

ORIGINALIALES

Evaluación de las nuevas técnicas quirúrgicas para tratar la incontinencia urinaria femenina

J.C. Martínez-Escoriza, H. Ballester, G. Ramos, S. Rogel, J.M. Sastre y J. Abad

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

ABSTRACT

Objective: Evaluation of the efficiency and safety of different surgical techniques with bands for urinary incontinence (UI) in the period February 2000-June 2004, and also the patient satisfaction post-operatively.

Material and methods: We made a retrospective transversal study, analyzing different variables in 77 patients with UI who had surgery in the Obstetric and Gynaecology Department of the G.U. Hospital in Alicante. Objective evaluation (efficacy and adverse effects) was obtained on checking the follow up at 2 months, 6 months and annually. This consisted of vaginal examination, Valsalva manoeuvre, Q-test, mictional diary, patient self evaluation of symptoms and urodynamics if necessary. Subjective evaluation was made by telephone with the questionnaire already in use.

Results: Objective results could be valued in only 60 of the 77 patients (77.92%). We considered 59.74% to be objectively continent (46/77) or 76.66% (46/60) if we don't count those who were not controlled. Subjectively, only 65 patients (84.41%) replied, their "satisfaction was between 72.72% and 86.14% (excluding those who did not reply). Complications were similar to other groups. It was difficult to establish a comparative analysis since criteria of follow-up and evaluation are very different. Normally they do not include a subjective component of the patient without taking into consideration her quality of life. They are disparate and reproducing them is of little value.

Conclusions: The surgery with bands is effective and safe although its recommendation needs long term studies where the quality of life should be included. The introduction of new surgical techniques must be preceded by controlled and randomized studies including not only the objective but also the subjective results.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la incontinencia urinaria femenina (IUF) de esfuerzo (IUE) se puede abordar mediante rehabilitación de los músculos del suelo pelviano para los casos leves y moderados, la farmacología y, fundamentalmente, la cirugía. Los 2 primeros no disponen de suficiente evidencia científica que permita grados altos de recomendación por comités de expertos^{1,2}.

Por otro lado, las publicaciones existentes sobre la eficacia y seguridad de los múltiples métodos quirúrgicos descritos (más de 70) adolecen también de bajo nivel metodológico y, por lo tanto, tampoco permiten altas recomendaciones basadas en pruebas³. No obstante, de todas las técnicas quirúrgicas descritas, la intervención de Burch ha sido la más estudiada y considerada como el «estándar oro»^{4,5}. En la actualidad, la evidencia sobre lo mejor o peor de los cabestrillos suburetrales es limitada⁶ y, en relación con los inyectables, la información existente es escasa y no concluyente³. La aparición en 1996 del concepto de «banda libre» ha generado grandes expectativas y promesas de mejores resultados que la técnica de Burch; sin embargo, los seguimientos a largo plazo (5-10 años) aún no están disponibles. Tan sólo se dispone de un trabajo⁷ aleatorizado y multicéntrico, donde se compara la banda libre de tensión (TVT) con la colposuspensión abdominal, con 2 años de seguimiento y un número no demasiado grande de pacientes, y de la revisión a 7 años de seguimiento presentada en la reunión de la IUGA de Florencia en 2003⁸.

Con relación a la pregunta, ¿qué factores dan lugar a satisfacción en las pacientes tras la cirugía de la incontinencia?, cabe responder: si la definición misma de IUF incluye que ésta «genera impacto social en la vida de la paciente», los resultados de la cirugía también deben establecerse en función no sólo de que la paciente esté continente, esté «seca», sino de que haya mejorado su calidad de vida³. Así es como a par-

Aceptado para su publicación el 4 de noviembre de 2004.

TABLA I. Criterios de evaluación de las técnicas quirúrgicas para la incontinencia urinaria (IU) femenina (Sociedad Internacional para la Continencia)⁴

Observaciones de las mujeres (síntomas)
Número de no curadas (primero y quinto año)
Número de no mejoradas (primero y quinto año)
Cuantificación de los síntomas
Compresas en 24 h
Número de episodios de IU en 24 h
Volumen de orina o peso, pérdida o en compresa
Observaciones de los clínicos
Número de no curadas en y tras el primer y el quinto año
Calidad de vida
Short form 36 como genérico
Cualquier específico (BFLTUS)
Repercusiones socioeconómicas
Variables económicas de la salud
Medidas de variables quirúrgicas
Tiempo de intervención
Tiempo de estancia hospitalaria
Tiempo para la vuelta al trabajo
Tiempo de permanencia de la sonda
Efectos adversos
Complicaciones perioperación
Síntomas de urgencia <i>de novo</i>
Hiperactividad <i>de novo</i>
Disfunciones de vaciado
Prolapsos recurrentes o <i>de novo</i>
Necesidad de nueva cirugía para la IU
Otras específicas, como osteítis en MMK
Otros resultados (según técnica)

tir de 1996 han aparecido publicaciones reivindicando que en el análisis de la eficacia de una técnica concreta deben aparecer aspectos de opinión y satisfacción de la propia paciente⁹. Estos aspectos han quedado reflejados en otras publicaciones («deseamos no tener que levantarnos por la noche», «poder realizar labores de jardinería o pasear», «tener una mejor imagen ante el marido», etc.)¹⁰. Tanto es así, que la mayoría de estudios concluyen que, al margen del grado de continencia conseguido, las pacientes puntúan como un logro fundamental el que su vida haya ido a mejor y puedan realizar funciones que antes de la cirugía no podían¹¹. Es evidente, por lo tanto, que además de la evaluación objetiva poscirugía se necesita de una catalogación subjetiva que la paciente haga del procedimiento a que fue sometida.

De todas las técnicas descritas, pocas o muy pocas han sido correctamente evaluadas desde el punto de vista de la eficacia, efectos adversos e impacto en la calidad de vida¹². Con relación a la obtención de continencia (eficacia o resultado objetivo), ha habido muchas revisiones, si bien la más completa por el número de artículos que analiza es la de Black y Downs³, en 1996. En el terreno de la seguridad o inocuidad, no

se cita que haya constancia de grandes complicaciones en ninguna de las técnicas que analiza; pero concluyen que ambos parámetros no son suficientes para evaluar la bondad de determinada técnica de las muchas analizadas y que la cirugía debe propiciar que se reduzca el impacto negativo de la IU sobre la calidad de vida de la mujer. La satisfacción de la paciente, como otros criterios que ella considere, debe estar incluida en los parámetros que definen el éxito o no de la cirugía de la incontinencia¹¹.

En una reciente publicación de la Cochrane Library⁴ se recogen las variables que el Comité de Estandarización de la Sociedad Internacional para la Continencia (ICS) propuso para la buena y adecuada evaluación de los procedimientos quirúrgicos. Entre ellos, sin duda, los referentes a la calidad de vida de la mujer tras la cirugía (tabla I).

En el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Alicante, la intervención estándar para la IUE grave ha sido la colposuspensión de Burch. Sin embargo, como ha ocurrido en tantos otros hospitales de nuestro entorno, desde enero de 2000 hasta junio de 2004 se han ido introduciendo y realizando hasta 77 intervenciones con bandas.

El objetivo de este trabajo es evaluar, pasados los primeros 4 años, la eficacia, la seguridad y, muy importante, el grado de satisfacción tras la cirugía de la IU mediante las distintas técnicas utilizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio transversal y retrospectivo sobre un total de 77 pacientes intervenidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Alicante por IUF mediante técnicas de bandas, durante el período entre febrero de 2000 y junio de 2004.

La indicación de la cirugía fue establecida tras un estudio clínico exhaustivo que confirmaba IUE grave o bien mediante estudio urodinámico cuando cabían otras posibilidades o había duda sobre la posibilidad de hiperactividad del detrusor.

Las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas se describen en la figura 1. El seguimiento posquirúrgico se ha hecho conforme al protocolo del Servicio (control a los 2 meses, 6 meses y anualmente). En dichos controles se realiza una valoración objetiva mediante exploración vaginal, test de esfuerzo con Valsalva, test de incontinencia, Q-test, diario miccional o incluso estudio urodinámico si fue preciso. No se utilizó el PAD-test. Como variables relacionadas con la seguridad de la técnica se tuvieron en cuenta la aparición de fenómenos de urgencia, reten-

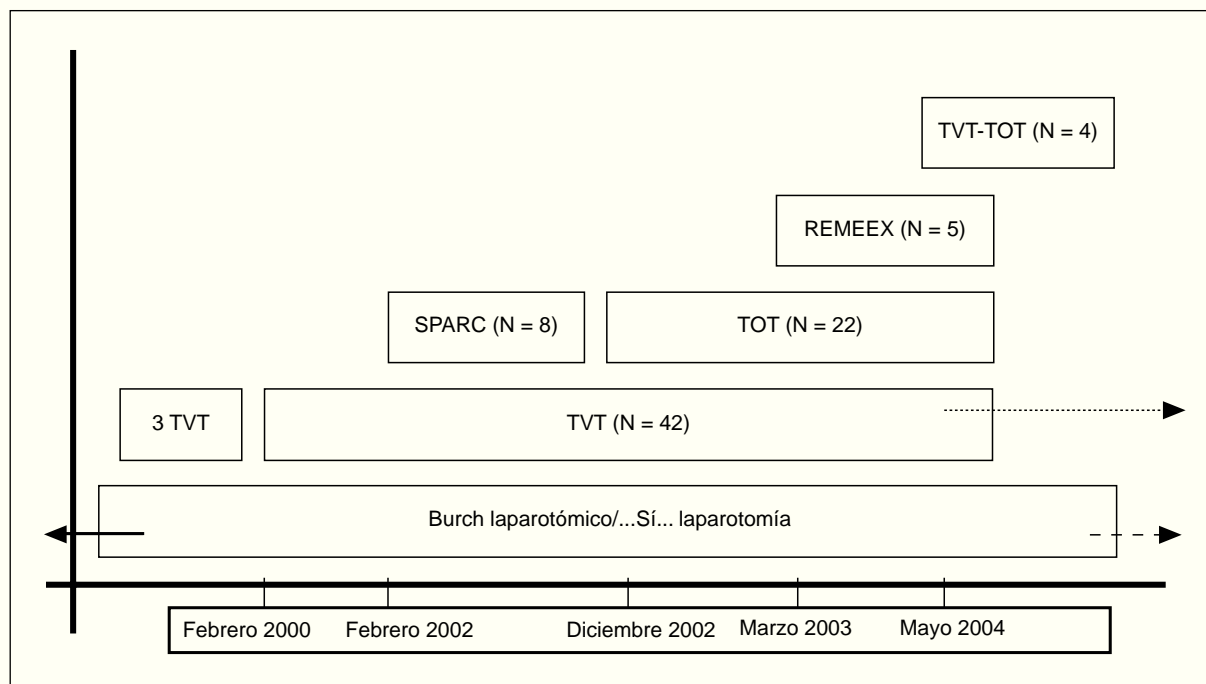


Fig. 1. Tipos de cirugía de bandas realizadas.

ción o prolapso y otros más habituales como la hemorragia, la necesidad de sonda durante unos días en su domicilio, etc.

Para elaborar el estudio, además de la revisión de los datos de las historias clínicas referentes al punto de vista objetivo (exploración en consulta), propusimos la evaluación desde el punto de vista subjetivo realizando una encuesta telefónica inspirada en el modelo ICQ-SF recientemente validado¹³ y los cuestionarios planteados por otros autores¹¹. Las respuestas pueden resumirse en las siguientes categorías: «me encuentro mucho mejor que antes de operarme», «mejor que antes de operarme», «igual que antes de operarme», «peor que antes de operarme».

RESULTADOS

De las 77 pacientes intervenidas, sólo se ha podido extraer información de resultados objetivos en su historia clínica en 60 (77,92%); en 17 casos no se dispone de un seguimiento adecuado. El seguimiento global ha sido de 24,38 meses de media y 22 meses de mediana. En la tabla II se describen las características generales (edad, paridad, tipo de IU, tiempo de cirugía, estancia, etc.) de los 77 casos en aquellas variables que han podido ser analizadas.

De las 60 mujeres que han seguido controles objetivos, 34 se han considerado como curadas, ya que los tests clínicos a que se sometieron no mostraron pérdidas. Asimismo, 12 mostraron alguna pérdida sea en las maniobras de Valsalva o en el diario miccional. Si consideramos que las 17 que no pudieron ser evaluadas hubiesen ido mal, el nivel de satisfacción de la cirugía se sitúa en el 59,74% (46/77). Al contrario, si se prefiere no incluirlas al desconocer objetivamente su evolución, el porcentaje de satisfacción se sitúa en el 76,66% (46/60) (tabla III).

Para la valoración subjetiva de lo que les había supuesto la cirugía, tan sólo se pudieron localizar 65 (84,41%) pacientes que respondieran la encuesta. De las posibles respuestas, 40 (51,95%) contestaron que estaban «mucho mejor que antes de operarse» (40/77); esto supone un 61,53% si sólo se contabilizan las 65 que sí contestaron (40/65). De igual modo ocurre con las 16 (20,77%) que contestaron que estaban «mejor que antes de operarse» (16/77). Si no incluimos las 12 que no pudieron responder, el porcentaje se eleva al 24,61% (16/65). Con ello, la sensación subjetiva de mejoría, en suma, se sitúa entre un 72,72 (56/77) y un 86,14% (56/65), respectivamente, con 2 años de media de seguimiento (tabla IV). En la figura 2 se analizan las respuestas subjetivas en función del

TABLA II. Características de las mujeres intervenidas por incontinencia urinaria (IU) (2000-2004)

FACTOR (N = 77)	N (%)
Edad media, años	57,78 (40-82)
40-50	23 (29,87)
51-60	29 (37,66)
61-70	15 (19,48)
> 70	10 (12,98)
Paridad	2,69 (0-5)
Síntomas de urgencia	19 (24,67)
Duración de la IU	55,06 (6-240 meses)
Tipo incontinencia	
IUE	57/76 (75)
IUM	19/76 (25)
Paridad	
IUE	53 (92,98)
IUM	19 (100)
Tipo de parto	
Cesárea	3/76 (3,94)
Instrumental	17/76 (22,36)
Eutócico	56/76 (73,68)
Seguimiento (en años)	
4	5
3	15
2	16
1	23
< 1	18
Tiempo cirugía	20-50 min
Estancias (días)	
1-2	45 (58,44)
3-4	16 (20,77)
5-7	14 (18,18)
10	2 (2,59)

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

tipo de banda colocada. Destaca, en el grupo del TVT, cómo de 42 casos, sólo 34 tuvieron encuesta; el grado de satisfacción es del 71,42 (30/42) o del 88,23%

TABLA III. Análisis de resultados tras la exploración con distintos criterios

VALORACIÓN OBJETIVA (EXPLORACIONES)	BANDAS (N = 77)	%
Criterio objetivo		
Mujeres con datos van bien (60)	46/60	76,66
Asumiendo sin datos van peor (17)	46/77	59,74
Mujeres con datos van mal (60)	14/60	23,23
Mujeres sin datos van mejor (77)	14/77	18,18

TABLA IV. Análisis de resultados tras la evaluación subjetiva

VALORACIÓN SUBJETIVA (ENTREVISTA)	BANDAS (N = 77)	%
Con relación a 77 pacientes		
Mucho mejor que antes de operarme	40/77	51,95
Mejor que antes de operarme	16/77	20,77
Igual que antes de operarme	1/77	1,29
Peor que antes de operarme	8/77	10,38
No fue posible la encuesta	12/77	15,58
Con relación a 65 que respondieron		
Mucho mejor que antes de operarme	40/65	61,53
Mejor que antes de operarme	16/65	24,61
Igual que antes de operarme	1/65	1,53
Peor que antes de operarme	8/65	12,30

(30/34) según incluyamos como de mala evolución a las que no se localizaron o simplemente se les excluyó del cálculo.

Finalmente, a lo largo del tiempo de seguimiento, y principalmente en los primeros meses de controles en que sí pudimos contar con la práctica mayoría de las pacientes, pudimos contabilizar algunos efectos adversos entre los que destacamos 12 (15,58%) casos de

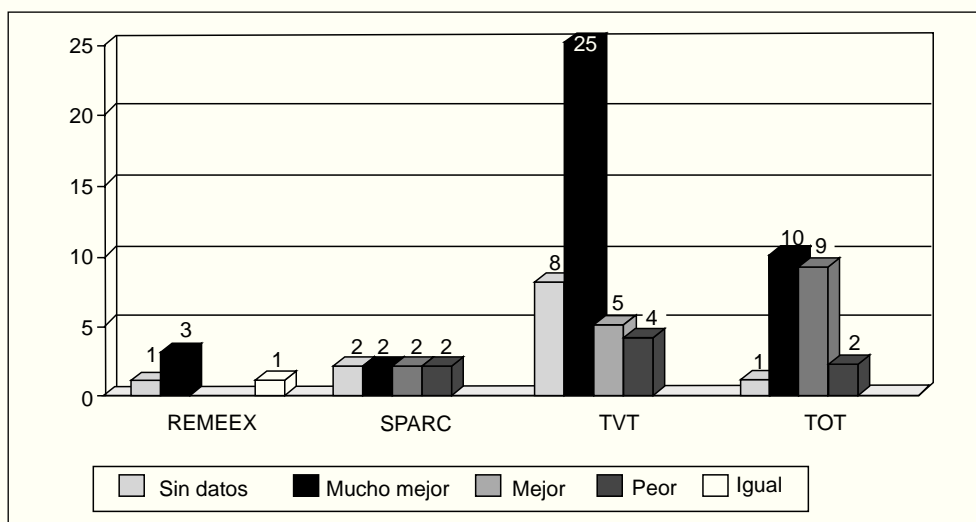


Fig. 2. Calificación subjetiva según las distintas técnicas.

TABLA V. Complicaciones observadas

COMPLICACIONES	N	%
Retenciones	12	15,58
Hemorragias	6	7,79
Sonda al alta	6	7,79
Infección urinaria	4	5,19
Retirar la banda	3	3,89
Perforación vesical	3	3,89
Retirar el REMEEEX	1	1,29
Urgencia <i>de novo</i>	1	1,29
Infección de la herida	1	1,29

retenciones, ninguna grave; 6 (7,79%) cuadros hemorrágicos, de los que 3 fueron hematomas en Retzius, uno de los cuales hubo que intervenir quirúrgicamente; 6 (7,79%) casos precisaron volver a su domicilio con sonda vesical durante unos días (nunca más de 7 días); 4 (5,19%) tuvieron una infección urinaria leve, y hubo 3 perforaciones vesicales sin trascendencia (tabla V).

DISCUSIÓN

La IUF tiene, por definición, una repercusión social importante en la mujer que la presenta. Por lo tanto, los métodos terapéuticos disponibles, incluida la cirugía, deben tener por objetivo no sólo la reparación anatómica y la restauración funcional sino también una evidente mejora de la calidad de vida de la paciente intervenida. Aunque la mayoría de los métodos quirúrgicos utilizados no se han evaluado desde esa perspectiva³, poco a poco han ido apareciendo propuestas en ese sentido¹¹. Ha sido la ICS la que, a través de su comité de expertos, ha recomendado que todos aquellos trabajos que pretenden evaluar una técnica quirúrgica concreta introduzcan criterios no sólo de cuantificación de síntomas o valoración de complicaciones sino también del estado de la calidad de vida de dicha paciente tras la cirugía⁴. Concretamente, ha propuesto el uso en los controles posquirúr-

gicos de cuestionarios de tipo genérico como el SF-36 y otros específicos. Un trabajo reciente que compara la eficacia y seguridad (criterios objetivos) del TVT y la colposuspensión a 2 años de seguimiento⁷, incluye ya estas recomendaciones evaluando también la opinión de las pacientes (criterios subjetivos) mediante el SF-36 y el BFLUTS⁷.

La evaluación que aquí se presenta es limitada porque los controles objetivos que se han realizado no lo han sido a la totalidad de las 77 pacientes operadas. Además, la evaluación subjetiva no ha podido realizarse mediante aquellos cuestionarios y el número de técnicas de bandas descrito es escaso globalmente, y en algunas técnicas muy poco significativo. Sin embargo, con los 24,38 meses de media de seguimiento pueden tenerse en consideración no sólo sus resultados en la parcela objetiva (59,74 o bien 76,65% de resultados satisfactorios), muy parecidos a los de otros autores^{7,8,11} sino, lo que es más importante, los subjetivos (72,72 o bien 86,14% de satisfacción). Resulta llamativo que cuando se ha intentado comparar la tasa de resultados objetivos con los publicados por otros autores, se ha visto que cada uno, incluidos nosotros, ha empleado medidas distintas (PAD-test a 1 h, PAD-test a 24 h, número de episodios de escape por semana, etc.)^{3,7,9-11}. Y lo mismo ha ocurrido con los pocos que pretendieron evaluar la respuesta subjetiva^{3,4,11}. Hay, pues, verdaderas dificultades para determinar cuál es el éxito de la cirugía y es sumamente difícil informar de los resultados propios y su comparación con lo publicado por otros autores. Pero del análisis de todos estos resultados se obtiene un mensaje que es constante en todas ellas⁹⁻¹¹. Así, es más alta la puntuación obtenida en la mejora de calidad de vida que la consecución misma de continencia. Es tal el impacto de la IUF en aquella, que con sólo la mejora de los síntomas o la reducción de los episodios de escape, la catalogación se torna positiva. No obstante, es más que probable que con el pasar del tiempo, con el seguimiento continuo de la paciente, se observe que la satisfacción de ésta va de-

TABLA VI. Satisfacción con la cirugía en mujeres operadas por incontinencia urinaria femenina (Diokno, 2003)¹¹

	NÚMERO PACIENTES	% MUY INSATISFECHAS/ DESACONSEJAN	% ALGO INSATISFECHAS/ DESACONSEJAN	% NADA	ALGO SATISFECHAS/ ACONSEJAN	% MUY SATISFECHAS/ ACONSEJAN
Satisfacción a los 3 meses de la cirugía	498	17,7	11,9	6,2	23,3	41,0
Satisfacción actual a su cirugía (hasta 15 años)	498	25,7	20,1	8,8	19,7	25,7
Aconsejaría la cirugía a sus amistades	503	17,3	10,5	16,3	19,9	36,0
Repetiría la cirugía si volvieran los síntomas	485	22,5	12,0	12,4	23,3	29,9

creciendo¹¹ (tabla VI). En este sentido, hay datos sorprendentes como los del trabajo de Black et al¹⁴ en que aparecen grandes diferencias en hasta 5 variables del SF-36 cuando se compara la valoración subjetiva que hacen las pacientes operadas mediante TVT o por colposuspensión. Llama la atención que 2 procedimientos con aparentes resultados similares en términos de continencia tengan tantas diferencias en aspectos de calidad de vida. ¿Serán las complicaciones a largo plazo las que condicionan estas diferencias?⁷. En referencia a éstas, no ha sido así nuestra experiencia; las observadas en nuestro estudio han sido retenciones transitorias, hemorragias y alguna perforación vesical, aunque alguna de ellas, como la de los síntomas de infecciones urinarias recidivantes, coincidan. De nuevo hay que manifestar las limitaciones del estudio en la brevedad del tiempo de seguimiento y la cortedad de la casuística.

De todos modos, aquí, además de evaluar la eficacia, seguridad y valoración subjetiva que las pacientes hacen de estas nuevas técnicas, se ha querido poner de manifiesto la gran diversidad de criterios existentes para definir qué es el éxito en cirugía de la IUF¹⁵. Se ha visto que hay más satisfacción de la paciente postoperada que lo que los resultados objetivos pudieran aparentemente presumir. Las mujeres manifiestan satisfacción aun cuando no hayan conseguido la continencia absoluta. Pero esta satisfacción va reduciéndose con el tiempo y con la aparición de sintomatología como la urgencia o, peor aún, la necesidad de volver a utilizar compresas protectoras¹¹ o la aparición de prolapsos⁷.

Nuestros modestos datos abundan en que las técnicas de bandas ofrecen resultados bastante buenos objetivamente a corto plazo y con un alto grado de satisfacción por parte de las mujeres intervenidas. Sin embargo, el criterio de éxito de una cirugía para la IU debe establecerse en el contexto de la evaluación de los parámetros propuestos por la ICS^{4,15}, en períodos mínimos de 5 años e incluyendo la evaluación de la repercusión en la calidad de vida de la paciente mediante cuestionarios adecuados (SF-36 y otros específicos). Además, parece lógico que la multitud de técnicas que permanentemente nos presentan y se están introduciendo en los últimos años, de las que hemos presentado una pequeña muestra, se sometiesen, como ocurre con los preparados farmacológicos, a un estudio previo de eficacia, seguridad y repercusión en la calidad de vida de la paciente. Todas ellas deben validarse mediante estudios controlados y aleatorizados, observando cronológicamente «variables principales» como las referidas, antes de considerarlas como técnicas óptimas y recomendables para su uso clínico generalizado.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de distintas técnicas quirúrgicas con bandas para la IUF, realizadas entre febrero de 2000 y junio de 2004, así como el grado de satisfacción de las pacientes operadas en nuestro servicio.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio transversal, retrospectivo, analizando distintas variables en las 77 pacientes con IUF que fueron intervenidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Alicante. La evaluación objetiva (eficacia y efectos adversos) se obtuvo al revisar los controles realizados a los 2 y 6 meses y anualmente, teniendo en cuenta la exploración vaginal, las maniobras de Valsalva, el Q-test, el diario miccional, la valoración de síntomas hecha por la paciente e incluso la urodinámica, si se precisó. La evaluación subjetiva se realizó mediante una encuesta telefónica siguiendo el esquema de cuestionarios ya validados.

Resultados: De las 77 pacientes, sólo en 60 (77,92%) pudieron valorarse los resultados objetivos en su historia clínica. Objetivamente se consideraron continentes al 59,74% (46/77) o el 76,66% (46/60) si no se contabilizan las no controladas. Subjetivamente, sólo contestaron 65 (84,41%) pacientes, cuyas respuestas de «satisfacción» se situaron entre el 72,72% y el 86,14% (al excluir las que no respondieron). Las complicaciones fueron similares a otros grupos. Fue difícil establecer un análisis comparativo, ya que los criterios de seguimiento y evaluación son muy distintos y apenas incluyen el componente subjetivo de la paciente, sin tener en consideración la repercusión en la calidad de vida, presentándose muy dispares y poco reproducibles.

Conclusiones: Las intervenciones con bandas son eficaces y seguras, si bien la conclusión de su grado de recomendación debe deducirse de trabajos a largo plazo y donde se incluyan parámetros de calidad de vida en el seguimiento de la paciente. La introducción de nuevas técnicas quirúrgicas debe estar precedida por ensayos controlados y aleatorizados que muestren los resultados objetivos y subjetivos de éstas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chapple C. Endpoints in the treatment of women with SUI. Incontinence Forum IV. Advances on pharmacological therapy for women suffering from stress urinary incontinence. Monaco: ICI; 2004.
2. Hay-Smith EJC, Bergmhans LCM, Hendriks HJM, et al. En: The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.; 2003.

3. Black NA, Downs SH. The effectiveness of surgery for stress incontinence in women: a systematic review. *Br J Urology*. 1996;78:497-510.
4. Lapitan MC, Cody DJ, Grant AM. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women [Cochrane review]. En: *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.; 2004.
5. Glazener CMA, Cooper K. Anterior vaginal repair for urinary incontinence in women [Cochrane review]. En: *The Cochrane Library*, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.; 2004.
6. Bezerra CA, Bruschini H. Operaciones con soportes suburetrales para la incontinencia urinaria en mujeres. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software; 2000.
7. Ward KL, Hilton P. A prospective multicenter randomized trial of tension-free vaginal tape and colposuspension for primary urodynamic stress incontinence: two-year follow-up. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:324-31.
8. Nilsson CG, Rezapour M, Falconer C. 7 Years follow-up of the tension-free vaginal tape (TVT) procedure. Florencia, Italia: Proceedings IUGA; 2003.
9. Filbeck T, Ullrich T, Pichlmeier U, et al. Correlation of persistent stress urinary incontinence with quality of life after suspension procedures: is continence the only decisive postoperative criterion of success? *Urology*. 1999;54:247-51.
10. Ulfish KL, Boyjerg VE, Gibson J, Steers W. Patient centered goals for pelvic floor dysfunction surgery: what is success, and is it achieved? *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187:88-92.
11. Diokno AC, Burgio K, Fultz N, et al. Prevalence and outcomes of continence surgery in community dwelling women. *J Urol*. 2003;170:507-11.
12. Iglesias X. Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Prog Obstet Ginecol*. 2002;45:58-61.
13. Espuña M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:288-92.
14. Black N, Griffiths J, Pope C, Bowling A, Abel P. Impact of surgery for stress incontinence on morbidity: cohort study. *BMJ*. 1997;315:1493-8.
15. Freeman R. Endpoints in the treatment of stress urinary incontinence. The management of stress urinary incontinence in women of today. Abstracts satellite symposium. Paris: Joint Meeting of ICS and IUGA; 2004.