

ARTÍCULO ORIGINAL

Experiencia inicial con cinta suburetral transobturatriz en la intervención quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo

Dr. Luis Enrique Pérez Moreno¹, Dra Lissi Lisbet Rodríguez Rodríguez², Dra. Esther Gilda González Carmona¹, Dr. Freddy Castillo Guerra¹, Dr. Yumar de la Paz Pérez¹

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

²Hospital Asistencial “Celestino Hernández Robau”, Santa Clara

RESUMEN

La incontinencia urinaria es un problema frecuente que aumenta con la edad. La incidencia es variable, con una prevalencia del 11%-72%; el procedimiento de cinta suburetral transobturatriz, debido a la sencillez, al fácil aprendizaje, a la efectividad, a la mínima invasión, a la poca morbilidad, al escaso tiempo quirúrgico, a la corta estancia postoperatoria y a la rápida recuperación de las pacientes se ha convertido en el tratamiento de elección en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Se realizó un estudio transversal a 23 pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo que fueron atendidas en el Servicio de Urología del Hospital Universitario “Dr. Daniel Codorniú Pruna” de Placetas y el Hospital Provincial Universitario “Arnaldo Milián Castro” de Santa Clara durante el período comprendido entre septiembre de 2013 y julio de 2015 con el objetivo de describir los resultados obtenidos en la implementación de la cinta suburetral transobturatriz. La edad media de las pacientes fue de 54.04 años; todas eran multíparas, con una media de 2.5 partos, 4.04 embarazos, 1.39 abortos (espontáneo o provocado) y 11 (47.82%) habían sido intervenidas previamente por incontinencia urinaria de esfuerzo; todas, excepto dos, cumplieron los criterios de curación. El uso de cinta suburetral transobturatriz en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo genuina permite dar soluciones prontas, económicas y efectivas a las pacientes que con esta técnica se recuperan rápidamente, disminuyen el tiempo de hospitalización y logran el retorno a la actividad productiva de forma más temprana.

Palabras clave: incontinencia urinaria, procedimientos quirúrgicos operativos

ABSTRACT

Urinary incontinence is a common problem that increases with age. The incidence is variable, with a prevalence of 11%-72%; the procedure of transobturator suburethral tape, because of the simplicity, the easy learning, to effectiveness, to minimum invasion, to low morbidity, to limited surgical time, to short hospital stay and to faster recovery of patients has become in the treatment of choice in the treatment of urinary incontinence of effort. A cross-sectional study was performed to 23 patients diagnosed with urinary incontinence who were treated at the Urology Service of “Dr. Daniel Codorniú Pruna” University Hospital of Placetas and at “Arnaldo Milián Castro” University Provincial Hospital of Santa Clara during the period between September 2013 and July 2015 with the aim of describing the results of the implementation of the transobturator suburethral tape. The average age of the patients was 54.04 years; all were multiparous, with an average of 2.5 births, 4.04 pregnancies, 1.39 abortions (spontaneous or induced) and 11 (47.82%) had been previously operated by urinary incontinence of effort; all, except two fulfilled the criteria for healing. The use of transobturator suburethral tape in the treatment of genuine stress urinary incontinence for effort can give prompt solution, economical and effective to patients with this technique solutions recover quickly, they reduce hospitalization time and achieve a return to productive activity form earlier.

Key words: urinary incontinence, surgical procedures, operative

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Internacional de Continencia define la incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable y de tal magnitud que constituya un problema higiénico y social.¹⁻³ La incidencia en distintos estudios es variable no solo por la tendencia, por motivos culturales, a ocultar su padecimiento, sino también por la problemática de su definición y su metodología.^{1,4}

La incontinencia urinaria es un problema que afecta, aproximadamente, al 6% de la población estadounidense y, aunque se estima una prevalencia en los adultos del 15 al 30%, se presenta en todas las edades (se detecta un incremento progresivo según avanza la edad) y supone un gran costo, estimado en 10 billones de dólares al año. En los Estados Unidos el costo total, en 2000, fue de 19 500 millones de dólares; en España está reconocido como un problema de salud que genera un gran gasto económico a los sistemas sanitarios públicos.⁴⁻⁶ Se calcula que, en el mundo, del 10 al 35% de los adultos mayores presentan incontinencia urinaria y que, en los pacientes geriátricos, hasta el 50%;⁷ más de 200 millones de personas en todo el mundo la padecen⁸ y, según Martínez Agulló, existen más de 600 000 personas, con edades comprendidas entre 35 y 65 años, que han padecido algún episodio de incontinencia urinaria.¹ La incontinencia urinaria de esfuerzo afecta aproximadamente al 13% de la población femenina y el riesgo que tiene una mujer de ser intervenida quirúrgicamente, en el lapso de su vida, asciende al 4%.⁶

En Cuba no se encontraron estudios epidemiológicos actualizados de incontinencia urinaria que permitan valorar la magnitud de este problema, pero si se puede plantear que en la Provincia de Villa Clara es la enfermedad urológica femenina que más requiere de tratamiento quirúrgico.

A pesar de que la incontinencia no implica un pronóstico de gravedad limita la autonomía, reduce la autoestima, deteriora sensiblemente la calidad de vida relacionada con la salud y afecta tanto al que la padece como a todo aquel que le rodea.

La incontinencia urinaria es un término que incluye todas las pérdidas involuntarias que afectan a ambos sexos; entre ellas la de esfuerzo es tema obligado para el Especialista en Urología.

Existen diferentes factores que deben considerarse en el desarrollo de la incontinencia urinaria de esfuerzo: el envejecimiento, los antecedentes obstétricos, los embarazos -es más significativo el primer parto que cada uno de los siguientes-, la menopausia, la diabetes y la obesidad. De esta forma se inducen cambios en los mecanismos de soporte uretrales y en el mecanismo esfinteriano (o en ambos), ampliamente explicados en la literatura médica.^{5,8} Generalmente no es difícil hacer el diagnóstico si se hacen adecuadamente el interrogatorio, el examen físico y los demás estudios complementarios protocolizados para esta enfermedad.

Con la introducción de la cinta transvaginal suburetral retrocúbica por Ulmsten, en 1996, surgió una primera generación de cintas que han desplazado a las clásicas técnicas de colposuspensión. Estas técnicas vaginales sin tensión han conseguido resultados similares a los descritos con la técnica de Burch, con la ventaja de ser una intervención quirúrgica de mínima invasión y con menos morbilidad. Por estos

motivos, y con el apoyo de los resultados publicados, se pueden considerar las técnicas libres de tensión como procedimientos que ofrecen los mismos resultados a corto y largo plazos y que constituyen, hoy en día, la “prueba de oro” de la operación anti-incontinencia, con una eficacia a largo plazo sobradamente demostrada.^{9,10}

La cinta suburetral transobturatriz surgió en 2001 y fue descrita por Delmore, que buscó una mayor simplicidad técnica: no requiere la utilización de cistoscopia, por lo que el riesgo de perforación vesical es bajo. En el año 2003 Jean de Leval describió las cintas libres de tensión transobturador fuera-dentro, más cercana al concepto de mínima invasión que las anteriores.^{1,9}

La intervención quirúrgica mediante esta técnica no está exenta de complicaciones, pero pueden ser prevenibles si se tienen en cuenta los factores de riesgo de fracaso de la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante cinta suburetral transobturatriz como son la edad avanzada, el largo tiempo de evolución de la incontinencia urinaria y los antecedentes de partos distóxicos; de ocurrir este fracaso no debe repetirse esta técnica, sino que es aconsejable otra técnica quirúrgica.⁴

El uso de cinta suburetral transobturatriz en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo genuina es una técnica recomendada debido a la sencillez, el fácil aprendizaje, la efectividad, la mínima invasión, la poca morbilidad, el escaso tiempo quirúrgico y la corta estancia postoperatoria, con rápida recuperación de las pacientes; por otro lado es un procedimiento que ha probado su eficacia a largo plazo. Numerosos estudios de cohorte y un volumen clínico amplio en todo el mundo parecen demostrar que la intervención de cintas libres de tensión, así como otras variaciones de los cabestrillos en la porción media de la uretra, es equivalente a otras operaciones en cuanto a curación de la incontinencia, con una recuperación más rápida y menos complicaciones postoperatorias.⁹ Por todo esto se decidió, desde septiembre de 2013, incorporar esta técnica quirúrgica y realizar el presente estudio con el objetivo de describir los resultados obtenidos en la implementación de la cinta suburetral transobturatriz en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo genuina en los Hospitales Universitarios “Dr. Daniel Codorniú Pruna” y “Arnaldo Milián Castro” de la Provincia de Villa Clara.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio transversal a 23 pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo genuina que fueron atendidas en los Servicios de Urología del Hospital Universitario Dr. “Daniel Codorniú Pruna” de Placetas y el Hospital Provincial Universitario “Arnaldo Milián Castro” de Santa Clara, ambos en la Provincia de Villa Clara, durante el período comprendido entre septiembre de 2013 y julio de 2015 con el objetivo de describir los resultados obtenidos en la implementación de la cinta suburetral transobturatriz en el tratamiento de su padecimiento.

Criterios de inclusión:

- presentar incontinencia urinaria de esfuerzo genuina grado II-III al menos por un año y de carácter permanente

- haber realizado un cuestionario de calidad de vida para pacientes con incontinencia urinaria
- no presentar enfermedad ginecológica asociada
- poderles realizar la evaluación y el seguimiento adecuado por un tiempo mayor de tres meses

Criterios de exclusión:

- pacientes que presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo mixta, que necesitaron otras intervenciones quirúrgicas vaginales y a las que no se les pudo realizar evaluación y seguimiento
- aquellas que tenían menos de tres meses de postoperadas

Criterios de curación:

- curación completa cuando las pacientes, de forma subjetiva, indican la ausencia de escapes con los esfuerzos y cuando se comprueba, por la prueba de provocación, la ausencia de dichos escapes y cuando no presentan disfunción miccional postquirúrgica, los residuos postoperatorios son mayores de 100cc y no tienen incontinencia de urgencia (de reciente aparición); mejoría significativa si las pacientes refieren un gran alivio de los síntomas de incontinencia (mayor del 75%) y sin que aparezcan problemas asociados y fracaso si la técnica no cumple los criterios anteriormente descritos.

Todas las pacientes y los familiares firmaron los consentimientos informados necesarios para realizar el estudio. Se utilizó la técnica de cintas transobturadoras libres de tensión descrita originalmente por Jean de Leval en 2003. La cinta suburetral utilizada fue de polipropileno, monofilamento y macroporo (prolene), con un ancho de 15mm y 30cm de largo; para su introducción se usaron dos agujas helicoidales, una para cada lado.

Se revisaron las historias clínicas correspondientes y la información extraída de ellas se plasmó en planillas confeccionadas al efecto a las que se les agregaron los resultados de las evaluaciones periódicas al mes y a los tres, seis, 12 y 24 meses de la operación; no en todos los casos se han podido evaluar a los 12 y 24 meses de realizado el procedimiento quirúrgico por no haber transcurrido el tiempo desde la fecha de la operación. Los datos obtenidos fueron procesados en SPSS, versión 13.0 para Windows, y los resultados presentados en tablas y gráficos confeccionados en Microsoft Excel 2010. Se utilizaron como medidas de resumen las frecuencias absolutas (número de casos) y las relativas (por cientos).

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución según la edad

Grupos de edades	No.	%
30-39 años	1	4.34
40-49 años	8	34.78
50-59 años	8	34.78
Mayores de 60 años	6	26.08
Total	23	100

Fuente: historias clínicas

Tabla 2. Historia obstétrica y edad media

Variables	Media	Rango
Edad	54.04	39-68
Historia obstétrica		
- Embarazos	4.04	2-12
- Partos	2.5	1-4
- Abortos	1.39	0-8

Fuente: historias clínicas

En la muestra estudiada se observó que las pacientes eran adultas (39 y más años de edad) y que predominaron las mayores de 50 años (60.86%) -tabla 1-.

La edad media de las pacientes fue de 54.04 años (rango: 39-68 años) y todas eran multíparas, con una media de 2.5 partos (rango: 1-4), 4.04 embarazos (rango: 2-12) y 1.39 abortos, espontáneos o provocados (rango: 0-8) -tabla 2-.

El 47.82% (11 pacientes) habían sido intervenidas previamente por incontinencia urinaria de esfuerzo sin éxito: a siete pacientes (30.43%) se les realizó plicatura de Kelly, a tres (13.04%) primero plicatura de Kelly y después uretrocistopexia de Marshal-Marchetti-Krantz y a una paciente (4.34%) uretrocistopexia de Marshal-Marchetti-Krantz (tabla 3).

Tabla 3. Distribución según la intervención quirúrgica anti-incontinencia previa

Cirugía anti-incontinencia previa	No.	%
Plicatura de Kelly	7	30.43
Marshal-Marchetti-Krantz	1	4.34
Plicatura de Kelly y Marshal-Marchetti-Krantz	3	13.04
Total	11	47.82

Fuente: historias clínicas

En la tabla 4 se muestran algunas variables que permiten valorar ventajas del uso de la cinta suburetral transobturatriz: el tiempo quirúrgico, con una media de 33.47 minutos (rango 20-45); la estancia hospitalaria, 47.2 horas (rango 46-48); el tiempo con sonda uretral, 21 horas (rango 17-24) y el período de seguimiento de las pacientes, de tres a 26 meses, con una media de 14.6 meses.

Tabla 4. Diferentes los parámetros quirúrgicos y el seguimiento

Variables	Media	Rango
Tiempo quirúrgico	33.47 minutos	20-45
Tiempo con sonda uretral	21 horas	17-24
Estancia hospitalaria	47.2 horas	46-48
Período de seguimiento	14.6 meses	3-26

Fuente: historias clínicas

Todas las pacientes cumplieron los criterios de curación y solo se presentaron complicaciones en dos (8.69%). Una de ellas presentó infección urinaria y la otra residuo vesical, las dos resolvieron con el tratamiento establecido para cada caso (tabla 5).

Tabla 5. Complicaciones

Complicaciones	No.	%
Infección urinaria	1	4.34
Residuo vesical	1	4.34
Total	2	8.69

Fuente: historias clínicas

DISCUSIÓN

El pico de prevalencia de la incontinencia urinaria varía entre los diversos estudios, pero todos coinciden en que la edad es un factor de riesgo importante.^{1,4,5,7} En trabajos nacionales publicados^{3,11-13} se ha presentado en pacientes mayores de 50 años, con una media de 54, y otros estudios informan¹⁴ una media de 49 años, resultados similares a los de este trabajo.

Los antecedentes obstétricos desempeñan un importante papel en la aparición de la incontinencia urinaria de esfuerzo^{5,8} porque debilitan el suelo pélvico y producen cambios en los mecanismos de soporte uretrales y en el mecanismo esfinteriano (o en ambos), lo que hace que los resultados de este estudio coincidan con los de otros^{11,12,15} en los que la mayoría de las pacientes tienen más de cuatro embarazos y más de dos partos y se encuentra una relación lineal entre ambas.

En la literatura médica se describen más de 100 técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo y ninguna es cien por ciento efectiva.^{1,2,9} Prueba de eso es que en el presente estudio casi la mitad de las pacientes fueron sometidas anteriormente a algún tipo de tratamiento quirúrgico sin éxito, lo que coincide con otros estudios¹⁴ que han informado en su muestra un 30.8% (37 pacientes) con antecedentes de intervención quirúrgica con otras técnicas anti-incontinencia urinaria que luego han sido tratadas con cintas libres de tensión con éxito.

La totalidad de las pacientes se mantienen continentas con el tratamiento actual, algo que no coincide con otros estudios que informan un índice de continencia urinaria inmediato de 94.3%³, 95.0%¹¹, 91.7%¹² y 96.7%¹⁴. El alto por ciento de continencia pudiera ser porque el período de seguimiento no es largo (media de 14.6 meses), pero existen elementos que hacen pensar que no es la razón fundamental para estos resultados pues tres de los estudios anteriores¹²⁻¹⁴ notifican períodos de seguimientos similares. Mirabal¹¹ informa un período de seguimiento más largo: a los tres meses de practicada la intervención la continencia fue de 92.2%, mientras que luego de seis y nueve meses se obtuvo una continencia de 87.5%.

Las complicaciones se presentaron en dos pacientes (8.69%), lo que coincide con Darias,¹³ que notifica en su estudio un 10%. Entre las complicaciones la más frecuente fue la infección urinaria, algo que concuerda con estudios anteriores: 11.66%¹¹, 16.7%¹² y 8.33¹⁴, aunque esos autores significan otras complicaciones como la perforación vesical, la retención de orina y la erosión de la prótesis. En el estudio realizado por Puerto³ la complicación más frecuente fue la dificultad transitoria para el vaciado vesical, que se trató con la maniobra de Credé o con cateterismos vesicales intermitentes; aunque esta complicación no se informó en el presente estudio se comunicó sobre una paciente que presentó residuo vesical a la que fue necesario tratar con cateterismos vesicales intermitentes.

En el presente estudio no se presentaron estas complicaciones porque se realizó la intervención quirúrgica con meticulosidad, se empleó el tiempo quirúrgico necesario según las características de cada paciente, se apoyó en la experiencia de otros estudios para dar la tensión necesaria de las cintas suburetrales y se empleó el

material más adecuado y del que menos antecedentes de erosión y rechazo se conoce.

El tratamiento quirúrgico de la incontinencia de esfuerzo ha experimentado en el nuevo siglo importantes cambios con el desarrollo de tres generaciones de cintas suburetrales^{16,17} que, además de su eficacia, permiten dar soluciones prontas, económicas y efectivas a las pacientes. En esta experiencia inicial con cinta suburetral transobturatriz en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo genuina se observó que las pacientes logran la continencia urinaria, se recuperan rápidamente y disminuye el tiempo quirúrgico y de hospitalización, lo que permite el retorno temprano a la actividad productiva y social; resultados que son alentadores y permiten plantear que es factible la implementación de esta técnica quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez AJ, Cozar Olmo JM, Tallada Buñuel M. Incontinencia urinaria. En: Libro del residente de Urología. Madrid: Grupo ENE Publicidad, S. A; 2007. p. 1056-1072.
2. Caravia Pubillones I, Vela Caravia I. Incontinencia urinaria por esfuerzo en la mujer. En: Colectivo de autores. Temas de Urología. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. p. 298-306.
3. Puerto-Puerto A, Bravo-Fernández MI, Machado-Fernández G, Morilla-García MI, Rodríguez-Romero MA, Ramos-Martín JA, et al. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante colocación de cinta suburetral transobturatriz libre de tensión (TOT). Rev Arg Urol [Internet]. 2013 [citado 2 Oct 2014]; 78(4):134-138. Disponible en: <http://www.revistasau.org/index.php/revista/article/viewFile/3863/3400>
4. Lorenzo-Gómez MF, Gómez-García A, Padilla-Fernández B, García-Criado FJ, Silva-Abuín JM, Mirón-Canelo JA, et al. Factores de riesgo de fracaso de la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante cinta suburetral transobturatriz. Actas Urol Esp [Internet]. 2011 [citado 8 Nov 2014]; 35(8): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062011000800004&script=sci_arttext
5. LueTF, Tanagho EA. Incontinencia urinaria. En: McAninch JW, Lue TF. Urología General. 18^aed. México: McGraw-Hill; 2013. p.480-497.
6. Arribillaga L, García A, Ledesma M, Montedoro A, Pierantozzi A, Bengió RG, et al. ¿Es necesaria la urodinamia en pacientes con síntomas de incontinencia de orina de esfuerzo puro? Rev Arg Urol [Internet]. 2013 [citado 2 Feb 2014]; 78(2): 76-79. Disponible en: <http://www.revistasau.org/index.php/revista/article/view/3817/3370>
7. Fulda-Graue SD, Hernández-Castellanos VA, Santana-Ríos ZA, Urdiales-Ortiz A, Pérez-Becerra R, Camarena-Reynoso HR, et al. Experiencia en cinco años del manejo de incontinencia urinaria de esfuerzo mediante la técnica de sling transobturador. Rev Mex Urol [Internet]. 2011 [citado 10 Mar 2014]; 71(5): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-urologia-302-articulo-experiencia-cinco-anos-del-manejo-90038338>
8. Proaño ÁR, Medrano A, Garrido G, Mazza O. Células madre derivadas de músculo para la incontinencia urinaria de esfuerzo. Actas Urol Esp [Internet]. 2010 [citado 2 Oct 2014]; 34(1): [aprox. 22 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062010000100006
9. Walters MD, Karram MM. Intervenciones de cabestrillo en la incontinencia urinaria de esfuerzo. En: Uroginecología y cirugía reconstructiva de la pelvis. 3^{ra} ed. Amsterdam: Elsevier; 2008. p. 200-216.

10. Álvarez-Bandrés S, Hualde-Alfaro A, Jiménez-Calvo J, Cebrián-Lostal JL, Jiménez-Parra JD, García-García D, et al. Complicaciones de la cirugía de incontinencia urinaria femenina con minicintas. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2010 [citado 8 Nov 2014]; 34(10): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062010001000014
11. Mirabal Fariñas A, Meléndez Borges JE, Pouyat Castillo A, Ferrer La O C, Milán Barreiro R. Suspensión retropública en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo. *MEDISAN* [Internet]. 2010 [citado 25 Oct 2014]; 18(9): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000900011
12. Adefna Pérez RI, Adefna Berrojo R, Ramos Díaz N, Izquierdo Lara FT, Castellanos González JA, Luque Laborit C. Resultados del cabestrillo suburetral transobturatriz con cinta de polipropileno para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia de orina de esfuerzo. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2011 [citado 8 Oct 2014]; 50(3): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000300008
13. Darías JD, Suárez Marcillán ME, Matos Lobaina E, Cuza Herrera Y, Capdevila Blanco A. Resultados del sling transobturatriz en la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. *CNCMA* octubre 2012- mayo 2013. *Rev Cubana Urol* [Internet]. 2013 [citado 2 Oct 2014]; 2(2): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/152>
14. Álvarez Riveras Y, Nersa Gutiérrez Valdés N, Zubizarreta Vega YM. Transvaginal obturatriz tape en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. *Rev Ciencias Méd Pinar Río* [Internet]. 2012 [citado 28 Abr 2014]; 16(2): [aprox. 22 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000200013
15. Filice F, Aveni F, Llaver J, Fernández N, Albino G, Cónsoli M, et al. Incontinencia de orina en mujeres mendocinas. *Rev Arg Urol* [Internet]. 2014 [citado 2 Oct 2014]; 79(1): 5-9. Disponible en: <http://www.revistasau.org/index.php/revista/article/download/3896/3407>
16. Alan D. Garely, MD, y NabiloNoor, MD. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 [citado 8 Nov 2014]; 124: 1011-27. Disponible en: http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/November2014_Translation_Garely.pdf
17. Zhang P, Fan B, Zhang P, Han H, Xu Y, Wang B, et al. Meta-analysis of female stress urinary incontinence treatments with adjustable single-incision mini-slings and transobturator tension-free vaginal tape surgeries. *BMC Urology* [Internet]. 2015 [citado 2 Oct 2014]; 15: 64. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s12894-015-0060-3.pdf>

Recibido: 22-6-2015

Aprobado: 2-12-2015

Dr. Luis Enrique Pérez Moreno. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro". Avenida Hospital Nuevo e/ Doble Vía y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)(42)270000 luispm@hamc.vcl.sld.cu