso de terminología y clasificación de la IUGA y la ICS sobre las complicaciones relacionadas con los tejidos nativos o propios de la mujer en la cirugía del suelo pélvico

D. Pérez Corella, A. Codoñer Canet, L. Montesinos Sepúlveda, A. Fuentes Ávila, M. Fillol Crespo

**Tabla 4. Ejemplos de la tabla de complicaciones de tejidos nativos en la cirugía del suelo pélvico, con procedimientos no específicos, usando la categoría (C), el tiempo (T), el sitio (S). También se puede emplear en procedimientos específicos**

Número de paciente	Descripción de complicaciones	Código	Código
000	Hematoma retropúbico tras una colposuspensión de Burch	7A/T1/S3	
111	Dolor en la nalga a las 6 semanas de una fijación al ligamento sacroespinoso	6B/T2/S4	
222	Obstrucción intestinal y 2 cm de apertura de la cúpula vaginal con hemorragia tras 6 meses de una fijación al ligamento sacroespinoso (con sutura irreabsorbible)	5C/T3/S5	3B/T3/S1
333	Molestia que percibe la pareja durante el coito ocasionada por una sutura irreabsorbible a las 6 semanas de la cirugía (sin separación de tejidos)	1B/T2/S2	
444	Ulceración vaginal (<1 cm) con enrojecimiento, dispareunia y secreción a los 15 meses de una colpoplastia anterior	2Cc/T4/S1	
555	Extrusión vaginal lateral con secreción maloliente y una fístula rectovaginal a los 8 meses de una colporrafia posterior	3C/T3/S2	5B/T3/S1
666	Lesión vascular intraoperatoria durante una suspensión de la cúpula vaginal que requiere una reanimación profunda	7B/T1/S3	
777	Sutura intravesical persistente/formación de un cálculo/hematuria 2 años después de una uretropexia retropúbica	4B/T2/S3	
888	Absceso pélvico a los 8 días de una suspensión de la cúpula vaginal a los ligamentos uterosacros, complicado con una lesión intestinal intraoperatoria (categoría final). El código inicial fue 5A/T1/S5	5D/T2/S5	
999	Cicatriz vaginal prominente que molesta a los 9 meses de una fijación al ligamento sacroespinoso (mujer asintomática y molestias de su pareja)	1Bb/T3/S1	
XXX	Orina residual de 150 mL con infecciones de repetición del tracto urinario que requiere liberación de la sutura a los 4 meses de una colposuspensión de Burch	4B/T3/S1	

**S3:** Visceras contiguas. Incorpora cualquier complicación extraperitoneal, vesical o rectal, sin complicaciones intraabdominales (que son S5).

**S4:** Piel y tejidos musculoesqueléticos. Incluye cualquier complicación de la piel o del tejido musculoesquelético, lejos del lugar de las heridas primarias. Podría incluir la formación de una fístula y el dolor muscular profundo en el punto de la fijación de la sutura.

**S5:** Intraabdominal. Incluye la perforación o la obstrucción del intestino.

En resumen, esta clasificación se ha elaborado para englobar todas las posibles complicaciones físicas relacionadas con la cirugía de suelo pélvico con tejido nativo, o propio de la mujer. Están incluidas tanto las complicaciones perioperatorias como las que aparecen posteriormente. Puesto que pueden ser muy variadas, se han agrupado por categoría (C), tiempo (T) y lugar de la lesión o sitio (S). El resultado final es un código de tres letras (cuatro si se usa una letra de la «a» a la «e») y tres números. La

adición de la subclasificación del dolor refleja la valoración del dolor crónico, especialmente en las subclases más altas (de la «c» a la «e»), que puede ser uno de los resultados más decepcionantes de cualquier cirugía de suelo pélvico.

### Pautas para la clasificación

Las siguientes pautas deberían tenerse en cuenta:

- En la misma paciente pueden coincidir varias complicaciones. Dichas complicaciones deberían informarse separadamente, tal como se indica en la tabla 4.
- Pueden haber complicaciones precoces y tardías en la misma paciente. También se deberían informar de manera separada.
- Deben incluirse todas las complicaciones.
- Si con el paso del tiempo existe una progresión de una complicación, se debe utilizar la categoría final más elevada, como en el caso de una úlcera vaginal que evoluciona de asintomática a sintomática, o cuando pasa de pequeña a grande, o también cuando un hematoma evoluciona de aséptico a séptico.

### Ejemplo de clasificación CTS (código completo)

En la tabla 4 se observa un ejemplo completo del código CTS: 3B/T2/S3 (para simplificarlo no hay C en la sección de la categoría). Desde las letras «a» hasta la «e» se debería incluir en el código de la categoría (p. ej., 3Bc/T2/S3 para indicar que el dolor es parte de una anomalía) («c» dolor en el coito).

Aunque esta clasificación puede parecer difícil, consideramos que la aportación de los casos de pacientes, los ejemplos proporcionados, el color de las tablas *online* de las complicaciones de IUGA/ICS ([www.icsoffice.org/ntcomplication](http://www.icsoffice.org/ntcomplication)), así como la experiencia con la anterior clasificación, aclararán las dudas iniciales.

### Limitaciones de la clasificación

- La clasificación no especifica el tipo de material de sutura empleado.
- El uso de suturas permanentes (irreabsorbibles) en lugar de las suturas con menos morbilidad (como se describe en la introducción) podría verse reflejado en unas mayores tasas de complicaciones.
- Los problemas funcionales (p. ej., la disfunción de vaciado y la disfunción defecatoria) no se incluyen: la disfunción de vaciado puede definirse como una micción anormalmente lenta (evaluada por los datos del flujo urinario) y/o incompleta (evaluada por un residuo posmiccional

elevado). La intervención quirúrgica para la disfunción de vaciado grave, llamada retención urinaria, está incluida en la sección 4B.

- Las infecciones del tracto urinario no están incluidas.
- Recidivas: las suturas permanentes, como mallas e injertos, se utilizan para prevenir la recidiva del prolapso de los órganos pélvicos. Sin embargo, si se añaden suturas permanentes, puede que no se obtengan buenos resultados y que aparezca una recidiva, aunque deberíamos hacer hincapié en que una recidiva no es una complicación. ■

### BIBLIOGRAFÍA

1. Hayden B, Freeman R, Swift S, Cosson M, Davila W, Deprest J, et al. International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related directly to the insertion of prostheses (meshes, implants, tapes) & grafts in female pelvic floor surgery. *Int Urogynecol J.* 2011; 22: 3-15.
2. Montesinos Sepúlveda L, Codoñer Canet A, López Fraile S, Moral Santamarina E, Fillol Crespo M. Clasificación de las complicaciones de las prótesis (mallas, implantes, bandas) e injertos en la cirugía del suelo pélvico. *Suelo Pélvico.* 2011; 7: 17-20.
3. Hayden B, Freeman R, Lee J, Swift S, Cosson M, Deprest J, et al; International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS). Joint terminology and classification of the complications related to native tissue female pelvic floor surgery. *Neurourol Urodyn.* 2012; 31: 406-414.
4. Amid P. Classification of biomaterials and their relative complications in an abdominal wall hernia surgery. *Hernia.* 1997; 1: 15-21.