



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Intervenciones con cabestrillos mediouretrales para la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres (Revisión)

Ford AA, Rogerson L, Cody JD, Aluko P, Ogah JA

Ford AA, Rogerson L, Cody JD, Aluko P, Ogah JA.

Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women

(Intervenciones con cabestrillos mediouretrales para la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres).

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD006375.

DOI: [10.1002/14651858.CD006375.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006375.pub4).

www.cochranelibrary.com/es

Intervenciones con cabestrillos mediouretrales para la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres (Revisión)

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de intervención]

Intervenciones con cabestrillos mediouretrales para la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres

Abigail A Ford¹, Lynne Rogerson², June D Cody³, Patricia Aluko⁴, Joseph A Ogah⁵

¹Department of Urogynaecology, Imperial Healthcare Trust, St Mary's Hospital, London, UK. ²Department of Urogynaecology, The Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, Leeds, UK. ³c/o Cochrane Incontinence Group, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK. ⁴Institute of Health and Society, Newcastle University, Newcastle Upon Tyne, UK. ⁵Obstetrics and Gynaecology, University Hospitals of Morecambe Bay NHS Foundation Trust, Barrow in Furness, UK

Contacto: Joseph A Ogah, Obstetrics and Gynaecology, University Hospitals of Morecambe Bay NHS Foundation Trust, Dalton Road, Barrow in Furness, Cumbria, LA14 4LF, UK. joe.ogah@mbht.nhs.uk, joeogah007@hotmail.com.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Incontinencia.

Estado y fecha de publicación: Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 7, 2017.

Referencia: Ford AA, Rogerson L, Cody JD, Aluko P, Ogah JA. Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women (Intervenciones con cabestrillos mediouretrales para la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 7. Art. No.: CD006375. DOI: [10.1002/14651858.CD006375.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006375.pub4).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

La incontinencia urinaria es un problema muy frecuente y debilitante que afecta a cerca del 50% de las mujeres en algún momento de sus vidas. La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es una causa predominante en el 30% al 80% de estas mujeres y supone una carga sanitaria y económica significativa para la sociedad y las mujeres afectadas. Las intervenciones con cabestrillos mediouretrales (CMU) son un tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo reconocido para la IUE. El CMU incluye el paso de una tira pequeña de cinta por el espacio retropúbico u obturador, con puntos de entrada o salida al abdomen inferior o la ingle, respectivamente. Esta revisión no incluye cabestrillos con incisión única.

Objetivos

Evaluar los efectos clínicos de las intervenciones con cabestrillos mediouretrales (CMU) para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), la incontinencia de esfuerzo urodinámica (IEU) o la incontinencia urinaria mixta (IUM) en mujeres.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en: Registro Especializado Cochrane de Incontinencia (Cochrane Incontinence Specialised Register) (incluyendo: CENTRAL, MEDLINE, MEDLINE In-Process, ClinicalTrials.gov) (búsqueda 26 junio 2014); Embase Classic (enero 1947 a la semana 25 2014); WHO ICTRP (búsqueda 30 junio 2014); listas de referencias.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorizados o cuasialeatorizados en pacientes con IUE, IEU o IUM, en los cuales ambos brazos del ensayo incluyen una intervención con CMU.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión de forma independiente evaluaron la calidad metodológica de los estudios potencialmente elegibles y extrajeron los datos de los ensayos incluidos.

Resultados principales

Se incluyeron 81 ensayos que evaluaron a 12 113 mujeres. La calidad de la evidencia para los resultados se evaluó mediante la herramienta de evaluación GRADE; ; la calidad de la mayoría de los resultados fue moderada, principalmente debido al riesgo de sesgo o falta de precisión.

Cincuenta y cinco ensayos con 8652 pacientes contribuyeron con datos y compararon el uso de la vía transobturador (VTO) y la vía retropúbica (VRP). Hay evidencia de calidad moderada de que a corto plazo (hasta un año) la tasa de curación subjetiva con la VTO y la VRP son similares (CR 0,98; IC del 95%: 0,96 a 1,00; 36 ensayos, 5 514 mujeres; evidencia de calidad moderada) que oscila entre el 62% y el 98% en el grupo con VTO, y entre el 71% y el 97% en el grupo con VRP. La curación objetiva a corto plazo fue similar en los grupos de VTO y VRP (CR 0,98; IC del 95%: 0,96 a 1,00; 40 ensayos, 6 145 mujeres). Menos ensayos informaron datos a medio plazo (de uno a cinco años) y a más largo plazo (más de cinco años), pero la curación subjetiva fue similar entre los grupos (CR 0,97; IC del 95%: 0,87 a 1,09; cinco ensayos, 683 mujeres; evidencia de calidad baja; y CR 0,95; IC del 95%: 0,80 a 1,12; cuatro ensayos, 714 mujeres; evidencia de calidad moderada, respectivamente). A largo plazo, las tasas de curación subjetivas variaron del 43% al 92% en el grupo de VTO, y del 51% al 88% en el grupo de VRP.

Los procedimientos de CMU realizados mediante la VRP tuvieron mayor morbilidad en comparación con la VTO, aunque la tasa general de eventos adversos permaneció baja. La tasa de perforación de la vejiga fue inferior después de la VTO (0,6% versus 4,5%; CR 0,13; IC del 95%: 0,08 a 0,20; 40 ensayos, 6 372 mujeres; evidencia de calidad moderada). La lesión vascular / visceral grave, la media del tiempo quirúrgico, la pérdida de sangre operatoria y la duración de la estancia hospitalaria fueron inferiores con la VTO.

La disfunción de la evacuación postoperatoria fue menos frecuente después de la VTO (CR 0,53; IC del 95%: 0,43 a 0,65; 37 ensayos, 6 200 mujeres; evidencia de calidad moderada). Las tasas generales de dolor en la ingle fueron mayores en el grupo de VTO (6,4% versus 1,3%; CR 4,12; IC del 95%: 2,71 a 6,27; 18 ensayos, 3 221 mujeres; evidencia de calidad moderada), mientras que el dolor suprapúbico fue menor en el grupo con VTO (0,8% versus 2,9%; CR 0,29; IC del 95%: 0,11 a 0,78); ambos fueron de corta duración. La tasa general de erosión / exposición / extrusión de la cinta en la vagina fue baja en ambos grupos: 24/1000 casos con VTO comparados con 21/1000 para el VRP (CR 1,13; IC del 95%: 0,78 a 1,65; 31 ensayos, 4 743 mujeres; evidencia de calidad moderada). Solamente hubo datos limitados para informar la necesidad de cirugía repetida por incontinencia a largo plazo, pero fue más probable en el grupo de VTO que en el grupo de VRP (CR 8,79; IC del 95%: 3,36 a 23,00; cuatro ensayos, 695 mujeres; evidencia de calidad baja).

Una vía retropúbica de abajo hacia arriba fue más efectiva que la vía de arriba hacia abajo para la curación subjetiva (CR 1,10; IC del 95%: 1,01 a 1,19; 3 ensayos, 477 mujeres; evidencia de calidad moderada). Esta vía incurrió en significativamente menos disfunción de la evacuación, y dio lugar a menos perforaciones vesicales y erosiones de la cinta en la vagina.

Las tasas de curación subjetiva a corto y medio plazo entre las cintas transobturadoras pasadas con un enfoque medial-lateral en comparación con un enfoque lateral-medial fueron similares (CR 1,00; IC del 95%: 0,96 a 1,06; seis ensayos, 759 mujeres; evidencia de calidad moderada y CR 1,06; IC del 95%: 0,91 a 1,23; dos ensayos, 235 mujeres; evidencia de calidad moderada). Hubo evidencia de calidad moderada de que la disfunción de la evacuación fue más frecuente en el grupo medial-lateral (CR 1,74; IC del 95%: 1,06 a 2,88; ocho ensayos, 1121 mujeres; evidencia de calidad moderada), pero la perforación vaginal fue menos frecuente en la vía medial-lateral (CR 0,25; IC del 95%: 0,12 a 0,53; tres ensayos, 541 mujeres). Debido a la muy baja calidad de la evidencia, no está claro si las tasas más bajas de perforación epitelial vaginal afectaron la erosión de la cinta vaginal (CR 0,42; IC del 95%: 0,16 a 1,09; 7 ensayos, 1 087 mujeres; evidencia de muy baja calidad).

Conclusiones de los autores

Las intervenciones con cabestrillos mediouretrales han sido el tratamiento quirúrgico investigado más ampliamente para la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en mujeres y tienen un buen perfil de seguridad. Independientemente de las vías utilizadas, son muy eficaces a corto y medio plazo y se ha acumulado evidencia que demuestra su efectividad a largo plazo. Esta revisión ilustra su repercusión positiva sobre la mejoría en la calidad de vida de las pacientes con IUE. Sin embargo, un breve comentario económico (BEC) identificó tres estudios que sugieren que el transobturador puede ser más rentable en comparación con el retropúbico. Se producen menos eventos adversos con el empleo de un enfoque transobturatorio, a excepción del dolor en la ingle. Al comparar las técnicas transobturador de una inserción medial a lateral versus una inserción lateral a medial no hay evidencia para apoyar el uso de un enfoque sobre el otro. Sin embargo, una vía inferior a superior fue más eficaz que la vía superior a inferior para las cintas retropúbicas.

Un punto destacado demostrado a través de la revisión es la necesidad del informe de datos de resultado a más largo plazo de los numerosos ensayos existentes. Lo anterior aumentaría de manera significativa la base de evidencia y proporcionaría aclaración con respecto a las incertidumbres acerca de la efectividad a largo plazo y el perfil de eventos adversos.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Intervenciones con cabestrillos mediouretrales para la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres

Antecedentes

La incontinencia urinaria de esfuerzo (pérdida involuntaria de orina con el esfuerzo o el ejercicio; o al estornudar, toser o reír) es la forma más frecuente de incontinencia en las mujeres y reduce su calidad de vida. Las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo también pueden tener problemas con las relaciones sexuales, ya que pueden producirse pérdidas de orina. Una parte significativa de los ingresos de la mujer y de su familia se puede gastar en el manejo de los síntomas. Una de cada tres mujeres mayores de 18 años estará afectada por incontinencia urinaria de esfuerzo en algún momento de la vida.

Con el paso de los años, la cirugía para detener este problema se ha vuelto menos invasiva. Las operaciones de cabestrillo de la zona media de la uretra son uno de los diversos tipos de cirugías disponibles. Estas operaciones son adecuadas para mujeres que se van a operar por primera vez y para aquellas que han tenido una cirugía previa que no ha tenido éxito. En la intervención con cabestrillo mediouretral se coloca una cinta debajo de la uretra, que es el conducto que lleva la orina fuera de la vejiga. Cuando la paciente tose, la cinta comprime el conducto, por lo que proporciona el apoyo necesario para prevenir la pérdida de orina.

Hay dos formas principales de realizar estas intervenciones, ya sea al insertar una cinta detrás del hueso púbico a través del abdomen ("retropúbica"), o a través de la ingle ("transobturador").

Lo que esta revisión trató de determinar

Se analizaron los efectos y los costos de las intervenciones con cabestrillo de la media uretra mediante los dos métodos diferentes. También se compararon diferentes formas de insertar la cinta, y el uso de cintas hechas de materiales diferentes. El propósito de esta revisión fue determinar la efectividad de estas intervenciones en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo y ayudar a determinar la tasa de complicaciones potenciales.

Principales resultados de esta revisión

Realizamos una búsqueda bibliográfica exhaustiva hasta junio de 2014. Se identificaron 81 ensayos con un total de 12 113 mujeres. Estos ensayos mostraron que más del 80% de las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo se curan o presentan una mejoría significativa de sus síntomas, con cualquiera de las dos operaciones, hasta cinco años después de la cirugía, independientemente de las cintas utilizadas y de la vía de inserción de la cinta. Los estudios utilizaron cuestionarios diferentes para evaluar la calidad de vida, lo que significó que no fue posible combinar los resultados para el análisis. Sin embargo, la información que está disponible para la calidad de vida indica que mejora como resultado de estas intervenciones, aunque no hay diferencias claras entre los dos procedimientos. En términos de costos, una revisión no sistemática de los estudios económicos sugirió que el transobturador tenía costos más bajos que los métodos retropúbicos. Solamente unos pocos ensayos proporcionaron información acerca de la efectividad de estas cintas más de cinco años después de la cirugía. La evidencia que se ha podido evaluar indica que persisten los efectos positivos.

Efectos adversos

Las cintas que pasan por detrás del hueso púbico (retropúbica) parecen conllevar un riesgo mayor de daño de la vejiga durante la intervención y de que las pacientes experimenten problemas para lograr el vaciado completo de la vejiga después de la cirugía. Sin embargo, esta intervención provoca menos dolor en la ingle a corto plazo. Hay alguna evidencia limitada de que esta manera de insertar la cinta tiene un riesgo menor de necesitar una intervención repetida a largo plazo en comparación con las cintas que pasan a través de la ingle (transobturador). Hay evidencia de calidad moderada de que las tasas generales informadas de complicaciones relacionadas con la cinta son bajas, como la erosión de la cinta en la vagina de alrededor del 2% para ambas vías de inserción de la cinta. El informe de la aparición de problemas con el coito que incluye el dolor fue bajo y la pérdida de orina durante el coito mejoró después de la inserción de estas cintas.

Limitaciones de la revisión

La mayoría de los resultados de esta revisión se basa en evidencia de calidad moderada. La mayoría de los ensayos no describió los métodos claramente, lo que da lugar a algún grado de incertidumbre en los resultados. Actualmente, hay solamente un número limitado de ensayos controlados aleatorizados (estos producen los resultados más fiables) que han publicado datos más allá de los cinco años después de la cirugía. Lo anterior significa que la evidencia acerca del nivel de eficacia y seguridad de estos procedimientos a más largo plazo están a la zaga de la evidencia a corto y a medio plazo (hasta cinco años). Se necesitan datos a más largo plazo para ayudar a aumentar la fiabilidad de los resultados a más largo plazo.