

**COLOCACIÓN DE SEGUNDA CINTA DE URETRA MEDIA EN EL MANEJO DE  
INCONTINENCIA URINARIA RECURRENTE O PERSISTENTE EN CONTRASTE  
CON OTRAS OPCIONES TERAPÉUTICAS. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA  
LITERATURA Y META-ANÁLISIS**

INVESTIGADORES:

CARLOS FELIPE DURÁN TORRES  
DAVID EDUARDO SÁNCHEZ MORENO  
BEATRIZ JOHANNA VEGA LÓPEZ

CONVENIO UNIVERSIDAD CES - UNIVERSIDAD DEL ROSARIO  
BOGOTÁ DC  
2017

**COLOCACIÓN DE SEGUNDA CINTA DE URETRA MEDIA EN EL MANEJO DE  
INCONTINENCIA URINARIA RECURRENTE O PERSISTENTE EN CONTRASTE  
CON OTRAS OPCIONES TERAPÉUTICAS. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA  
LITERATURA Y META-ANÁLISIS**

INVESTIGADORES:

CARLOS FELIPE DURÁN TORRES  
DAVID EDUARDO SÁNCHEZ MORENO  
BEATRIZ JOHANNA VEGA LÓPEZ

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MAGÍSTER EN  
EPIDEMIOLOGÍA

DIRECTOR DE TESIS

ARLEX URIEL PALACIOS BARAHONA

CONVENIO UNIVERSIDAD CES - UNIVERSIDAD DEL ROSARIO  
BOGOTÁ DC  
2017

Nota de aceptación

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

## **DEDICATORIA**

Queremos dedicar este trabajo a todas aquellas mujeres que padecerán, padecen o han padecido de incontinencia urinaria persistente o recurrente. Ellas han sido el faro que llevó esta investigación a buen puerto.

Esperamos que este trabajo de una luz para que este padecimiento pueda ser manejado de la mejor forma posible.

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos agradecer en primer lugar a nuestras familias y en especial a nuestras parejas, quienes han sido el apoyo incondicional en las, en ocasiones, interminables horas que nos tomó realizar este meticuloso trabajo. Queremos agradecer su paciencia, sus palabras de aliento en momento difíciles y el perdonar aquellos momentos en que no pudimos estar a su lado por perseguir el sueño de ser epidemiólogos.

En segundo lugar, queremos agradecer a nuestros docentes que fueron el norte en esta gran aventura de realizar una maestría; por enamorarnos más de esta disciplina y por exigirnos académicamente para que seamos excelentes profesionales. Sin ustedes, sus conocimientos y amor por la docencia, este sueño no sería posible.

Por última, pero no menos importante, queremos agradecerle a la Universidad CES y la Universidad del Rosario quienes con su alto respaldo y reputación académica crearon y respaldan este posgrado.

## TABLA DE CONTENIDO

	pág.
1. FORMULACION DEL PROBLEMA .....	16
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA .....	17
1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	17
2. MARCO TEÓRICO .....	19
2.1. DEFINICIÓN INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.....	19
2.2. DEFINICIÓN INCONTINENCIA URINARIA RECURRENTE .....	19
2.3. FACTORES DE RIESGO PARA INCONTINENCIA URINARIA RECURRENTE	19
19	
2.4. MANEJO DE LA INCONTINENCIA URINARIA RECURRENTE.....	20
3. HIPÓTESIS.....	21
4. OBJETIVOS.....	22
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	22
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
5. METODOLOGÍA .....	23
5.1. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN .....	23
5.2. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO .....	23
5.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	23
5.3.1. Tipos de estudios .....	23
5.3.2. Tipo de participantes .....	23
5.3.3. Tipos de intervenciones.....	23
• Estudios experimentales, cuasi experimentales u observacionales en los que se compare una cinta de uretra media, como tratamiento para la incontinencia urinaria recurrente o persistente, con alguna de las siguientes intervenciones: colposuspensión,	

sling pubovaginal, terapia de piso pélvico, inyección de agentes abultantes, colocación de cintas ajustables o acortamiento de primera cinta.....	24
5.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	24
5.5. DESENLACES EVALUADOS.....	24
5.5.1. Desenlaces primarios .....	24
5.5.2. Desenlaces secundarios.....	24
5.6. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIOS..	25
5.6.1. Búsquedas electrónicas.....	25
5.6.2. Búsqueda en otras fuentes .....	26
5.7. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	26
5.7.1. Selección de los estudios .....	26
5.7.2. Extracción de la información.....	27
5.7.3. Tratamiento de datos faltantes .....	27
5.7.4. Evaluación del riesgo de sesgo en los estudios.....	27
5.7.5. Evaluación del riesgo de sesgo de publicación.....	28
5.8. METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS.....	28
5.8.1. Tipo de modelo empleado .....	28
5.8.2. Análisis de heterogeneidad.....	29
5.8.3. Análisis de subgrupos.....	29
5.8.4. Análisis de sensibilidad.....	30
5.9. REGISTRO DEL PROTOCOLO .....	30
6. RESULTADOS.....	30
6.1. DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS .....	30
6.1.1. Resultados de la búsqueda .....	30
6.2. RESULTADOS POR GRUPOS DE INTERVENCIÓN .....	38
6.2.1. Desenlaces Primarios.....	38
6.2.1.1. Segunda cinta de uretra media .....	38
6.2.1.1.1. Curación total segunda cinta de uretra media .....	38
6.2.1.1.2. Curación subjetiva segunda cinta.....	42
6.2.1.1.3. Curación objetiva segunda cinta .....	45
6.2.1.1.4. Curación/mejoría en segunda cinta.....	46
6.2.1.1.5. Curación total segunda cinta tipo TVT.....	49

6.2.1.1.6.	Curación total segunda cinta tipo TOT .....	52
6.2.1.2.	Cintas ajustables .....	53
6.2.1.3.	Sling pubovaginal .....	53
6.2.1.4.	Colposuspensión .....	54
6.2.1.5.	Agentes Abultantes.....	54
6.2.1.6.	Terapia de piso pélvico .....	55
6.2.1.7.	Acortamiento de cinta previa.....	55
6.2.2.	Desenlaces secundarios.....	58
6.3.	ANÁLISIS DE SESGO.....	58
7.	DISCUSIÓN.....	58
7.1	CINTAS DE URETRA MEDIA .....	59
7.2	CINTAS AJUSTABLES .....	60
7.3	SLING PUBOVAGINAL.....	62
7.4	COLPOSUSPENSIÓN .....	62
7.5	AGENTES ABULTANTES.....	63
7.6	TERAPIA DE PISO PÉLVICO .....	63
7.7	ACORTAMIENTO DE CINTA PREVIA.....	64
7.8	CALIDAD DE VIDA .....	65
7.9	LIMITACIONES.....	65
8.	CONCLUSIONES .....	66
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
	ANEXOS .....	77
8.1.1.	Términos Mesh .....	77

## LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Pregunta de investigación siguiendo estructura PICOS .....	18
Tabla 2. Clasificación del Riesgo de Sesgo (tomado del Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones edición 5.1.0) .....	28
Tabla 3. Referencias de estudios incluidos.....	33
Tabla 3a. Resumen de estudios incluidos cinta de uretra media en manejo de incontinencia recurrente o persistente segunda línea. ....	34
Tabla 3b. Resumen de estudios incluidos cinta ajustable de uretra media en manejo de incontinencia recurrente o persistente segunda línea. ....	34
Tabla 3c. Resumen de estudios incluidos sling pubovaginal en manejo de incontinencia recurrente o persistente segunda línea.....	35
Tabla 3d. Resumen de estudios incluidos colposuspensión en manejo de incontinencia recurrente o persistente segunda línea.....	35
Tabla 3e. Resumen de estudios incluidos agentes abultantes en manejo de incontinencia recurrente o persistente segunda línea. ....	35
Tabla 3f. Resumen de estudios incluidos acortamiento de cinta en manejo de incontinencia recurrente o persistente segunda línea. ....	36
Tabla 3g. Resumen de estudios incluidos TVT vs. Acortamiento en manejo de incontinencia recurrente o persistente segunda línea. ....	36
Tabla 3h. Resumen de estudios incluidos Sling de uretra media Vs. Agente Abultante en manejo de incontinencia recurrente o persistente segunda línea. ....	36
Tabla 3i. Resumen de estudios incluidos TVT Vs. cinta ajustables en manejo de incontinencia recurrente o persistente segunda línea. ....	37
Tabla 4. Resultados curación total segunda cinta .....	39
Tabla 4a. Heterogeneidad curación total segunda cinta.....	39
Tabla 5. Curación total segunda cinta – Análisis de subgrupos .....	40

Tabla 5a. Heterogeneidad Curación total segunda cinta – Análisis de subgrupos .....	41
Tabla 6. Resultados análisis de sensibilidad curación total segunda cinta.....	41
Tabla 6a. Heterogeneidad análisis de sensibilidad curación total segunda cinta.....	41
Tabla 7. Curación subjetiva segunda cinta.....	42
Tabla 7a. Heterogeneidad curación subjetiva segunda cinta .....	42
Tabla 8. Análisis subgrupos curación subjetiva segunda cinta.....	43
Tabla 8a. Heterogeneidad Análisis de Subgrupos curación subjetiva segunda cinta ...	44
Tabla 9. Resultados análisis de sensibilidad curación subjetiva segunda cinta.....	44
Tabla 9a. Heterogeneidad análisis de sensibilidad curación subjetiva segunda cinta ..	44
Tabla 10. Resultados curación objetiva segunda cinta .....	45
Tabla 10a. Heterogeneidad curación objetiva segunda cinta .....	45
Tabla 11. Análisis subgrupos curación objetiva segunda cinta.....	46
Tabla 11a. Heterogeneidad curación objetiva segunda cinta análisis de subgrupos ....	46
Tabla 12. Resultados curación/mejoría en segunda cinta.....	47
Tabla 12a. Heterogeneidad curación/mejoría en segunda cinta.....	47
Tabla 13. Análisis subgrupos curación/mejoría en segunda cinta .....	48
Tabla 13a. Heterogeneidad subgrupos curación/mejoría en segunda cinta .....	48
Tabla 14. Análisis de sensibilidad curación/mejoría en segunda cinta .....	49
Tabla 14a. Heterogeneidad del análisis de sensibilidad curación/mejoría en segunda cinta.....	49
Tabla 15. Resultados curación total segundo TVT.....	50
Tabla 15a. Resultados curación total segundo TVT (Heterogeneidad).....	50
Tabla. 16. Análisis subgrupos curación total segundo TVT.....	51
Tabla 16a. Heterogeneidad por subgrupos curación total segundo TVT .....	51
Tabla 17. Análisis de sensibilidad curación total segundo TVT .....	52

Tabla 17a. Heterogeneidad Análisis de sensibilidad curación total segundo TVT .....	52
Tabla 18. Resultados curación total cinta TOT segunda línea de tratamiento .....	52
Tabla 18a. Heterogeneidad curación total cinta TOT segunda línea de tratamiento.....	52
Tabla 19. Resultados curación total cintas ajustables .....	53
Tabla 19a. Heterogeneidad curación total cintas ajustables.....	53
Tabla 20. Resultados curación total agentes abultantes .....	54
Tabla 20a. Heterogeneidad curación total agentes abultantes .....	54
Tabla 21. Resultados curación acortamiento de cinta previa .....	55
Tabla 21a. Heterogeneidad acortamiento cinta previa .....	55
Tabla 22. Análisis subgrupos curación acortamiento de cinta previa .....	56
Tabla 22a. Heterogeneidad análisis de subgrupos acortamiento cinta previa .....	56
Tabla 23. Resumen resultados .....	57

## LISTA DE FIGURAS

pág.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA. ....	32
--	----

## LISTA DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Funnel plot. Estudios incluidos con reporte de curación total segunda cinta....	39
Gráfico 2. Funnel plot. Estudios incluidos curación subjetiva segunda cinta .....	43
Gráfico 3. Funnel plot. Estudios incluidos curación/mejoría segunda cinta .....	47
Gráfico 4. Funnel plot. Estudios incluidos curación total segundo TVT .....	50

## LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo 1. Estrategia de búsqueda .....	77
Estrategia de Búsqueda Sling Pubovaginal .....	78
Estrategia de Búsqueda TVT/TOT .....	83
Estrategia de Búsqueda Terapia de Piso Pélvico.....	90
Estrategia de Búsqueda Agentes Abultantes .....	97
Estrategia de Búsqueda Cintas Ajustables .....	102
Estrategia de Búsqueda Colposuspensión.....	108
Anexo 2. Tabla operacional de variables .....	114
Anexo 3. Estudios excluidos .....	121
Anexo 4. Estudios incluidos .....	126
Estudios incluidos segunda cinta. ....	126
Estudios incluidos cintas ajustables .....	140
Estudios incluidos slingpubovaginal.....	142
Estudios incluidos colposuspensión.....	143
Estudios incluidos agentes abultantes .....	144
Estudios incluidos acortamiento de cinta de uretra media previa .....	147
Estudios incluidos que comparan segunda cinta vs acortamiento de la cinta previa ..	150
Estudios incluidos que comparan segunda cinta de uretra media vs agente abultante .....	152
Estudios incluidos que comparan segunda cinta de uretra media vs REMEEX.....	154

## RESUMEN

**Introducción:** La incontinencia urinaria femenina es una entidad con una prevalencia hasta del 40%, que se divide en varios tipos siendo el más frecuente la incontinencia urinaria con esfuerzo. El manejo quirúrgico de primera línea de este tipo de incontinencia es con cintas de uretra media, sin embargo, cuando dicho manejo falla y la enfermedad se vuelve persistente o recurrente, no se tiene claridad sobre cuál debe ser el manejo entre las múltiples opciones existentes.

**Metodología:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura con meta-análisis de proporciones, incluyendo estudios observacionales y de intervención, en los cuales se evaluaron los diferentes tipos de manejos de la incontinencia urinaria recurrente o persistente en mujeres que hubieran tenido como tratamiento de primera línea una cinta de uretra media.

**Resultados:** Posterior a haber identificado 157 estudios en la búsqueda sistemática de la literatura y tamizado 161, se incluyeron 29 estudios en la síntesis cualitativa y 27 en la síntesis cuantitativa. Dada la alta heterogeneidad clínica y metodológica entre los estudios, se decidió no realizar una comparación de las intervenciones por lo que se obtuvo una medida de proporción de curación y/o curación/mejoría combinada para cada uno de los tipos de manejo en los que dicha medida pudo ser determinada. En dicha síntesis cuantitativa, se estimó una proporción de curación total combinada en la implantación de cintas ajustables de 86% (IC95%: 76,4% - 92,1%), en la implantación de una segunda cinta de uretra media fue de 75,1% (IC95%: 68% - 81,1%), en el acortamiento de la cinta de uretra media previa fue de 62,3% (IC95%: 49,1%-73,9%) y por último en la implantación de agentes abultantes fue de 55,4% (IC95%: 43,2% - 67%). No se encontraron estudios suficientes para poder realizar una síntesis cuantitativa con respecto a: sling pubovaginal, colposuspensión y terapia de piso pélvico, al igual que para los desenlaces secundarios.

**Conclusión:** La evidencia encontrada no permite generar un grado de recomendación. Es importante tener en cuenta que estos resultados deben ser corroborados con ensayos clínicos aleatorizados colaborativos multicéntricos.

**Palabras claves:** Incontinencia urinaria recurrente o persistente, incontinencia urinaria, cintas de uretra media, TVT, TOT, manejo de segunda línea.

## 1. FORMULACION DEL PROBLEMA

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incontinencia urinaria, definida por la Asociación Internacional de Uroginecología y la Sociedad internacional de Continencia como la pérdida involuntaria de orina (1), es una entidad con una alta prevalencia estimada entre 10 % a 40 % (2), afectando de forma severa hasta un 7 % de la población femenina (3). Dentro de los diferentes tipos de incontinencia, la más frecuente, con alrededor del 50%, es la incontinencia urinaria de esfuerzo (4).

El manejo quirúrgico genera expectativa en las pacientes, quienes la perciben como única alternativa para mejorar de forma definitiva su condición, siendo las cintas de uretra media libres de tensión la primera línea de tratamiento quirúrgico en todo el mundo, demostrando una baja proporción de complicaciones, entre el 0,3 % y el 7 % (5,6), y una proporción de curación a largo plazo entre el 78,9 y el 84,7 % (7). Sin embargo, entre un 5 % a un 20 % de estas pacientes, experimentan persistencia o recurrencia de la incontinencia, generando un deterioro en la calidad de vida, en la función sexual y en su entorno familiar y social (8–10).

En la literatura se han descrito algunas opciones terapéuticas para el manejo de la incontinencia urinaria recurrente tales como la colocación de una segunda cinta, realización de colposuspensión, sling pubovaginal, agentes abultantes, terapia de piso pélvico, uso de cintas ajustables o acortamiento de la primera cinta (11). Hasta la fecha, la colocación de una segunda cinta de uretra media, ha sido la técnica más frecuentemente estudiada, sin embargo, la calidad de la evidencia es usualmente limitada a estudios retrospectivos o series de casos con muestras pequeñas y no existen suficientes estudios donde se compare este procedimiento con diferentes técnicas quirúrgicas (12). Por lo tanto, aún no se dispone de suficiente evidencia para recomendar el uso de una segunda cinta como primera opción quirúrgica en esta población, ni se ha logrado un enfoque unificado en la comunidad médica, acerca del abordaje y manejo para corregir la falla terapéutica y mejorar entre otras cosas, la calidad de vida de las pacientes afectadas (11,13,14).

Esta revisión sistemática pretende sintetizar la información disponible sobre el manejo de la incontinencia urinaria recurrente o persistente en mujeres que han sido sometidas previamente a una cinta de uretra media como primera línea de tratamiento.

## 1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

En Estados Unidos del 8,6 % al 17 % de las pacientes requirieron un segundo procedimiento para corregir la incontinencia urinaria recurrente dentro de los 8 a 10 años posteriores a su primera intervención quirúrgica (11), aumentando anualmente los costos destinados al manejo de esta patología que estuvieron alrededor de \$12,6 billones de dólares en el año 2000 (15).

Las cintas de uretra media al ser hoy por hoy, el estándar de oro para el manejo de incontinencia urinaria primaria, se convierten en la técnica más asequible para el urólogo; al estar familiarizado con el procedimiento y con las complicaciones, le permite ofrecer este tratamiento como alternativa quirúrgica a pesar que tradicionalmente, el sling pubovaginal ocupaba la primera opción en el abordaje de recurrencia de incontinencia urinaria (12).

Por lo tanto, es imperativo definir la mejor opción de tratamiento en esta población, puesto que no sólo supone un impacto positivo en calidad de vida, función sexual, autoconfianza y autoestima (16), sino que es fundamental para disminuir costos, lo cual es importante considerar en los países en vías de desarrollo (17,18).

Finalmente, el propósito de esta revisión fue identificar y actualizar la mejor evidencia disponible acerca del manejo y buenas prácticas en pacientes con incontinencia urinaria recurrente después de una cirugía con cinta de uretra media, aportando a la búsqueda continua de unificar el tratamiento de esta patología, permitiendo entre otras cosas, la disminución de complicaciones relacionadas con procedimientos innecesarios y con bajo nivel de evidencia (11).

## 1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿En mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo recurrente o persistente, posterior al uso de cinta de uretra media libre de tensión, la colocación de una segunda cinta ofrece una mayor proporción de curación de la incontinencia urinaria, en contraste con colposuspensión, sling pubovaginal, agentes abultantes, cintas ajustables, terapia de piso pélvico o acortamiento de cinta previa?

Tabla 1. Pregunta de investigación siguiendo estructura PICOS

P	Mujeres con diagnóstico clínico o urodinámico de incontinencia urinaria recurrente o persistente tras manejo inicial con cinta de uretra media libre de tensión.
I C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segunda cinta de uretra media.</li> <li>• Terapia de piso pélvico.</li> <li>• Sling pubovaginal.</li> <li>• Agentes abultantes.</li> <li>• Cintas ajustables.</li> <li>• Acortamiento de cinta previa.</li> </ul>
O	<p>Desenlaces primarios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de curación objetivo y/o subjetivo de la incontinencia urinaria.</li> <li>• Proporción de mejoría objetiva y/o subjetiva de la incontinencia urinaria.</li> </ul> <p>Desenlaces secundarios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Infección.</li> <li>○ Sangrado.</li> <li>○ Reoperación.</li> <li>○ Retención urinaria.</li> <li>○ Lesión vesical.</li> <li>○ Vejiga hiperactiva de novo o urgencia de novo.</li> <li>○ Disfunción vesical.</li> <li>○ Extrusión de malla.</li> <li>○ Recurrencia de incontinencia.</li> </ul> </li> <li>• Medidas urodinámicas.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ VLPP (Presión de escape de orina ante maniobras de valsalva, VLPP por sus siglas en inglés).</li> <li>○ MUCP (Presión máxima de cierre uretral, MUCP por sus siglas en inglés).</li> <li>○ CNI (Contracciones no inhibidas).</li> <li>○ Uroflujometría.</li> </ul> </li> <li>• Diagnóstico de hipermovilidad uretral (Q-tip test, o test de evaluación de hipermovilidad uretral).</li> <li>• Prueba de esfuerzo positiva al examen físico.</li> <li>• Pad test.</li> <li>• Deficiencia intrínseca del esfínter.</li> <li>• Impacto en la calidad de vida y la función sexual.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cuestionario PISQ-12 (Pelvic Organ Prolapse Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-12).</li> <li>○ UDI-6 (Urogenital distress inventory – 6).</li> </ul> </li> </ul> <p>IOQ (Incontinence outcome questionnaire).</p>
S	Estudios experimentales, cuasi experimentales u observacionales en los que se comparen dos o más tratamientos, médicos y/o quirúrgicos descritos anteriormente.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. DEFINICIÓN INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

La Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA, por sus siglas en inglés) y la Sociedad Internacional de Continencia (ICS, por sus siglas en inglés) realizaron un reporte unido sobre la terminología de las disfunciones anorrectales femeninas en las que definieron a la incontinencia urinaria, como síntoma, como la “pérdida involuntaria de orina”, y a la incontinencia urinaria de esfuerzo como “la queja de pérdida involuntaria de orina en esfuerzo o esfuerzo físico (por ejemplo, actividades deportivas), o estornudos o tos” (19).

### 2.2. DEFINICIÓN INCONTINENCIA URINARIA RECURRENTE

Actualmente no existe una definición universalmente aceptada de la incontinencia urinaria recurrente (11,13), sin embargo, el término incontinencia urinaria de esfuerzo persistente, ha sido definido como la presencia de escapes de orina asociados a eventos que causan incremento en la presión abdominal en un tiempo menor de 6 semanas posteriores al procedimiento antiincontinencia primario (sling de uretra media), la recurrencia hace referencia a la reaparición de la incontinencia urinaria de manera tardía (tiempo mayor a 6 semanas posteriores al procedimiento antiincontinencia primario) (20,21).

### 2.3. FACTORES DE RIESGO PARA INCONTINENCIA URINARIA RECURRENTE

Los factores asociados con falla terapéutica en la era del uso de cintas de uretra media son poco conocidos y pueden estar relacionados principalmente con el ajuste o posición intraoperatoria de la cinta o la patología subyacente del mecanismo de incontinencia urinaria (7).

En la literatura, se han reportado variables potencialmente asociadas con el fracaso quirúrgico entre ellas la edad, índice de masa corporal (IMC), paridad vaginal, estado menopáusico / tratamiento de reemplazo hormonal (TRH), diabetes, estado de tabaquismo, características de la incontinencia urinaria, experiencia del cirujano entre otras (22)

Dällenbach et al (23), determinó que el número de partos vaginales era el principal factor de recurrencia (OR ajustado = 3,5 - IC95% [1,0 – 12,6], p = 0,05). Stav et al (24), tras estudiar a 1225 pacientes, revelaron en el análisis multivariado, que el índice de masa corporal > 25 (OR, 2,9), incontinencia urinaria mixta (OR, 2,4), cirugía de continencia previa (OR, 2,2), deficiencia intrínseca del esfínter (OR, 1,9) y diabetes mellitus (OR, 1,8) fueron los predictores más importantes de fracaso de cintas de uretra media; la edad y el tipo de cinta utilizado, no mostraron riesgo para falla quirúrgica.

Una revisión reciente de Karim et al (25), resumió otros parámetros adicionales reportados por diferentes autores asociados a recurrencia, como un Q-tip test <30° (El Q-tip test, es una prueba utilizada para determinar la movilidad del cuello vesical y la uretra proximal, considerándose un valor normal por debajo de los 30° de movilidad (26), presión máxima de cierre uretral < 40 cm H<sub>2</sub>O, severidad de urgencia urinaria y altos valores en el pad test (El pad test, o test de la compresa, cuantifica la cantidad de escape de orina por medio del peso de una compresa o pañal tras su uso bajo ciertas condiciones pre especificadas (27). Por otro lado, Svenningsen et al (28), han identificado factores de riesgo independientes para el fracaso a largo plazo (10 años) como la edad > 56 años en el momento de la cirugía TVT (falla subjetiva a largo plazo OR ajustado: 2,15, CI: 1,40-3,30 y fracaso objetivo a largo plazo OR ajustado: 2,81, IC: 1,30-6,09), la incontinencia mixta severa (OR ajustado: 2,33, IC: 1,27-4,28) y las complicaciones quirúrgicas (ajustado OR: 3,02, CI: 1,53 - 5,95).

El prolapso de órganos pélvicos o cirugía concomitante para la corrección del mismo, coexiste en más del 80% con incontinencia urinaria, con presentaciones que varían desde asintomáticas hasta severas (25). No obstante, la asociación de este factor con la recurrencia de la incontinencia urinaria, ha mostrado resultados contradictorios en las diferentes cohortes. Stav et al (24), reportaron reducción de la probabilidad de falla de un sling de uretra media primario (OR: 0,6), igualmente Martínez et al definieron que abordar el prolapso genital concomitante a la cirugía de incontinencia, generaba un efecto protector para recurrencia (OR of 0,33) (22). Anger et al (29), describieron que las mujeres que se sometieron a tratamiento concomitante de prolapso, tuvieron una tendencia menor a requerir de un segundo procedimiento para incontinencia urinaria en el siguiente año postoperatorio (4,7% vs.10,2%; P <0,001). Sin embargo, otros autores no lograron demostrar ninguna asociación entre el fracaso a largo plazo y la cirugía concomitante de piso pélvico (23,28,30,31).

#### 2.4. MANEJO DE LA INCONTINENCIA URINARIA RECURRENTE

Las guías clínicas de la sociedad de ginecólogos y obstetras de Canadá, recomiendan el entrenamiento del piso pélvico como el tratamiento de primera

línea en mujeres con incontinencia urinaria recurrente (Grado de recomendación III C) (32). De forma similar, un 77% de los ginecólogos ingleses recomiendan un entrenamiento supervisado del piso pélvico con o sin terapia concomitante con duloxetina, antes de contemplar la necesidad de realizar una segunda cirugía para corregir la incontinencia (11).

A pesar de esto, la primera opción en muchos casos es quirúrgica, sin embargo, actualmente no se ha establecido, cuál es el tiempo óptimo para considerar estas alternativas, después de una falla terapéutica con cintas de uretra media, lo que dificulta que los urólogos puedan definir con claridad el tratamiento de estas pacientes (33). Ante esto, la evidencia comienza a sugerir el uso de una segunda cinta de uretra media en los casos fallidos, pero no hay datos claros del porqué esta es la primera opción o si esta cirugía provee un beneficio superior sobre otras técnicas quirúrgicas en esta población de mujeres (34–37).

Diferentes autores han reportado una mejoría de la incontinencia para cinta vaginal retropúbica libre de tensión (TVT, por sus siglas en inglés) de 74 % (38) y para cinta vaginal transobturadora libre de tensión (TOT, por sus siglas en inglés) de 62,5 % (39). Otras opciones descritas en la literatura, abarcan técnicas más tradicionales como colposuspensión tipo Burch: 69 a 96 % (40), sling pubovaginal de fascia autóloga, (AFSs), inyección del cuello vesical (BNI), esfínteres urinarios artificiales (AUS), slings ajustables como el sistema REEMEX, dispositivos ajustables de continencia y slings espirales (13,15,16,41).

La inyección de agentes abultantes se encuentra dentro de los procedimientos mínimamente invasivos utilizados en el tratamiento de la incontinencia urinaria recurrente, aunque su uso ha venido decreciendo debido a los pobres resultados (principalmente a largo plazo) en la curación o mejoría de esta patología, a pesar de esto, los agentes abultantes tradicionalmente han sido reservados para pacientes con deficiencia intrínseca del esfínter ( $ALPP < 100 \text{ cmH}_2\text{O}$ ), movilidad uretral limitada y ausencia de inestabilidad del detrusor (42).

En manos expertas, los resultados de las diferentes técnicas para incontinencia urinaria recurrente son buenos; Maarten et al, reportó una proporción de éxito de 79% con proporciones de complicaciones similares a la cirugía primaria (43). No obstante, no existe actualmente un consenso sobre cuál es la mejor opción para corregir la incontinencia recurrente o persistente, o estudios que comparen diferentes técnicas quirúrgicas por lo que la decisión sobre cuál de estas técnicas usar, se limita a experiencia del cirujano o consenso de expertos (13,44).

### 3. HIPÓTESIS

En las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo recurrente o persistente, posterior al uso de cinta de uretra media libre de tensión, la colocación de una

segunda cinta, es el tratamiento que ofrece una mayor proporción de curación de la incontinencia urinaria, en contraste con la realización de colposuspensión, sling pubovaginal, terapia de piso pélvico, inyección de agentes abultantes, colocación de cintas ajustables o acortamiento de primera cinta.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar si en las pacientes con incontinencia urinaria recurrente o persistente posterior al uso de cinta de uretra media libre de tensión, la colocación de una segunda cinta, ofrece una mayor proporción de curación total en contraste con la realización de colposuspensión, sling pubovaginal, terapia de piso pélvico, inyección de agentes abultantes, colocación de cintas ajustables o acortamiento de primera cinta.

### 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar la proporción de curación total, objetiva y/o subjetiva y curación/mejoría de la incontinencia urinaria recurrente posterior al uso de cinta de uretra media, en mujeres llevadas a la colocación de una segunda cinta, terapia de piso pélvico, colposuspensión, sling pubovaginal, inyección de agentes abultantes, cintas ajustables o acortamiento de primera cinta.
- Estimar la proporción de complicaciones relacionadas con la colocación de una segunda cinta de uretra media, terapia de piso pélvico, colposuspensión, sling pubovaginal, inyección de agentes abultantes, cintas ajustables o acortamiento de primera cinta.
- Analizar el efecto sobre la calidad de vida de una segunda cinta de uretra media, terapia de piso pélvico, colposuspensión, sling pubovaginal, inyección de agentes abultantes, cintas ajustables o acortamiento de cinta previa, mediante el uso de cuestionarios de calidad de vida validados.

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo dado que el tipo y el diseño del estudio planteaban el uso de herramientas cuantitativas para el análisis de los datos obtenidos de los estudios.

### 5.2. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio integrativo tipo revisión sistemática de la literatura y meta-análisis. La unidad de observación la conformaron los estudios encontrados en la literatura médica descrita.

### 5.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

#### 5.3.1. Tipos de estudios

Ensayos clínicos controlados aleatorizados, estudios cuasi experimentales o estudios observacionales, en los que se incluyeron a mujeres con diagnóstico clínico o urodinámico de incontinencia urinaria recurrente o persistente posterior a uso de cinta de uretra media libre de tensión, en los que se evaluó una segunda línea de tratamiento.

#### 5.3.2. Tipo de participantes

Mujeres con diagnóstico clínico o urodinámico de incontinencia urinaria recurrente o persistente tras manejo inicial con cinta de uretra media libre de tensión.

#### 5.3.3. Tipos de intervenciones

- Estudios en lo que se haya evaluado como segunda línea de tratamiento alguna de las siguientes intervenciones:
  - Segunda cinta de uretra media.
  - Terapia de piso pélvico.

- Sling pubovaginal.
  - Agentes abultantes.
  - Cintas ajustables.
  - Colposuspensión tipo Burch.
  - Acortamiento de la primera cinta.
- Estudios experimentales, cuasi experimentales u observacionales en los que se compare una cinta de uretra media, como tratamiento para la incontinencia urinaria recurrente o persistente, con alguna de las siguientes intervenciones: colposuspensión, sling pubovaginal, terapia de piso pélvico, inyección de agentes abultantes, colocación de cintas ajustables o acortamiento de primera cinta.

#### 5.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudios que incluyeron a pacientes con otros tratamientos quirúrgicos para corrección de trastornos del piso pélvico, concomitantes a la colocación de cinta de uretra media.
- Estudios que incluyeron pacientes con antecedentes de cáncer vesical, prolapso del piso pélvico, cirugía previa de piso pélvico o radioterapia pélvica.

#### 5.5. DESENLACES EVALUADOS

##### 5.5.1. Desenlaces primarios

- Proporción de curación total de la incontinencia urinaria recurrente o persistente.
- Proporción de curación objetiva y/o subjetiva de la incontinencia urinaria recurrente o persistente.
- Proporción de curación/mejoría de la incontinencia urinaria recurrente o persistente.

##### 5.5.2. Desenlaces secundarios

- Complicaciones:
  - Infección.

- Sangrado.
- Reoperación.
- Retención urinaria.
- Lesión vesical.
- Vejiga hiperactiva o urgencia de novo.
- Disfunción vesical.
- Extrusión de malla.
- Recurrencia de incontinencia.
- Medidas urodinámicas.
  - VLPP (Presión de escape de orina ante maniobras de valsava, VLPP por sus siglas en inglés).
  - MUCP (Presión máxima de cierre uretral, MUCP por sus siglas en inglés).
  - CNI (Contracciones no inhibidas).
  - Uroflujometría.
- Q-tip test (Test de evaluación de hipermovilidad uretral).
- Prueba de esfuerzo positiva al examen físico.
- Pad test.
- Impacto en la calidad de vida y la función sexual.
  - Cuestionario PISQ-12 (Pelvic Organ Prolapse Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-12).
  - UDI-6 (Urogenital distress inventory – 6).
  - IOQ (Incontinence outcome questionnaire).

## 5.6. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIOS

Estudios publicados en cualquier idioma entre enero del año 2000 y mayo del año 2017. No se incluyeron otras restricciones en la búsqueda. La estrategia de búsqueda fue desarrollada de manera conjunta por los tres investigadores, sin embargo, la búsqueda fue realizada por los tres investigadores de forma independiente.

### 5.6.1. Búsquedas electrónicas

Para la realización de esta revisión se realizó la búsqueda de estudios en las siguientes bases de datos:

- Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados (CENTRAL).
- MEDLINE.
- EMBASE.

- ClinicalTrials.gov
- LILACS.

Y en los siguientes buscadores:

- OVID
- ScienceDirect.

#### 5.6.2. Búsqueda en otras fuentes

Adicionalmente se extendió la revisión a otros buscadores y fuentes tales como:

- Revistas especializadas.
- Resúmenes de congresos.
- Referencias de los artículos seleccionados en la búsqueda electrónica.

Basados en la estructura PICOS para preguntas de investigación, se realizó la búsqueda con términos MeSH y términos libres. La estrategia de búsqueda completa con los diferentes términos utilizados se encuentra en el anexo 1.

### 5.7. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el diseño del instrumento para la extracción de datos de los estudios primero se diseñó la tabla operacional de variables que se encuentra en el anexo 2.

#### 5.7.1. Selección de los estudios

La búsqueda se realizó inicialmente por los tres autores de forma independiente, quienes, utilizando la estrategia de búsqueda, revisaron los resúmenes de los diferentes textos y artículos, escogiendo los estudios que ingresaron a la revisión mediante la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión.

Posteriormente, se llevó a cabo la lectura completa de los artículos por parte de dos de los autores, seleccionando finalmente aquellos que se incorporaron de forma definitiva a la revisión y al meta-análisis. Se excluyeron estudios que adicionalmente no hacían las comparaciones especificadas previamente, o aquellos donde no se logró obtener información aclaratoria o adicional por parte de los autores de los ensayos potencialmente elegibles. La lista y los motivos de los estudios excluidos se encuentran en el anexo 3.

El tercer autor resolvió las discrepancias existentes entre los dos primeros autores, en aquellos documentos donde se presentaron controversias y criterios contradictorios para la selección de los documentos.

En cuanto a los artículos en idioma diferente al inglés y español, fueron traducidos y seleccionados para la revisión.

#### 5.7.2. Extracción de la información

Se realizó por dos de los autores de forma independiente, para lo cual se elaboró un instrumento de recolección de datos en diseñado en el software Microsoft Office Excel, donde se incluyeron los datos correspondientes a los desenlaces primarios y secundarios establecidos en el protocolo. El tercer autor verificó los datos incluidos por los dos autores y resolvió las diferencias si daban a lugar.

#### 5.7.3. Tratamiento de datos faltantes

En los casos en los que no se incluyeron datos suficientes en el informe de los estudios se contactó a los autores para obtener los datos faltantes.

#### 5.7.4. Evaluación del riesgo de sesgo en los estudios

Se siguieron las recomendaciones del Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones (45), realizando una evaluación del riesgo de sesgo por dominios, describiendo principalmente los siguientes sesgos: sesgo de selección, sesgo de realización, sesgo de notificación, sesgo de detección y sesgo de desgaste.

Teniendo en cuenta que esta revisión sistemática incluyó a estudios observacionales, no todos los dominios anteriores pudieron ser aplicados, por lo tanto se realizó una evaluación del riesgo de sesgo de forma narrativa en la que se describieron los principales sesgos que pueden presentarse en cada tipo de estudio según lo descrito en la literatura (45,46).

Para clasificar el riesgo de cada uno de los sesgos evaluados se tuvo en cuenta lo propuesto en el Manual Cochrane de acuerdo con el siguiente cuadro extraído de dicho texto:

Tabla 2. Clasificación del Riesgo de Sesgo

<b>Riesgo de sesgo</b>	<b>Interpretación</b>	<b>Dentro de un estudio</b>	<b>Entre los estudios</b>
<b>Bajo riesgo de sesgo.</b>	Sesgo plausible, poco probable que altere significativamente los resultados.	Bajo riesgo de sesgo para todos los dominios clave.	La mayor parte de la información proviene de estudios con bajo riesgo de sesgo
<b>Riesgo de sesgo poco claro.</b>	Sesgo plausible que hace surgir algunas dudas acerca de los resultados.	Riesgo de sesgo poco claro para uno o más dominios clave.	La mayor parte de la información proviene de estudios con riesgo de sesgo bajo o poco claro.
<b>Alto riesgo de sesgo.</b>	Sesgo plausible que debilita seriamente la confianza en los resultados.	Alto riesgo de sesgo para uno o más dominios clave.	La proporción de la información que proviene de estudios con alto riesgo de sesgo es suficiente para afectar la interpretación de los resultados.

Tomado del Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones edición 5.1.0

#### 5.7.5. Evaluación del riesgo de sesgo de publicación

Se realizó el análisis de sesgo de publicación mediante la realización de un gráfico funnel plot en aquellos grupos de análisis en los que se incluyeron más de 10 estudios.

### 5.8. METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS

#### 5.8.1. Tipo de modelo empleado

El análisis estadístico fue realizado en el software Comprehensive Meta Analysis versión 3 (Biostat, Inc.). Para el análisis de la magnitud del efecto medio, se empleó un modelo de efectos aleatorios dado que en esta revisión se incluyeron estudios de diferente tipo con una alta variación en el marco y diseño muestral. (47).

Una vez realizada la revisión jerárquica de la evidencia encontrada, se tomaron las proporciones de curación y/o mejoría para cada uno de los tratamientos de segunda línea evaluados. En los estudios en los que se incluyó más de un grupo de tratamiento, se tomó la medición de cada grupo de forma independiente de acuerdo a los grupos de análisis definidos en esta revisión. Se obtuvo la proporción de eventos y se calcularon los intervalos de confianza al 95%, así como los valores correspondientes de significación estadística, posteriormente se obtuvo una medida global de la magnitud del efecto.

Se realizó una revisión narrativa de los estudios elegibles en los que no fue posible la síntesis estadística de datos o esta se consideró inapropiada.

### 5.8.2. Análisis de heterogeneidad

La heterogeneidad se estimó mediante la utilización de la prueba Q de Cochrane asociada a sus grados de libertad y se corroboró su magnitud mediante la utilización del estadístico  $I^2$ . Para la interpretación del estadístico  $I^2$  se tomaron como referencia los rangos sugeridos en el Manual de Cochrane de Revisiones Sistemáticas en el que se contempla lo siguiente (45):

- 0% al 40%: pudiera no ser importante;
- 30% al 60%: puede representar heterogeneidad moderada \*;
- 50% a 90%: puede representar heterogeneidad significativa\*;
- 75% al 100%: heterogeneidad considerable\*.

\* La importancia del valor de  $I^2$  observado depende de (i) la magnitud y dirección de los efectos y (ii) la fuerza de las pruebas de heterogeneidad (p.ej. el valor de p de la prueba Q de Cochrane, o un intervalo de confianza para  $I^2$ ) (45).

Las posibles fuentes de heterogeneidad en los estudios incluidos podrían ser: En el caso de estudios con tamaños muestrales pequeños y con pocos estudios incluidos, las pruebas para evaluar la heterogeneidad son poco robustas, en especial la Q de Cochrane. El nivel de medición utilizado en la totalidad de los estudios fueron las proporciones, por lo que los estudios mostrarían tendencia hacia una baja heterogeneidad. La dirección de las medidas de efectos tiene el mismo sentido en todos los estudios así su magnitud varíe, lo anterior homogeneidad.

### 5.8.3. Análisis de subgrupos

Los tipos de diseño de los estudios incluidos, el tipo de curación (subjetiva y objetiva), la mejoría, y el tipo de segunda cinta de uretra media, se tuvieron en cuenta para realizar el análisis de subgrupos.

#### 5.8.4. Análisis de sensibilidad

El análisis de sensibilidad se realizó para determinar la solidez de los resultados en algunos de los grupos de tratamiento definidos en esta revisión. Se planeó realizar este análisis incluyendo solo a estudios con mayor tamaño muestral y bajo riesgo de sesgos.

### 5.9. REGISTRO DEL PROTOCOLO

El protocolo fue registrado en PROSPERO bajo el número de registro: CRD42017068187

## 6. RESULTADOS

### 6.1. DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

#### 6.1.1. Resultados de la búsqueda

Se tamizaron los 161 informes de estudios identificados en la búsqueda de la literatura y fueron excluidos 74 con base en el título o el resumen, obteniendo un total de 87 informes en texto completo para su análisis. De los anteriores, 58 fueron excluidos después de la lectura del texto completo, debido a que presentaron criterios de exclusión.

Un total de 29 estudios cumplieron con los criterios de selección por lo que fueron incluidos en esta revisión, y 27 estudios ingresaron al meta-análisis; sin embargo, es de anotar, que a la fecha, no se encontraron publicaciones de ensayos clínicos controlados, aleatorizados que hicieran referencia al tratamiento de segunda línea para incontinencia urinaria recurrente posterior exclusivamente a la colocación inicial de cinta de uretra media.

La información disponible en la literatura hasta el momento final de esta búsqueda, incluye estudios cuasiexperimentales (n =13), cohortes históricas (n=2), casos y controles (n=1) y series de casos (n =13). De los anteriores, solo 4 estudios realizaron comparación entre dos técnicas quirúrgicas, lo que impidió realizar una comparación soportada por la estadística entre las diferentes técnicas. Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó un meta-análisis de proporciones, con el objetivo de sintetizar y exponer la mejor información actualmente disponible.

El diagrama de flujo PRISMA se muestra en la figura 1. En la tabla 3 se encuentran las referencias de los estudios incluidos. El resumen de los estudios incluidos se presenta en las tablas 3a-i, y un resumen más detallado de cada uno de los estudios se enseña en el anexo 4. Finalmente, las características de los estudios excluidos, se encuentran en el anexo 3.”

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA.

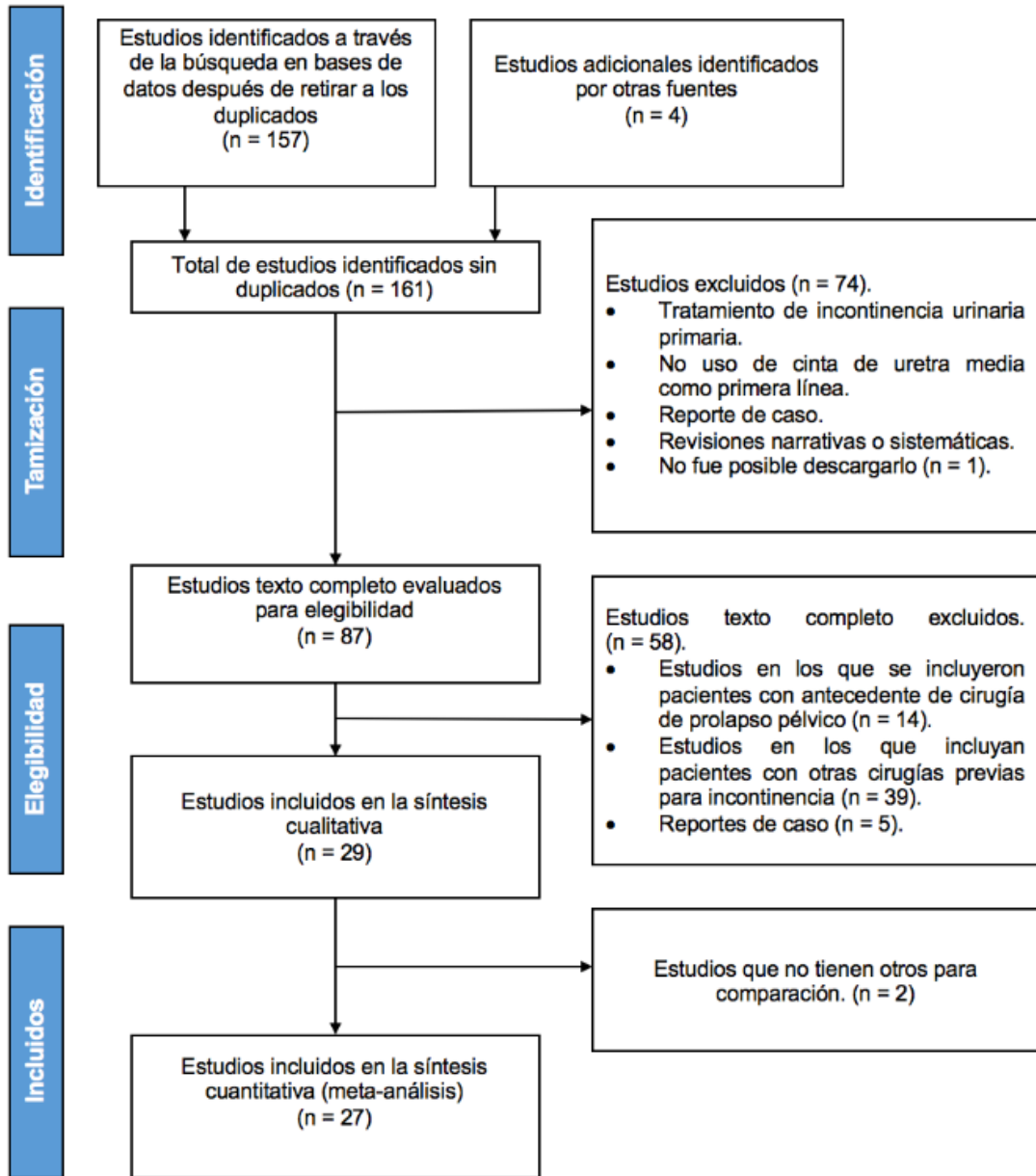


Tabla 3. Referencias de estudios incluidos.

Autor, año	Referencia
Tsivian (2007)	(7)
Moore (2007)	(48)
Kyu-Sung Lee (2007)	(39)
Koh (2007)	(49)
Eandi (2008)	(50)
De Cuyper (2008)	(51)
Palva (2009)	(52)
Liapis (2009)	(38)
Ricci (2009)	(53)
Martan A. (2009)	(54)
Patterson (2010)	(55)
Ha Na Lee (2010)	(56)
Pardo J (2010)	(57)
Lee Y (2010)	(58)
Gibas (2011)	(59)
Han (2012)	(60)
Verbrugghe (2013)	(21)
Costantini (2013)	(61)
Maggiore (2013)	(62)
Espaillet-Rijo (2014)	(63)
Simsek (2014)	(64)
Costantini (2014)	(65)
Park (2014)	(66)
Gaddi (2014)	(67)
Lee (2014)	(68)
Shah (2016)	(69)
Kociszewski (2016)	(70)
Yasa (2016)	(71)
Petrou (2016)	(72)

Tabla 3a. Resumen de estudios incluidos cinta de uretra media en manejo de incontinencia recurrente o persistente segunda línea.

Autor, año	Diseño	Media edad	Participantes	Manejo Segunda Línea		Cura Total		Curación/Mejoría		Cura subjetiva total		Cura objetiva total		Cura Total TVT		Cura Total TOT	
				TVT	TOT	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tsivian (2007)	Cuasi-experimental	64,3	12	5	3	11	91,7	11	91,7	11	91,7	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Moore (2007)	Cuasi-experimental	67,5	2	2	0	2	100	2	100,0	NR	NR	2	100	2	100	NA	NA
Kyu-Sung Lee (2007)	Serie de Casos	54,1	29	13	8	22	75,9	24	82,8	NR	NR	22	75,9	12	92,3	4	50
Eandi (2008)	Serie de Casos	65	10	10	0	7	70	7	70,0	7	70,0	NR	NR	7	70	NA	NA
Palva (2009)	Serie de Casos	61	20	20	0	15	75	15	75,0	15	75,0	NR	NR	15	75	NA	NA
Liapis (2009)	Cuasi-experimental	57,26	31	31	0	24	77,4	26	83,9	NR	NR	24	77,4	24	77,4	NA	NA
Ricci (2009)	Cuasi-experimental	NR	15	15	0	15	100	15	100,0	NR	NR	NR	NR	15	100	NA	NA
Pardo J (2010)	Serie de Casos	55	10	10	0	9	90	9	90,0	9	90,0	NR	NR	9	90	NA	NA
Lee Y (2010)	Serie de Casos	54	39	26	13	25	64,1	25	64,1	25	64,1	NR	NR	17	65,3	8	61,5
Verbrugge (2013)	Serie de Casos	62	77	25	26	59	74	59	76,6	47	61,0	49	63,6	20	80	18	69,2
Costantini (2013)	Serie de Casos	NR	9	7	2	4	44	7	77,8	NR	NR	4	44,4	4	57,1	0	0
Simsek (2014)	Cuasi-experimental	49,07	42	42	0	35	83,5	35	83,3	NR	NR	35	83,3	35	83,5	NA	NA
Costantini (2014)	Serie de Casos	NR	22	4	18	12	54,5	17	77,3	12	54,5	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Kociszewski (2016)	Casos y Controles	62,4	27	27	0	24	89	24	88,9	NR	NR	24	88,9	24	89	NA	NA

Tabla 3b. Resumen de estudios incluidos cinta ajustable de uretra media en manejo de incontinencia recurrente o persistente segunda línea.

Autor, año	Diseño	Media edad	Participantes	Manejo Segunda Línea	Cura		Cura/Mejoría	
				REMEEX	n	%	n	%
Park (2014)	Serie de Casos	NR	40	NR	36	90	36	90
Yasa (2016)	Cuasi-experimental	55,3	19	19	16	84,2	18	94,7

Tabla 3c. Resumen de estudios incluidos sling pubovaginal en manejo de incontinencia recurrente o persistente segunda línea.

Autor, año	Diseño	Media edad	Participantes	Manejo Segunda Línea	Cura	
				Sling pubovaginal	n	%
Petrou (2016)	Serie de Casos	NR	21	21	16	76,2

Tabla 3d. Resumen de estudios incluidos colposuspensión en manejo de incontinencia recurrente o persistente segunda línea.

Autor, año	Diseño	Media edad	Participantes	Manejo Segunda Línea	Cura		Mejoría	
				Colposuspensión	n	%	n	%
De Cuyper (2008)	Cuasi-experimental	51,88	14	14	9	56,2	13	92,9

Tabla 3e. Resumen de estudios incluidos agentes abultantes en manejo de incontinencia recurrente o persistente segunda línea.

Autor, año	Diseño	Media edad	Participantes	Manejo Segunda Línea			Cura total		Mejoría total	
				MACROPLASTIQUE	DURASPHERE	BULKAMID	n	%	n	%
Ha Na Lee (2010)	Serie de Casos	52	23	21	2	0	8	35	21	92
Maggiore (2013)	Cuasi-experimental	NR	21	0	0	21	11	52,4	15	71,4
Espallat-Rijo (2014)	Cuasi-experimental	70,3	43	43	0	0	28	70	28	70

Tabla 3f. Resumen de estudios incluidos acortamiento de cinta en manejo de incontinencia recurrente o persistente segunda línea.

Autor, año	Diseño	Media edad	Participantes	Manejo Segunda Línea	Cura total		Cura subjetiva	
				Acortamiento	n	%	n	%
Martan A. (2009)	Cuasi-experimental	50	8	8	6	75	NR	NR
Patterson (2010)	Serie de Casos	NR	20	20	13	65	NR	NR
Gibas (2011)	Cuasi-experimental	NR	4	4	4	100	0	0
Shah (2016)	Serie de Casos	NR	5	5	4	80	4	80

Tabla 3g. Resumen de estudios incluidos TVT vs. Acortamiento en manejo de incontinencia recurrente o persistente segunda línea.

Autor, año	Diseño	Participantes	Manejo Segunda Línea		Media edad Acortamiento	Media edad TVT	Mejoría Subjetiva Acortamiento		Mejoría Subjetiva TVT		Curación Subjetiva Acortamiento		Curación Subjetiva TVT	
			Acortamiento	TVT			n	%	n	%	n	%	n	%
			Koh (2007)	Cuasi-experimental	18	10	8	51,9	57,5	NR	NR	1	12,5	7
Han (2012)	Cohorte Histórico	66	30	36	53,4	54,7	4	11,1	7	23,3	14	46,7	26	72,2

Tabla 3h. Resumen de estudios incluidos Sling de uretra media Vs. Agente Abultante en manejo de incontinencia recurrente o persistente segunda línea.

Autor, año	Diseño	Participantes	Manejo Segunda Línea		Media edad cinta uretra media	Media edad agente abultante	Cura abultante		Cura Cinta uretra media	
			Cinta Uretra Media	Agente abultante			n	%	n	%
Gaddi (2014)	Cohorte Histórico	165	98	67	55	62,3	41	61,1	87	88,7

Tabla 3i. Resumen de estudios incluidos TVT Vs. Cintas ajustables en manejo de incontinencia recurrente o persistente segunda línea.

Autor, año	Diseño	Media edad	Participantes	Manejo Segunda Línea		Curación Subjetiva REMEEX		Curación Subjetiva TVT		Mejoría Subjetiva REMEEX		Mejoría Subjetiva TVT	
				TVT	REMEEX	n	%	n	%	n	%	n	%
Lee (2014)	Cuasi-experimental	58,6	48	26	22	18	81,8	16	61,5	4	18,2	3	11,5

## 6.2. RESULTADOS POR GRUPOS DE INTERVENCIÓN

### 6.2.1.1. Desenlaces Primarios

#### 6.2.1.2. Segunda cinta de uretra media

Se encontraron 14 estudios (cuasiexperimentales  $n = 5$ , series de casos  $n = 8$  y casos y controles  $n = 1$ ). Al meta-análisis de proporciones se incluyeron 4 estudios adicionales (cuasiexperimentales  $n = 2$ , cohortes históricas  $n = 2$ ), que utilizaron dentro de uno de sus grupos de comparación, la colocación de una segunda cinta de uretra media.

Se realizó análisis de la proporción de curación total, curación subjetiva, curación objetiva, curación/mejoría y curación total por tipo de cinta, con análisis de subgrupos por tipo de estudio para cada una de las mediciones, evaluación de heterogeneidad, análisis de sensibilidad y sesgo de publicación.

##### 6.2.1.2.1. Curación total segunda cinta de uretra media

Se encontró una proporción combinada, de curación total de 75,1% (IC95%, 68% - 81,1%). Se observó heterogeneidad entre los estudios según la prueba Q de Cochrane, siendo de 54.7% según la prueba  $I^2$ , considerándolo como una heterogeneidad moderada (tabla 4 y 4a).

Se realizó el funnel plot en el que se observó asimetría a expensas de 5 estudios que tuvieron el mayor error estándar, indicando presencia de sesgo de informe. Gráfico 1.

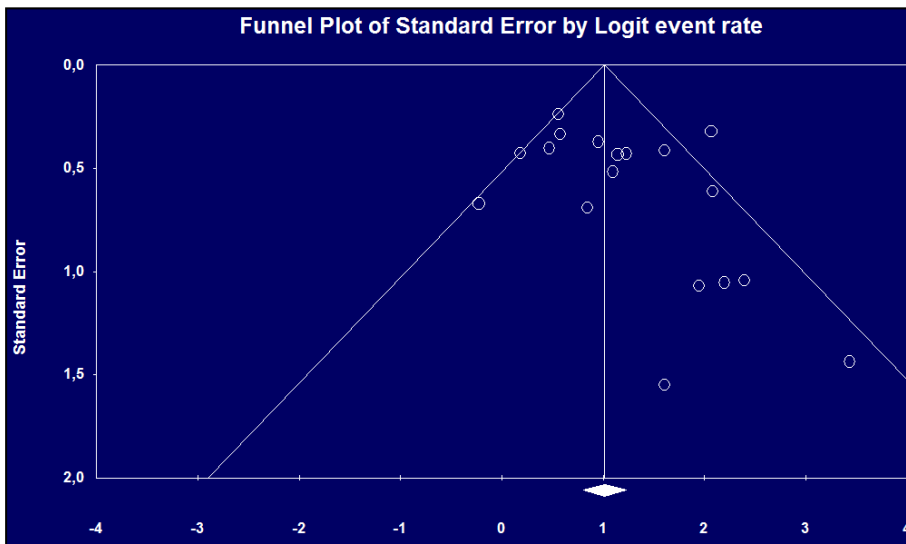
Tabla 4. Resultados curación total segunda cinta

Model	Study name	Statistics for each study			Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)		Weight (Random)	
		Event rate	Lower limit	Upper limit	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00	Relative weight	Relative weight		
	Tsvian, 2007	0,917	0,587	0,988						1,06	2,34		
	Moore, 2007	0,833	0,194	0,990						0,48	1,19		
	Lee, 2007	0,759	0,573	0,880						6,15	7,02		
	Koh, 2007	0,875	0,463	0,983						1,01	2,26		
	Eandi, 2008	0,700	0,376	0,900						2,43	4,29		
	Palva, 2009	0,750	0,522	0,892						4,35	5,98		
	Liapis, 2009	0,774	0,596	0,888						6,28	7,08		
	Ricci, 2009	0,969	0,650	0,998						0,56	1,36		
	Pardo, 2010	0,900	0,533	0,986						1,04	2,31		
	Lee Y., 2010	0,641	0,481	0,775						10,40	8,46		
	Han, 2012	0,722	0,556	0,844						8,37	7,89		
	Verbrugge, 2013	0,636	0,524	0,736						20,65	9,92		
	Costantini, 2013	0,444	0,177	0,749						2,58	4,45		
	Simsek, 2014	0,833	0,690	0,918						6,76	7,29		
	Gaddi, 2014	0,888	0,809	0,937						11,32	8,66		
	Lee, 2014	0,615	0,421	0,779						7,13	7,44		
	Costantini, 2014	0,545	0,341	0,735						6,32	7,10		
	Kociszewski, 2016	0,889	0,707	0,964						3,09	4,97		
Fixed		0,734	0,691	0,773									
Random		0,751	0,680	0,811									

Tabla 4a. Heterogeneidad curación total segunda cinta

Model	Effect size and 95% interval			Test of null (2-Tail)		Heterogeneity				Tau-squared				
	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
Fixed	18	0,734	0,691	0,773	9,416	0,000	37,529	17	0,003	54,701	0,264	0,182	0,033	0,514
Random	18	0,751	0,680	0,811	6,197	0,000								

Gráfico 1. Funnel plot. Estudios incluidos con reporte de curación total segunda cinta



De acuerdo al tipo de estudio, la proporción combinada de curación total en las cohortes históricas fue de 82,2% (IC95%, 60,8% - 93,2%), en los ensayos clínicos cuasiexperimentales de 79,5% (IC95%, 68,4% - 87,5%) y en las series de casos de 65,5% (IC95%, 58,4% - 72,0%). En los estudios de casos y controles no fue posible estimar una proporción combinada de curación total, debido a que solo se contaba con un estudio en cada subgrupo (tabla 5).

La heterogeneidad fue alta en el subgrupo de las cohortes históricas (Q Cochrane = 5,138, Valor p = 0,023, I<sup>2</sup> = 80,53%), en el subgrupo de ensayos clínicos cuasiexperimentales se encontró una heterogeneidad que pudiese no ser significativa (I<sup>2</sup> = 29,3%); de igual manera en el subgrupo de las series de casos, no se encontró heterogeneidad significativa (Q Cochrane = 7,36; Valor p = 0,392; I<sup>2</sup> = 4,91%), (tabla 5a).

Tabla 5. Curación total segunda cinta – Análisis de subgrupos

Model	Group by Tipo Estudio	Study name	Statistics for each study			Events/Total	Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)		Weight (Separate tau)	
			Event rate	Lower limit	Upper limit		Total	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00	Relative weight	Relative weight	
	casos y controles	Kociszewski, 2016	0,889	0,707	0,964	24 / 27						100,00		100,00	
Fixed	casos y controles		0,889	0,707	0,964										
Random	casos y controles		0,889	0,707	0,964										
	Cohorte histórica	Han, 2012	0,722	0,556	0,844	26 / 36						42,51		48,54	
Fixed	Cohorte histórica	Gaddi, 2014	0,888	0,809	0,937	87 / 98						57,49		51,46	
Random	Cohorte histórica		0,831	0,754	0,888										
	Cohorte histórica		0,822	0,608	0,932										
	Cuasiexperimental	Tsivian, 2007	0,917	0,587	0,988	11 / 12						4,56		7,08	
	Cuasiexperimental	Moore, 2007	0,833	0,194	0,990	2 / 2						2,07		3,47	
	Cuasiexperimental	Koh, 2007	0,875	0,463	0,983	7 / 8						4,35		6,80	
	Cuasiexperimental	Liapis, 2009	0,774	0,596	0,888	24 / 31						26,96		25,33	
	Cuasiexperimental	Ricci, 2009	0,969	0,650	0,998	15 / 15						2,41		3,89	
	Cuasiexperimental	Simsek, 2014	0,833	0,690	0,918	35 / 42						29,02		26,31	
	Cuasiexperimental	Lee, 2014	0,615	0,421	0,779	16 / 26						30,62		27,03	
Fixed	Cuasiexperimental		0,778	0,693	0,844										
Random	Cuasiexperimental		0,795	0,684	0,875										
	serie de casos	Lee, 2007	0,759	0,573	0,880	22 / 29						11,41		11,92	
	serie de casos	Eandi, 2008	0,700	0,376	0,900	7 / 10						4,51		4,86	
	serie de casos	Palva, 2009	0,750	0,522	0,892	15 / 20						8,06		8,54	
	serie de casos	Pardo, 2010	0,900	0,533	0,986	9 / 10						1,93		2,11	
	serie de casos	Lee Y, 2010	0,641	0,481	0,775	25 / 39						19,29		19,46	
	serie de casos	Verbrugghe, 2013	0,636	0,524	0,736	49 / 77						38,29		35,75	
	serie de casos	Costantini, 2013	0,444	0,177	0,749	4 / 9						4,78		5,14	
	serie de casos	Costantini, 2014	0,545	0,341	0,735	12 / 22						11,72		12,22	
Fixed	serie de casos		0,654	0,586	0,716										
Random	serie de casos		0,655	0,584	0,720										
Fixed	Overall		0,734	0,691	0,773										
Random	Overall		0,709	0,654	0,758										

Tabla 5a. Heterogeneidad Curación total segunda cinta – Análisis de subgrupos

Groups		Effect size and 95% interval			Test of null (2-Tail)		Heterogeneity				Tau-squared			
Group	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
<b>Fixed effect analysis</b>														
casos y	1	0,889	0,707	0,964	3,396	0,001	0,000	0	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Cohorte	2	0,831	0,754	0,888	6,574	0,000	5,138	1	0,023	80,539	0,498	0,875	0,766	0,706
Cuasiexperimentos	7	0,778	0,693	0,844	5,619	0,000	8,495	6	0,204	29,370	0,167	0,340	0,116	0,408
serie de casos	8	0,654	0,586	0,716	4,344	0,000	7,362	7	0,392	4,913	0,010	0,109	0,012	0,100
Total within							20,955	14	0,102					
Total between							16,534	3	0,001					
Overall	18	0,734	0,691	0,773	9,416	0,000	37,529	17	0,003	54,701	0,264	0,182	0,033	0,514
<b>Mixed effects analysis</b>														
casos y	1	0,889	0,707	0,964	3,396	0,001								
Cohorte	2	0,822	0,608	0,932	2,748	0,006								
Cuasiexperimentos	7	0,795	0,684	0,875	4,550	0,000								
serie de casos	8	0,655	0,584	0,720	4,173	0,000								
Total between							10,156	3	0,017					
Overall	18	0,709	0,654	0,758	6,859	0,000								

Se realizó análisis de sensibilidad para la estimación de la curación total posterior a la colocación de segunda cinta eliminando del análisis los estudios con menor tamaño muestral: Tsivian 2007, Moore 2007, Koh 2007, Eandi 2008, Palva 2009, Ricci 2009, Pardo 2010, Constantini 2013 y Constantini 2014. No se evidenció que dicho análisis modifique considerablemente la medida combinada de la curación 75,7% (IC95%, 67,2% – 82,6%), por otro lado, el análisis de sensibilidad incrementó la heterogeneidad entre los estudios (Q Cochrane = 23,40, Valor p = 0,003; I<sup>2</sup> = 65,81%), (tabla 6 y 6a).

Tabla 6. Resultados análisis de sensibilidad curación total segunda cinta

Model	Study name	Statistics for each study			Events/Total	Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)	Weight (Random)
		Event rate	Lower limit	Upper limit		Total	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00	Relative weight
	Lee, 2007	0,759	0,573	0,880	22 / 29						7,68	10,20
	Liapis, 2009	0,774	0,596	0,888	24 / 31						7,84	10,29
	Lee Y, 2010	0,641	0,481	0,775	25 / 39						12,98	12,31
	Han, 2012	0,722	0,556	0,844	26 / 36						10,44	11,48
	Verbrugge, 2013	0,636	0,524	0,736	49 / 77						25,76	14,47
	Simsek, 2014	0,833	0,690	0,918	35 / 42						8,43	10,60
	Gaddi, 2014	0,888	0,809	0,937	87 / 98						14,12	12,62
	Lee, 2014	0,615	0,421	0,779	16 / 26						8,90	10,82
	Kociszewski, 2016	0,889	0,707	0,964	24 / 27						3,86	7,20
Fixed		0,741	0,694	0,784								
Random		0,757	0,672	0,826								

Tabla 6a. Heterogeneidad análisis de sensibilidad curación total segunda cinta

Model		Effect size and 95% interval			Test of null (2-Tail)		Heterogeneity				Tau-squared			
Model	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
Fixed	9	0,741	0,694	0,784	8,760	0,000	23,402	8	0,003	65,816	0,260	0,206	0,043	0,510
Random	9	0,757	0,672	0,826	5,322	0,000								

### 6.2.1.2.2. Curación subjetiva segunda cinta

La proporción de curación fue reportada de forma subjetiva en 13 estudios. Esta se definió como la ausencia de escapes de orina con esfuerzo, a través de pregunta directa a la paciente (Tsivian 2007, Liapis 2009, Pardo 2010, Lee Y 2010, Verbrugghe 2013, Constantini 2014, Gaddi 2014, Lee 2014) o mediante cuestionario (Eandi 2008: ICIQ, Palva 2009: IIQ-7, UDI-6, UISS, DIS y VAS; Han 2012: cuestionario Sandvik ). En dos estudios se reportó la evaluación subjetiva de continencia pero no se describió claramente la forma en que se determinó (Ricci 2009, Koh (2007).

La proporción combinada de curación subjetiva fue de 73,4% (IC95%, 64,7% - 80,7%). Se encontró heterogeneidad entre estos estudios determinada por la prueba Q de Cochrane y se consideró como heterogeneidad moderada ( $I^2 = 59,6\%$ ), (tabla 7 y 7a).

Se realizó el funnel plot en el que se observó asimetría a expensas de 4 estudios que tuvieron el mayor error estándar, indicando presencia de sesgo de informe (gráfico 2).

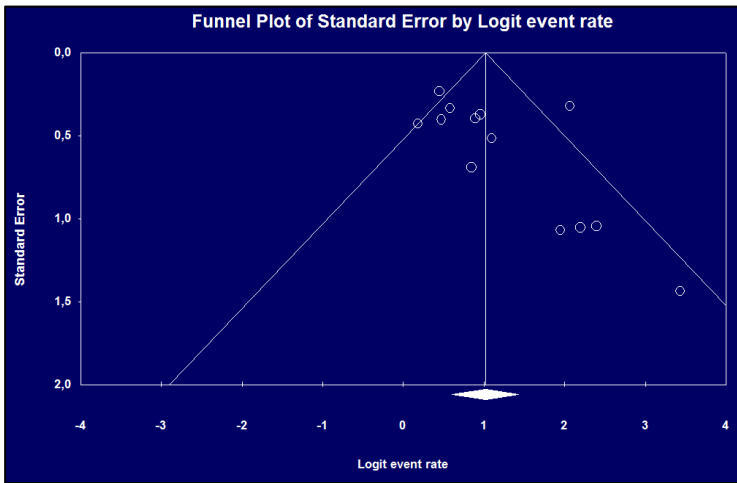
Tabla 7. Curación subjetiva segunda cinta

Model	Study name	Statistics for each study			Events/Total	Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)		Weight (Random)	
		Event rate	Lower limit	Upper limit		Total	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00	Relative weight	Relative weight	
	Costantini, 2014	0,545	0,341	0,735	12 / 22						7,65	9,39		
	Gaddi, 2014	0,888	0,809	0,937	87 / 98						13,70	11,34		
	Lee, 2014	0,615	0,421	0,779	16 / 26						8,63	9,82		
	Verbrugghe, 2013	0,610	0,498	0,712	47 / 77						25,68	12,92		
	Han, 2012	0,722	0,556	0,844	26 / 36						10,13	10,38		
	Lee Y, 2010	0,641	0,481	0,775	25 / 39						12,59	11,08		
	Pardo, 2010	0,900	0,533	0,986	9 / 10						1,26	3,16		
	Palva, 2009	0,750	0,522	0,892	15 / 20						5,26	7,98		
	Ricci, 2009	0,969	0,650	0,998	15 / 15						0,68	1,88		
	Liapis, 2009	0,710	0,530	0,841	22 / 31						8,96	9,96		
	Eandi, 2008	0,700	0,376	0,900	7 / 10						2,95	5,79		
	Tsivian, 2007	0,917	0,587	0,988	11 / 12						1,29	3,21		
	Koh, 2007	0,875	0,463	0,983	7 / 8						1,23	3,09		
Fixed		0,709	0,659	0,755										
Random		0,734	0,647	0,807										

Tabla 7a. Heterogeneidad curación subjetiva segunda cinta

Model	Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)		Heterogeneity				Tau-squared			
	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
Fixed	13	0,709	0,659	0,755	7,527	0,000	29,725	12	0,003	59,630	0,288	0,220	0,049	0,537
Random	13	0,734	0,647	0,807	4,831	0,000								

Gráfico 2. Funnel plot. Estudios incluidos curación subjetiva segunda cinta



Al realizar el análisis por subgrupos de curación subjetiva, con respecto al tipo de estudio, se obtuvieron tres subgrupos: el primero compuesto por dos cohortes históricas, el segundo incluyó cinco ensayos clínicos cuasiexperimentales y el último grupo seis series de casos.

Se realizaron estimaciones combinadas de la curación subjetiva. La proporción combinada de curación subjetiva en el subgrupo de las cohortes históricas fue de 82,2% (IC95%, 60,8% - 93,2%), en el subgrupo de ensayos clínicos cuasiexperimentales de 77,5% (IC95%, 60,3% - 88,6%), mientras que en el subgrupo de las series de casos fue de 63,8% (IC95%, 56,3% - 70,6%), (tabla 8).

Se encontró heterogeneidad alta en el subgrupo de las cohortes históricas (Q Cochrane = 5,1, Valor p = 0,023; I<sup>2</sup> = 80,53%), en los ensayos clínicos cuasiexperimentales una heterogeneidad moderada (Q Cochrane = 7,21, Valor p = 0,125; I<sup>2</sup>: 44,56%), mientras que no se encontró heterogeneidad importante entre los estudios tipo series de casos (tabla 8 y 8a).

Tabla 8. Análisis subgrupos curación subjetiva segunda cinta

Model	Group by Tipo estudio	Study name	Statistics for each study			Events/Total	Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)		Weight (Separate tau)	
			Event rate	Lower limit	Upper limit		Total	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00	Relative weight	Relative weight	
Fixed	cohorte histórica	Gaddi, 2014	0,888	0,809	0,937	87 / 98						57,49	51,46		
		Han, 2012	0,722	0,556	0,844	26 / 36						42,51	48,54		
			0,831	0,754	0,888										
Random		0,822	0,608	0,932											
Fixed	cuasiexperimental	Lee, 2014	0,615	0,421	0,779	16 / 26						41,53	34,31		
		Ricci, 2009	0,969	0,650	0,998	15 / 15						3,27	7,20		
		Liapis, 2009	0,710	0,530	0,841	22 / 31						43,11	34,72		
		Tsivian, 2007	0,917	0,587	0,988	11 / 12						6,19	12,09		
		Koh, 2007	0,875	0,463	0,983	7 / 8						5,91	11,67		
Random		0,722	0,610	0,812											
Random		0,775	0,603	0,886											
Fixed	serie de casos	Costantini, 2014	0,545	0,341	0,735	12 / 22						13,81	13,81		
		Verbrugge, 2013	0,610	0,498	0,712	47 / 77						46,37	46,37		
		Lee Y, 2010	0,641	0,481	0,775	25 / 39						22,73	22,73		
		Pardo, 2010	0,900	0,533	0,986	9 / 10						2,28	2,28		
		Palva, 2009	0,750	0,522	0,892	15 / 20						9,50	9,50		
		Eandi, 2008	0,700	0,376	0,900	7 / 10						5,32	5,32		
			0,638	0,563	0,706										
Random		0,638	0,563	0,706											
Fixed	Overall	0,709	0,659	0,755											
Random	Overall	0,670	0,605	0,729											

Tabla 8a. Heterogeneidad Análisis de Subgrupos curación subjetiva segunda cinta

Groups		Effect size and 95% interval			Test of null (2-Tail)		Heterogeneity				Tau-squared			
Group	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
<b>Fixed effect analysis</b>														
cohorte	2	0,831	0,754	0,888	6,574	0,000	5,138	1	0,023	80,539	0,498	0,875	0,766	0,706
cuasiexperimen	5	0,722	0,610	0,812	3,680	0,000	7,216	4	0,125	44,565	0,343	0,593	0,352	0,585
serie de casos	6	0,638	0,563	0,706	3,548	0,000	4,680	5	0,456	0,000	0,000	0,114	0,013	0,000
Total within							17,034	10	0,074					
Total between							12,690	2	0,002					
Overall	13	0,709	0,659	0,755	7,527	0,000	29,725	12	0,003	59,630	0,288	0,220	0,049	0,537
<b>Mixed effects analysis</b>														
cohorte	2	0,822	0,608	0,932	2,748	0,006								
cuasiexperimen	5	0,775	0,603	0,886	2,969	0,003								
serie de casos	6	0,638	0,563	0,706	3,548	0,000								
Total between							4,595	2	0,101					
Overall	13	0,670	0,605	0,729	4,935	0,000								

Se realizó análisis de sensibilidad para la estimación de la curación subjetiva posterior a la colocación de segunda cinta, eliminando los siguientes estudios por menor tamaño muestral: Tsivian 2007, Koh 2007, Eandi 2008, Palva 2009, Ricci 2009, Pardo 2010 y Constantini 2014. No se evidenció que dicho análisis modifique considerablemente la medida combinada de la curación 71,1% (IC95%, 59,4% – 80,6%), por otro lado, el análisis de sensibilidad incrementó la heterogeneidad entre los estudios (Q Cochrane = 19,05, Valor p = 0,002; I<sup>2</sup> = 73,76%), (tabla 9 y 9a).

Tabla 9. Resultados análisis de sensibilidad curación subjetiva segunda cinta

Model	Study name	Statistics for each study			Events/Total	Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)		Weight (Random)	
		Event rate	Lower limit	Upper limit		Total	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00	Relative weight	Relative weight	
	Gaddi, 2014	0,888	0,809	0,937	87 / 98						17,19	17,28		
	Lee, 2014	0,615	0,421	0,779	16 / 26						10,83	15,08		
	Verbrugge, 2013	0,610	0,498	0,712	47 / 77						32,23	19,56		
	Han, 2012	0,722	0,556	0,844	26 / 36						12,71	15,89		
	Lee Y, 2010	0,641	0,481	0,775	25 / 39						15,80	16,91		
	Liapis, 2009	0,710	0,530	0,841	22 / 31						11,24	15,27		
Fixed		0,704	0,647	0,755										
Random		0,711	0,594	0,806										

Tabla 9a. Heterogeneidad análisis de sensibilidad curación subjetiva segunda cinta

Model		Effect size and 95% interval			Test of null (2-Tail)		Heterogeneity				Tau-squared			
Model	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
Fixed	6	0,704	0,647	0,755	6,517	0,000	19,057	5	0,002	73,763	0,309	0,273	0,075	0,556
Random	6	0,711	0,594	0,806	3,385	0,001								

### 6.2.1.2.3. Curación objetiva segunda cinta

Se incluyeron 7 estudios en los que se estimó la proporción de curación objetiva mediante varias técnicas. Lee et al utilizó el test de tos, Kociszewski et al y Simsek et al utilizaron el peso de pañal de 2gr o menos durante el pad test de 1 hora, Liapis et al a través de test de tos y pad test de 1 hora, Verbrugghe 2013 al igual que Costantini et al, determinaron la curación objetiva si las pacientes disminuían un 50% el uso de pañales. Moore et al, reportaron cura objetiva pero no los parámetros utilizados para medirla.

La proporción combinada de curación objetiva fue de 74,6% (IC95%, 63,7% - 83,1%). Se encontró una heterogeneidad moderada entre los estudios (Q de Cochrane = 12,52, Valor p = 0,05; I<sup>2</sup> = 52,1%), (tabla 10 y 10a).

Tabla 10. Resultados curación objetiva segunda cinta

Model	Study name	Statistics for each study			Events/Total	Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)		Weight (Random)	
		Event rate	Lower limit	Upper limit		Total	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00	Relative weight	Relative weight	
	Kociszewski, 2016	0,889	0,707	0,964	24 / 27						6,72	11,51		
	Simsek, 2014	0,833	0,690	0,918	35 / 42						14,70	17,43		
	Verbrugghe, 2013	0,636	0,524	0,736	49 / 77						44,90	24,60		
	Costantini, 2013	0,444	0,177	0,749	4 / 9						5,60	10,23		
	Liapis, 2009	0,774	0,596	0,888	24 / 31						13,66	16,87		
	Moore, 2007	0,833	0,194	0,990	2 / 2						1,05	2,63		
	Lee, 2007	0,759	0,573	0,880	22 / 29						13,38	16,72		
Fixed		0,722	0,655	0,780										
Random		0,746	0,637	0,831										

Tabla 10a. Heterogeneidad curación objetiva segunda cinta

Model	Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)		Heterogeneity					Tau-squared			
	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau	
Fixed	7	0,722	0,655	0,780	6,006	0,000	12,527	6	0,051	52,102	0,225	0,267	0,072	0,474	
Random	7	0,746	0,637	0,831	4,098	0,000									

Al realizar el análisis por subgrupos teniendo en cuenta el tipo de estudio, se encontraron tres subgrupos: el primero con un estudio tipo casos y controles, el segundo grupo incluyó tres ensayos clínicos cuasiexperimentales y el último grupo tres series de casos.

La proporción combinada de curación objetiva para el subgrupo de los ensayos clínicos cuasiexperimentales fue de 80,8% (IC95%, 70,3% - 88,2%), mientras que en el subgrupo de las series de casos fue de 64,8% (IC95%, 51,1% - 76,5%). No se encontró heterogeneidad estadísticamente significativa en el subgrupo de los ensayos clínicos cuasiexperimentales (Q de Cochrane = 0,41, valor p = 0,81; I<sup>2</sup> = 0), por otro lado, se encontró heterogeneidad moderada en el subgrupo de las series de casos (Q de Cochrane = 3,1, valor p = 0,21; I<sup>2</sup> = 35,6%), (tabla 11 y 11a).

Tabla 11. Análisis subgrupos curación objetiva segunda cinta

Model	Group by Tipo de estudio	Study name	Statistics for each study			Events/Total	Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)		Weight (Separate tau)	
			Event rate	Lower limit	Upper limit		Total	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00	Relative weight	Relative weight	
Fixed	casos y controles	Kociszewski, 2016	0,889	0,707	0,964	24 / 27						100,00		100,00	
	casos y controles		0,889	0,707	0,964										
Random	casos y controles		0,889	0,707	0,964										
	Cuasiexperimental	Simsek, 2014	0,833	0,690	0,918	35 / 42						49,99		49,99	
Fixed	Cuasiexperimental	Liapis, 2009	0,774	0,596	0,888	24 / 31						46,44		46,44	
	Cuasiexperimental	Moore, 2007	0,833	0,194	0,990	2 / 2						3,57		3,57	
Random	Cuasiexperimental		0,808	0,703	0,882										
	Cuasiexperimental		0,808	0,703	0,882										
Fixed	serie de casos	Verbrugghe, 2013	0,636	0,524	0,736	49 / 77						70,29		55,12	
	serie de casos	Costantini, 2013	0,444	0,177	0,749	4 / 9						8,77		15,37	
Random	serie de casos	Lee, 2007	0,759	0,573	0,880	22 / 29						20,95		29,51	
	serie de casos		0,649	0,596	0,732										
Fixed	serie de casos		0,648	0,511	0,765										
	Overall		0,722	0,655	0,780										
Random	Overall		0,755	0,678	0,819										

Tabla 11a. Heterogeneidad curación objetiva segunda cinta análisis de subgrupos

Groups	Effect size and 95% interval				Test of null [2-Tail]		Heterogeneity				Tau-squared				
	Group	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
<b>Fixed effect analysis</b>															
casos y	1	0,889	0,707	0,964	3,396	0,001	0,000	0	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Cuasiexperimen	3	0,808	0,703	0,882	4,899	0,000	0,413	2	0,813	0,000	0,000	0,321	0,103	0,000	
serie de casos	3	0,649	0,556	0,732	3,090	0,002	3,108	2	0,211	35,652	0,096	0,274	0,075	0,310	
Total within							3,521	4	0,475						
Total between							9,005	2	0,011						
Overall	7	0,722	0,655	0,780	6,006	0,000	12,527	6	0,051	52,102	0,225	0,267	0,072	0,474	
<b>Mixed effects analysis</b>															
casos y	1	0,889	0,707	0,964	3,396	0,001									
Cuasiexperimen	3	0,808	0,703	0,882	4,899	0,000									
serie de casos	3	0,648	0,511	0,765	2,112	0,035									
Total between							6,679	2	0,035						
Overall	7	0,755	0,678	0,819	5,772	0,000									

#### 6.2.1.2.4. Curación/mejoría en segunda cinta

La proporción de curación/mejoría se determinó unificando los resultados tanto de curación como de mejoría en aquellos estudios que reportaron dichos desenlaces. Se incluyeron 18 estudios (sin discriminar el tipo de cinta de uretra media utilizada como segunda línea de tratamiento). Se obtuvo una proporción combinada de curación/mejoría de 79,9% (IC95%, 74,1% - 84,6%). Se encontró una heterogeneidad moderada entre los estudios (Q de Cochrane = 29,69, Valor p = 0,029; I<sup>2</sup> = 42,75%), (tabla 12 y 12a).

Se realizó el funnel plot en el que se observó asimetría a expensas de 5 estudios que tuvieron el mayor error estándar, indicando presencia de sesgo de informe (gráfico 3).

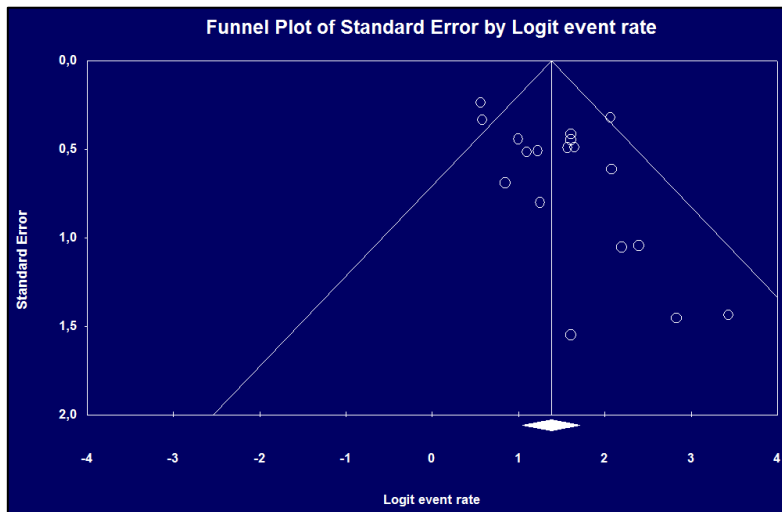
Tabla 12. Resultados curación/mejoría en segunda cinta

Model	Study name	Statistics for each study			Events/Total	Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)		Weight (Random)	
		Event rate	Lower limit	Upper limit		Total	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00	Relative weight	Relative weight	
	Tsvian, 2007	0,917	0,587	0,998	11 / 12						1,18	2,20		
	Moore, 2007	0,833	0,194	0,990	2 / 2						0,53	1,08		
	Lee, 2007	0,828	0,647	0,926	24 / 29						5,31	6,59		
	Koh, 2007	0,944	0,495	0,997	8 / 8						0,61	1,22		
	Eandi, 2008	0,700	0,376	0,900	7 / 10						2,69	4,25		
	Palva, 2009	0,750	0,522	0,892	15 / 20						4,81	6,23		
	Liapis, 2009	0,839	0,666	0,931	26 / 31						5,38	6,64		
	Ricci, 2009	0,969	0,650	0,998	15 / 15						0,62	1,24		
	Pardo, 2010	0,900	0,533	0,986	9 / 10						1,15	2,16		
	Lee Y, 2010	0,641	0,481	0,775	25 / 39						11,51	9,51		
	Han, 2012	0,833	0,675	0,923	30 / 36						6,41	7,31		
	Verbrughe, 2013	0,636	0,524	0,736	49 / 77						22,85	11,72		
	Costantini, 2013	0,778	0,421	0,944	7 / 9						2,00	3,39		
	Simsek, 2014	0,833	0,690	0,918	35 / 42						7,48	7,90		
	Gaddi, 2014	0,888	0,809	0,937	87 / 98						12,53	9,81		
	Lee, 2014	0,731	0,533	0,866	19 / 26						6,56	7,40		
	Costantini, 2014	0,773	0,556	0,902	17 / 22						4,96	6,34		
	Kociszewski, 2016	0,889	0,707	0,964	24 / 27						3,42	5,02		
Fixed		0,777	0,736	0,813										
Random		0,799	0,741	0,846										

Tabla 12a. Heterogeneidad curación/mejoría en segunda cinta

Model	Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)		Heterogeneity				Tau-squared			
	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
Fixed	18	0,777	0,736	0,813	11,018	0,000	29,694	17	0,029	42,750	0,183	0,157	0,025	0,427
Random	18	0,799	0,741	0,846	8,244	0,000								

Gráfico 3. Funnel plot. Estudios incluidos curación/mejoría segunda cinta



Al realizar el análisis por tipo de estudio, se encontraron cuatro subgrupos: un estudio tipo casos y controles, el segundo grupo incluyó dos cohortes históricas, el tercer subgrupo siete ensayos clínicos cuasiexperimentales y el último subgrupo tuvo ocho series de casos.

Se obtuvo estimación de resultados en solo aquellos que incluyeron dos o más estudios. La proporción combinada de curación/mejoría en las cohortes históricas fue de 87,1% (IC95%, 80,3% – 91,9%), en los ensayos clínicos cuasiexperimentales de 82,7% (IC95%, 74,9% - 88,4%), y en las series de casos de 69,9% (IC95%, 63,2% - 75,7%). No se encontró heterogeneidad estadísticamente significativa en ninguno de los subgrupos en los que se realizó el metaanálisis (El valor de p de la prueba Q de Cochrane en cada uno de los subgrupos fue >0,10, y el I<sup>2</sup> en cada uno de los subgrupos fue de 0%), (tabla 13 y 13a).

Tabla 13. Análisis subgrupos curación/mejoría en segunda cinta

Model	Group by Tipo Estudio	Study name	Statistics for each study			Events/Total	Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)		Weight (Separate tau)	
			Event rate	Lower limit	Upper limit		Total	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00	Relative weight	Relative weight	
Fixed	casos y controles	Kociszewski, 2016	0,889	0,707	0,964	24 / 27						100,00		100,00	
	casos y controles		0,889	0,707	0,964										
Random	casos y controles		0,889	0,707	0,964										
	Cohorte histórica	Han, 2012	0,833	0,675	0,923	30 / 36						33,86		33,86	
Fixed	Cohorte histórica	Gaddi, 2014	0,888	0,809	0,937	87 / 98						66,14		66,14	
	Cohorte histórica		0,871	0,803	0,919										
Random	Cohorte histórica		0,871	0,803	0,919										
	Cuasiexperimental	Tsvivan, 2007	0,917	0,587	0,988	11 / 12						5,26		5,26	
Fixed	Cuasiexperimental	Moore, 2007	0,833	0,194	0,990	2 / 2						2,39		2,39	
	Cuasiexperimental	Koh, 2007	0,944	0,495	0,997	8 / 8						2,71		2,71	
Random	Cuasiexperimental	Liapis, 2009	0,839	0,666	0,931	26 / 31						24,06		24,06	
	Cuasiexperimental	Ricci, 2009	0,969	0,650	0,998	15 / 15						2,78		2,78	
Fixed	Cuasiexperimental	Simsek, 2014	0,833	0,690	0,918	35 / 42						33,46		33,46	
	Cuasiexperimental	Lee, 2014	0,731	0,533	0,866	19 / 26						29,34		29,34	
Random	Cuasiexperimental		0,827	0,749	0,884										
	Cuasiexperimental		0,827	0,749	0,884										
Fixed	serie de casos	Lee, 2007	0,828	0,647	0,926	24 / 29						9,60		9,60	
	serie de casos	Eandi, 2008	0,700	0,376	0,900	7 / 10						4,87		4,87	
Random	serie de casos	Palva, 2009	0,750	0,522	0,892	15 / 20						8,70		8,70	
	serie de casos	Pardo, 2010	0,900	0,533	0,986	9 / 10						2,09		2,09	
Fixed	serie de casos	Lee Y, 2010	0,641	0,481	0,775	25 / 39						20,82		20,82	
	serie de casos	Verbrughe, 2013	0,636	0,524	0,736	49 / 77						41,34		41,34	
Random	serie de casos	Costantini, 2013	0,778	0,421	0,944	7 / 9						3,61		3,61	
	serie de casos	Costantini, 2014	0,773	0,556	0,902	17 / 22						8,96		8,96	
Fixed	serie de casos		0,699	0,632	0,757										
	serie de casos		0,699	0,632	0,757										
Random	Overall		0,777	0,736	0,813										
	Overall		0,777	0,736	0,813										

Tabla 13a. Heterogeneidad subgrupos curación/mejoría en segunda cinta

Groups	Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)		Heterogeneity				Tau-squared				
	Group	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
<b>Fixed effect analysis</b>															
casos y	1	0,889	0,707	0,964	3,396	0,001	0,000	0	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Cohorte	2	0,871	0,803	0,919	7,350	0,000	0,695	1	0,404	0,000	0,000	0,214	0,046	0,000	
Cuasiexperimen	7	0,827	0,749	0,884	6,534	0,000	4,771	6	0,574	0,000	0,000	0,269	0,072	0,000	
serie de casos	8	0,699	0,632	0,757	5,517	0,000	6,948	7	0,434	0,000	0,000	0,115	0,013	0,000	
Total within							12,414	14	0,573						
Total between							17,280	3	0,001						
Overall	18	0,777	0,736	0,813	11,018	0,000	29,694	17	0,029	42,750	0,183	0,157	0,025	0,427	
<b>Mixed effects analysis</b>															
casos y	1	0,889	0,707	0,964	3,396	0,001									
Cohorte	2	0,871	0,803	0,919	7,350	0,000									
Cuasiexperimen	7	0,827	0,749	0,884	6,534	0,000									
serie de casos	8	0,699	0,632	0,757	5,517	0,000									
Total between							17,280	3	0,001						
Overall	18	0,777	0,736	0,813	11,018	0,000									

Se realizó análisis de sensibilidad para la estimación de la curación/mejoría posterior a la colocación de segunda cinta eliminando del análisis los estudios con

menor tamaño muestral: Tsivian 2007, Moore 2007, Koh 2007, Eandi 2008, Palva 2009, Ricci 2009, Pardo 2010, Constantini 2013 y Constantini 2014. No se evidenció que dicho análisis modifique considerablemente la medida combinada de la curación/mejoría 79,5% (IC95%, 71,3% – 85,8%), por otro lado, el análisis de sensibilidad incrementó la heterogeneidad entre los estudios (Q Cochrane = 23,6, Valor p = 0,003; I<sup>2</sup> = 66,1%), (tabla 14).

Tabla 14. Análisis de sensibilidad curación/mejoría en segunda cinta

Model	Study name	Statistics for each study			Events/Total	Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)		Weight (Random)	
		Event rate	Lower limit	Upper limit		Total	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00	Relative weight	Relative weight	
	Lee, 2007	0,828	0,647	0,926	24 / 29						6,52	9,66		
	Liapis, 2009	0,839	0,666	0,931	26 / 31						6,60	9,72		
	Lee Y, 2010	0,641	0,481	0,775	25 / 39						14,13	12,79		
	Han, 2012	0,833	0,675	0,923	30 / 36						7,87	10,48		
	Verbrughe, 2013	0,636	0,524	0,736	49 / 77						28,06	14,83		
	Simsek, 2014	0,833	0,690	0,918	35 / 42						9,19	11,13		
	Gaddi, 2014	0,888	0,809	0,937	87 / 98						15,38	13,09		
	Lee, 2014	0,731	0,533	0,866	19 / 26						8,06	10,58		
	Kociszewski, 2016	0,889	0,707	0,964	24 / 27						4,20	7,72		
Fixed		0,770	0,724	0,811										
Random		0,795	0,713	0,858										

Tabla 14a. Heterogeneidad del análisis de sensibilidad curación/mejoría en segunda cinta

Model	Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)		Heterogeneity				Tau-squared			
	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
Fixed	9	0,770	0,724	0,811	9,645	0,000	23,602	8	0,003	66,105	0,290	0,233	0,054	0,539
Random	9	0,795	0,713	0,858	5,971	0,000								

### 6.2.1.2.5. Curación total segunda cinta tipo TVT

Se incluyeron 14 estudios en donde se evaluó la colocación de TVT como segunda línea de tratamiento. La proporción de curación combinada fue de 75,1% (IC95 %, 64,3% - 83,5%). Se encontró heterogeneidad estadísticamente significativa entre los estudios (Q de Cochrane = 33,24, valor p = 0,002; I<sup>2</sup> = 60,89%), (tabla 15 y 15a).

Se realizó el funnel plot en el que se observó asimetría a expensas de 5 estudios que tuvieron el mayor error estándar, indicando presencia de sesgo de informe (gráfico 4).

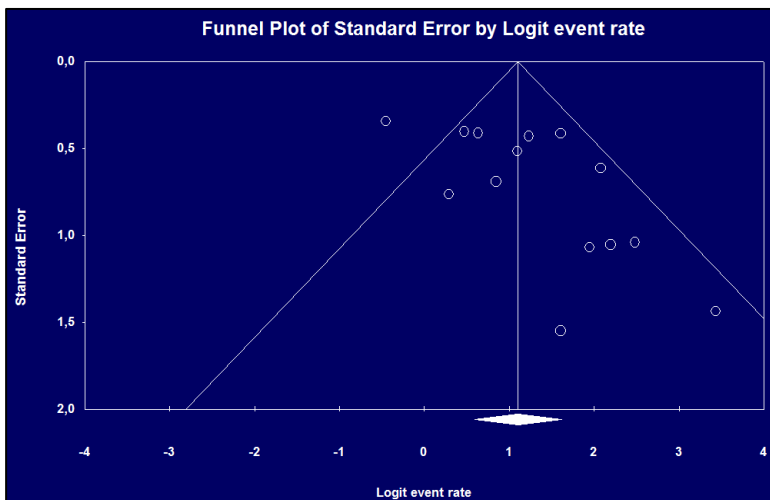
Tabla 15. Resultados curación total segundo TVT

Model	Study name	Statistics for each study			Events/Total	Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)		Weight (Random)	
		Event rate	Lower limit	Upper limit		Total	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00	Relative weight	Relative weight	
	Moore, 2007	0,833	0,194	0,990	2 / 2						0,91	2,37		
	Lee, 2007	0,923	0,609	0,989	12 / 13						2,02	4,34		
	Koh, 2007	0,875	0,463	0,983	7 / 8						1,92	4,18		
	Eandi, 2008	0,700	0,376	0,900	7 / 10						4,60	7,04		
	Palva, 2009	0,750	0,522	0,892	15 / 20						8,21	8,96		
	Liapis, 2009	0,774	0,596	0,888	24 / 31						11,86	10,03		
	Ricci, 2009	0,969	0,650	0,998	15 / 15						1,06	2,68		
	Pardo J, 2010	0,900	0,533	0,986	9 / 10						1,97	4,26		
	Lee Y, 2010	0,654	0,457	0,809	17 / 26						12,88	10,25		
	Han, 2012	0,389	0,246	0,554	14 / 36						18,73	11,13		
	Costantini, 2013	0,571	0,230	0,856	4 / 7						3,75	6,34		
	Simsek, 2014	0,833	0,690	0,918	35 / 42						12,77	10,22		
	Lee, 2014	0,615	0,421	0,779	16 / 26						13,47	10,36		
	Kociszewski, 2016	0,889	0,707	0,964	24 / 27						5,84	7,85		
Fixed		0,702	0,638	0,759										
Random		0,751	0,643	0,835										

Tabla 15a. Resultados curación total segundo TVT (Heterogeneidad)

Model	Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)		Heterogeneity				Tau-squared			
	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
Fixed	14	0,702	0,638	0,759	5,782	0,000	33,246	13	0,002	60,898	0,501	0,357	0,128	0,708
Random	14	0,751	0,643	0,835	4,211	0,000								

Gráfico 4. Funnel plot. Estudios incluidos curación total segundo TVT



Al realizar el análisis por subgrupos según tipo de estudio se encontraron cuatro subgrupos: un estudio de casos y controles, una cohorte histórica, seis ensayos clínicos cuasiexperimentales y seis series de casos. Solo se realizó estimación de proporción de curación combinada para aquellos grupos que tuvieran 2 o más estudios. En el subgrupo de ensayos clínicos cuasiexperimentales se estimó una

proporción de curación combinada de 78,2 % (IC95%, 66,2% - 86,7%); de modo similar, se obtuvo un valor de proporción de curación en el subgrupo de las series de casos obteniendo un valor de 72% (IC95%, 60,9% - 80,9%). Se encontró heterogeneidad moderada entre los ensayos clínicos cuasiexperimentales (Q Cochrane = 7,23, valor p = 0,2; I<sup>2</sup>: 30,9%), no se encontró heterogeneidad significativa en las series de casos (Q Cochrane = 5,01, valor p = 0,41; I<sup>2</sup>: 0,22 %), (tabla 16 y 16a).

Tabla. 16. Análisis subgrupos curación total segundo TVT

Model	Group by Tipo estudio	Study name	Statistics for each study			Events/Total	Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)		Weight (Separate tau)	
			Event rate	Lower limit	Upper limit		Total	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00	Relative weight	Relative weight	
	casos y controles	Kociszewski, 2016	0,889	0,707	0,964	24 / 27							100,00		100,00
Fixed	casos y controles		0,889	0,707	0,964										
Random	casos y controles		0,889	0,707	0,964										
	cohorte histórica	Han, 2012	0,389	0,246	0,554	14 / 36							100,00		100,00
Fixed	cohorte histórica		0,389	0,246	0,554										
Random	cohorte histórica		0,389	0,246	0,554										
	cuasiexperimental	Moore, 2007	0,833	0,194	0,990	2 / 2							2,17		3,69
	cuasiexperimental	Koh, 2007	0,875	0,463	0,983	7 / 8							4,56		7,24
	cuasiexperimental	Ljapic, 2009	0,774	0,596	0,888	24 / 31							28,25		27,30
	cuasiexperimental	Ricci, 2009	0,969	0,650	0,998	15 / 15							2,53		4,24
	cuasiexperimental	Simsek, 2014	0,833	0,690	0,918	35 / 42							30,41		28,37
	cuasiexperimental	Lee, 2014	0,615	0,421	0,779	16 / 26							32,08		29,15
Fixed	cuasiexperimental		0,768	0,679	0,838										
Random	cuasiexperimental		0,782	0,662	0,867										
	serie de casos	Lee, 2007	0,923	0,609	0,989	12 / 13							6,04		6,06
	serie de casos	Eandi, 2008	0,700	0,376	0,900	7 / 10							13,75		13,77
	serie de casos	Palva, 2009	0,750	0,522	0,892	15 / 20							24,55		24,56
	serie de casos	Pardo J, 2010	0,900	0,533	0,986	9 / 10							5,89		5,91
	serie de casos	Lee Y, 2010	0,654	0,457	0,809	17 / 26							38,53		38,45
	serie de casos	Constantini, 2013	0,571	0,230	0,856	4 / 7							11,23		11,25
Fixed	serie de casos		0,720	0,609	0,809										
Random	serie de casos		0,720	0,609	0,809										
Fixed	Overall		0,702	0,638	0,759										
Random	Overall		0,690	0,617	0,754										

Tabla 16a. Heterogeneidad por subgrupos curación total segundo TVT

Groups	Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)		Heterogeneity				Tau-squared			
	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (I)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
<b>Fixed effect analysis</b>														
casos y	1	0,889	0,707	0,964	3,396	0,001	0,000	0	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
cohorte	1	0,389	0,246	0,554	-1,322	0,196	0,000	0	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
cuasiexperimen	6	0,768	0,679	0,838	5,250	0,000	7,237	5	0,204	30,909	0,162	0,343	0,118	0,402
serie de casos	6	0,720	0,609	0,809	3,686	0,000	5,011	5	0,415	0,224	0,001	0,276	0,076	0,031
Total within							12,248	10	0,269					
Total between							20,998	3	0,000					
Overall	14	0,702	0,638	0,759	5,782	0,000	33,246	13	0,002	60,898	0,501	0,357	0,128	0,708
<b>Mixed effects analysis</b>														
casos y	1	0,889	0,707	0,964	3,396	0,001								
cohorte	1	0,389	0,246	0,554	-1,322	0,196								
cuasiexperimen	6	0,782	0,662	0,867	4,151	0,000								
serie de casos	6	0,720	0,609	0,809	3,682	0,000								
Total between							20,489	3	0,000					
Overall	14	0,690	0,617	0,754	4,856	0,000								

Se realizó análisis de sensibilidad para la estimación de la curación total posterior a la colocación de TVT en segunda línea de tratamiento, eliminando del análisis los estudios con menor tamaño muestral: Moore 2007, Lee 2007, Koh 2007, Eandi 2008, Palva 2009, Ricci 2009, Pardo 2010, Constantini 2013. Se evidenció que dicho análisis disminuyó en 4,6 puntos porcentuales la medida combinada de la curación total con TVT (pasando de 75,1% a 70,5%), incrementando el intervalo de confianza. La heterogeneidad aumentó con el análisis de sensibilidad de I<sup>2</sup> = 60,8% a 78,3%, (tabla 17 y 17a).

Tabla 17. Análisis de sensibilidad curación total segundo TVT

Model	Study name	Statistics for each study			Events/Total	Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)		Weight (Random)	
		Event rate	Lower limit	Upper limit		Total	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00	Relative weight	Relative weight	
	Liapis, 2009	0,774	0,596	0,888	24 / 31						15,70	16,77		
	Lee Y, 2010	0,654	0,457	0,809	17 / 26						17,05	17,07		
	Han, 2012	0,389	0,246	0,554	14 / 36						24,79	18,26		
	Simsek, 2014	0,833	0,690	0,918	35 / 42						16,90	17,04		
	Lee, 2014	0,615	0,421	0,779	16 / 26						17,83	17,23		
	Kociszewski, 2016	0,889	0,707	0,964	24 / 27						7,73	13,63		
Fixed		0,670	0,592	0,739										
Random		0,705	0,535	0,832										

Tabla 17a. Heterogeneidad Análisis de sensibilidad curación total segundo TVT

Model	Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)		Heterogeneity				Tau-squared			
	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
Fixed	6	0,670	0,592	0,739	4,150	0,000	23,136	5	0,000	78,388	0,642	0,530	0,281	0,801
Random	6	0,705	0,535	0,832	2,340	0,019								

### 6.2.1.2.6. Curación total segunda cinta tipo TOT

Se incluyeron 3 series de casos en donde se evaluaba la curación total con cinta TOT como segunda línea de tratamiento, sin tener en cuenta la forma en que se determinó la proporción de curación. Se obtuvo una proporción de curación combinada de 59,2% (IC95%. 41,2% - 75,0%). No se encontró heterogeneidad entre los estudios (Q de Cochrane = 1,73, valor p = 0,41; I<sup>2</sup> = 0%). No se realizó un análisis por subgrupos ni análisis de sensibilidad dado el número limitado de estudios incluidos (Tabla 18 y 18a).

Tabla 18. Resultados curación total cinta TOT segunda línea de tratamiento

Model	Study name	Statistics for each study			Events/Total	Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)		Weight (Random)	
		Event rate	Lower limit	Upper limit		Total	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00	Relative weight	Relative weight	
	Kyu-Sung Lee (2007)	0,625	0,377	0,821	10 / 16						51,77	51,77		
	Lee Y (2010)	0,615	0,344	0,830	8 / 13						42,48	42,48		
	Costantini (2013)	0,167	0,010	0,806	0 / 2						5,75	5,75		
Fixed		0,592	0,412	0,750										
Random		0,592	0,412	0,750										

Tabla 18a. Heterogeneidad curación total cinta TOT segunda línea de tratamiento

Model	Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)		Heterogeneity				Tau-squared			
	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
Fixed	3	0,592	0,412	0,750	1,000	0,317	1,738	2	0,419	0,000	0,000	0,504	0,254	0,000
Random	3	0,592	0,412	0,750	1,000	0,317								

### 6.2.1.3. Cintas ajustables

Se incluyeron tres estudios en el análisis de cintas ajustables como tratamiento para la incontinencia urinaria recurrente o persistente, dos ensayos clínicos cuasiexperimentales (uno de ellos incluyó los datos de un subgrupo del estudio de Lee 2014) y una serie de casos. Se estimó una proporción de curación combinada de 86% (IC95%, 76,4% - 92,1%). No se encontró heterogeneidad estadísticamente significativa entre los estudios (Q de Cochrane = 0,893, valor p = 0,64;  $I^2 = 0\%$ ), (tabla 19 y 19a).

Tabla 19. Resultados curación total cintas ajustables

Model	Study name	Statistics for each study			Events/Total	Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)		Weight (Random)	
		Event rate	Lower limit	Upper limit		Total	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00	Relative weight	Relative weight	
	Park, 2014	0,900	0,762	0,962	36 / 40					→	38,30	38,30		
	Lee, 2014	0,818	0,604	0,930	18 / 22					→	34,82	34,82		
	Yasa, 2016	0,842	0,608	0,948	16 / 19					→	26,88	26,88		
Fixed		0,860	0,764	0,921						→				
Random		0,860	0,764	0,921						→				

Tabla 19a. Heterogeneidad curación total cintas ajustables

Model	Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)		Heterogeneity				Tau-squared			
	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
Fixed	3	0,860	0,764	0,921	5,565	0,000	0,893	2	0,640	0,000	0,000	0,322	0,104	0,000
Random	3	0,860	0,764	0,921	5,565	0,000								

No fue posible efectuar el análisis de subgrupos por tipo de estudio, puesto que el número de estudios es insuficiente, y sólo el grupo de estudios cuasiexperimentales tenía más de un artículo. De igual manera, tampoco se encontró información suficiente para analizar la proporción combinada de curación subjetiva, objetiva y de curación/mejoría.

### 6.2.1.4. Sling pubovaginal

Un total de 10 estudios fueron potencialmente elegibles para este tipo de intervención, sin embargo, debieron ser excluidos principalmente por reportar más de una cirugía previa u otras técnicas quirúrgicas diferentes a cinta de uretra media como primera línea de tratamiento.

Solo un artículo cumplió con los criterios de inclusión y exclusión; Petrou et al (72), describió una serie de casos con 21 pacientes con incontinencia urinaria recurrente, 13 con TVT previo y 8 con TOT, quienes tuvieron un seguimiento

promedio de 74 meses posterior a un sling pubovaginal como segunda línea de tratamiento. El 76.2% de las pacientes reportaron curación de los escapes a través del cuestionario PGI-I y 52,4%, estuvieron secas o con escapes leves; concluyen que es una técnica quirúrgica razonable de salvamento en pacientes con incontinencia urinaria recurrente.

#### 6.2.1.5. Colposuspensión

Solo un artículo cumplió con los criterios de inclusión y exclusión; De Cuyper (51), reportó un total de 14 pacientes con incontinencia urinaria posterior a cinta de uretra media, quienes al ser llevadas a colposuspensión laparoscópica tipo Burch como manejo de segunda línea, reportaron una curación subjetiva del 56,2% y objetiva del 46,1% con baja tasa de complicaciones como obstrucción urinaria en 1 caso y urgencia urinaria de novo en otra paciente.

#### 6.2.1.6. Agentes Abultantes

Se incluyeron cuatro estudios en los que se evaluó la proporción de curación total de los agentes abultantes para el tratamiento de la incontinencia urinaria recurrente o persistente. Se incluyó a una serie de casos, dos ensayos clínicos cuasiexperimentales y un estudio de corte histórico, del cual solo se extrajo la información del grupo de tratamiento de interés para este análisis. Se encontró que existe heterogeneidad moderada entre los estudios (Prueba Q de Cochrane = 6,1; valor p = 0,106; I<sup>2</sup> = 51,03%), (tabla 21 y 21a).

Se consideró que no había información suficiente para analizar la proporción combinada de curación subjetiva, objetiva y de curación/mejoría.

Tabla 20. Resultados curación total agentes abultantes

Model	Study name	Statistics for each study			Events/Total	Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)		Weight (Random)	
		Event rate	Lower limit	Upper limit		Total	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00	Relative weight	Relative weight	
	Lee, 2010	0,348	0,184	0,557	8 / 23						14,44	19,69		
	Maggiore, 2013	0,524	0,318	0,721	11 / 21						14,50	19,73		
	Espallat/Rijo, 2014	0,651	0,499	0,778	28 / 43						27,03	27,41		
	Gaddi, 2014	0,612	0,491	0,720	41 / 67						44,03	33,17		
Fixed		0,573	0,492	0,650										
Random		0,554	0,432	0,670										

Tabla 20a. Heterogeneidad curación total agentes abultantes

Model	Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)		Heterogeneity				Tau-squared			
	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
Fixed	4	0,573	0,492	0,650	1,757	0,079	6,127	3	0,106	51,039	0,125	0,204	0,042	0,354
Random	4	0,554	0,432	0,670	0,870	0,384								

### 6.2.1.7. Terapia de piso pélvico con biofeedback

No se encontró ningún artículo elegible para la revisión sistemática o para el meta-análisis. El único estudio que hace referencia a pacientes con incontinencia urinaria recurrente tras manejo quirúrgico, lo reportó Guralnick et al (73). Mediante el uso de un dispositivo conocido como InTone. Sin embargo, solo 5 pacientes tenían cinta de uretra media previa sin resultados discriminados exclusivamente para este grupo.

### 6.2.1.8. Acortamiento de cinta previa

Se incluyeron 6 estudios en los que evaluó el acortamiento de cinta previa como segunda línea de tratamiento de la incontinencia urinaria (una cohorte histórica, tres ensayos clínicos cuasiexperimentales y dos series de casos). Se estimó una proporción combinada de curación de 62,3% (IC 95%, 49,1% - 73,9%). Se encontró una heterogeneidad baja (no estadísticamente significativa) entre los estudios (Q Cochrane = 5,70, valor p = 0,33: I<sup>2</sup> = 12,38%), (tablas 22 y 22a).

Tabla 21. Resultados curación acortamiento de cinta previa

Model	Study name	Statistics for each study			Events/Total	Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)		Weight (Random)	
		Event rate	Lower limit	Upper limit		Total	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00	Relative weight	Relative weight	
	Koh, 2007	0,700	0,376	0,900	7 / 10						12,45	14,14		
	Martan, 2009	0,750	0,377	0,937	6 / 8						8,89	10,43		
	Patterson, 2010	0,650	0,426	0,823	13 / 20						26,98	27,13		
	Gibas, 2011	0,900	0,326	0,994	4 / 4						2,67	3,32		
	Han, 2012	0,467	0,299	0,642	14 / 30						44,27	39,18		
	Shah, 2016	0,800	0,309	0,973	4 / 5						4,74	5,79		
Fixed		0,607	0,490	0,714										
Random		0,623	0,491	0,739										

Tabla 21a. Heterogeneidad acortamiento cinta previa

Model	Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)		Heterogeneity				Tau-squared			
	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
Fixed	6	0,607	0,490	0,714	1,788	0,074	5,707	5	0,336	12,381	0,059	0,305	0,093	0,244
Random	6	0,623	0,491	0,739	1,829	0,067								

Se analizaron tres subgrupos, en el primero se incluyeron dos ensayos clínicos cuasiexperimentales, en el segundo se incluyó un reporte de casos y en el tercero se incluyeron tres series de casos. La proporción combinada de curación total se estimó únicamente en los subgrupos con 2 o más estudios y fue para los ensayos clínicos cuasiexperimentales de 74,8% (IC95%, 52,9% - 88,7%) y de 67,6% (IC95%, 47,2% - 82,9%) en las series de casos. No se encontró heterogeneidad

estadísticamente significativa entre los subgrupos dado el valor de  $I^2 = 0\%$  en cada subgrupo (tablas 23 y 23a), (tablas 23 y 23a).

Tabla 22. Análisis subgrupos curación acortamiento de cinta previa

Model	Group by Tipo de estudio	Study name	Statistics for each study			Events/Total	Event rate and 95% CI					Weight (Fixed)		Weight (Separate tau)		
			Event rate	Lower limit	Upper limit		Total	-1.00	-0.50	0.00	0.50	1.00	Relative weight	Relative weight	Relative weight	Relative weight
	cohorte histórica	Han, 2012	0.467	0.299	0.642	14 / 30							100,00		100,00	
Fixed	cohorte histórica		0.467	0.299	0.642											
Random	cohorte histórica		0.467	0.299	0.642											
	cuasiexperimental	Koh, 2007	0.700	0.376	0.900	7 / 10							51,85		51,85	
	cuasiexperimental	Martan, 2009	0.750	0.377	0.937	6 / 8							37,04		37,04	
	cuasiexperimental	Gibas, 2011	0.900	0.326	0.994	4 / 4							11,11		11,11	
Fixed	cuasiexperimental		0.748	0.529	0.887											
Random	cuasiexperimental		0.748	0.529	0.887											
	serie de casos	Patterson, 2010	0.650	0.426	0.823	13 / 20							85,05		85,05	
	serie de casos	Shah, 2016	0.800	0.309	0.973	4 / 5							14,95		14,95	
Fixed	serie de casos		0.676	0.472	0.829											
Random	serie de casos		0.676	0.472	0.829											
Fixed	Overall		0.607	0.490	0.714											
Random	Overall		0.607	0.490	0.714											

Tabla 22a. Heterogeneidad análisis de subgrupos acortamiento cinta previa

Groups	Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)		Heterogeneity				Tau-squared			
	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
<b>Fixed effect analysis</b>														
cohorte	1	0.467	0.299	0.642	-0.365	0.715	0.000	0	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
cuasiexperimen	3	0.748	0.529	0.887	2.194	0.028	0.675	2	0.713	0.000	0.000	0.849	0.721	0.000
serie de casos	2	0.676	0.472	0.829	1.697	0.090	0.401	1	0.527	0.000	0.000	1.039	1.080	0.000
Total within							1.076	3	0.783					
Total between							4.630	2	0.099					
Overall	6	0.607	0.490	0.714	1.788	0.074	5.707	5	0.336	12.381	0.059	0.305	0.093	0.244
<b>Mixed effects analysis</b>														
cohorte	1	0.467	0.299	0.642	-0.365	0.715								
cuasiexperimen	3	0.748	0.529	0.887	2.194	0.028								
serie de casos	2	0.676	0.472	0.829	1.697	0.090								
Total between							4.630	2	0.099					
Overall	6	0.607	0.490	0.714	1.788	0.074								

En la tabla 24, los sintetizan los resultados de las proporciones combinadas de curación total, curación subjetiva, curación objetiva y curación/mejoría con sus correspondientes análisis por subgrupos, análisis de heterogeneidad y análisis de sensibilidad para todas las intervenciones.

Tabla 23. Resumen resultados

Grupo Análisis/desenlace		Curación Total (IC95%)	Heterogeneidad (I2)	Curación Subjetiva (IC95%)	Heterogeneidad (I2)	Curación Objetiva (IC95%)	Heterogeneidad (I2)	Curación/Mejoría (IC95%)	Heterogeneidad (I2)
Segunda cinta	Total	75,1 (68 - 81,1)	54,7	73,4 (64,7 - 80,7)	59,63	74,6 (63,7 - 83,1)	52,1	79,9 (74,1 - 84,6)	42,7
	CC	88,9 (70,7 - 96,4)	ND	NE	NE	88,9 (70,7 - 96,4)	ND	88,9 (70,7 - 96,4)	ND
	CH	82,2 (60,8 - 93,2)	80,5	82,2 (60,8 - 93,2)	80,53	NE	NE	87,1 (80,3 - 91,9)	0
	ECC	79,5 (68,4 - 87,5)	29,3	77,5 (60,3 - 88,6)	44,5	80,8 (70,3 - 88,2)	0	82,7 (74,9 - 88,4)	0
	SC	65,5 (58,4 - 72,0)	4,9	63,8 (56,3 - 70,6)	0	64,8 (51,1 - 76,5)	35,6	69,9 (63,2 - 75,7)	0
	Total entre subgrupos	70,9 (65,4 - 75,8)	54,7	67 (60,5 - 72,9)	59,63	75,5 (67,8 - 81,9)	52,1	77,7 (73,6 - 81,3)	42,7
	Análisis de sensibilidad	75,7 (67,2 - 82,6)	65,81	71,1 (59,4 - 80,6)	73,7	ND	ND	79,5 (71,3 - 85,8)	66,1
Segunda cinta TVT	Total	75,1 (64,3 - 83,5)	60,89	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	CC	88,9 (70,7 - 96,4)	ND	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	CH	38,9 (24,6 - 55,4)	ND	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	ECC	78,2 (66,2 - 86,7)	30,9	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	SC	72,0 (60,9 - 80,9)	0,2	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	Total entre subgrupos	69,0 (61,7 - 75,4)	60,8	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	Análisis de sensibilidad	70,5 (53,5 - 83,2)	78,3	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Segunda cinta TOT	Total	59,2 (41,2 - 75,0)	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Cintas ajustables	Total	86,0 (76,4 - 92,1)	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	CC	NE	NE	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	CH	NE	NE	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	ECC	82,9 (62,8 - 91,6)	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	SC	90 (76,2 - 96,2)	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	Total entre subgrupos	86,0 (76,4 - 92,1)	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Sling Pubovaginal	Total	NR	NR	76,2	ND	NR	NR	NR	NR
Colposuspensión	Total	NR	NR	56,2	ND	46,1	ND	NR	NR
Agentes abultantes	Total	55,4 (43,2 - 67,0)	51,03	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Terapia de piso pélvico	Total	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
Acortamiento cinta previa	Total	62,3 (49,1 - 73,9)	12,38	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	CC	NE	NE	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	CH	46,7 (29,9 - 64,2)	ND	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	ECC	74,8 (52,9 - 88,7)	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	SC	67,6 (47,2 - 82,9)	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	Total entre subgrupos	60,7 (49 - 71,4)	12,38	NR	NR	NR	NR	NR	NR

CC: Casos y controles, CH: Cohortes históricas, ECC: Ensayos clínicos cuasiexperimentales, SC: Series de casos, NE: No hay estudios, ND: No determinado, NR: No realizables con los datos extraídos

### 6.2.2. Desenlaces secundarios

No se reportó en los informes de los estudios, datos suficientes que permitieran realizar una evaluación estadística de los desenlaces secundarios planteados en este trabajo. Los resultados tanto de complicaciones como de medidas urodinámicas, medidas objetivas de incontinencia urinaria y mediciones de calidad de vida y función sexual, se evaluaron de forma muy heterogénea, no fueron discriminados para aquellas pacientes que mejoraron o se curaron tras los manejos de segunda línea o sencillamente no se publicaron.

### 6.3. ANÁLISIS DE SESGO

Dado que en la literatura disponible al momento de finalizar la búsqueda de estudios, no se encontró ningún ensayo clínico controlado y con aleatorización, sino que por el contrario, se encontraron ensayos clínicos cuasiexperimentales, casos y controles, cohortes históricas y series de casos, en donde el diseño de los estudios no tuvo en cuenta la asignación aleatoria de las intervenciones; se consideró una probabilidad alta de sesgo de selección entre los estudios. De igual forma, no se realizó un enmascaramiento de ningún tipo, por lo que se presentó riesgo alto de sesgo de detección y realización entre los estudios.

Ya que no se dispone del protocolo de los artículos incluidos, no se pudo determinar con claridad el riesgo de sesgo de notificación. Por otro lado, puesto que la mayoría de estudios incluidos en el diseño fue de tipo ensayo clínico cuasiexperimental o serie de casos, se consideró que el riesgo de otros sesgos fue alto, por lo que se deben interpretar con cautela, los resultados obtenidos de esta revisión sistemática y del meta-análisis.

## 7. DISCUSIÓN

La presente revisión pretendió actualizar y sintetizar la mejor información existente y disponible, acerca del manejo de la incontinencia urinaria recurrente, después del tratamiento quirúrgico con cintas de uretra media libres de tensión; por ser estas, el estándar de oro en la actualidad en el tratamiento de esta patología.

Infortunadamente, aún no se dispone en la literatura de suficiente evidencia, que permita realizar comparaciones entre las diferentes opciones de tratamiento, y por lo tanto, no es posible demostrar en la presente revisión sistemática, que alguna técnica sea superior a otra, en el manejo de recurrencia de incontinencia urinaria.

A pesar que este campo esta en continuo desarrollo, es muy difícil la realización de ensayos clínicos aleatorizados que permitan finalmente responder con claridad, a preguntas que surgen cuando deben tomarse decisiones clínicas en las pacientes que recurren tras la primera cirugía antiincontinencia; dada la alta

diversidad de procedimientos quirúrgicos, estos suponen problemas de comparabilidad e incluso éticos, impidiendo la realización de estudios con la suficiente calidad metodológica, convirtiendo en un reto, el manejo de esta condición para el uroginecólogo.

En general, para las mujeres en quienes se ha presentado falla en un primer procedimiento quirúrgico para corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo, todas las opciones quirúrgicas son menos efectivas cuando son aplicadas para una segunda línea de tratamiento (Nivel de evidencia 2) (4). Hasta el momento, no hay evidencia que soporte que una técnica quirúrgica es superior a otra, en segunda línea de tratamiento (Nivel de evidencia 3) (4).

### 7.1 CINTAS DE URETRA MEDIA

Las cintas de uretra media, en especial la técnica TVT, es la cirugía antiincontinencia más frecuentemente usada en la actualidad y es considerada como el estándar de oro en primera línea de tratamiento, siendo el procedimiento con mayor número de estudios hasta la fecha (6,25,74,75). No obstante, su uso en segunda línea no está definido (76), y aunque presenta el mayor número de estudios encontrados en esta revisión, estos no aportan una evidencia que permita recomendar a esta técnica como el manejo ideal de la incontinencia urinaria recurrente o persistente.

La baja evidencia aportada por los estudios encontrados en esta revisión, es consistente con lo reportado por Bakali et al (76), quienes en una revisión Cochrane excluyeron a todos los estudios por no tratarse de ensayos clínicos aleatorizados.

A pesar de las altas tasas de curación y mejoría con cintas de uretra media en incontinencia urinaria primaria (>90%) (74,77–81), este no debe ser el criterio para considerar esta técnica como la mejor alternativa en recurrencia o persistencia, puesto que existe una disminución en la efectividad de las cintas de uretra media cuando son usadas como segunda línea de tratamiento (76). Consistente con lo anterior, la proporción combinada de curación total en la presente revisión fue de 75,1% (IC95% 68% - 81,1%). De igual forma, Nikolopoulos et al (13) en su revisión, estimaron una proporción de curación total del 66,2% (IC95% 62,2%-70,2%), lo que es consistente en cuanto a la disminución de la eficacia, a pesar de las diferencias metodológicas de las dos revisiones.

En términos de curación subjetiva, la proporción combinada de curación en esta revisión fue de 73,4% (IC95%, 64,7%-80,7%), consistente con Pradhan et al (41), quienes estimaron una curación subjetiva en pacientes con manejo de segunda línea con cintas de uretra media de 73,3% (IC95%, 55%-97%).

Adicionalmente, se estimó la proporción de curación/mejoría en la cual se incluyeron tanto a los pacientes que presentaron curación como aquellos que

presentaron algún grado significativo de mejoría en los estudios incluidos. Dicha proporción de curación/mejoría mostró que casi el 80% (IC95% 74,1% - 84,6%) de las pacientes tratadas con las cintas de uretra media, presentaron por lo menos mejoría de la sintomatología. Sin embargo, no se encontraron resultados similares en otras revisiones que permitieran realizar una comparación. De igual forma, no fue posible comparar resultados de curación objetiva.

Cabe aclarar, que se encontraron 14 estudios en los que el manejo de segunda línea fue con TVT y solo 3 estudios en los que el manejo fue con TOT, por lo que no hay una evidencia suficiente para definir cuál de las dos técnicas es más efectiva, al igual que Pradhan et al, quienes no encontraron una diferencia estadísticamente significativa, entre estos dos tipos de cinta (41). Sin embargo, Agur et al (11) describieron en su meta-análisis, que estos dos procedimientos tenían efectividad similar; por lo que el tipo de cinta a utilizar en segunda línea todavía no está definido.

Los análisis de sensibilidad realizados retirando los estudios con mayor riesgo de sesgo y menores tamaños muestrales, no mostraron cambios significativos en las proporciones de curación y sí aumentaba la heterogeneidad estadística entre los estudios.

Por último, no fue posible realizar una comparación con respecto a desenlaces secundarios tales como complicaciones y calidad de vida, dado que en varios de los informes de los estudios, no se realizó un reporte negativo de las complicaciones, -como se explica en la tabla de estudios incluidos-, ni se utilizó la misma escala para determinar calidad de vida.

## 7.2 CINTAS AJUSTABLES

Las cintas ajustables son una buena alternativa para resolver los problemas obstructivos urinarios derivados del uso de cinta de uretra media, puesto que permite el ajuste de la tensión en el intraoperatorio o postoperatorio. La literatura disponible es en su mayoría con el uso del sistema Remeex (Regulación Mecánica Externa: Neomedic, Barcelona, Spain), descrito inicialmente en 2003 (82) y que se compone de un sling sub-uretral con dos suturas de rosca de tracción conectadas a un dispositivo de regulación o varitensor, el cual se posiciona sobre la fascia de los músculos abdominales permitiendo el ajuste de la tensión hasta alcanzar la continencia completa (60).

Su papel en la incontinencia urinaria recurrente posterior al uso de cintas de uretra media aún se encuentra en investigación. En nuestro meta-análisis, la proporción de curación combinada en 81 pacientes fue de 86% (IC95% 76,4%-92.1%). Tres estudios entraron en esta revisión, donde la mayoría de los casos tenían TOT previo.

Las complicaciones fueron similares a las descritas en la literatura: infección de la incisión suprapúbica, erosión de malla, dolor suprapúbico y obstrucción urinaria, aunque en todas con un porcentaje inferior al 5%.

Es de resaltar, que en estas cohortes, la principal complicación fue urgencia urinaria de novo, (10,5% Cenk Yasa et al (71) y 14% Bong Hee Park et al (66)), la cual, impactó de forma importante el nivel de satisfacción en estas pacientes, a pesar de los altos resultados en curación; la etiología de este desenlace aún está por determinarse. La perforación vesical también ocupó un lugar importante llegando a ser del 10.5% en una de las series (71), al parecer, secundario a poca movilidad uretral y a las cirugías previas. En general, no está discriminado si estas complicaciones son atribuidas exclusivamente al Remeex, o si se presentan en mayor o menor grado debido al antecedente quirúrgico o al tipo de cinta de uretra media utilizado en primera línea.

Por otro lado, Errando et al (83), reportaron una tasa de cura subjetiva y objetiva del 87% y Song PH et al, una tasa de curación de 81.8% a tres años en pacientes con incontinencia urinaria recurrente (84). Sin embargo, estos estudios, tenían una población muy heterogénea dado por más de una cirugía previa, otras técnicas utilizadas en primera línea para el manejo de incontinencia, o manejo concomitante de prolapso. Hasta qué punto estos factores pueden afectar el resultado de las cintas ajustables, es incierto, sin embargo, la ventaja de nuestra revisión, es que es la única reportada hasta la fecha para cintas ajustables y abarca una población más homogénea de pacientes: sin prolapso, solo con cinta de uretra media y sin deficiencia intrínseca del esfínter.

A pesar de los resultados a simple vista, no fue posible realizar una comparación de la literatura, puesto que en las pocas revisiones sistemáticas del tema, no se evaluó esta estrategia terapéutica debido a la poca cantidad de artículos y a la falta de ensayos clínicos (85), de hecho, no es una técnica a considerar inicialmente en la práctica clínica diaria (86). Por lo tanto, estos resultados, deben ser interpretados con cautela, puesto que no se puede concluir, que esta técnica provee la mejor opción quirúrgica en estas pacientes.

Existen otras cintas ajustables como el sling espiral SAFYRE t plus, (Promedon, Cordoba, Argentina) (87), o el sling sub uretral ajustable AMI (Agencia para la Innovación Médica GmbH, 6800 Feldkirch, Austria) contando este último con dos juegos de cuerdas, unas vaginales y otras transobturadoras, para ajustar o aflojar la cinta hasta lograr la continencia deseada (60). Resultados preliminares han sido reportados por Schmid C et al (88), quien describió esta técnica en 25 pacientes con incontinencia recurrente, logrando continencia en 21 de ellas a un año de seguimiento. No obstante, al igual que la gran mayoría de estudios, la población era muy diversa por lo que no es posible sacar conclusiones; es decir, su papel posterior al uso de cintas de uretra media, aún está por definirse.

### 7.3 SLING PUBOVAGINAL

Para los sling pubovaginal, únicamente el artículo de Petrou 2016 (72) cumplió con los criterios de selección, sin embargo, el hecho de no poder contar con un comparador adecuado, solo permite afirmar que en este estudio, la colocación de sling pubovaginal autólogo en este tipo de pacientes, tiene una proporción de curación del 76.2% según el cuestionario PGI-I a 74 meses en promedio, posterior la colocación del sling como segunda línea de tratamiento, mientras que el 52,4% de las pacientes estuvieron secas o con leves escapes. La característica que resalta este estudio es que dicha proporción de éxito, no se ve impactada en casos de hipermovilidad uretral y es independiente del VLPP de las pacientes. Por lo tanto, esta técnica utilizada en segunda línea de tratamiento es considerada por el autor como una opción de salvamento efectiva.

Otros autores como Milose 2015 (89), reportaron proporciones de cura del 69,7%, similar a Aberger et al (90), quien reportó una tasa de cura subjetiva del 61,4% en 71 mujeres llevadas a sling pubovaginal posterior a una cirugía fallida antiincontinencia. Sin embargo, en estos estudios un número importante de pacientes, no tenía cinta de uretra media como cirugía previa, tenían más de un procedimiento antiincontinencia y cursaban con prolapso genital, por lo que no se pudo comparar con la población estudiada en nuestra revisión.

### 7.4 COLPOSUSPENSIÓN

La colposuspensión fue un procedimiento considerado como el estándar en el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria en primera línea hasta el advenimiento de las cintas de uretra media libres de tensión (91).

En la presente revisión sistemática, solo el estudio De Cuyper 2008 (51) cumplió con todos los criterios de selección, y reportó una proporción de cura subjetiva de 92.9% y objetiva de 54.5%. Sin embargo, aunque el estudio concluyó que la colposuspensión laparoscópica tipo Burch se posiciona como una opción quirúrgica válida en segunda línea para incontinencia urinaria posterior a cinta de uretra media, las limitaciones del estudio y su naturaleza retrospectiva con un escaso tamaño muestral, no permiten tomar ningún tipo de conclusión con relación a este tipo de procedimiento.

Es de anotar que el autor establece que el procedimiento previo retropúbico puede favorecer la aparición de fibrosis periuretral y distorsión de la anatomía, lo que podría favorecer la aparición de complicaciones quirúrgicas en el segundo procedimiento y hacer técnicamente difícil la colposuspensión.

A pesar del manejo histórico de la colposuspensión tipo Burch para incontinencia urinaria, llama la atención que no existen otros estudios disponibles que evalúen

esta técnica posterior al uso de cintas de uretra media. La única investigación que se ajusta inicialmente a este escenario, es la reportada por Giarenis et al (92), quienes realizaron colposuspensión abierta en 13 mujeres posterior al uso de cintas de uretra media con una tasa de cura subjetiva del 85% y de cura objetiva del 77%. Sin embargo, tres pacientes de esta cohorte tenían más de una cirugía previa antiincontinencia por lo que este estudio no fue candidato para ingresar en nuestra revisión.

## 7.5 AGENTES ABULTANTES

Los agentes abultantes son materiales inyectables administrados alrededor de la uretra para mejorar la continencia (42,74), son considerados una opción alternativa en el manejo de primera línea de la incontinencia urinaria; de hecho, algunos autores no los consideran un tratamiento curativo sino de carácter paliativo de esta condición (93).

En general, las revisiones sistemáticas de la literatura realizadas sobre este procedimiento, se enfocan en el manejo de primera línea (94–96). Agur et al (11) buscó evaluar infructuosamente esta técnica en el escenario de la incontinencia urinaria recurrente o persistente. Nuestra revisión incluyó 4 estudios que cumplieran con los criterios de selección, no obstante, dichos estudios no permiten generar recomendaciones contundentes sobre el uso de agentes abultantes como segunda línea de manejo de la incontinencia urinaria.

En las estimaciones de esta revisión se encontró que la proporción de curación total de los agentes abultantes fue de 55,4% (IC95%, 43,2%-67%). Sin embargo, no se encontraron otras revisiones con las que se pudieran comparar estos datos. Los resultados reportados por Espaillat-Rijo et al (63), sugieren que las pacientes con deficiencia intrínseca del esfínter y ausencia de hipermovilidad uretral, podrían beneficiarse en mayor grado de esta técnica en la incontinencia urinaria recurrente o persistente, por lo que se sugiere que el uso de esta técnica esté basado en la experiencia del cirujano y las características individuales de las pacientes.

Aunque se reporta que las complicaciones relacionadas con este procedimiento son menores en relación con las otras técnicas quirúrgicas (74,93), no se pudo realizar una comparación dado que en la mayoría de los informes de los estudios, no se realizó un reporte negativo de las complicaciones.

## 7.6 TERAPIA DE PISO PÉLVICO

No existe consenso acerca del manejo no quirúrgico de las pacientes con incontinencia urinaria recidivante posterior al uso de cintas de uretra media. La

mayoría de la literatura aboga por un manejo quirúrgico de segunda línea, pero no establece cuales son las pacientes que deben ir a una nueva intervención.

Diferentes revisiones, promueven que se extrapolen los manejos aceptados en mujeres con incontinencia urinaria primaria, como modificar hábitos de vida, disminuir peso o la prescripción de medicamentos (12,97), pero no hay evidencia del papel de la terapia de piso pélvico con biofeedback, o del uso de dispositivos intravaginales o intrauretrales en el escenario de la recurrencia de incontinencia, más aun, después del uso de cintas de uretra media.

A pesar de lo anterior, un programa supervisado de entrenamiento de piso pélvico con biofeedback es una opción viable y recomendada en consenso de expertos como la primera línea de manejo a ser considerada en pacientes con incontinencia urinaria recurrente (98). No obstante, a pesar que hasta un 77% de los médicos, consideran que debe indicarse esta terapia previo a ofrecer una segunda cirugía (86), esta recomendación debe ser tomada con prudencia y posterior a determinar que la paciente no se beneficie de otra alternativa de manejo; ya que algunos uróginécólogos, consideran que sería inapropiado ofrecer esta opción en recidiva si previamente fracasó en primera línea, o, que tras el manejo quirúrgico inicial, la anatomía puede tener tantos cambios, que es probable, que la terapia de piso pélvico no sea más efectiva que alguna otra estrategia quirúrgica (99).

## 7.7 ACORTAMIENTO DE CINTA PREVIO

El acortamiento o plicatura de la cinta de uretra media previa, es un procedimiento descrito recientemente, de uso alternativo, poco conocido y por ende poco investigado (69,100). Consiste en realizar una plicatura con suturas no absorbibles, en una cinta que se presume, está “demasiado suelta” y por ende, no controla los escapes de orina (101). En la presente revisión se incluyeron 6 estudios en los que el manejo secundario de la incontinencia urinaria se realizó con acortamiento de la cinta previa, con un total de 77 pacientes tratadas, estimando una proporción de curación total de 62,3%.

Nadeau y Herschorn publicaron una revisión de la literatura (102) en la que incluyeron 11 reportes del uso de esta técnica, realizando una síntesis narrativa pero no estadística, reportando proporciones de curación entre 46,7% y 100%. Aunque varios de estos estudios cumplieron con los criterios de selección de nuestra revisión, estos resultados no son comparables puesto que varios estudios eran reportes de caso, incluyeron paciente con más de una cirugía previa o con prolapso concomitante.

Al igual que dichos autores, destacamos las ventajas de esta técnica en cuanto a su rapidez y el uso de anestesia local, y exhortamos la necesidad de la realización de estudios que permitan aclarar el papel de esta técnica en el manejo de

segunda línea de la incontinencia urinaria, esto teniendo en cuenta el amplio uso de las cintas de uretra media como primera línea de tratamiento en la actualidad.

## 7.8 CALIDAD DE VIDA

La incontinencia urinaria es una patología con un impacto importante en la vida social y por ende en la calidad de vida de las pacientes que padecen esta enfermedad (103), es por esta razón, que su medición antes y después del manejo de la incontinencia es fundamental para evaluar el impacto que este ha tenido en la vida de las pacientes (104).

Sin embargo, encontrar una prueba que cuenta con la suficiente validez y al mismo tiempo sea práctica para el uso en la consulta médica es difícil, y por eso se han desarrollado una amplia variedad de pruebas que intentan medir una variable tan compleja como la calidad de vida (105,106). Esto se vio reflejado en los diferentes estudios que se incluyeron en esta revisión, ya que no hubo homogeneidad en cuanto a la medición y aunque en la mayoría de estudios el aumento en la calidad de vida es coherente con la proporción de curación, no se pudo realizar una síntesis estadística de estas mediciones al usar diferentes tipos de pruebas.

## 7.9 LIMITACIONES

La variabilidad en la presentación y espectro de signos y/o síntomas en la incontinencia urinaria, ha generado dificultades en la definición de términos como “recurrencia”, “persistencia”, “curación” y “mejoría” descritos en los diferentes estudios. Algunos organismos como la Asociación Internacional de Uroginecología y la Sociedad Internacional de Continencia (19,107,108), han tratado de unificar dichos conceptos, sin embargo, estas definiciones son recientes por lo que no fueron aplicadas en la gran mayoría de los estudios clínicos de incontinencia urinaria recurrente o persistente. Esto constituye una limitante en la manera en cómo se clasifican las pacientes y por lo tanto incrementa la heterogeneidad en los resultados de los estudios.

Una evidente limitación de esta revisión, es la carencia de estudios con un adecuado diseño y características metodológicas, además de su naturaleza retrospectiva y las comparaciones con muestras pequeñas. Por lo tanto, las pruebas estadísticas empleadas comúnmente en los meta-análisis (Q Cochrane) para la estimación de la heterogeneidad, no son lo suficientemente robustas para tamaños muestrales reducidos y por lo tanto no son confiables en nuestra revisión (45).

Si bien la inclusión de estudios observacionales como lo son cohortes, casos y

controles e incluso series de casos, están soportados en la literatura como estudios válidos para metaanálisis de estudios observacionales (109), es claro que estos tienen limitaciones metodológicas que impiden o dificultan la inferencia a la población; por lo que las conclusiones y aplicabilidad de dichos resultados, deben tomarse con precaución. Esta revisión ofrece un acercamiento para la resolución de la situación clínica en cuestión, mas no pretende establecer un grado de recomendación ni un nivel de evidencia; es decir, el lector no debe sesgarse por el valor de las proporciones de curación reportadas en el presente estudio, ni interpretar los resultados estableciendo comparaciones entre ellos o asumiendo superioridad de alguna intervención (45).

## 8. CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria recurrente posterior al uso de cintas de uretra media, continúa siendo un desafío médico puesto que no se ha logrado unificar el manejo para esta patología. A la luz de esta revisión y meta-análisis, y teniendo en cuenta el bajo nivel de evidencia aportada por los estudios incluidos, se observó que la proporción de curación para cintas de uretra media fue de 75,1% (IC95%, 68% - 81,1%), para TVT fue 75,1% (IC95%, 64,3% - 83,5%), para TOT fue de 59,2% (IC95%, 41,2% - 75%), para cintas ajustables de 86% (IC95%, 76,4% - 92,1%), para agentes abultantes de 55,4% (IC95%, 43,2% - 67%) y para acortamiento de cinta previa fue de 62,3% (IC95%, 49,1% - 73,9%).

No obstante, este resultado no debe ser tomado como una guía de manejo, puesto que los estudios incluidos fueron en su mayoría estudios observacionales, sin grupos de comparación y con poblaciones sustancialmente diferentes, lo que impidió realizar una comparación por medio de pruebas estadísticas de las diferentes técnicas.

Adicionalmente, esta revisión encontró que la intervención con una mayor cantidad de estudios fueron las cintas de uretra media y en especial la TVT, y las intervenciones con menores números de estudios fueron la colposuspensión y el sling pubovaginal con un solo estudio incluido y la terapia de piso pélvico en la cual ningún estudio cumplió con los criterios de selección de esta revisión.

Finalmente, en el escenario de la recidiva de incontinencia urinaria, las causas de falla terapéutica son muy diversas y por ende, el manejo también es variable. Futuros estudios colaborativos y multicéntricos deben realizarse, comparando diferentes técnicas quirúrgicas para cada caso en particular de recurrencia o persistencia, en distintas poblaciones y unificando criterios de medición de resultados y de calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2009 [cited 2017 Jul 11];29(1):4–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19941278>
2. Ford AA, Rogerson L, Cody JD, Ogah J. Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. In: Ogah J, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015. p. 1–287. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006375.pub3>
3. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *J Clin Epidemiol*. 2000;53(11):1150–7.
4. Syan R, Brucker BM. Guideline of guidelines: urinary incontinence. *BJU Int* [Internet]. 2016 Jan;117(1):20–33. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/bju.13187>
5. Lucas MG, Bosch RJL, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, et al. Guía clínica de la Asociación Europea de Urología sobre el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas* [Internet]. AEU; 2013 Sep;37(8):459–72. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210480613000582>
6. Ward K. Prospective multicentre randomised trial of tension-free vaginal tape and colposuspension as primary treatment for stress incontinence. *BMJ* [Internet]. 2002 Jul 13;325(7355):67–67. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.325.7355.67>
7. Tsivian A, Neuman M, Yulish E, Shtricker A, Levin S, Cytron S, et al. Redo midurethral synthetic sling for female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2007;18(1):23–6.
8. Lalos O, Berglund AL, Lalos A. Impact of urinary and climacteric symptoms on social and sexual life after surgical treatment of stress urinary incontinence in women: a long-term outcome. *J Adv Nurs* [Internet]. 2001;33(3):316–27. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med4&NEWS=N&AN=11251718>
9. Herrera Pérez A, Arriagada Hernández J, Gonzá, lez Espinoza C, Leppe Zamora J, Herrera Neira F. Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas* [Internet]. Elsevier; 2008 Jan;32(6):624–8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480608738981>
10. Seo MY, Noh JH. Long-term outcome of the readjustable sling procedure for female stress urinary incontinence with intrinsic sphincter deficiency or recurrence. *Korean J Urol*. 2014;55(2):124–8.
11. Agur W, Riad M, Secco S, Litman H, Madhuvrata P, Novara G, et al. Surgical

- Treatment of Recurrent Stress Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomised Controlled Trials. *Eur Urol* [Internet]. 2013 Aug;64(2):323–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23680414>
12. Walsh CA, Moore KH. Recurrent Stress Urinary Incontinence After Synthetic Midurethral Sling Procedure. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2010 Jun [cited 2017 Aug 13];115(6):1296–301. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20502302>
  13. Nikolopoulos KI, Betschart C, Doumouchtsis SK. The surgical management of recurrent stress urinary incontinence: A systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(6):568–76.
  14. Imran R, Kearney R. Surgical management of stress urinary incontinence. *Obstet Gynaecol Reprod Med* [Internet]. Elsevier Ltd; 2016 Jan;26(1):20–5. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751721415001918>
  15. Hu T-W, Wagner TH, Bentkover JD, Leblanc K, Zhou SZ, Hunt T. Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study. *Urology* [Internet]. 2004 Mar;63(3):461–5. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090429503011774>
  16. Glavind K, Larsen T, Lindquist ASI. Sexual function in women before and after tension-free vaginal tape operation for stress urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2014 Oct;93(10):986–90. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/aogs.12475>
  17. Costantini E, Lazzeri M, Bini V, Zucchi A, Scarponi E, Porena M. Managing female urinary incontinence: A regional prospective analysis of cost-utility ratios (curs) and effectiveness. *Arch Ital di Urol e Androl* [Internet]. 2014 Jun 30;86(2):112. Available from: <http://www.pagepressjournals.org/index.php/aiua/article/view/aiua.2014.2.112>
  18. Richardson ML, Sokol ER. A cost-effectiveness analysis of conservative versus surgical management for the initial treatment of stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. Elsevier Inc; 2014 Nov;211(5):565.e1-565.e6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.07.006>
  19. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2009;29(1):4–20.
  20. Kim TH, You HW, Ryu DS, Lee KS. Surgical outcome of a repeat midurethral sling procedure after failure of a first procedure. *Int Urogynecol J*. 2015;26(12):1759–66.
  21. Verbrugghe A, De Ridder D, Van Der Aa F. A repeat mid-urethral sling as valuable treatment for persistent or recurrent stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2013;24(6):999–1004.
  22. Martinez Franco E, Amat i TL, Laïlla Vicens JM. Risk factors of treatment failure after surgery for urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J*. 2011;22(Suppl 2):S1636-7.

23. Dällenbach P, Nancoz CJ, Eperon I, Dubuisson J-B, Boulvain M. Incidence and risk factors for reoperation of surgically treated pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2011;23(1):35–41. Available from: <http://link.springer.com.ep.fjernadgang.kb.dk/article/10.1007/s00192-011-1483-3%5Cnfiles/169/s00192-011-1483-3.html>
24. Stav K, Dwyer PL, Rosamilia A, Schierlitz L, Lim YN, Lee J. Risk factors of treatment failure of midurethral sling procedures for women with urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2010 Feb 24;21(2):149–55. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-009-1020-9>
25. Karim NB, Lo T-S, Nawawi EA bt, Wu P-Y. Review on midurethral sling procedures for stress urinary incontinence. *Gynecol Minim Invasive Ther* [Internet]. Elsevier Taiwan LLC; 2015 May;4(2):33–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gmit.2015.04.003>
26. Karram MM, Bhatia NN. The Q-tip test: standardization of the technique and its interpretation in women with urinary incontinence. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1988 Jun [cited 2017 Sep 13];71(6 Pt 1):807–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3368164>
27. Vicente Prados FJ, Cózar Olmo JM, Martínez Morcillo A, Espejo Maldonado E, Tallada Buñuel M. Incontinencia urinaria. Métodos para su evaluación y clasificación. *Arch Esp Urol* [Internet]. 2002;55(9):1015–34. Available from: <http://aeurologia.com/pdfs/articulos/8237735902571-eng.pdf>
28. Svenningsen R, Staff AC, Schi?tz HA, Western K, Sandvik L, Kulseng-Hanssen S. Risk factors for long-term failure of the retropubic tension-free vaginal tape procedure. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2014 Sep;33(7):1140–6. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.22466>
29. Anger JT, Litwin MS, Wang Q, Pashos CL, Rodríguez L V. The Effect of Concomitant Prolapse Repair on Sling Outcomes. *J Urol* [Internet]. 2008 Sep [cited 2017 Jul 11];180(3):1003–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18639303>
30. Cammu H, Van Den Abbeele E, Nagel H, Haentjens P. Factors predictive of outcome in tension-free vaginal tape procedure for urinary stress incontinence in a teaching hospital. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* [Internet]. 2009 Jul 10 [cited 2017 Jul 11];20(7):775–80. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-009-0851-8>
31. Pang MW, Chan LW, Yip SK. One-year urodynamic outcome and quality of life in patients with concomitant tension-free vaginal tape during pelvic floor reconstruction surgery for genitourinary prolapse and urodynamic stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* [Internet]. 2003 Oct 1 [cited 2017 Jul 11];14(4):256-60-60. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-003-1074-z>
32. Clinical S, Guideline P. Guidelines for the Evaluation and Treatment of Recurrent Urinary Incontinence Following Pelvic Floor Surgery. *Practice* [Internet]. Elsevier Masson SAS; 2010;m(248):893–4. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34664-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34664-3)
33. Han J-Y, Moon KH, Park CM, Choo M-S. Management of recurrent stress urinary incontinence after failed midurethral sling: tape tightening or repeat sling? *Int Urogynecol J* [Internet]. 2012 Sep 14;23(9):1279–84. Available

- from: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-012-1737-8>
34. Hansen MF, Lose G, Kesmodel US, Gradel KO. Repeat surgery after failed midurethral slings: a nationwide cohort study, 1998-2007. *Int Urogynecol J* [Internet]. International Urogynecology Journal; 2016 Jul 28;27(7):1013–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-015-2925-0>
  35. Fialkow M, Symons RG, Flum D. Reoperation for urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2008 Nov;199(5):546.e1-546.e8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937808004997>
  36. Denman MA, Gregory WT, Boyles SH, Smith V, Edwards SR, Clark AL. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2008 May;198(5):555.e1-555.e5. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937808001117>
  37. Nadeau G, Herschorn S. Management of Recurrent Stress Incontinence Following a Sling. *Curr Urol Rep* [Internet]. 2014 Aug 15 [cited 2017 Aug 13];15(8):427. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24930033>
  38. Liapis A, Bakas P, Creatsas G. Tension-Free Vaginal Tape in the Management of Recurrent Urodynamic Stress Incontinence after Previous Failed Midurethral Tape. *Eur Urol*. 2009;55(6):1450–8.
  39. Lee KS, Doo CK, Han DH, Jung BJ, Han JY, Choo MS. Outcomes Following Repeat Mid Urethral Synthetic Sling After Failure of the Initial Sling Procedure: Rediscovery of the Tension-Free Vaginal Tape Procedure. *J Urol*. 2007;178(4):1370–4.
  40. Amaye-Obu F a, Drutz HP. Surgical management of recurrent stress urinary incontinence: A 12-year experience. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1999;181(6):1296-307-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10601904>
  41. Pradhan A, Jain P, Latthe PM. Effectiveness of midurethral slings in recurrent stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2012 Jul 11;23(7):831–41. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-012-1803-2>
  42. Reynolds WS, Dmochowski RR. Urethral Bulking. *A Urology Perspective*. *Urol Clin North Am* [Internet]. Elsevier Inc; 2012;39(3):279–87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ucl.2012.05.002>
  43. van der Doelen MJ, Withagen MIJ, Vierhout ME, Heesakkers JPFA. Results of primary versus recurrent surgery to treat stress urinary incontinence in women. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2015 Jul 10;26(7):997–1005. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-015-2627-7>
  44. Patil a, Moran P, Duckett J. How do urogynaecologists treat failed suburethral slings? Experience from the British Society of Urogynaecology database and literature review. *J Obstet Gynaecol (Lahore)* [Internet]. 2011 Aug 8;31(6):514–7. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01443615.2011.581319>
  45. Higgins JP, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* [Internet]. 5.1.0. The Cochrane Collaboration; 2011. Available from: [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org)

46. Szklo M, Nieto JF. *Epidemiología Intermedia. Conceptos y aplicaciones*. 1st ed. Madrid: Díaz de Santos; 2003. 435 p.
47. Sánchez-Meca J, Marín-Martínez F, Huedo-Medina TB. Modelo de efectos fijos y modelo de efectos aleatorios. In: Martín JLR, Garcés AT, Pillado TS, editors. *Revisiones sistemáticas en las ciencias de la vida: el concepto salud a través de la síntesis de la evidencia científica*. Toledo: Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha; 2006. p. 189–204.
48. Moore RD, Gamble K, Miklos JR. Tension-free vaginal tape sling for recurrent stress incontinence after transobturator tape sling failure. *Int Urogynecol J*. 2007;18(3):309–13.
49. Koh JS, Kim HS, Kim HW, Lee YS, Kim S II, Lee KS, et al. Comparison of Secondary Procedures for Recurrent Stress Urinary Incontinence after a Transobturator Tape Procedure: Shortening of the Tape versus Tension-free Vaginal Tape Redo. *Korean J Urol*. 2007;48:1149–54.
50. Eandi JA, Tanaka ST, Hellenthal NJ, O'Connor RC, Stone AR. Self-reported urinary continence outcomes for repeat midurethral synthetic sling placement. *Int Braz J Urol*. 2008;34(3):336–41.
51. De Cuyper EM, Ismail R, Maher CF. Laparoscopic Burch colposuspension after failed sub-urethral tape procedures: a retrospective audit. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2008 May 8;19(5):681–5. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-007-0506-6>
52. Palva K, Nilsson CG. Effectiveness of the TVT procedure as a repeat mid-urethra operation for treatment of stress incontinence. *Int Urogynecol J*. 2009;20(7):769–74.
53. Ricci P, Pardo J, Solà V. TVT in Women with Recurrent or Persistent Stress Urinary Incontinence after Failed Obturator Route Slings. *J Minim Invasive Gynecol*. 2009;16:s153.
54. Martan A, Švabík, K Mašata J, Koleška T, El-Haddad R, Pavlikova M. The solution of persistent stress urinary incontinence in women when surgery with the TVT-SECUR\* is unsuccessful. *Čes Gynek*. 2009;74:3–7.
55. Patterson D, Rajan S, Kohli N. Sling Plication for Recurrent Stress Urinary Incontinence. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* [Internet]. 2010 Sep;16(5):307–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22453511>
56. Lee HN, Lee Y-S, Han J-Y, Jeong JY, Choo M-S, Lee K-S. Transurethral injection of bulking agent for treatment of failed mid-urethral sling procedures. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2010 Dec 20;21(12):1479–83. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-010-1224-z>
57. Pardo J, Solà V, Ricci P. More than one TVT is the solution in cases with previous failed TVT? *Int Urogynecol J*. 2011;22(Suppl 2):S1661-2.
58. Lee Y, Lee HN, Han J, Jo WJ, Ju SH, Lee KS, et al. The result of repeat mid urethral sling after failed mid urethral sling for the treatment of female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2010;21(S1):S352-4.
59. Gibas A, Matuszewski M, Michajłowski J, Krajka K. Operative shortening of the sling as a second-line treatment after TVT failure. *Cent Eur J Urol*. 2011;64(3):159–61.
60. Han J-Y, Lee K-S, Choo M-S. Management of Recurrent or Persistent Stress

- Urinary Incontinence after Mid-urethral Sling. LUTS Low Urin Tract Symptoms [Internet]. 2012 Mar;4:95–101. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed10&AN=2012169290>  
<http://sfx.scholarsportal.info/western?sid=OVID:embase&id=pmid:&id=doi:10.1111/j.1757-5672.2011.00129.x&issn=1757-5664&isbn=&volume=4&issue=SUPPL.+1&spage=95&pages>
61. Costantini E, Zingaro M Del, Salvini E, Pietropaolo A, Lolli C, Biase M Di, et al. Which is the best surgical option for persistent or recurrent female stress urinary incontinence? *Neurourol Urodyn*. 2013;32(Suppl 1):S53.
  62. Leone Roberti Maggiore U, Venturini PL, Ferrero S. Periurethral Injections of Polyacrylamide Hydrogel for the Treatment of Female Recurrent Stress Urinary Incontinence. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. Elsevier Inc; 2013 Nov;20(6):S177. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed12&NEWS=N&AN=71479728>
  63. Espallat–Rijo L, Chinthakanan O, Aguilar V, G.Willy Davila. Efficacy of bulking agents in patients with persistent leakage after a mid-urethral sling. *Neurourol Urodyn*. 2014;33(2):239–40.
  64. Simsek A, Ozgor F, Kirecci SL, Akbulut MF, Sonmezay E, Yuksel B, et al. Results of tension-free vaginal tape for recurrent stress urinary incontinence after unsuccessful transobturator tape surgery. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014;40(6):1764–9.
  65. Costantini E, Natale F, Vittori G, Biase M Di, Quadrini F, Pietropaolo A, et al. Mid-urethral slings for persistent or recurrent female stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2014;33(Suppl 2):S3–4. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.22620>
  66. Park BH, Kim JC, Kim HW, Kim YH, Choi JB, Lee DH. Midterm Efficacy and Complications of Readjustable Midurethral Sling (Remeex System) in Female Stress Urinary Incontinence With Recurrence or Intrinsic Sphincter Deficiency. *Urology* [Internet]. 2015 Jan;85(1):79–84. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S009042951401098X>
  67. Gaddi A, Guaderrama N, Bassiouni N, Bechuk J, Whitcomb EL. Repeat Midurethral Sling Compared With Urethral Bulking for Recurrent Stress Urinary Incontinence. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 Jun;123(6):1207–12. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006250-201406000-00010>
  68. Lee KS, Noh JH, Park SW, Kim JS, Yoo DH. Comparison of efficacy and satisfaction between the secondary procedures for recurrent stress urinary incontinence after a transobturator tape procedure (TOT): Tensionfree vaginal tape (TVT) versus readjustable sling procedure (Remeex®). *J Endourol* [Internet]. 2014 Sep;28(S1):A253. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/end.2014.3500>
  69. Shah NM, Hall CD. Early Revision of Suburethral Sling for Persistent Stress Incontinence. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* [Internet]. 2016;22(4):287–9. Available from:

<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=01436319-201607000-00021>

70. Kociszewski J, Majkusiak W, Pomian A, Tomasik P, Horosz E, Kuszka A, et al. The Outcome of Repeated Mid Urethral Sling in sui Treatment after Vaginal Excisions of Primary Failed Sling: Preliminary Study. *Biomed Res Int*. Hindawi Publishing Corporation; 2016;2016:4–7.
71. Yasa C, Gungor Ugurlucan F, Dural O, Celik S, Yalc?n O. A Valuable Option in the Management of Female Recurrent Stress Urinary Incontinence: Re-Adjustable Sling (Remeex Sling System). *Urol Int* [Internet]. 2016;97(2):224–9. Available from: <http://www.karger.com/?doi=10.1159/000444398>
72. Petrou SP, Davidiuk AJ, Rawal B, Arnold M, Thiel DD. Salvage autologous fascial sling after failed synthetic midurethral sling: Greater than 3-year outcomes. *Int J Urol*. 2016;23(2):178–81.
73. Guralnick ML, Kelly H, Engelke H, Koduri S, O?Connor RC. InTone: a novel pelvic floor rehabilitation device for urinary incontinence. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2015 Jan 30;26(1):99–106. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-014-2476-9>
74. Wood LN, Anger JT. Urinary incontinence in women. *BMJ Br Med J*. 2014;349:1–11.
75. Schimpf MO, Rahn DD, Wheeler TL, Patel M, White AB, Orejuela FJ, et al. Sling Surgery for Stress Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstet Gynecol Surv*. 2014;69(10):586–8.
76. Bakali E, Buckley BS, Hilton P, Tincello DG. Treatment of recurrent stress urinary incontinence after failed minimally invasive synthetic suburethral tape surgery in women. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013;(2). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009407.pub2>
77. Nilsson CG, Kuuva N, Falconer C, Rezapour M, Ulmsten U. Long-term results of the tension-free vaginal tape (TVT) procedure for surgical treatment of female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* [Internet]. 2001 [cited 2017 Aug 12];12 Suppl 2:S5-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11450979>
78. Tsivian A, Mogutin B, Kessler O, Korczak D, Levin S SA. Tension-free vaginal tape procedure for the treatment of female stress urinary incontinence: long-term results. *J Urol* [Internet]. 2004 Sep [cited 2017 Aug 12];172(3):998–1000. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15311022>
79. Ogah J, Cody DJ, Rogerson L. Minimally invasive synthetic suburethral sling operations for stress urinary incontinence in women: A short version Cochrane review. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2011 Mar [cited 2017 Aug 12];30(3):284–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21412819>
80. Novara G, Ficarra V, Boscolo-Berto R, Secco S, Cavalleri S, Artibani W. Tension-Free Midurethral Slings in the Treatment of Female Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials of Effectiveness. *Eur Urol* [Internet]. 2007 Sep [cited 2017 Aug 12];52(3):663–79. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17601652>

81. Latthe P, Foon R, Toozs-Hobson P. Transobturator and retropubic tape procedures in stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis of effectiveness and complications. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2007 Mar 16 [cited 2017 Aug 12];114(5):522–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17362484>
82. Iglesias X, Espuña M. Surgical treatment of urinary stress incontinence using a method for postoperative adjustment of sling tension (Remeex System). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* [Internet]. 2003 Nov 1 [cited 2017 Aug 13];14(5):326–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14618309>
83. Carlos E, Fernando R-E, Cristina G, Carlos B, Pedro A, Humberto V. A re-adjustable sling for female recurrent stress incontinence and sphincteric deficiency: Outcomes and complications in 125 patients using the Remeex sling system. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2010 Nov;29(8):1429–32. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.20879>
84. Song PH, Hyun CH, Shin E, Jung H-C. Effects of the REMEEEX System in Female Patients with Intrinsic Sphincteric Deficiency and Recurrent Urinary Incontinence: 3-Year Outcomes. *LUTS Low Urin Tract Symptoms* [Internet]. 2012 Sep;4(3):120–5. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1757-5672.2012.00146.x>
85. Xylinas E, Descazeaud A. Deuxième bandelette sous-urétrale pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort après échec d'une première bandelette. *Progrès en Urol* [Internet]. 2009 Oct;19(9):590–4. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S116670870900219X>
86. Riad M, Familusi A, El Sayad M, Abdel-Fattah M. Current practice in the UK for the assessment and management of recurrent stress urinary incontinence in women. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2011;22(S1):S63–5. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-011-1434-z>
87. Palma P, Ricetto C, Herrmann V, Dambros M, Fraga R, Grossi O. Transobturator crossover readjustable sling for severe female incontinence: technique and preliminary results. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* [Internet]. 2007 Nov 2 [cited 2017 Aug 13];18(11):1277–82. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-007-0320-1>
88. Schmid C, Bloch E, Amann E, Mueller MD, Kuhn A. An adjustable sling in the management of recurrent urodynamic stress incontinence after previous failed midurethral tape. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2010;29(4):573–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.20793>
89. Milose JC, Sharp KM, He C, Stoffel J, Clemens JQ, Cameron AP. Success of autologous pubovaginal sling after failed synthetic mid urethral sling. *J Urol* [Internet]. Elsevier Ltd; 2015;193(3):916–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2014.09.038>
90. Aberger M, Gomelsky A, Padmanabhan P. Comparison of retropubic synthetic mid-urethral slings to fascia pubovaginal slings following failed sling surgery. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2016 Sep [cited 2017 Aug 13];35(7):851–4. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.22819>
91. Lapitan MCM, Cody JD. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. In: Lapitan MCM, editor. *Cochrane Database of*

- Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2016. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002912.pub6>
92. Giarenis I, Mastoroudes H, Cardozo L, Robinson D. What do we do when a midurethral tape fails? Rediscovery of open colposuspension as a salvage continence operation. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2012 Aug 13;23(8):1117–22. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-012-1720-4>
  93. Leone Roberti Maggiore U, Bogani G, Meschia M, Sorice P, Braga A, Salvatore S, et al. Urethral bulking agents versus other surgical procedures for the treatment of female stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2015 Jun;189(2015):48–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.03.025>
  94. Kirchin V, Page T, Keegan PE, Atiemo K, Cody JD, McClinton S. Urethral injection therapy for urinary incontinence in women. In: Kirchin V, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003881.pub3>
  95. Keegan PE, Atiemo K, Cody JD, McClinton S, Pickard R. Periurethral injection therapy for urinary incontinence in women. In: Keegan PE, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [cited 2017 Aug 13]. p. CD003881. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636740>
  96. Kirchin V, Page T, Keegan PE, Atiemo KO, Cody JD, McClinton S, et al. Urethral injection therapy for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 Jul 25 [cited 2017 Aug 13];7:CD003881. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28738443>
  97. Mohammed A, Maguire T, Biers S, Terry TR. Persistent and recurrent stress urinary incontinence following mid-urethral tape surgery in women: a UK perspective. *J Clin Urol* [Internet]. 2013 Jan;6(1):4–9. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1875974212465578>
  98. Lovatsis D, Easton W, Wilkie D, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada Urogynaecology Committee. Guidelines for the evaluation and treatment of recurrent urinary incontinence following pelvic floor surgery. *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2010 Sep [cited 2017 Aug 13];32(9):893–904. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21050525>
  99. Smith ARB, Artibani W, Drake MJ. Managing unsatisfactory outcome after mid-urethral tape insertion. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2011 Jun;30(5):771–4. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.21090>
  100. Comiter C V. Surgery Insight: management of failed sling surgery for female stress urinary incontinence. *Nat Clin Pract Urol* [Internet]. 2006 Dec;3(12):666–74. Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1038/ncpuro0657>
  101. Villet R, Ercoli A, Atallah D, Hoffmann P, Salet-Lizee D. Second tension-free vaginal tape procedure and mesh retensioning: two possibilities of treatment of recurrent-persistent genuine stress urinary incontinence after a primary

- tension-free vaginal tape procedure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* [Internet]. 2002 Nov 1 [cited 2017 Aug 13];13(6):377–9. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s001920200083>
102. Nadeau G, Herschorn S. Management of recurrent stress incontinence following a sling. *Curr Urol Rep*. 2014;15(8).
  103. Senra C, Pereira MG. Quality of life in women with urinary incontinence. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2015 Apr [cited 2017 Aug 13];61(2):178–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26107369>
  104. Gotoh M. Quality of life assessment for patients with urinary incontinence. *Nagoya J Med Sci* [Internet]. 2007 Oct [cited 2017 Aug 13];69(3–4):123–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18351231>
  105. Hewison A, McCaughan D, Watt I. An evaluative review of questionnaires recommended for the assessment of quality of life and symptom severity in women with urinary incontinence. *J Clin Nurs* [Internet]. 2014 Nov [cited 2017 Aug 13];23(21–22):2998–3011. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24372609>
  106. Hewison A, McCaughan D, Watt I. Assessing quality of life with incontinence. *Nurs Times* [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 13];111(20):21–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26548261>
  107. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP). *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2016 Feb;35(2):137–68. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.22922>
  108. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2017 Feb 5 [cited 2017 Jul 11];28(2):191–213. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27921161>
  109. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. *JAMA* [Internet]. 2000 Apr 19 [cited 2017 Sep 14];283(15):2008–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10789670>

## ANEXOS

### Anexo 1. Estrategia de búsqueda

#### 8.1.1. Términos MeSH

Se encontraron los siguientes términos MeSH relacionados con la pregunta de investigación. Los términos con su definición según el US National Library of Medicine National Institutes of Health son:

- Urinary Incontinence.  
“Involuntary loss of URINE, such as leaking of urine. It is a symptom of various underlying pathological processes”.
- Urinary Incontinence, Urge.  
“Involuntary discharge of URINE that is associated with an abrupt and strong desire to void. It is usually related to the involuntary contractions of the detrusor muscle of the bladder (detrusor hyperreflexia or detrusor instability)”.
- Urinary Incontinence, Stress.  
“Involuntary discharge of URINE as a result of physical activities that increase abdominal pressure on the URINARY BLADDER without detrusor contraction or overdistended bladder. The subtypes are classified by the degree of leakage, descent and opening of the bladder neck and URETHRA without bladder contraction, and sphincter deficiency”.
- Urinary Tract.  
“The duct which conveys URINE from the pelvis of the KIDNEY through the URETERS, BLADDER, and URETHRA”.
- Lower Urinary Tract Symptoms.  
“Symptoms of disorders of the lower urinary tract including frequency, NOCTURIA; urgency, incomplete voiding, and URINARY INCONTINENCE. They are often associated with OVERACTIVE BLADDER; URINARY INCOMPETENCE; and INTERSTITIAL CYSTITIS. Lower urinary tract symptoms in males were traditionally called PROSTATISM”.
- Suburethral Slings.  
“Support structures, made from natural or synthetic materials, that are implanted below the URETHRA to treat URINARY STRESS INCONTINENCE”.
- Recurrence.  
“The return of a sign, symptom, or disease after a remission”.

- Treatment Failure.

“A measure of the quality of health care by assessment of unsuccessful results of management and procedures used in combating disease, in individual cases or series”.

#### Estrategia de Búsqueda Sling Pubovaginal

<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 1</b>																																									
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva																																								
<b>Base de datos</b>	MEDLINE																																								
<b>Plataforma</b>	Pubmed																																								
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017																																								
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite																																								
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No																																								
<b>Otros límites</b>	No																																								
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	<table border="1"> <tbody> <tr><td>#1</td><td>female</td></tr> <tr><td>#2</td><td>women</td></tr> <tr><td>#3</td><td>(#1 OR #2)</td></tr> <tr><td>#4</td><td>Urination Disorders</td></tr> <tr><td>#5</td><td>Urinary Incontinence</td></tr> <tr><td>#6</td><td>Urinary Incontinence, Urge</td></tr> <tr><td>#7</td><td>Urinary Incontinence, Stress</td></tr> <tr><td>#8</td><td>(#4 OR #5 OR #6 OR #7)</td></tr> <tr><td>#9</td><td>(#3 AND #8)</td></tr> <tr><td>#10</td><td>Suburethral Slings</td></tr> <tr><td>#11</td><td>tension free vaginal</td></tr> <tr><td>#12</td><td>tension free vaginal tape</td></tr> <tr><td>#13</td><td>Trans-Obturator Tape</td></tr> <tr><td>#14</td><td>sling incontinence</td></tr> <tr><td>#15</td><td>(#10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14)</td></tr> <tr><td>#16</td><td>pubovaginal sling</td></tr> <tr><td>#17</td><td>autologous fascial sling</td></tr> <tr><td>#18</td><td>(#16 OR #17)</td></tr> <tr><td>#19</td><td>(#15 AND #18)</td></tr> <tr><td>#20</td><td>(#9 AND #19)</td></tr> </tbody> </table>	#1	female	#2	women	#3	(#1 OR #2)	#4	Urination Disorders	#5	Urinary Incontinence	#6	Urinary Incontinence, Urge	#7	Urinary Incontinence, Stress	#8	(#4 OR #5 OR #6 OR #7)	#9	(#3 AND #8)	#10	Suburethral Slings	#11	tension free vaginal	#12	tension free vaginal tape	#13	Trans-Obturator Tape	#14	sling incontinence	#15	(#10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14)	#16	pubovaginal sling	#17	autologous fascial sling	#18	(#16 OR #17)	#19	(#15 AND #18)	#20	(#9 AND #19)
#1	female																																								
#2	women																																								
#3	(#1 OR #2)																																								
#4	Urination Disorders																																								
#5	Urinary Incontinence																																								
#6	Urinary Incontinence, Urge																																								
#7	Urinary Incontinence, Stress																																								
#8	(#4 OR #5 OR #6 OR #7)																																								
#9	(#3 AND #8)																																								
#10	Suburethral Slings																																								
#11	tension free vaginal																																								
#12	tension free vaginal tape																																								
#13	Trans-Obturator Tape																																								
#14	sling incontinence																																								
#15	(#10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14)																																								
#16	pubovaginal sling																																								
#17	autologous fascial sling																																								
#18	(#16 OR #17)																																								
#19	(#15 AND #18)																																								
#20	(#9 AND #19)																																								
<b>Resultados de busqueda</b>	415																																								
<b>Referencias</b>	10																																								

identificadas																							
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 2</b>																							
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva																						
<b>Base de datos</b>	Cochrane Library																						
<b>Plataforma</b>	Wiley																						
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017																						
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite																						
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No																						
<b>Otros límites</b>	No																						
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	<table border="1"> <tr> <td>#1</td> <td>recurrent stress urinary incontinence</td> </tr> <tr> <td>#2</td> <td>failed minimally invasive synthetic suburethral tape surgery</td> </tr> <tr> <td>#3</td> <td>reoperation of surgically treated urinary incontinence</td> </tr> <tr> <td>#4</td> <td>Sling Failures</td> </tr> <tr> <td>#5</td> <td>failed sling surgery</td> </tr> <tr> <td>#6</td> <td>#1 or #2 or #3 or #4 or #5</td> </tr> <tr> <td>#7</td> <td>pubovaginal sling</td> </tr> <tr> <td>#8</td> <td>autologous fascial sling</td> </tr> <tr> <td>#9</td> <td>bladder neck sling</td> </tr> <tr> <td>#10</td> <td>#7 or #8 or #9</td> </tr> <tr> <td>#11</td> <td>#6 and #10</td> </tr> </table>	#1	recurrent stress urinary incontinence	#2	failed minimally invasive synthetic suburethral tape surgery	#3	reoperation of surgically treated urinary incontinence	#4	Sling Failures	#5	failed sling surgery	#6	#1 or #2 or #3 or #4 or #5	#7	pubovaginal sling	#8	autologous fascial sling	#9	bladder neck sling	#10	#7 or #8 or #9	#11	#6 and #10
#1	recurrent stress urinary incontinence																						
#2	failed minimally invasive synthetic suburethral tape surgery																						
#3	reoperation of surgically treated urinary incontinence																						
#4	Sling Failures																						
#5	failed sling surgery																						
#6	#1 or #2 or #3 or #4 or #5																						
#7	pubovaginal sling																						
#8	autologous fascial sling																						
#9	bladder neck sling																						
#10	#7 or #8 or #9																						
#11	#6 and #10																						
<b>Resultados de búsqueda</b>	34																						
<b>Referencias identificadas adicionales</b>	1																						
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 3</b>																							
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva																						
<b>Base de datos</b>	Embase																						
<b>Plataforma</b>	Elsevier																						
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017																						
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite																						
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No																						
<b>Otros límites</b>	No																						

<p><b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b></p>	<p>#1</p>	<p>"female'/exp OR  'urination disorders surgery'/exp OR  'bladder incontinence'/exp OR  'bladder incontinence' OR  'incontinence, urine'/exp OR  'incontinence, urine' OR  'incontinentia urinae'/exp OR  'incontinentia urinae' OR  'urinary incontinence'/exp OR  'urinary incontinence' OR  'urinary leakage'/exp OR  'urinary leakage' OR  'urine bladder incontinence'/exp OR  'urine bladder incontinence' OR  'urine incontinence'/exp OR  'urine incontinence' OR  'urine leakage'/exp OR  'urine leakage' OR  'wetting, urine'/exp OR  'wetting, urine' OR  'secur'/exp OR  'secur' OR  'stratisis'/exp OR  'stratisis' OR  'suspend (device)'/exp OR  'suspend (device)' OR  'tvt sling'/exp OR  'tvt sling' OR  'tvt slings'/exp OR  'tvt slings' OR  'retropic tension free sling'/exp OR  'retropic tension free sling' OR  'retropic tension free slings'/exp OR  'retropic tension free slings' OR  'tension free transvaginal tape'/exp OR  'tension free transvaginal tape' OR  'tension free vaginal sling'/exp OR  'tension free vaginal sling' OR  'tension free vaginal slings'/exp OR  'tension free vaginal slings' OR  'tension free vaginal tape'/exp OR  'tension free vaginal tape' OR  'tension free vaginal tapes'/exp OR  'tension free vaginal tapes' OR  'disease recurrence'/exp OR  'disease recurrence' OR</p>
---	-----------	--

		'periodic disease'/exp OR 'periodic disease' OR 'recurrence'/exp OR 'recurrence' OR 'recurrent disease'/exp OR 'recurrent disease' OR 'relapsing disease'/exp OR 'relapsing disease' OR 'symptom flare up'/exp OR 'symptom flare up'"
	#2	"tension free vaginal tape'/exp OR 'secur' OR 'stratasis' OR 'suspend (device)' OR 'vt sling' OR 'vt slings' OR 'retropubic tension free sling' OR 'retropubic tension free slings' OR 'tension free transvaginal tape' OR 'tension free vaginal sling' OR 'tension free vaginal slings' OR 'tension free vaginal tape' OR 'tension free vaginal tapes'"
	#3	"sling surgery'/exp OR 'pubovaginal sling'/exp OR 'pubovaginal sling' OR 'pubovaginal slings' OR 'pubovaginal sling procedure'/exp OR 'pvs procedure (pubovaginal sling procedure)' OR 'inguino-vaginal sling method' OR 'pubo-vaginal sling procedure' OR 'pubovaginal sling procedure' OR 'pubovaginal sling surgery' OR 'pubovaginal sling technique' OR 'vaginal sling procedure' OR 'vaginal sling surgery'"
	#4	#2 AND #3
	#5	#4 AND #1
<b>Resultados de búsqueda</b>	de	125
<b>Referencias identificadas adicionales</b>		6
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 4</b>		
<b>Tipo de búsqueda</b>		Nueva

<b>Base de datos</b>	LILACS																																
<b>Plataforma</b>	Bireme																																
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017																																
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite																																
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No																																
<b>Otros límites</b>	NO																																
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	(tw:(bladder neck sling )) OR (tw:(autologous fascial sling )) OR (tw:(pubovaginal sling ))																																
<b>Resultados de búsqueda</b>	23																																
<b>Referencias identificadas adicionales</b>	0																																
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 5</b>																																	
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva																																
<b>Base de datos</b>																																	
<b>Plataforma</b>	OVID																																
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017																																
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite																																
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No																																
<b>Otros límites</b>	No																																
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>female</td></tr> <tr><td>2</td><td>women</td></tr> <tr><td>3</td><td>(1 OR 2)</td></tr> <tr><td>4</td><td>Urination Disorders</td></tr> <tr><td>5</td><td>Urinary Incontinence</td></tr> <tr><td>6</td><td>Urinary Incontinence, Urge</td></tr> <tr><td>7</td><td>Urinary Incontinence, Stress</td></tr> <tr><td>8</td><td>(4 OR 5 OR 6 OR 7)</td></tr> <tr><td>9</td><td>(3 AND 8)</td></tr> <tr><td>10</td><td>Suburethral Slings</td></tr> <tr><td>11</td><td>tension free vaginal</td></tr> <tr><td>12</td><td>tension free vaginal tape</td></tr> <tr><td>13</td><td>Trans-Obturator Tape</td></tr> <tr><td>14</td><td>sling incontinence</td></tr> <tr><td>15</td><td>(10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14)</td></tr> <tr><td>16</td><td>pubovaginal sling</td></tr> </table>	1	female	2	women	3	(1 OR 2)	4	Urination Disorders	5	Urinary Incontinence	6	Urinary Incontinence, Urge	7	Urinary Incontinence, Stress	8	(4 OR 5 OR 6 OR 7)	9	(3 AND 8)	10	Suburethral Slings	11	tension free vaginal	12	tension free vaginal tape	13	Trans-Obturator Tape	14	sling incontinence	15	(10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14)	16	pubovaginal sling
1	female																																
2	women																																
3	(1 OR 2)																																
4	Urination Disorders																																
5	Urinary Incontinence																																
6	Urinary Incontinence, Urge																																
7	Urinary Incontinence, Stress																																
8	(4 OR 5 OR 6 OR 7)																																
9	(3 AND 8)																																
10	Suburethral Slings																																
11	tension free vaginal																																
12	tension free vaginal tape																																
13	Trans-Obturator Tape																																
14	sling incontinence																																
15	(10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14)																																
16	pubovaginal sling																																

	17	autologous fascial sling	
	18	(16 OR 17)	
	19	(15 AND 18)	
	20	(9 AND 19)	
<b>Resultados de búsqueda</b>	166		
<b>Referencias encontradas</b>	2		
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 6</b>			
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva		
<b>Base de datos</b>	Clinicaltrials.gov		
<b>Plataforma</b>			
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017		
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite		
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No		
<b>Otros límites</b>	No		
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	"pubovaginal sling" OR "autologous fascial sling"		
<b>Resultados de búsqueda</b>	5		
<b>Referencias identificadas adicionales</b>	0		

Estrategia de Búsqueda TVT/TOT

<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 1</b>			
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva		
<b>Base de datos</b>	MEDLINE		
<b>Plataforma</b>	Pubmed		
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017		
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite		
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No		
<b>Otros límites</b>	No		
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	#1	female	
	#2	women	

	#3	(#1 OR #2)	
	#4	Urination Disorders	
	#5	Urinary Incontinence	
	#6	Urinary Incontinence, Urge	
	#7	Urinary Incontinence, Stress	
	#8	(#4 OR #5 OR #6 OR #7)	
	#9	recurrence	
	#10	recurrent	
	#11	failed	
	#12	second line treatment	
	#13	treatment failure	
	#14	(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)	
	#15	(#8 AND #14)	
	#16	(#3 AND #15)	
	#17	Suburethral Slings	
	#18	tension free vaginal mesh	
	#19	tension free vaginal tape	
	#20	Trans-Obturator Tape	
	#21	sling incontinence	
	#22	(#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21)	
	#23	(#16 AND #22)	
<b>Resultados de búsqueda</b>	1068		
<b>Referencias identificadas</b>	27		
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 2</b>			
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva		
<b>Base de datos</b>	Cochrane Library		
<b>Plataforma</b>	Wiley		
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017		
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite		
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No		
<b>Otros límites</b>	No		
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	#1	recurrent stress urinary incontinence	
	#2	failed minimally invasive synthetic suburethral tape	

		surgery	
	#3	Sling Failures	
	#4	failed sling surgery	
	#5	operation of surgically treated urinary incontinence	
	#6	#1 or #2 or #3 or #4 or #5	
	#7	Suburethral Slings	
	#8	tension free vaginal mesh	
	#9	tension free vaginal tape	
	#10	Trans-Obturator Tape	
	#11	sling incontinence	
	#12	#7 or #8 or #9 or #10 or #11	
	#13	#6 and #12	
<b>Resultados de búsqueda</b>	de	92	
<b>Referencias identificadas adicionales</b>		2	
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 3</b>			
<b>Tipo de búsqueda</b>		Nueva	
<b>Base de datos</b>		Embase	
<b>Plataforma</b>		Elsevier	
<b>Fecha de búsqueda</b>	de	13/05/2017	
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>		Sin límite	
<b>Restricciones de lenguaje</b>	de	No	
<b>Otros límites</b>		No	
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	de	#1	"'female'/exp OR 'women`s health'/exp" OR

		"urine incontinence'/exp OR 'incontinence, stress'/exp OR 'incontinence, stress' OR 'stress incontinence'/exp OR 'stress incontinence' OR 'stress urinary incontinence'/exp OR 'stress urinary incontinence' OR 'stress urine incontinence'/exp OR 'stress urine incontinence' OR 'urinary incontinence, stress'/exp OR 'urinary incontinence, stress' OR 'urinary stress incontinence'/exp OR 'urinary stress incontinence' OR 'urine stress incontinence'/exp OR 'urine stress incontinence' OR 'incontinence, urge'/exp OR 'incontinence, urge' OR 'urge incontinence'/exp OR 'urge incontinence' OR 'urge urinary incontinence'/exp OR 'urge urinary incontinence' OR 'urge urine incontinence'/exp OR 'urge urine incontinence' OR 'urinary incontinence, urge'/exp OR 'urinary incontinence, urge' OR 'urinary urge incontinence'/exp OR 'urinary urge incontinence' OR 'urine urge incontinence'/exp OR 'urine urge incontinence'"
	#2	
	#3	#3,"failure'/exp OR 'recurrent disease'/exp OR 'disease recurrence' OR 'periodic disease' OR 'recurrence' OR 'recurrent disease' OR 'relapsing disease' OR 'symptom flare up' OR persistent"
	#4	#2 AND #3
	#5	#1 AND #4

		<p>"argus (device)'/exp OR  'argus (device)' OR  'atoms (device)'/exp OR  'atoms (device)' OR  'advance xp'/'exp OR  'advance xp' OR  'miniarc'/'exp OR  'miniarc' OR  'nazca tc'/'exp OR  'nazca tc' OR  'ophira'/'exp OR  'ophira' OR  'remeex'/'exp OR  'remeex' OR  'uropatch'/'exp OR  'uropatch' OR  'virtue (device)'/exp OR  'virtue (device)' OR  'mid-urethral sling'/'exp OR  'mid-urethral sling' OR  'mid-urethral slings'/'exp OR  'mid-urethral slings' OR  'mid-urethral tape'/'exp OR  'mid-urethral tape' OR  'mid-urethral tapes'/'exp OR  'mid-urethral tapes' OR  'midurethral sling'/'exp OR  'midurethral sling' OR  'midurethral slings'/'exp OR  'midurethral slings' OR  'midurethral tape'/'exp OR  'midurethral tape' OR  'midurethral tapes'/'exp OR  'midurethral tapes' OR  'sub-urethral sling'/'exp OR  'sub-urethral sling' OR  'sub-urethral slings'/'exp OR  'sub-urethral slings' OR  'sub-urethral tape'/'exp OR  'sub-urethral tape' OR  'sub-urethral tapes'/'exp OR  'sub-urethral tapes' OR  'suburethral sling'/'exp OR  'suburethral sling' OR  'suburethral slingplasty'/'exp OR  'suburethral slingplasty' OR  'suburethral slings'/'exp OR</p>
	#6	

		'suburethral slings' OR 'suburethral tape'/exp OR 'suburethral tape' OR 'suburethral tapes'/exp OR 'suburethral tapes' OR 'tension free sling'/exp OR 'tension free sling' OR 'tension free slings'/exp OR 'tension free slings'"
	#7	#5 AND #6
<b>Resultados de búsqueda</b>	de	776
<b>Referencias identificadas adicionales</b>		23
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 4</b>		
<b>Tipo de búsqueda</b>		Nueva
<b>Base de datos</b>		LILACS
<b>Plataforma</b>		Bireme
<b>Fecha de búsqueda</b>	de	13/05/2017
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>		Sin límite
<b>Restricciones de lenguaje</b>	de	No
<b>Otros límites</b>		NO
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	de	(tw:(suburethral sling)) OR (tw:(tension free vaginal mesh )) OR (tw:(tension free vaginal tape )) OR (tw:(Trans-Obturator Tape )) OR (tw:(sling incontinence ))
<b>Resultados de búsqueda</b>	de	144
<b>Referencias identificadas adicionales</b>		2
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 5</b>		
<b>Tipo de búsqueda</b>		Nueva
<b>Base de datos</b>		
<b>Plataforma</b>		OVID
<b>Fecha de búsqueda</b>	de	13/05/2017

<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite	
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No	
<b>Otros límites</b>	No	
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	#1	female
	#2	women
	#3	(#1 OR #2)
	#4	Urination Disorders
	#5	Urinary Incontinence
	#6	Urinary Incontinence, Urge
	#7	Urinary Incontinence, Stress
	#8	(#4 OR #5 OR #6 OR #7)
	#9	recurrence
	#10	recurrent
	#11	failed
	#12	second line treatment
	#13	treatment failure
	#14	(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)
	#15	(#8 AND #14)
	#16	(#3 AND #15)
	#17	Suburethral Slings
	#18	tension free vaginal mesh
	#19	tension free vaginal tape
	#20	Trans-Obturator Tape
	#21	sling incontinence
	#22	(#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21)
	#23	(#16 AND #22)
<b>Resultados de busqueda</b>	1926	
<b>Referencias encontradas adicionales</b>	9	
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 6</b>		
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva	
<b>Base de datos</b>	Clinicaltrials.gov	
<b>Plataforma</b>		
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017	

<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No
<b>Otros límites</b>	No
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	Suburethral Slings OR tension free vaginal mesh OR tension free vaginal tape OR Trans-Obturator Tape OR sling incontinence
<b>Resultados de búsqueda</b>	153
<b>Referencias identificadas adicionales</b>	0
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 7</b>	
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva
<b>Base de datos</b>	
<b>Plataforma</b>	ScienceDirect
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No
<b>Otros límites</b>	No
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	Suburethral Slings OR tension free vaginal mesh OR tension free vaginal tape OR Trans-Obturator Tape OR sling incontinence
<b>Resultados de búsqueda</b>	902
<b>Referencias identificadas adicionales</b>	1

Estrategia de Búsqueda Terapia de Piso Pélvico

<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 1</b>	
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva
<b>Base de datos</b>	MEDLINE
<b>Plataforma</b>	Pubmed

<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017	
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite	
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No	
<b>Otros límites</b>	No	
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	#1	female
	#2	women
	#3	(#1 OR #2)
	#4	Urination Disorders
	#5	Urinary Incontinence
	#6	Urinary Incontinence, Urge
	#7	Urinary Incontinence, Stress
	#8	(#4 OR #5 OR #6 OR #7)
	#9	recurrence
	#10	recurrent
	#11	failed
	#12	second line treatment
	#13	treatment failure
	#14	(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)
	#15	(#8 AND #14)
	#16	(#3 AND #15)
	#17	pelvic floor rehabilitation program
	#18	biofeedback
	#19	functional electrical stimulation
	#20	pelvic floor muscles exercises
	#21	vaginal cones
	#22	PELVIC FLOOR PHYSICAL THERAPY
	#23	PHYSICAL THERAPY
	#24	Rehabilitation
	#25	Neurofeedback
	#26	Biofeedback, Psychology
	#27	(#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR # 23 OR #24 OR #24 OR #26)
	#28	(#16 AND #27)
<b>Resultados de búsqueda</b>	978	

<b>Referencias identificadas</b>	2	
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 2</b>		
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva	
<b>Base de datos</b>	Cochrane Library	
<b>Plataforma</b>	Wiley	
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017	
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite	
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No	
<b>Otros límites</b>	No	
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	#1	recurrent stress urinary incontinence
	#2	failed minimally invasive synthetic suburethral tape surgery
	#3	Sling Failures
	#4	failed sling surgery
	#5	operation of surgically treated urinary incontinence
	#6	#1 or #2 or #3 or #4 or #5
	#7	pelvic floor rehabilitation program
	#8	biofeedback
	#9	functional electrical stimulation
	#10	pelvic floor muscles exercises
	#11	vaginal cones
	#12	PELVIC FLOOR PHYSICAL THERAPY
	#13	PHYSICAL THERAPY
	#14	Rehabilitation
	#15	Neurofeedback
	#16	Biofeedback, Psychology
	#17	#7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16
	#18	#6 and #17
<b>Resultados de búsqueda</b>	6	
<b>Referencias identificadas</b>	0	

<b>adicionales</b>		
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 3</b>		
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva	
<b>Base de datos</b>	Embase	
<b>Plataforma</b>	Elsevier	
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017	
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite	
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No	
<b>Otros límites</b>	No	
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	#1	"female'/exp OR 'women`s health'/exp"
	#2	"urine incontinence'/exp OR 'incontinence, stress'/exp OR 'incontinence, stress' OR 'stress incontinence'/exp OR 'stress incontinence' OR 'stress urinary incontinence'/exp OR 'stress urinary incontinence' OR 'stress urine incontinence'/exp OR 'stress urine incontinence' OR 'urinary incontinence, stress'/exp OR 'urinary incontinence, stress' OR 'urinary stress incontinence'/exp OR 'urinary stress incontinence' OR 'urine stress incontinence'/exp OR 'urine stress incontinence' OR 'incontinence, urge'/exp OR 'incontinence, urge' OR 'urge incontinence'/exp OR 'urge incontinence' OR 'urge urinary incontinence'/exp OR 'urge urinary incontinence' OR 'urge urine incontinence'/exp OR 'urge urine incontinence' OR 'urinary incontinence, urge'/exp OR 'urinary incontinence, urge' OR 'urinary urge incontinence'/exp OR 'urinary urge incontinence' OR 'urine urge incontinence'/exp OR

		'urine urge incontinence''	
	#3	""failure'/exp OR 'recurrent disease'/exp OR 'disease recurrence' OR 'periodic disease' OR 'recurrence' OR 'recurrent disease' OR 'relapsing disease' OR 'symptom flare up' OR persistent"	
	#4	#2 AND #3	
	#5	#1 AND #4	
	#6	""pelvic'/exp OR pelvic AND floor AND (rehabilitation'/exp OR rehabilitation) AND (program'/exp OR program) OR 'biofeedback'/exp OR biofeedback OR functional AND electrical AND (stimulation'/exp OR stimulation) OR 'pelvic'/exp OR pelvic AND floor AND (muscles'/exp OR muscles) AND exercises OR vaginal AND cones OR 'pelvic'/exp OR pelvic AND floor AND physical AND (therapy'/exp OR therapy) OR physical AND (therapy'/exp OR therapy) OR 'rehabilitation'/exp OR rehabilitation OR 'neurofeedback'/exp OR neurofeedback"	
	#7	#5 AND #6	
<b>Resultados de búsqueda</b>	311		
<b>Referencias identificadas adicionales</b>	1		
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 4</b>			
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva		
<b>Base de datos</b>	LILACS		
<b>Plataforma</b>	Bireme		
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017		
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite		
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No		
<b>Otros límites</b>	NO		

<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	<p>#1: ((tw:(Urination Disorders)) OR (tw:(Urinary Incontinence)) OR (tw:(Urinary Incontinence Urge)) OR (tw:(Urinary Incontinence Stress)))</p> <p>#2: ((tw:(recurrence)) OR (tw:(recurrent)) OR (tw:(failed)) OR (tw:(second line treatment)) OR (tw:(treatment failure))))</p> <p>#3: #1 AND #2</p> <p>#4: (tw:(tw:(pelvic floor rehabilitation program)) OR (tw:(biofeedback)) OR (tw:(functional electrical stimulation)) OR (tw:(pelvic floor muscles exercises)) OR (tw:(vaginal cones)) OR (tw:(PELVIC FLOOR PHYSICAL THERAPY)) OR (tw:(PHYSICAL THERAPY)) OR (tw:(Rehabilitation)) OR (tw:(Neurofeedback)) OR (tw:(Biofeedback Psychology))))</p> <p>#5: #3 AND #4</p>	
<b>Resultados de búsqueda</b>	33	
<b>Referencias identificadas adicionales</b>	0	
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 5</b>		
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva	
<b>Base de datos</b>		
<b>Plataforma</b>	OVID	
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017	
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite	
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No	
<b>Otros límites</b>	No	
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	#1	female
	#2	women
	#3	(#1 OR #2)
	#4	Urination Disorders
	#5	Urinary Incontinence
	#6	Urinary Incontinence, Urge
	#7	Urinary Incontinence, Stress
	#8	(#4 OR #5 OR #6 OR #7)

	#9	recurrence	
	#10	recurrent	
	#11	failed	
	#12	second line treatment	
	#13	treatment failure	
	#14	(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)	
	#15	(#8 AND #14)	
	#16	(#3 AND #15)	
	#17	pelvic floor rehabilitation program	
	#18	biofeedback	
	#19	functional electrical stimulation	
	#20	pelvic floor muscles exercises	
	#21	vaginal cones	
	#22	PELVIC FLOOR PHYSICAL THERAPY	
	#23	PHYSICAL THERAPY	
	#24	Rehabilitation	
	#25	Neurofeedback	
	#26	Biofeedback, Psychology	
	#27	(#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR # 23 OR #24 OR #24 OR #26)	
	#28	(#16 AND #27)	
<b>Resultados de búsqueda</b>	2208		
<b>Referencias encontradas adicionales</b>	1		
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 6</b>			
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva		
<b>Base de datos</b>	Clinicaltrials.gov		
<b>Plataforma</b>			
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017		
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite		
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No		
<b>Otros límites</b>	No		

<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	<p>#1: (female OR women)</p> <p>#2: (Urination Disorders OR Urinary Incontinence OR Urinary Incontinence Urge OR Urinary Incontinence, Stress)</p> <p>#3: (recurrence OR recurrent OR failed OR second line treatment OR treatment failure)</p> <p>#4: #2 AND #3</p> <p>#5: #4 AND #1</p> <p>#6: (pelvic floor rehabilitation program OR biofeedback OR functional electrical stimulation OR pelvic floor muscles exercises OR vaginal cones OR PELVIC FLOOR PHYSICAL THERAPY OR PHYSICAL THERAPY OR Rehabilitation OR Neurofeedback OR Biofeedback Psychology)</p> <p>#7: #5 AND #6</p>
<b>Resultados de búsqueda</b>	18
<b>Referencias identificadas adicionales</b>	0

#### Estrategia de Búsqueda Agentes Abultantes

Reporte de búsqueda electrónica No. # 1		
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva	
<b>Base de datos</b>	MEDLINE	
<b>Plataforma</b>	Pubmed	
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017	
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite	
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No	
<b>Otros límites</b>	No	
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	#1	female
	#2	women
	#3	(#1 OR #2)
	#4	Urination Disorders

	#5	Urinary Incontinence
	#6	Urinary Incontinence, Urge
	#7	Urinary Incontinence, Stress
	#8	(#4 OR #5 OR #6 OR #7)
	#9	recurrence
	#10	recurrent
	#11	failed
	#12	second line treatment
	#13	treatment failure
	#14	(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)
	#15	(#8 AND #14)
	#16	(#3 AND #15)
	#17	Urethral bulking agent therapy
	#18	bulking agent
	#19	bulkamid
	#20	polyacrylamide
	#21	Polydimethylsiloxane
	#22	Urethral injection therapy
	#23	injection therapy
	#24	(#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23)
	#25	(#16 AND #24)
<b>Resultados de búsqueda</b>	288	
<b>Referencias identificadas</b>	10	
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 2</b>		
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva	
<b>Base de datos</b>	Cochrane Library	
<b>Plataforma</b>	Wiley	
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017	
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite	
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No	
<b>Otros límites</b>	No	
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	#1	recurrent stress urinary incontinence
	#2	failed minimally invasive synthetic suburethral tape surgery
	#3	Sling Failures

	#4	failed sling surgery
	#5	operation of surgically treated urinary incontinence
	#6	#1 or #2 or #3 or #4 or #5
	#7	Urethral bulking agent therapy
	#8	bulking agent
	#9	bulkamid
	#10	polyacrylamide
	#11	Polydimethylsiloxane
	#12	Urethral injection therapy
	#13	#7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12
	#14	#6 and #13
<b>Resultados de búsqueda</b>	18	
<b>Referencias identificadas adicionales</b>	0	
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 3</b>		
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva	
<b>Base de datos</b>	Embase	
<b>Plataforma</b>	Elsevier	
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017	
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite	
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No	
<b>Otros límites</b>	No	
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	#1	female
	#2	women
	#3	(#1 OR #2)
	#4	Urination Disorders
	#5	Urinary Incontinence
	#6	Urinary Incontinence, Urge
	#7	Urinary Incontinence, Stress
	#8	(#4 OR #5 OR #6 OR #7)
	#9	recurrence
	#10	recurrent
	#11	failed
	#12	second line treatment
	#13	treatment failure

	#14	(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)
	#15	(#8 AND #14)
	#16	(#3 AND #15)
	#17	Urethral bulking agent therapy
	#18	bulking agent
	#19	bulkamid
	#20	polyacrylamide
	#21	Polydimethylsiloxane
	#22	Urethral injection therapy
	#23	injection therapy
	#24	(#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23)
	#25	(#16 AND #24)
<b>Resultados de búsqueda</b>	de	406
<b>Referencias identificadas adicionales</b>		8
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 4</b>		
<b>Tipo de búsqueda</b>		Nueva
<b>Base de datos</b>		LILACS
<b>Plataforma</b>		Bireme
<b>Fecha de búsqueda</b>	de	13/05/2017
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>		Sin límite
<b>Restricciones de lenguaje</b>	de	No
<b>Otros límites</b>		NO
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	de	(tw:(Urethral bulking agent therapy)) OR (tw:(bulking agent)) OR (tw:(bulkamid)) OR (tw:(Urethral injection therapy))
<b>Resultados de búsqueda</b>	de	12
<b>Referencias identificadas adicionales</b>		1
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 5</b>		
<b>Tipo de búsqueda</b>		Nueva
<b>Base de datos</b>		
<b>Plataforma</b>		OVID
<b>Fecha de</b>	de	13/05/2017

<b>búsqueda</b>																																																			
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite																																																		
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No																																																		
<b>Otros límites</b>	No																																																		
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>female</td></tr> <tr><td>2</td><td>women</td></tr> <tr><td>3</td><td>(1 or 2)</td></tr> <tr><td>4</td><td>Urination Disorders</td></tr> <tr><td>5</td><td>Urinary Incontinence</td></tr> <tr><td>6</td><td>Urinary Incontinence, Urge</td></tr> <tr><td>7</td><td>Urinary Incontinence, Stress</td></tr> <tr><td>8</td><td>(4 or 5 or 6 or 7)</td></tr> <tr><td>9</td><td>recurrence</td></tr> <tr><td>10</td><td>recurrent</td></tr> <tr><td>11</td><td>failed</td></tr> <tr><td>12</td><td>second line treatment</td></tr> <tr><td>13</td><td>treatment failure</td></tr> <tr><td>14</td><td>(9 or 10 or 11 or 12 or 13)</td></tr> <tr><td>15</td><td>(8 and 14)</td></tr> <tr><td>16</td><td>(3 and 15)</td></tr> <tr><td>17</td><td>Urethral bulking agent therapy</td></tr> <tr><td>18</td><td>bulking agent</td></tr> <tr><td>19</td><td>bulkamid</td></tr> <tr><td>20</td><td>polyacrylamide</td></tr> <tr><td>21</td><td>Polydimethylsiloxane</td></tr> <tr><td>22</td><td>Urethral injection therapy</td></tr> <tr><td>23</td><td>injection therapy</td></tr> <tr><td>24</td><td>(17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23)</td></tr> <tr><td>25</td><td>(16 and 24)</td></tr> </table>	1	female	2	women	3	(1 or 2)	4	Urination Disorders	5	Urinary Incontinence	6	Urinary Incontinence, Urge	7	Urinary Incontinence, Stress	8	(4 or 5 or 6 or 7)	9	recurrence	10	recurrent	11	failed	12	second line treatment	13	treatment failure	14	(9 or 10 or 11 or 12 or 13)	15	(8 and 14)	16	(3 and 15)	17	Urethral bulking agent therapy	18	bulking agent	19	bulkamid	20	polyacrylamide	21	Polydimethylsiloxane	22	Urethral injection therapy	23	injection therapy	24	(17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23)	25	(16 and 24)
1	female																																																		
2	women																																																		
3	(1 or 2)																																																		
4	Urination Disorders																																																		
5	Urinary Incontinence																																																		
6	Urinary Incontinence, Urge																																																		
7	Urinary Incontinence, Stress																																																		
8	(4 or 5 or 6 or 7)																																																		
9	recurrence																																																		
10	recurrent																																																		
11	failed																																																		
12	second line treatment																																																		
13	treatment failure																																																		
14	(9 or 10 or 11 or 12 or 13)																																																		
15	(8 and 14)																																																		
16	(3 and 15)																																																		
17	Urethral bulking agent therapy																																																		
18	bulking agent																																																		
19	bulkamid																																																		
20	polyacrylamide																																																		
21	Polydimethylsiloxane																																																		
22	Urethral injection therapy																																																		
23	injection therapy																																																		
24	(17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23)																																																		
25	(16 and 24)																																																		
<b>Resultados de búsqueda</b>	76																																																		
<b>Referencias encontradas adicionales</b>	0																																																		
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 6</b>																																																			
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva																																																		

<b>Base de datos</b>	Clinicaltrials.gov
<b>Plataforma</b>	
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No
<b>Otros límites</b>	No
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	#1: (Urination Disorders OR Urinary Incontinence OR Urinary Incontinence Urge OR Urinary Incontinence, Stress) #2: (recurrence OR recurrent OR failed OR second line treatment OR treatment failure) #3: #1 AND #2 #4: (Urethral bulking agent therapy OR bulking agent OR bulkamid OR polyacrylamide OR Polydimethylsiloxane OR Urethral injection therapy OR injection therapy) #5: #3 AND #4
<b>Resultados de búsqueda</b>	16
<b>Referencias identificadas adicionales</b>	0

#### Estrategia de Búsqueda Cintas Ajustables

<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 1</b>	
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva
<b>Base de datos</b>	MEDLINE
<b>Plataforma</b>	Pubmed
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite
<b>Restricciones</b>	No

<b>de lenguaje</b>																																																							
<b>Otros límites</b>	No																																																						
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	<table border="1"> <tr><td>#1</td><td>female</td></tr> <tr><td>#2</td><td>women</td></tr> <tr><td>#3</td><td>(#1 OR #2)</td></tr> <tr><td>#4</td><td>Urination Disorders</td></tr> <tr><td>#5</td><td>Urinary Incontinence</td></tr> <tr><td>#6</td><td>Urinary Incontinence, Urge</td></tr> <tr><td>#7</td><td>Urinary Incontinence, Stress</td></tr> <tr><td>#8</td><td>(#4 OR #5 OR #6 OR #7)</td></tr> <tr><td>#9</td><td>recurrence</td></tr> <tr><td>#10</td><td>recurrent</td></tr> <tr><td>#11</td><td>failed</td></tr> <tr><td>#12</td><td>second line treatment</td></tr> <tr><td>#13</td><td>treatment failure</td></tr> <tr><td>#14</td><td>(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)</td></tr> <tr><td>#15</td><td>(#8 AND #14)</td></tr> <tr><td>#16</td><td>(#3 AND #15)</td></tr> <tr><td>#17</td><td>Readjustable sling</td></tr> <tr><td>#18</td><td>adjustable tension sling</td></tr> <tr><td>#19</td><td>Adjustable Continence Therapy</td></tr> <tr><td>#20</td><td>REMEEEX</td></tr> <tr><td>#21</td><td>suburethral tension adjustable sling</td></tr> <tr><td>#22</td><td>Adjustable midurethral slings</td></tr> <tr><td>#23</td><td>postoperative adjustment of sling tension</td></tr> <tr><td>#24</td><td>AMI adjustable sling</td></tr> <tr><td>#25</td><td>adjustable sling</td></tr> <tr><td>#26</td><td>(#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25)</td></tr> <tr><td>#27</td><td>(#16 AND #26)</td></tr> </table>	#1	female	#2	women	#3	(#1 OR #2)	#4	Urination Disorders	#5	Urinary Incontinence	#6	Urinary Incontinence, Urge	#7	Urinary Incontinence, Stress	#8	(#4 OR #5 OR #6 OR #7)	#9	recurrence	#10	recurrent	#11	failed	#12	second line treatment	#13	treatment failure	#14	(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)	#15	(#8 AND #14)	#16	(#3 AND #15)	#17	Readjustable sling	#18	adjustable tension sling	#19	Adjustable Continence Therapy	#20	REMEEEX	#21	suburethral tension adjustable sling	#22	Adjustable midurethral slings	#23	postoperative adjustment of sling tension	#24	AMI adjustable sling	#25	adjustable sling	#26	(#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25)	#27	(#16 AND #26)
#1	female																																																						
#2	women																																																						
#3	(#1 OR #2)																																																						
#4	Urination Disorders																																																						
#5	Urinary Incontinence																																																						
#6	Urinary Incontinence, Urge																																																						
#7	Urinary Incontinence, Stress																																																						
#8	(#4 OR #5 OR #6 OR #7)																																																						
#9	recurrence																																																						
#10	recurrent																																																						
#11	failed																																																						
#12	second line treatment																																																						
#13	treatment failure																																																						
#14	(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)																																																						
#15	(#8 AND #14)																																																						
#16	(#3 AND #15)																																																						
#17	Readjustable sling																																																						
#18	adjustable tension sling																																																						
#19	Adjustable Continence Therapy																																																						
#20	REMEEEX																																																						
#21	suburethral tension adjustable sling																																																						
#22	Adjustable midurethral slings																																																						
#23	postoperative adjustment of sling tension																																																						
#24	AMI adjustable sling																																																						
#25	adjustable sling																																																						
#26	(#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25)																																																						
#27	(#16 AND #26)																																																						
<b>Resultados de búsqueda</b>	52																																																						
<b>Referencias identificadas</b>	5																																																						
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 2</b>																																																							
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva																																																						
<b>Base de datos</b>	Cochrane Library																																																						
<b>Plataforma</b>	Wiley																																																						
<b>Fecha de</b>	13/05/2017																																																						

<b>búsqueda</b>																																																							
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite																																																						
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No																																																						
<b>Otros límites</b>	No																																																						
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	<table border="1"> <tr><td>#1</td><td>female</td></tr> <tr><td>#2</td><td>women</td></tr> <tr><td>#3</td><td>(#1 OR #2)</td></tr> <tr><td>#4</td><td>Urination Disorders</td></tr> <tr><td>#5</td><td>Urinary Incontinence</td></tr> <tr><td>#6</td><td>Urinary Incontinence, Urge</td></tr> <tr><td>#7</td><td>Urinary Incontinence, Stress</td></tr> <tr><td>#8</td><td>(#4 OR #5 OR #6 OR #7)</td></tr> <tr><td>#9</td><td>recurrence</td></tr> <tr><td>#10</td><td>recurrent</td></tr> <tr><td>#11</td><td>failed</td></tr> <tr><td>#12</td><td>second line treatment</td></tr> <tr><td>#13</td><td>treatment failure</td></tr> <tr><td>#14</td><td>(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)</td></tr> <tr><td>#15</td><td>(#8 AND #14)</td></tr> <tr><td>#16</td><td>(#3 AND #15)</td></tr> <tr><td>#17</td><td>Readjustable sling</td></tr> <tr><td>#18</td><td>adjustable tension sling</td></tr> <tr><td>#19</td><td>Adjustable Continence Therapy</td></tr> <tr><td>#20</td><td>REMEEEX</td></tr> <tr><td>#21</td><td>suburethral tension adjustable sling</td></tr> <tr><td>#22</td><td>Adjustable midurethral slings</td></tr> <tr><td>#23</td><td>postoperative adjustment of sling tension</td></tr> <tr><td>#24</td><td>AMI adjustable sling</td></tr> <tr><td>#25</td><td>adjustable sling</td></tr> <tr><td>#26</td><td>(#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25)</td></tr> <tr><td>#27</td><td>(#16 AND #26)</td></tr> </table>	#1	female	#2	women	#3	(#1 OR #2)	#4	Urination Disorders	#5	Urinary Incontinence	#6	Urinary Incontinence, Urge	#7	Urinary Incontinence, Stress	#8	(#4 OR #5 OR #6 OR #7)	#9	recurrence	#10	recurrent	#11	failed	#12	second line treatment	#13	treatment failure	#14	(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)	#15	(#8 AND #14)	#16	(#3 AND #15)	#17	Readjustable sling	#18	adjustable tension sling	#19	Adjustable Continence Therapy	#20	REMEEEX	#21	suburethral tension adjustable sling	#22	Adjustable midurethral slings	#23	postoperative adjustment of sling tension	#24	AMI adjustable sling	#25	adjustable sling	#26	(#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25)	#27	(#16 AND #26)
#1	female																																																						
#2	women																																																						
#3	(#1 OR #2)																																																						
#4	Urination Disorders																																																						
#5	Urinary Incontinence																																																						
#6	Urinary Incontinence, Urge																																																						
#7	Urinary Incontinence, Stress																																																						
#8	(#4 OR #5 OR #6 OR #7)																																																						
#9	recurrence																																																						
#10	recurrent																																																						
#11	failed																																																						
#12	second line treatment																																																						
#13	treatment failure																																																						
#14	(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)																																																						
#15	(#8 AND #14)																																																						
#16	(#3 AND #15)																																																						
#17	Readjustable sling																																																						
#18	adjustable tension sling																																																						
#19	Adjustable Continence Therapy																																																						
#20	REMEEEX																																																						
#21	suburethral tension adjustable sling																																																						
#22	Adjustable midurethral slings																																																						
#23	postoperative adjustment of sling tension																																																						
#24	AMI adjustable sling																																																						
#25	adjustable sling																																																						
#26	(#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25)																																																						
#27	(#16 AND #26)																																																						
<b>Resultados de búsqueda</b>	18																																																						
<b>Referencias identificadas adicionales</b>	0																																																						

### Reporte de búsqueda electrónica No. # 3

<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva	
<b>Base de datos</b>	Embase	
<b>Plataforma</b>	Elsevier	
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017	
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite	
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No	
<b>Otros límites</b>	No	
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	#1	female
	#2	women
	#3	(#1 OR #2)
	#4	Urination Disorders
	#5	Urinary Incontinence
	#6	Urinary Incontinence, Urge
	#7	Urinary Incontinence, Stress
	#8	(#4 OR #5 OR #6 OR #7)
	#9	recurrence
	#10	recurrent
	#11	failed
	#12	second line treatment
	#13	treatment failure
	#14	(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)
	#15	(#8 AND #14)
	#16	(#3 AND #15)
	#17	Readjustable sling
	#18	adjustable tension sling
	#19	Adjustable Continence Therapy
	#20	REMEEX
	#21	suburethral tension adjustable sling
	#22	Adjustable midurethral slings
	#23	postoperative adjustment of sling tension
	#24	AMI adjustable sling
	#25	adjustable sling
	#26	((#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25)

	#27	(#16 AND #26)	
<b>Resultados de búsqueda</b>	38		
<b>Referencias identificadas adicionales</b>	10		
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 4</b>			
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva		
<b>Base de datos</b>	LILACS		
<b>Plataforma</b>	Bireme		
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017		
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite		
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No		
<b>Otros límites</b>	NO		
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	Readjustable sling OR adjustable tension sling OR Adjustable Continence Therapy OR REMEEX OR suburethral tension adjustable sling OR Adjustable midurethral slings OR postoperative adjustment of sling tension OR AMI adjustable sling OR adjustable sling		
<b>Resultados de búsqueda</b>	7		
<b>Referencias identificadas adicionales</b>	2		
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 5</b>			
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva		
<b>Base de datos</b>			
<b>Plataforma</b>	OVID		
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017		
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite		
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No		
<b>Otros límites</b>	No		
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	#1	female	
	#2	women	

	#3	(#1 OR #2)
	#4	Urination Disorders
	#5	Urinary Incontinence
	#6	Urinary Incontinence, Urge
	#7	Urinary Incontinence, Stress
	#8	(#4 OR #5 OR #6 OR #7)
	#9	recurrence
	#10	recurrent
	#11	failed
	#12	second line treatment
	#13	treatment failure
	#14	(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)
	#15	(#8 AND #14)
	#16	(#3 AND #15)
	#17	Readjustable sling
	#18	adjustable tension sling
	#19	Adjustable Continence Therapy
	#20	REMEEEX
	#21	suburethral tension adjustable sling
	#22	Adjustable midurethral slings
	#23	postoperative adjustment of sling tension
	#24	AMI adjustable sling
	#25	adjustable sling
	#26	((#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25)
	#27	(#16 AND #26)
<b>Resultados de búsqueda</b>	96	
<b>Referencias encontradas adicionales</b>	2	
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 6</b>		
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva	
<b>Base de datos</b>	Clinicaltrials.gov	
<b>Plataforma</b>		
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017	
<b>Rango de fecha</b>	Sin límite	

<b>de búsqueda</b>	
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No
<b>Otros límites</b>	No
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	#1: (Urination Disorders OR Urinary Incontinence OR Urinary Incontinence Urge OR Urinary Incontinence, Stress) #2: (recurrence OR recurrent OR failed OR second line treatment OR treatment failure) #3: #1 AND #2 #4: (Readjustable sling OR adjustable tension sling OR Adjustable Continenence Therapy OR REMEEX OR suburethral tension adjustable sling OR Adjustable midurethral slings OR postoperative adjustment of sling tension OR AMI adjustable sling OR adjustable sling) #5: #3 AND #4
<b>Resultados de búsqueda</b>	4
<b>Referencias identificadas adicionales</b>	0

#### Estrategia de Búsqueda Colposuspensión

<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 1</b>		
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva	
<b>Base de datos</b>	MEDLINE	
<b>Plataforma</b>	Pubmed	
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017	
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite	
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No	
<b>Otros límites</b>	No	
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	#1	female
	#2	women
	#3	(#1 OR #2)

	#4	Urination Disorders	
	#5	Urinary Incontinence	
	#6	Urinary Incontinence, Urge	
	#7	Urinary Incontinence, Stress	
	#8	(#4 OR #5 OR #6 OR #7)	
	#9	recurrence	
	#10	recurrent	
	#11	failed	
	#12	second line treatment	
	#13	treatment failure	
	#14	(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)	
	#15	(#8 AND #14)	
	#16	(#3 AND #15)	
	#17	burch colposuspension	
	#18	Open retropubic colposuspension	
	#19	Laparoscopic colposuspension	
	#20	colposuspension	
	#21	burch	
	#22	(#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21)	
	#23	(#16 AND #22)	
<b>Resultados de búsqueda</b>	300		
<b>Referencias identificadas</b>	11		
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 2</b>			
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva		
<b>Base de datos</b>	Cochrane Library		
<b>Plataforma</b>	Wiley		
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017		
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite		
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No		
<b>Otros límites</b>	No		
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	#1	female	
	#2	women	
	#3	(#1 OR #2)	

	#4	Urination Disorders	
	#5	Urinary Incontinence	
	#6	Urinary Incontinence, Urge	
	#7	Urinary Incontinence, Stress	
	#8	(#4 OR #5 OR #6 OR #7)	
	#9	recurrence	
	#10	recurrent	
	#11	failed	
	#12	second line treatment	
	#13	treatment failure	
	#14	(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)	
	#15	(#8 AND #14)	
	#16	(#3 AND #15)	
	#17	burch colposuspension	
	#18	Open retropubic colposuspension	
	#19	Laparoscopic colposuspension	
	#20	colposuspension	
	#21	burch	
	#22	(#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21)	
	#23	(#16 AND #22)	
<b>Resultados de búsqueda</b>	72		
<b>Referencias identificadas adicionales</b>	4		
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 3</b>			
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva		
<b>Base de datos</b>	Embase		
<b>Plataforma</b>	Elsevier		
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017		
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite		
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No		
<b>Otros límites</b>	No		
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	#1	female	
	#2	women	

	#3	(#1 OR #2)	
	#4	Urination Disorders	
	#5	Urinary Incontinence	
	#6	Urinary Incontinence, Urge	
	#7	Urinary Incontinence, Stress	
	#8	(#4 OR #5 OR #6 OR #7)	
	#9	recurrence	
	#10	recurrent	
	#11	failed	
	#12	second line treatment	
	#13	treatment failure	
	#14	(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)	
	#15	(#8 AND #14)	
	#16	(#3 AND #15)	
	#17	burch colposuspension	
	#18	Open retropubic colposuspension	
	#19	Laparoscopic colposuspension	
	#20	colposuspension	
	#21	burch	
	#22	(#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21)	
	#23	(#16 AND #22)	
<b>Resultados de búsqueda</b>	1586		
<b>Referencias identificadas adicionales</b>	1		
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 4</b>			
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva		
<b>Base de datos</b>	LILACS		
<b>Plataforma</b>	Bireme		
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017		
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite		
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No		
<b>Otros límites</b>	NO		
<b>Estrategia de búsqueda</b>	Burch colposuspension OR Open retropubic colposuspension OR		

<b>(resultados)</b>	Laparoscopic colposuspension OR colposuspension OR burch	
<b>Resultados de búsqueda</b>	93	
<b>Referencias identificadas adicionales</b>	2	
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 5</b>		
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva	
<b>Base de datos</b>		
<b>Plataforma</b>	OVID	
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017	
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite	
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No	
<b>Otros límites</b>	No	
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	#1	female
	#2	women
	#3	(#1 OR #2)
	#4	Urination Disorders
	#5	Urinary Incontinence
	#6	Urinary Incontinence, Urge
	#7	Urinary Incontinence, Stress
	#8	(#4 OR #5 OR #6 OR #7)
	#9	recurrence
	#10	recurrent
	#11	failed
	#12	second line treatment
	#13	treatment failure
	#14	(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)
	#15	(#8 AND #14)
	#16	(#3 AND #15)
	#17	burch colposuspension
	#18	Open retropubic colposuspension
	#19	Laparoscopic colposuspension
	#20	colposuspension
	#21	burch
	#22	(#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR

		#21)	
	#23	(#16 AND #22)	
<b>Resultados de búsqueda</b>	1586		
<b>Referencias encontradas adicionales</b>	1		
<b>Reporte de búsqueda electrónica No. # 6</b>			
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva		
<b>Base de datos</b>	Clinicaltrials.gov		
<b>Plataforma</b>			
<b>Fecha de búsqueda</b>	13/05/2017		
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Sin límite		
<b>Restricciones de lenguaje</b>	No		
<b>Otros límites</b>	No		
<b>Estrategia de búsqueda (resultados)</b>	<p>#1: (Urination Disorders OR Urinary Incontinence OR Urinary Incontinence Urge OR Urinary Incontinence, Stress)</p> <p>#2: (recurrence OR recurrent OR failed OR second line treatment OR treatment failure)</p> <p>#3: #1 AND #2</p> <p>#4: (Burch colposuspension OR Open retropubic colposuspension OR Laparoscopic colposuspension OR colposuspension OR burch)</p> <p>#5: #3 AND #4</p>		
<b>Resultados de búsqueda</b>	3		
<b>Referencias identificadas adicionales</b>	0		

Anexo 2.

Tabla operacional de variables

No.	Variable	Definición	Codificación	Naturaleza	Nivel de Medición	Tipo de Relación
1	Edad	Edad en las pacientes de los estudios medida en años.	- Promedio de edad en números absolutos. - Rango de edad. - Desviación estándar de edad.	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Independiente

No.	Variable	Definición	Codificación	Naturaleza	Nivel de Medición	Tipo de Relación
2	Número de Partos	Número de partos en los pacientes de los estudios medido en números absolutos.	- Partos Media - Partos Mediana - Partos Desviación estándar.	Cuantitativa (Discreta)	Intervalo	Independiente
			0 = No partos 1 = 1 o 2 2 = 3 o >	Cualitativa (Politómica)	Nominal	Independiente
3	Índice de Masa Corporal	peso (kg)/[talla(m)] <sup>2</sup>	0 = 25 o < 1 = 26 - 30 2 = 31 - 35 3 = 36 o >	Cualitativa (Politómica)	Ordinal	Independiente
			- IMC media - IMC Desviación estándar	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Independiente
4	Incontinencia urinaria mixta prequirúrgica	Número de pacientes que reportan escapes involuntarios de orina asociados a urgencia vs esfuerzo o diagnóstico de esta condición por urodinámica prequirúrgica	Número de pacientes con escapes involuntarios de orina reportados en números absolutos en los estudios.	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Independiente
5	VLPP (Valsalva Leak Point Pressure). Prequirúrgico	Presión de escape de orina ante maniobras de valsalva, reportado en los estudios en cmH <sub>2</sub> O.	-VLPP Media (cmH <sub>2</sub> O). -VLPP Desviación estándar (cmH <sub>2</sub> O).	Cuantitativa (Continua)	Razón	Independiente
			-(VLPP) < o igual 60 cm H <sub>2</sub> O previo a cirugía (n) -(VLPP) >60 cm y < 100 cm H <sub>2</sub> O previo a cirugía (n) -(VLPP) > o igual 100 cm H <sub>2</sub> O previo a cirugía (n) - VLPP no registra (n)	Cualitativa (Politómica)	Nominal	Independiente
6	MUCP (Maximum Urethral Closure Pressure). Prequirúrgico.	Presión máxima de cierre uretral, reportada en los estudios en cmH <sub>2</sub> O	-MUCP media (cm H <sub>2</sub> O) -MUCP desviación estándar (cm H <sub>2</sub> O)	Cuantitativa (Continua)	Razón	Independiente
			-(MUCP) ≤ 20 cmH <sub>2</sub> O TVT previo fallido. (n) -(MUCP) ≤ 20 cmH <sub>2</sub> O TOT previo fallido. (n) -(MUCP) ≤ 20 cmH <sub>2</sub> O TVT-O previo fallido. (n) -(MUCP) ≤ 20 cmH <sub>2</sub> O IVS previo fallido. (n) -(MUCP) ≤ 20 cmH <sub>2</sub> O TODOS no discriminando tipo de cirugía previa fallida. (n)	Cualitativa (Politómica)	Nominal	Independiente
7	Q-TIP TEST	Test de evaluación de hipermovilidad uretral. Medido en grados.	- Q-tip test (Media) - Q-tip test (Desviación estándar)	Cuantitativa (Discreta)	Intervalo	Independiente
			-Q-tip test >30° TVT previo -Q-tip test >30° TOT previo	Cualitativa (Politómica)	Nominal	Independiente

No.	Variable	Definición	Codificación	Naturaleza	Nivel de Medición	Tipo de Relación
			-Q-tip test >30° TVT-O previo -Q-tip test >30° IVS previo -Q-tip test >30° TODOS sin discriminar cirugía previa			
8	Prueba de esfuerzo positiva al examen físico	No. de pacientes con escape de orina evidenciado durante el examen físico durante maniobras de valsalva antes de la segunda técnica quirúrgica con TVT previo.	No. de pacientes	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Independiente
9	Cirugía Previa	No. de pacientes según tipo de cirugía antiincontinencia en primer tiempo quirúrgico (1° línea).	-TVT -TOT -TVT-O -IVS -Cinta de uretra media no especificada	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Independiente
10	Uroflujometría Prequirúrgica	Medición de velocidad del flujo urinario con relación al tiempo (ml/seg)	-Uroflujometría (ml/seg) Media -Uroflujometría (ml/seg) SD.	Cuantitativa (Continua)	Razón	Independiente
11	Uroflujometría Postquirúrgica	Medición de velocidad del flujo urinario con relación al tiempo (ml/seg)	-Uroflujometría (ml/seg) Media -Uroflujometría (ml/seg) SD.	Cuantitativa (Continua)	Razón	Independiente
12	Tiempo hasta segunda cirugía	Número de semanas transcurridas desde el primer procedimiento realizado hasta la segunda cirugía.	-Semanas a segunda cirugía (Media) -Semanas a segunda cirugía (Rango) -Semanas a segunda cirugía (SD)	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Independiente
13	Segunda cinta	Tipo de cinta utilizada en segunda línea de tratamiento	-TVT -TOT -TVT-O -IVS -Mini sling	Cualitativa (Politómica)	Nominal	Independiente
14	Cura total	Proporción de pacientes reportada en los estudios con cese de escape de orina posterior a la segunda línea de tratamiento sin discriminar el método de evaluación.	-Curación Total TVT. -Curación Total TOT. -Curación Total TVT-O. -Curación Total IVS -Curación Total Remeex. -Curación Total Colposuspensión -Curación Total Agente abultante.	Cualitativa (Politómica)	Nominal	Independiente
15	Curación/Mejoría	Proporción de pacientes reportada en los estudios con cese o disminución clínicamente significativa de los escapes de orina	-Curación/Mejoría TVT. -Curación/Mejoría TOT. -Curación/Mejoría TVT-O. -Curación/Mejoría IVS -Curación/Mejoría Remeex.	Cualitativa (Politómica)	Nominal	Independiente

No.	Variable	Definición	Codificación	Naturaleza	Nivel de Medición	Tipo de Relación
		tras la segunda línea de tratamiento.	-Curación/Mejoría Colposuspensión -Curación/Mejoría Agente abultante.			
16	Cura subjetiva	Proporción de pacientes que reportan cese de escapes de orina posterior a la colocación de la segunda cinta	-Curación Subjetiva TVT. -Curación Subjetiva TOT. -Curación Subjetiva TVT-O. -Curación Subjetiva IVS -Curación Subjetiva Remeex. -Curación subjetiva Colposuspensión -Curación subjetiva Agente abultante. -Curación Subjetiva Total.	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Dependiente
17	Cura Objetiva	Proporción de pacientes en los que se evidencia por medio de un método de medición objetivo, cese de escapes de orina posterior a la colocación de la segunda cinta.	-Curación Objetiva TVT. -Curación Objetiva TOT -Curación Objetiva TVT-O -Curación Objetiva IVS -Curación Objetiva Remeex. -Curación Objetiva Colposuspensión. -Curación Objetiva Agente abultante. -Curación Objetiva Total.	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Dependiente
18	VLPP (Valsalva Leak Point Pressure). Postquirúrgico.	Presión de escape de orina ante maniobras de valsalva, reportado en los estudios en cmH <sub>2</sub> O. Postquirúrgica.	-VLPP en números absolutos. -VLPP Media (cmH <sub>2</sub> O). -VLPP SD (cmH <sub>2</sub> O).	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Independiente
19	MUCP (Maximum Urethral Closure Pressure). Postquirúrgico.	Presión máxima de cierre uretral, reportada en los estudios en cmH <sub>2</sub> O	-MUCP reportada en números absolutos. -MUCP media (cm H <sub>2</sub> O) -MUCP SD (cm H <sub>2</sub> O)	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Independiente
20	Seguimiento No especificado	Período de seguimiento reportado en los estudios en donde no se especifican las acciones de seguimiento realizadas.	- Seguimiento no especificado en meses (media) -Seguimiento no especificado en meses (Rango) Seguimiento no especificado en meses (SD)	Cuantitativa (Continua)	Razón	Independiente
21	Seguimiento Objetivo	Período de seguimiento reportado en los estudios en donde se especifica un método objetivo de	- Seguimiento objetivo en meses (media) - Seguimiento objetivo en meses (Rango) - Seguimiento objetivo en meses (SD)	Cuantitativa (Continua)	Razón	Independiente

No.	Variable	Definición	Codificación	Naturaleza	Nivel de Medición	Tipo de Relación
		medición en el seguimiento.				
22	Seguimiento Subjetivo	Período de seguimiento reportado en los estudios en donde se especifica un método subjetivo de medición en el seguimiento.	- Seguimiento subjetivo en meses (media) Seguimiento subjetivo en meses (mediana) - Seguimiento subjetivo en meses (Rango) – (Rango intercuartílico) - Seguimiento subjetivo en meses (SD)	Cuantitativa (Continua)	Razón	Independiente
23	Pad Prequirúrgico test	Cuantificación prequirúrgica de la cantidad de orina perdida durante la duración de la prueba, midiendo el aumento del peso de las almohadillas perineales, toallas o pañales (pesadas antes y después de la prueba)	- Pad test 1 hora - Pad test 6 horas - Pad test 12 horas - Pad test 24 horas - Pad test 48 horas	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Independiente
			-Pad test-TVT Preqx -Pad test-TOT Preqx -Pad test-TVT-O Preqx -Pad test-IVS Preqx -Pad test-Total Preqx	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Independiente
24	Pad Postquirúrgico test	Cuantificación postquirúrgica de la cantidad de orina perdida durante la duración de la prueba, midiendo el aumento del peso de las almohadillas perineales, toallas o pañales (pesadas antes y después de la prueba)	- Pad test 1 hora - Pad test 6 horas - Pad test 12 horas - Pad test 24 horas - Pad test 48 horas	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Independiente
			-Pad test-TVT Postqx -Pad test-TOT Postqx -Pad test-TVT-O Postqx -Pad test-IVS Postqx -Pad test-Total Postqx	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Independiente
25	Macroplastique	Número de pacientes a quienes se les administró macroplastique como agente abultante.	Número de pacientes reportados en los estudios con números absolutos.	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Independiente
26	Durasphere	Número de pacientes a quienes se les administró Durasphere como agente abultante.	Número de pacientes reportados en los estudios con números absolutos.	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Independiente
27	Urolastic	Número de pacientes a quienes se les administró Urolastic como agente abultante.	Número de pacientes reportados en los estudios con números absolutos.	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Independiente

No.	Variable	Definición	Codificación	Naturaleza	Nivel de Medición	Tipo de Relación
28	Media de Material inyectado	Cantidad de material utilizado como agente abultante inyectado en cc, expresado en términos de media.	Promedio en cc de agente abultante inyectado	Cuantitativa (Continua)	Razón	Independiente
29	Rango de Material inyectado	Cantidad de material utilizado como agente abultante inyectado en cc, expresado en términos de Rango.	Rango en cc de agente abultante inyectado	Cuantitativa (Continua)	Razón	Independiente
30	Número de inyecciones de Agente Abultante (Media)	Número de inyecciones de agente abultante administradas a los pacientes en los estudios. Expresada en términos de media.	Media de inyecciones de agente abultante	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Independiente
31	Número de inyecciones de Agente Abultante (Rango)	Número de inyecciones de agente abultante administradas a los pacientes en los estudios. Expresada en términos de Rango.	Rango de inyecciones de agente abultante	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Independiente
32	Deficiencia intrínseca del esfínter	Daño del componente intrínseco en el sistema de cierre del esfínter uretral definido en cada artículo mediante valores urodinámicos o a criterio del cirujano.	Número de pacientes incluidos en los estudios con deficiencia intrínseca del esfínter.	Cuantitativa (Discreta)	Razón	Independiente
33	Segunda cirugía de incontinencia	Intervención utilizada como segunda línea de manejo de incontinencia recurrente después del uso de cintas de uretra media.	1 = Terapia de piso pélvico. (n) 2 = TVT. (n) 3 = TOT o TVT-O. (n) 4 = Sling pubovaginal. (n) 5 = Colposuspensión.(n) 6 = Agentes abultantes. (n) 7 = Cintas ajustables. (n) 8 = Acortamiento primera cinta	Cualitativa (Politómica)	Nominal	Independiente

No.	Variable	Definición	Codificación	Naturaleza	Nivel de Medición	Tipo de Relación
34	Complicaciones	Resultados desfavorables o eventos adversos reportados en los artículos posterior al manejo de segunda línea de incontinencia.	1 = Infección. (n) 2 = Sangrado. (n) 3 = Reoperación. (n) 4=Retención urinaria (n) 5= Lesión vesical (n) 6= Vejiga hiperactiva /Urgencia de novo. (n) 7 = Disfunción vesical (n) 8 = Extrusión de malla (n) 9 = Recurrencia de Incontinencia. (n)	Cuantitativa (Discreta)	Nominal	dependiente
35	UDI - 6	Cuestionario para evaluar la presencia y severidad de sintomatología urinaria asociada a la incontinencia en escala de 0 a 100.	1= Frecuencia (0-4) 2= Incontinencia de urgencia (0-4) 3= Incontinencia de esfuerzo (0-4) 4= Goteo (0-4) 5= Síntomas de vaciamiento (0-4) 6=Discomfort urinario (0-4)	Cuantitativa (Discreta)	Nominal	Independiente
36	IOQ (Incontinence Outcome Questionnaire)	Método de evaluación de calidad de vida posterior a cirugía antiincontinencia.	1= Síntomas 2= Complicaciones 3= Calidad de Vida 4= Satisfacción 5= Síntomas preqx 6= Datos Demográficos	Cualitativa (Politómica)	Nominal	Independiente

### Anexo 3. Estudios excluidos

<b>Segunda Cinta de Uretra Media</b>	<b>Motivo de exclusión</b>
Smithling (2017)	10,9% de los pacientes tuvo una reparación de prolapso o histerectomía en la primera cinta y 29,7% en la segunda cirugía.
Ulrich D. (2016)	5 pacientes tenían cirugía previa de prolapso de piso pélvico. Los resultados no estaban discriminados para aquellas con solo cinta de uretra media previa. Se escribió al autor pero no se obtuvo información adicional.
Welk B. (2016)	Las pacientes tenían prolapso genital, o antecedente de cirugía de prolapso previa o concomitante a la cinta de uretra media. Se contactó al autor quien informó que no contaba con la información detallada para las pacientes con estos antecedentes
Kim (2015)	En el grupo de recurrencia algunas pacientes con más de una cirugía previa, también hubo otras cirugías diferentes a MUS, los resultados no están discriminados exclusivamente para aquellas con cinta de uretra media previa.
Cerniauskiene (2014)	A Diferentes tipos de técnicas quirúrgicas para manejo en primera línea de incontinencia urinaria, pero los resultados no estaban discriminados para aquellas con cinta de uretra media previa.
Parden (2013)	Más de una cirugía antiincontinencia previa, 42,4% de las pacientes a las que se les repite la MUS tienen cirugía para prolapso. El resumen reportado en 2012 es el mismo estudio por lo que también se excluye.
Kim CH (2013)	Pacientes con cirugía de prolapso concomitante a la cinta de uretra media. Los resultados no están discriminados para aquellas con sólo cirugía de incontinencia.
Thubert, T (2013)	Dos pacientes con cirugía de prolapso genital previamente. Se escribió al autor pero no se obtuvo información adicional.
Smith A.L (2013)	Algunas pacientes no tenían cinta de uretra media como primera cirugía, no hay información discriminada.
Hassonah S (2013)	No todas las pacientes tenían cinta de uretra media previa exclusivamente, y en la segunda realizan en varios casos procedimientos concomitante de prolapso genital.
Meyer (2013)	Las pacientes tenían prolapso genital, o antecedente de cirugía de prolapso previa o concomitante a la cinta de uretra media. Se contactó al autor quien informó que no contaba con la información detallada para las pacientes

	con estos antecedentes
Charles (2013)	Antecedente de cirugía de prolapso previa o concomitante a la cinta de uretra media.
Sabadell J (2011)	Las pacientes tenían prolapso genital, o antecedente de cirugía de prolapso previa o concomitante a la cinta de uretra media. Se contactó al autor pero no suministró información adicional
Abdel-Fattah M (2011)	20 pacientes con colposuspensión previa, No se discriminan los resultados de este grupo con respecto a aquellas pacientes que solo tenían cinta de uretra media previa. Hay dos artículos del mismo autor con seguimiento a 3 y 9 años de la misma cohorte por lo cual también se descartan. El resumen reportado en 2010 es el mismo estudio por lo que también se excluye. Se escribió al autor pero no se obtuvo información adicional.
Davies M.C (2010)	Colposuspensión concomitante en 2 casos, No se discriminan los resultados del resto de pacientes de aquellas con prolapso
Stav (2010)	40 % tuvo cirugía previa de prolapso, el 17 % tuvo cirugía de prolapso concomitantemente y 4 % tuvo colposuspensión previa.
Aniuliené (2009)	34 pacientes tenían cirugía previa pero no está descrito que tipo de intervención que se realizó
Biggs (2009)	Las pacientes tenían prolapso genital, o antecedente de cirugía de prolapso previa o concomitante a la cinta de uretra media. Los resultados no estaban discriminados para aquellas con solo cinta de uretra media previa. Se escribió al autor pero no se obtuvo información adicional.
Sousa S. (2009)	Diferentes tipos de técnicas quirúrgicas para manejo en primera línea de incontinencia urinaria, así como cirugía concomitante de prolapso en 10 casos. Los resultados no están discriminados exclusivamente para aquellas con cinta de uretra media previa.
Van Baelen (2009)	4 pacientes con colporráfa anterior en sus antecedentes y no se discriminan los resultados sin estos pacientes.
Ockrim J.L (2008)	Sólo 2 pacientes con TVT previo, no se pueden extraer resultados solo a estos dos casos.
Tsia-Shu Lo (2007)	Reporte de caso
Kim D.H (2005)	Pacientes con prolapso de piso pélvico en el grupo de TVT, no se discrimina información para aquellas pacientes sin prolapso. Se escribió al autor pero no se obtuvo información adicional.
Lo TS (2002)	Diferentes tipos de técnicas quirúrgicas para manejo en primera línea de incontinencia urinaria, pero los resultados no están discriminados para aquellas con

	cinta de uretra media previa.
Rardin (2002)	Diferentes tipos de técnicas quirúrgicas para manejo en primera línea de incontinencia urinaria, y otras pacientes con más de una cirugía previa. No se logró contactar al autor
Rezapour (2001)	Diferentes tipos de técnicas quirúrgicas para manejo en primera línea de incontinencia urinaria, y otras pacientes con más de una cirugía previa. Se escribió al autor pero no se obtuvo información adicional.
Azam U (2001)	Solo 3 pacientes con cinta de uretra media como primera cirugía, no hay información discriminada.
Terapia de Piso Pélvico	Motivo de exclusión
Guralnick (2014)	Sólo 5 pacientes tenían cinta de uretra media previa, los resultados no están discriminados exclusivamente para estas pacientes
<b>Agentes Abultantes</b>	<b>Motivo de exclusión</b>
Futyma (2016)	El 3% de las pacientes no tenía cinta de uretra media como primera cirugía, los resultados no están discriminados para aquellas con solo cinta de uretra media previa.
Zivanovic (2016)	Diferentes tipos de técnicas quirúrgicas para manejo en primera línea de incontinencia urinaria, cirugía previa para prolapso genital, los resultados no están discriminados exclusivamente para aquellas con cinta de uretra media previa. El resumen reportado en 2015 es el mismo estudio por lo que también se excluye
Padmanabhan (2010)	Sólo 38% de las pacientes tenían cinta de uretra media así como cirugía concomitante de prolapso, pero los resultados no están discriminados sólo para aquellas con cinta de uretra media previa.
Isom-Batz (2009)	Diferentes tipos de técnicas quirúrgicas para manejo en primera línea de incontinencia urinaria, los resultados no están discriminados exclusivamente para aquellas con cinta de uretra media previa.
Sling Pubovaginal	Motivo de exclusión
McCoy (2016)	Pacientes con más de una cirugía previa para incontinencia. Los resultados no están discriminados exclusivamente para aquellas con cinta de uretra media como única cirugía previa. También antecedente de cirugía de prolapso.
Parker (2016)	Diferentes tipos de técnicas quirúrgicas para manejo en primera línea de incontinencia urinaria, cirugía previa para prolapso genital, o prolapso genital concomitante. Los resultados no están discriminados exclusivamente

	para aquellas con cinta de uretra media previa.
Milose (2015)	16 pacientes con cirugía previa diferente a cinta de uretra media.
Aberger (2015)	Diferentes tipos de técnicas quirúrgicas para manejo en primera línea de incontinencia urinaria, más de dos cirugías para incontinencia en el grupo llevado a sling, además de pacientes con prolapso genital concomitante.
Welk (2012)	Diferentes tipos de técnicas quirúrgicas para manejo en primera línea de incontinencia urinaria, cirugía previa para prolapso genital, los resultados no están discriminados exclusivamente para aquellas con cinta de uretra media previa.
Rothschild (2012)	Pacientes con más de una cirugía previa para incontinencia. Los resultados no están discriminados exclusivamente para aquellas con cinta de uretra media como única cirugía previa. El resumen reportado en 2012 en el suplemento de The Journal of Urology, es el mismo estudio por lo que también se excluye.
Shapiro (2010)	En el grupo de sling de fascia autologa, 5 pacientes recibieron múltiples cx antiincontinencia y en el grupo TVT 1. Los resultados no estan discriminados exclusivamente para aquellas con cinta de uretra media como única cirugía previa
Serrano-Brambila (2009)	Ninguna paciente tenía cinta de uretra media como manejo de primera línea de incontinencia urinaria
Petrou (2001)	Ninguna paciente tenía cinta de uretra media como manejo de primera línea de incontinencia urinaria
<b>Cintas ajustables</b>	<b>Motivo de exclusión</b>
Seo (2014)	Solo un bajo número de pacientes tenía incontinencia recurrente, los resultados no están discriminados exclusivamente para aquellas con cinta de uretra media previa.
Barrington (2013)	3 pacientes con colposuspensión como primera línea de manejo, 4 pacientes con más de una cirugía previa. Los resultados no están discriminados exclusivamente para aquellas con cinta de uretra media previa.
Karlovsy (2012)	6 pacientes con más de una cirugía previa de incontinencia
Song (2012)	Una paciente sin cinta de uretra media previa, 3 pacientes con cirugía de prolapso previa. Los resultados no están discriminados exclusivamente para aquellas con cinta de uretra media previa.

Giberti (2011)	Diferentes tipos de técnicas quirúrgicas para manejo en primera línea de incontinencia urinaria, cirugía previa para prolapso genital, o prolapso genital concomitante, más de una cirugía previa de incontinencia. Los resultados no están discriminados exclusivamente para aquellas con cinta de uretra media previa.
Sherif (2011)	No es cinta ajustable
Forrest (2011)	3 pacientes no tenían cinta de uretra media como primera línea de manejo de incontinencia
Errando (2010)	Diferentes tipos de técnicas quirúrgicas para manejo en primera línea de incontinencia urinaria en algunas pacientes.
Schmid (2010)	Una paciente no tenía cinta previa sino un agente abultante, también historia de cirugías de prolapso y varias pacientes tenían más de una cirugía.
Sherif R (2009)	No es cinta ajustable
Colposuspension	Motivo de exclusión
Giarenis (2012)	3 pacientes de 13 tenían más de una cirugía previa
Acortamiento de Cinta	Motivo de exclusión
Feyeux (2012)	3 pacientes tuvieron cirugía concomitante de prolapso genital, no se discriminan los resultados solo para aquellas con cinta de uretra media
Lo (2006)	6 pacientes tuvieron cirugía concomitante de prolapso, no se discriminan los resultados solo para aquellas con cinta de uretra media
Paick Jae Seung (2004)	Reporte de caso
Lo (2004)	Reporte de caso
Neuman M. (2004)	Reportan que en 56 pacientes el TVT no era la cirugía primaria, no especifica si alguna de las pacientes a las que se les hizo acortamiento de cinta estaba en este grupo.
Villet (2002)	Reporte de caso
Múltiples Comparaciones	Motivo de exclusión
van der Doelen (2015)	Más de una cirugía antiincontinencia previa. Cirugía de prolapso previa.

## Anexo 4. Estudios incluidos

### Estudios incluidos segunda cinta.

#### Tsivian 2007

Métodos	<p>Ensayo clínico cuasi-experimental  Tres brazos, segunda línea de tratamiento TVT, TOT o IVS.  No aleatorizado.  No enmascarado.  Seguimiento por 12 meses.</p>
Participantes	<p>N = 12 mujeres.  Nueve tenían un TVT previo, una tenía TOT previo y dos IVS previo.  El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia fue de 21,4 meses, rango de 1-48 meses.  Edad promedio de 64,3 años, rango 47 a 80 años.  No se reporta la media de partos.  No se reporta IMC.  No se reporta cuantas participantes tienen incontinencia mixta.  Cuatro tenían 60 cm H<sub>2</sub>O o menos en la prueba VLPP y seis tenían un valor entre 60 cm H<sub>2</sub>O y 100 cm H<sub>2</sub>O. No se reporta en 2 participantes.  Seguimiento promedio de 23,2 meses, rango 14-44.</p>
Intervenciones	<p>Cinco TVT  Tres TOT  Cuatro IVS</p>
Desenlaces	<p>Curación total: 11 participantes (91,7 %), una con persistencia.  Tres pacientes con urgencia urinaria, una de ellas de novo.</p>
Notas	<p>Se reportan pocas variables en los resultados, no se hacen una descripción de otras variables importantes como otras complicaciones. No se logra determinar de forma clara los criterios que tuvieron los autores para determinar la continencia postoperatorio en los participantes.</p>
Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Estudio cuasiexperimental con un alto riesgo de sesgo de selección dado que no se realiza una generación de una secuencia de aleatorización.  Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento.  Alto riesgo de sesgo de detección ya que no se realizó enmascaramiento del evaluador.  Bajo riesgo de sesgo de desgaste dado que no hubo resultados incompletos.  Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay</p>

	<p>suficiente información.  Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>
--	---

Moore 2007

Métodos	<p>Ensayo clínico cuasiexperimental  Un solo brazo se realiza la implantación de una TVT en participantes con una TOT previa.  No aleatorización.  No enmascaramiento.  Seguimiento no reportado.</p>
Participantes	<p>N = 2 mujeres.  Al estudio ingresan 5 participantes que tenían un TOT previo, dos de estas tenían adicionalmente una colpopexia y una un reparo anterior por lo que la información de estas tres participantes no se tuvo en cuenta al presentar uno de los criterios de exclusión que es cirugía de prolapso previo. Solo se tuvo en cuenta la información de dos participantes que exclusivamente habían tenido un TOT como cirugía previa.  El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia fue de 18 meses, rango de 6-30 meses.  Edad promedio de 67,5 años, rango 47 a 80 años.  No se reporta la media de partos.  No se reporta IMC.  Ninguna participante con incontinencia mixta.  Una tenía 60 cm H2O o menos en la prueba VLPP y la otra tenía un valor entre 60 cm H2O y 100 cm H2O.  Seguimiento promedio no se reporta.</p>
Intervenciones	<p>TVT en todas las participantes.</p>
Desenlaces	<p>Curación total: 2 participantes (100 %).  Las dos participantes tenían 60 cm H2O o menos en la prueba VLPP  Reportan que no se presentaron complicaciones.</p>
Notas	<p>No se hace un reporte negativo de las complicaciones, no se sabe el tiempo de seguimiento ni el momento en el que realizaron la evaluación de curación.</p>

Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Ensayo clínico cuasiexperimental en el que no se realiza comparación por lo que no hay aleatorización ni enmascaramiento, de esta manera no es posible evaluar sesgo de selección, de realización ni de detección.</p> <p>Bajo riesgo de sesgo de desgaste.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información.</p> <p>Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>
---------------------------------	---

Lee 2007

Métodos	<p>Serie de casos</p> <p>Retrospectiva</p> <p>Dos grupos, segunda línea de tratamiento TVT o TOT.</p> <p>No aleatorizado.</p> <p>No enmascarado.</p> <p>Seguimiento por 12 meses.</p>
Participantes	<p>N = 29 mujeres.</p> <p>17 tenían una TVT previa, 12 tenían una TOT previa.</p> <p>El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia fue de 20 meses.</p> <p>Edad promedio de 54,1 años, con DE 10,8 años.</p> <p>Media de partos vaginales fue de 2,8 con una DE de 1,4.</p> <p>Media IMC 25,2 con una DE de 4,4.</p> <p>Ninguna participante con incontinencia mixta.</p> <p>La media del VLPP antes de la segunda cirugía fue de 54,4 cm H<sub>2</sub>O con una DE de 21,7 cm H<sub>2</sub>O. No se obtuvo información de 16 participantes.</p> <p>Seguimiento promedio de 18,1 meses, con una DE de 8,4 meses.</p>
Intervenciones	<p>13 TVT</p> <p>8 TOT</p> <p>8 TVT-O</p>

Desenlaces	<p>Curación total: 22 participantes (75,9 %).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Curación TVT: 12 (92,3 %).</li> <li>- Curación TOT: 4 (50 %).</li> <li>- Curación TVT-O: 6 (75 %).</li> </ul> <p>Mejoría total: 2 (6,9 %).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejoría TOT: 1 (12,5 %).</li> <li>- Mejoría TVT-O: 1 (12,5 %).</li> </ul> <p>Tres pacientes con obstrucción leve.  Perforación de la vejiga en 1 participante (3,4 %), TVT.  Incontinencia de urgencia de novo en 3 de 23 pacientes (13 %).  Dificultad para la micción en 3 participantes (10,3 %).  Ninguno con retención urinaria.</p>
Notas	
Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Serie de casos retrospectiva con un alto riesgo de sesgo de selección dado que no se realiza una generación de una secuencia de aleatorización.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de detección ya que no se realizó enmascaramiento del evaluador.</p> <p>Bajo riesgo de sesgo de desgaste dado que no hubo resultados incompletos.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información.</p> <p>Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>

#### Eandi 2008

Métodos	<p>Serie de casos  Retrospectiva  Un grupo, segunda línea de tratamiento TVT.  No enmascarado.  Seguimiento por 14 meses y luego anual.</p>
Participantes	<p>N = 10 mujeres.  5 tenían una TVT previa, 5 tenían una TOT previa.  El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia fue de 56 meses, con un rango de 12 - 128.  Edad promedio de 65 años, con rango de 43 - 80.  Media de partos no reportada  Media IMC no reportada  No reportan participantes con incontinencia mixta.  Seguimiento promedio de 16 meses, con un rango de 6 - 33.</p>

Intervenciones	10 TVT
Desenlaces	Curación total: 7 participantes (70 %).
Notas	No se hace el reporte negativo de ninguna complicación, no reportan partos ni IMC.
Evaluación del riesgo de sesgos	Serie de casos retrospectiva con un riesgo poco claro de sesgo de selección dado que no se realiza una comparación. Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento. Alto riesgo de sesgo de detección ya que no se realizó enmascaramiento del evaluador. Bajo riesgo de sesgo de desgaste dado que no hubo resultados incompletos. Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información. Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.

#### Palva 2009

Métodos	Serie de casos Retrospectiva Un grupo, segunda línea de tratamiento TVT. No enmascarado. Seguimiento por 5 años.
Participantes	N = 20 mujeres. 20 tenían una TVT previa. El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia no reportado. Edad promedio de 61 años, con DE 9 años. Media de partos 2. Media IMC 24 con una DE 4. 1 participante con incontinencia mixta. Seguimiento promedio de 64 meses, con un rango de 34 - 100.
Intervenciones	20 TVT
Desenlaces	Curación total: 15 participantes (75 %).
Notas	No se hace el reporte negativo de ninguna complicación.
Evaluación del riesgo de sesgos	Serie de casos retrospectiva con un riesgo poco claro de sesgo de selección dado que no se realiza una comparación. Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento. Alto riesgo de sesgo de detección ya que no se realizó enmascaramiento del evaluador. Bajo riesgo de sesgo de desgaste dado que no hubo resultados incompletos. Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay

	<p>suficiente información. Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>
--	--

#### Liapis 2009

Métodos	<p>Ensayo clínico cuasiexperimental Un solo grupo, segunda línea de tratamiento TVT posterior a un TOT. No enmascarado. Seguimiento por 12 y algunos por 24 meses.</p>
Participantes	<p>N = 31 mujeres. 16 participantes con TVT previo, 7 participantes con TOT previo, 8 participantes con TVT-O previo. El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia no fue reportado. Edad promedio de 57,26 años, con DE 11,47 años, rango 36 - 78 meses. Media de partos fue de 2, DE 0,95 meses. Media IMC 25,97 con una DE de 1,56. Ningún participante con incontinencia mixta. La media del MUCP antes de la segunda cirugía fue de 40,4 cm H<sub>2</sub>O con una DE de 21,7 cm H<sub>2</sub>O. Seguimiento promedio de 18,6 meses, rango 12 - 28 meses.</p>
Intervenciones	31 TVT
Desenlaces	<p>Curación objetiva Test de estrés a la tos durante cistometría: 24 (77,4 %). Curación objetiva pad test: 23 (74 %) Mejoría objetiva pad test: 2 (6,5 %). Falla objetiva pad test: 6 (19,5 %) La media del MUCP después de la segunda cirugía fue de 42 cm H<sub>2</sub>O con una DE de 22,3 cm H<sub>2</sub>O. Lesión vesical en 1 participante (3,2 %). Incontinencia de urgencia de novo en 4 participantes (13 %). Dificultad para la micción no reportada.</p>
Notas	<p>No se reporta el tiempo entre primera y segunda cirugía. No se realiza reporte negativo de complicaciones como retención urinaria o infección postoperatoria.</p>

Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Ensayo clínico cuasiexperimental con un alto riesgo de sesgo de selección dado que no se realiza una generación de una secuencia de aleatorización.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de detección ya que no se realizó enmascaramiento del evaluador.</p> <p>Bajo riesgo de sesgo de desgaste dado que no hubo resultados incompletos.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información.</p> <p>Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>
---------------------------------	---

#### Ricci 2009

Métodos	<p>Ensayo clínico cuasiexperimental</p> <p>Un solo grupo, segunda línea de tratamiento TVT posterior a un TOT o TVT-O.</p> <p>No enmascarado.</p>
Participantes	<p>N = 15 mujeres.</p> <p>15 participantes con TOT o TVT-O previo.</p> <p>El rango de tiempo entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia fue de 8 a 48 meses.</p> <p>Rango de edad rango 40 - 55 años.</p> <p>Media de partos no reportada.</p> <p>Media IMC no reportada.</p> <p>Ningún participante con incontinencia mixta.</p> <p>Seguimiento no reportado.</p>
Intervenciones	15 TVT
Desenlaces	Curación total: 15 (100 %)
Notas	Informe del estudio es un resumen de congreso. No se logra obtener mayor información. No hay reporte negativo de complicaciones.
Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Ensayo clínico cuasiexperimental con un alto riesgo de sesgo de selección dado que no se realiza una generación de una secuencia de aleatorización.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de detección ya que no se realizó enmascaramiento del evaluador.</p> <p>Bajo riesgo de sesgo de desgaste dado que no hubo resultados incompletos.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información.</p> <p>Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>

Pardo 2010

Métodos	Serie de casos Retrospectiva Un grupo, segunda línea de tratamiento TVT. No enmascarado.
Participantes	N = 10 mujeres. 10 tenían una TVT previa. El rango de tiempo entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia es de 24 a 144 meses. Edad promedio de 55 años, con rango de 42 a 65 años. Media de partos 3. Media IMC 28 con rango de 24 a 33. No reportan participantes con incontinencia mixta. Seguimiento promedio de 12 meses.
Intervenciones	10 TVT
Desenlaces	Curación total: 9 participantes (90 %).
Notas	No se hace el reporte negativo de ninguna complicación.
Evaluación del riesgo de sesgos	Serie de casos retrospectiva con un riesgo poco claro de sesgo de selección dado que no se realiza una comparación. Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento. Alto riesgo de sesgo de detección ya que no se realizó enmascaramiento del evaluador. Bajo riesgo de sesgo de desgaste dado que no hubo resultados incompletos. Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información. Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.

Lee Y 2010

Métodos	Serie de casos Retrospectiva Un grupo, segunda línea de tratamiento TVT. No enmascarado.
---------	---

Participantes	<p>N = 39 mujeres.  14 tenían una TVT previa, 25 tenían TOT previa.  El promedio de tiempo entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia es de 29,8 meses con DE de 27,3 meses.  Edad promedio de 54 años, DE 9 años.  Media de partos no reportada.  Media IMC no reportada.  No reportan participantes con incontinencia mixta.  Seguimiento promedio de 23,5 meses, DE 23,4 meses.</p>
Intervenciones	<p>TVT: 26.  TOT: 13.</p>
Desenlaces	<p>Curación total: 25 participantes (64,1 %).  - TVT: 17/26 (65,3 %)  - TOT: 8/13 (61,5 %)</p>
Notas	<p>No se hace el reporte negativo de ninguna complicación.</p>
Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Serie de casos retrospectiva con un riesgo poco claro de sesgo de selección dado que no se realiza una comparación.  Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento.  Alto riesgo de sesgo de detección ya que no se realizó enmascaramiento del evaluador.  Bajo riesgo de sesgo de desgaste dado que no hubo resultados incompletos.  Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información.  Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>

#### Verbrugge2013

Métodos	<p>Serie de casos  Retrospectiva  Cuatro grupos, segunda línea de tratamiento TVT, TOT, minisling o biológica.  No aleatorizado.  No enmascarado.  Seguimiento por 14 meses y luego anual.</p>
---------	--

Participantes	<p>N = 80 mujeres.  24 tenían una TVT previa, 46 tenían una TOT previa, 2 minisling, 1 biológica,  El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia fue de 24 meses, con un rango de 3 - 186.  Edad promedio de 62 años, con DE 12,3 años.  Media de partos fue de 2,2.  Media IMC 24,7 con una DE de 5,9.  38 participantes con incontinencia mixta.  La media del VLPP antes de la segunda cirugía fue de 54,4 cm H2O con una DE de 21,7 cm H2O. No se obtuvo información de 16 participantes.  Seguimiento promedio de 44,8 meses, con un rango de 3 - 104.</p>
Intervenciones	<p>25 TVT  26 TOT  16 Minisling  13 Biológica</p>
Desenlaces	<p>Se perdieron 3 pacientes durante el seguimiento por lo que se dan los resultados con 77 pacientes.  Curación objetiva: 49/77 participantes (63,5 %).  Curación subjetiva: 47/77 participantes (61 %).  Mejoría subjetiva: 57/77 participantes (74 %).  - Mejoría subjetiva TVT: 20/25 participantes (80 %).  - Mejoría subjetiva TOT: 18/23 participantes (78,2 %).  - Biológico: 6/7 participantes (85,7 %)</p>
Notas	<p>No se especifica la técnica de implantación de las cintas biológicas. No se hace el reporte negativo de ninguna complicación.</p>
Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Serie de casos retrospectiva con un alto riesgo de sesgo de selección dado que no se realiza una generación de una secuencia de aleatorización.  Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento.  Alto riesgo de sesgo de detección ya que no se realizó enmascaramiento del evaluador.  Bajo riesgo de sesgo de desgaste dado que no hubo resultados incompletos.  Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información.  Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>

Costantini 2013

Métodos	<p>Serie de casos Retrospectiva Nueve grupos, segunda línea de tratamiento TVT, TOT, collagen, macropastique, ZUIDEX, terapia continencia ajustable, colposuspension, esfinter urinario artificial y sling vaginal. No aleatorizado. No enmascarado.</p>
Participantes	<p>N = 50 mujeres. De estos solamente 9 pacientes tenían como cirugía antiincontinencia previa TOT, el resto de pacientes tenían otros procedimientos que no eran cintas de uretra media por lo que no se incluyeron en el análisis. El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia no fue reportado. Edad promedio no fue reportada. Media de partos no fue reportada. Media IMC no reportada. Participantes con incontinencia mixta no fueron reportados. Seguimiento promedio no reportado.</p>
Intervenciones	<p>7 TVT 2 TOT</p>
Desenlaces	<p>Curación total: 4 participantes (44 %). - Grupo TVT: 4 (57,1 %) - Grupo TOT: 0. Mejoría total: 3 participantes (33,3 %) - Grupo TVT: 3 (42,9 %) - Grupo TOT: 0.</p>
Notas	<p>Solo se toman a 9 de los 50 pacientes ya que solamente estos tenían una cinta de uretra media como primera cirugía antiincontinencia. No se hace reporte negativo de complicaciones.</p>
Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Serie de casos retrospectiva con un alto riesgo de sesgo de selección dado que no se realiza una generación de una secuencia de aleatorización. Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento. Alto riesgo de sesgo de detección ya que no se realizó enmascaramiento del evaluador. Bajo riesgo de sesgo de desgaste dado que no hubo resultados incompletos. Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información. Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>

Simsek 2014

Métodos	<p>Ensayo clínico cuasiexperimental          Un solo grupo, segunda línea de tratamiento TVT posterior a un TOT.          No enmascarado.          Seguimiento por 24 meses.</p>
Participantes	<p>N = 42 mujeres.          Todas TOT previa.          El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia fue de 12,8 meses, con un rango de 9,2 - 17,8 meses.          Edad promedio de 49,1 años, con DE 8,6 años.          Media de partos fue de 4,3 con una DE de 1,3.          Media IMC 27,4 con una DE de 1,9.          7 (16,6 %) participantes con incontinencia mixta.          La media del Q-tip test antes de la segunda cirugía fue de 61,2<sup>o</sup> con una DE de 13,8<sup>o</sup>.          Seguimiento promedio de 33,2 meses, rango 26,1 - 37,2 MESES.</p>
Intervenciones	42 TVT
Desenlaces	<p>Curación a los 12 meses: 35 (83,3 %).          Curación a los 24 meses: 32 (76,2 %).          Lesión vesical en 4 participante (9,5 %).          Incontinencia de urgencia de novo en 7 participantes (16,6 %).          Dificultad para la micción en 3 participantes (7,14 %).          Ninguno con retención urinaria.</p>
Notas	Reportan dos proporcións diferentes de curación teniendo en cuenta el tiempo de seguimiento. No hacen reporte negativo de otras complicaciones como las infecciones.
Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Ensayo clínico cuasiexperimental con un solo brazo con un alto riesgo de sesgo de selección dado que no se realiza una comparación.          Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento.          Alto riesgo de sesgo de detección ya que no se realizó enmascaramiento del evaluador.          Bajo riesgo de sesgo de desgaste dado que no hubo resultados incompletos.          Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información.          Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>

Costantini 2014

Métodos	<p>Serie de casos Retrospectiva DOS grupos, segunda línea de tratamiento TVT, TOT. No aleatorizado. No enmascarado.</p>
Participantes	<p>N = 48 mujeres. De estos solamente 22 pacientes tenían como cirugía antiincontinencia previa TOT (19) Y TVT (3), el resto de pacientes tenían otros procedimientos que no eran cintas de uretra media por lo que no se incluyeron en el análisis. El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia no fue reportado. Edad promedio no fue reportada. Media de partos no fue reportada. Media IMC no reportada. Participantes con incontinencia mixta no fueron reportados. Seguimiento promedio no reportado.</p>
Intervenciones	<p>18 TVT 4 TOT</p>
Desenlaces	<p>Curación total: 12 participantes (54,5 %). Mejoría total: 5 participantes (22,7 %)</p>
Notas	<p>Solo se toman a 22 de los 48 pacientes ya que solamente estos tenían una cinta de uretra media como primera cirugía antiincontinencia. No se hace reporte negativo de complicaciones.</p>
Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Serie de casos retrospectiva con un alto riesgo de sesgo de selección dado que no se realiza una generación de una secuencia de aleatorización. Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento. Alto riesgo de sesgo de detección ya que no se realizó enmascaramiento del evaluador. Bajo riesgo de sesgo de desgaste dado que no hubo resultados incompletos. Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información. Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>

Métodos	<p>Casos y controles Casos participantes con segunda cinta de uretra media. Controles participantes con primera cinta de uretra media. No enmascarado.</p>
Participantes	<p>N = 77 mujeres. Casos: 27 participantes. 16 participantes con TOT previa, TVT en 4 y mini slings en 2. En 5 casos no se obtuvo información sobre el primer procedimiento. Controles: 50 participantes. La media de tiempo entre el retiro de la primera cinta y la segunda cirugía antiincontinencia es de 3 meses. Edad promedio casos 62,4 años, con DE 8,4 años. Edad promedio controles 58,3 años, con DE 9,4 años. Media de partos no reportada. Media IMC no reportada. 12 casos con incontinencia mixta. La media del VLPP antes de la segunda cirugía fue de 84,2 cm H2O con una DE de 23 cm H2O Seguimiento promedio no reportado, pero mencionan que los pacientes fueron seguidos por seis meses y luego cada 2 años.</p>
Intervenciones	<p>Casos: 27 TVT Controles: 50 TVT</p>
Desenlaces	<p>Curación objetiva en casos: 24 participantes (89 %). Curación objetiva en controles: 48 participantes (96 %) Infección postoperatoria 4 (10,2 %)</p>
Notas	<p>No se hace el reporte negativo de ninguna complicación.</p>
Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Estudio de casos y controles con un riesgo poco claro de sesgo de selección. Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento. Alto riesgo de sesgo de detección ya que no se realizó enmascaramiento del evaluador. Bajo riesgo de sesgo de desgaste dado que no hubo resultados incompletos. Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información. Bajo riesgo de sesgo de información.</p>

Estudios incluidos cintas ajustables

Park 2014

Métodos	<p>Serie de casos Retrospectiva Dos grupos, segunda línea de tratamiento REMEEX y primera línea de tratamiento Seguimiento por 1, 3, 6, 12 meses y luego anual.</p>
Participantes	<p>N = 102 mujeres. Segunda línea de tratamiento: 40 participantes. 11 tenían una TVT previa, 29 tenían una TOT previa. Primera línea de tratamiento: 62 participantes con deficiencia intrínseca del esfínter. El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia no fue reportado. Edad promedio de 59,3 años, con rango de 51 a 77 años. Media de partos vaginales fue de 2,2 con un rango de 0 a 5. No se reporta IMC. 15 (14,7 %) participantes con incontinencia mixta. Seguimiento promedio de 27,6 meses, con un rango de 14 a 56 meses.</p>
Intervenciones	102 REMEEX
Desenlaces	<p>Curación total: 91 participantes (89,2 %). - Curación segunda línea de tratamiento REMEEX: 36 (90 %). - Curación primera línea de tratamiento REMEEX: 55 (88,7 %). Mejoría total: 6 (5,9 %). No se mencionan en qué grupo de pacientes. 41 pacientes (40,2 %) presentaron complicaciones. Tres pacientes con obstrucción leve. Perforación de la vejiga en 3 participantes (2,9 %), TVT. Incontinencia de urgencia de novo en 15 pacientes (14,7 %). Retención urinaria aguda en 3 pacientes (2,9 %) Infección de la herida quirúrgica en 4 participantes (3,9 %), 2 de estos requirieron el retiro del REMEEX. Infección urinaria en 3 pacientes (2,9 %)</p>
Notas	<p>No es muy claro el diseño del estudio ya que la única comparación que se realiza es la curación objetiva, el resto de resultados se dan como un consolidado de los dos grupos.</p>

Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Serie de casos retrospectiva con un alto riesgo de sesgo de selección dado que no se realiza una generación de una secuencia de aleatorización.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de detección ya que no se realizó enmascaramiento del evaluador.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de desgaste dado que hubo resultados incompletos, aunque se tiene claro al comienzo que son dos grupos, los resultados se dan como un solo grupo y solo se realiza comparación de la proporción de curación.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información.</p> <p>Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>
---------------------------------	---

#### Yasa 2016

Métodos	<p>Ensayo clínico cuasi-experimental</p> <p>Un brazo, segunda línea de tratamiento REMEEX.</p> <p>Seguimiento por 1, 6, 12 meses y anual.</p>
Participantes	<p>N = 19 mujeres.</p> <p>15 tenían un TVT previo, 4 tenían TOT previo.</p> <p>El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia fue de 21,4 meses, rango de 1-48 meses.</p> <p>Edad promedio de 55,3 años, rango 43 a 66 años, DE 6,9 años.</p> <p>La media de partos fue de 2,7.</p> <p>Media de IMC 32,2 con DE 5,1.</p> <p>Seis participantes tenían incontinencia mixta.</p> <p>Media de VLPP antes del segundo procedimiento fue de 116,4 cm H<sub>2</sub>O con una DE de 37,1 cm H<sub>2</sub>O.</p> <p>Media de Q-tip test fue de 47° con una DE de 24,3° antes del segundo procedimiento.</p> <p>Seguimiento promedio fue de 20,7 meses con una DE de 14 meses y un rango de 6 a 55 meses.</p>
Intervenciones	19 REMEEX
Desenlaces	<p>Curación total: 16 participantes (84,2 %).</p> <p>Media de Q-tip test fue de 21,5° con una DE de 5,62° después del segundo procedimiento.</p> <p>Un participante (5,3 %) presentó infección postoperatoria.</p> <p>Dos participantes (10,5 %) con urgencia urinaria de novo.</p> <p>Un participante (5,3 %) con exposición de malla.</p> <p>Dos participantes (10,5 %) con lesión vesical</p>
Notas	No se hace reporte negativo de ciertas complicaciones como obstrucción o retención urinaria postoperatoria.

Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Estudio cuasiexperimental con un riesgo poco claro de sesgo de selección. No se conocen claramente los criterios de selección. Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de detección ya que no se realizó enmascaramiento del evaluador.</p> <p>Bajo riesgo de sesgo de desgaste dado que no hubo resultados incompletos.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información.</p> <p>Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>
---------------------------------	---

## Estudios incluidos slingpubovaginal

### Petrou 2016

Métodos	<p>Serie de casos Retrospectiva Un grupo, segunda línea de tratamiento sling pubovaginal. Seguimiento por 36 meses.</p>
Participantes	<p>N = 21 mujeres. 13 tenían una TVT previa, 8 tenían una TOT previa. El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia no reportado. Mediana edad de 67 años, con rango 53 a 81 años. Media de partos vaginales no reportada. Media IMC no reportada. 13 participantes con incontinencia mixta. Seguimiento promedio 74 meses, rango de 36 a 127 meses.</p>
Intervenciones	21 sling pubovaginal.
Desenlaces	<p>Curación total: 16 participantes (76,2 %). No se presentaron infecciones postoperatorias, no se reportan otras complicaciones. Ninguno con retención urinaria.</p>
Notas	No se hace reporte negativo de complicaciones.
Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Serie de casos retrospectiva con un alto riesgo de sesgo de selección.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento.</p> <p>Bajo riesgo de sesgo de desgaste dado que no hubo resultados incompletos.</p>

	<p>Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información. Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>
--	---

## Estudios incluidos colposuspensión

### de Cuyper 2008

Métodos	<p>Ensayo clínico cuasi-experimental Un brazo, segunda línea de tratamiento colposuspensión BURCH laparoscópica.</p>
Participantes	<p>N = 16 mujeres. 8 tenían un TVT previo, 2 tenían TVT-O previo, 6 tenían un IVS previo. El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia no reportado. Edad promedio de 51,88 años, rango 38 a 66 años, DE 8,9 años. La media de partos fue de 3, rango de 1 a 4. Media de IMC 24,9 con DE 4,5, rango de 19 a 33. No se reportan pacientes con incontinencia mixta. Media de VLPP antes del segundo procedimiento fue de 116,4 cm H<sub>2</sub>O con una DE de 37,1 cm H<sub>2</sub>O. Media de Q-tip test fue de 47° con una DE de 24,3° antes del segundo procedimiento. Seguimiento promedio fue de 24,5 meses con un rango de 3 a 58 meses.</p>
Intervenciones	<p>16 colposuspensión tipo BRUCH laparoscópica.</p>
Desenlaces	<p>Curación objetiva: 6/11 participantes (54,6 %), si se incluyen a los excluidos es 6/13 (56,2 %) Curación subjetiva: 9/14 participantes (64,3 %), si se incluyen a los excluidos es 9/16 (56,2%). Pacientes que reportan mejoría (incluye a los de cura subjetiva): 13/14 (92,9 %). Tres participantes (21,4 %) presentaron infecciones urinarias recurrentes postoperatorias.</p>

Notas	No se hace reporte negativo de ciertas complicaciones como obstrucción o retención urinaria postoperatoria. Al principio de los métodos se aclara que se excluyen a dos de los 16 participantes, sin embargo, en los resultados a veces se incluyen y a veces no se incluyen a dichos pacientes.
Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Estudio cuasiexperimental con un riesgo poco claro de sesgo de selección. No se conocen claramente los criterios de selección.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de detección ya que no se realizó enmascaramiento del evaluador.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de desgaste dado que hubo resultados incompletos.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información.</p> <p>Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>

#### Estudios incluidos agentes abultantes

Lee 2010

Métodos	<p>Serie de casos</p> <p>Un brazo, segunda línea de tratamiento con agente abultante.</p>
Participantes	<p>N = 23 mujeres.</p> <p>8 tenían un TVT previo, 7 tenían TVT-O previo, 6 tenían un TOT previo, 2 tenían un IVS anterior previo.</p> <p>El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia fue de 12 meses con un rango de 3 a 65 meses.</p> <p>Mediana de edad de 52 años, rango 44 a 77 años.</p> <p>La media de partos no fue reportada</p> <p>Media de IMC no fue reportada</p> <p>No se reportan pacientes con incontinencia mixta.</p> <p>Seguimiento promedio fue de 5 meses con un rango de 1 a 34 meses.</p>
Intervenciones	<p>21 macroplastique</p> <p>2 Durasphere</p>

Desenlaces	<p>Curación total: 8 participantes (35 %).</p> <p>Mejoría subjetiva: 21 participantes (92 %) incluyendo a los curados.</p> <p>Media de material inyectado: 2,6 cc. Rango 1,5 a 5,5 cc.</p> <p>Pacientes que reportan mejoría (incluye a los de cura total): 21 (92 %).</p> <p>No se presentaron obstrucciones ni retenciones urinarias postoperatorias.</p>
Notas	No se hace reporte negativo de ciertas complicaciones postoperatorias.
Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Estudio cuasiexperimental con un riesgo poco claro de sesgo de selección.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de detección ya que no se realizó enmascaramiento del evaluador.</p> <p>Bajo riesgo de sesgo de desgaste dado que hubo resultados incompletos.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información.</p> <p>Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>

#### Espailat–Rijo 2014

Métodos	<p>Ensayo clínico cuasi-experimental</p> <p>Un brazo, segunda línea de tratamiento con agente abultante.</p>
Participantes	<p>N = 43 mujeres.</p> <p>43 con cinta de uretra media previa no especificada.</p> <p>El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia no reportado.</p> <p>Edad promedio de 70,3 años DE 11,42 años.</p> <p>La media de partos no fue reportada.</p> <p>Media de IMC no reportada</p> <p>No se reportan pacientes con incontinencia mixta.</p> <p>Seguimiento promedio fue de 48,5 semanas con una DE de 47,7 semanas.</p>
Intervenciones	43 macroplastique
Desenlaces	<p>Curación subjetiva 28 (70 %).</p> <p>Media de material inyectado 3,8 cc con rango de 2,5 a 6 cc.</p> <p>Mediana de número de inyecciones 1, rango de 1 a 10.</p>
Notas	Se obtiene la información limitada dado que el informe del estudio es un resumen de congreso. No se reporta proporción de curación.

Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Estudio cuasiexperimental con un riesgo poco claro de sesgo de selección. No se conocen claramente los criterios de selección.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de realización.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de detección.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de desgaste dado que hubo resultados incompletos.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información.</p> <p>Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>
---------------------------------	--

### Maggiore 2013

Métodos	<p>Ensayo clínico cuasi-experimental</p> <p>Un brazo, segunda línea de tratamiento con agente abultante.</p> <p>Seguimiento 1, 3, 6, 12 meses.</p>
Participantes	<p>N = 21 mujeres.</p> <p>21 con cinta de uretra media previa no especificada.</p> <p>El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia no reportado.</p> <p>Edad promedio no reportada</p> <p>La media de partos no fue reportada.</p> <p>Media de IMC no reportada</p> <p>No se reportan pacientes con incontinencia mixta.</p> <p>Seguimiento promedio no fue reportado.</p>
Intervenciones	21 Bulkamid
Desenlaces	<p>Cura subjetiva: 11 (52,4 %)</p> <p>Mejoría subjetiva: 15 (71,4 %).</p> <p>Media de material inyectado no reportada.</p> <p>3 pacientes (14,3 %) presentaron infección urinaria postoperatoria.</p> <p>2 pacientes (9,5 %) presentaron dolor en el sitio de inyección.</p>
Notas	Se obtiene la información limitada dado que el informe del estudio es un resumen de congreso.
Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Estudio cuasiexperimental con un riesgo poco claro de sesgo de selección. No se conocen claramente los criterios de selección.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de realización.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de detección.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de desgaste dado que hubo resultados incompletos.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información.</p>

	Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.
--	---

### Estudios incluidos acortamiento de cinta de uretra media previa

Martan 2009

Métodos	Ensayo clínico cuasi-experimental Un brazo, segunda línea de tratamiento con acortamiento de cinta previa.
Participantes	N = 8 mujeres. 8 TVT previo El rango de tiempo entre la primera antiincontinencia y el acortamiento fue de 12 a 16 semanas. Edad promedio 50 años, DE 16 años. La media de partos 1,6, DE 1,2 Media de IMC 28 con DE 16. No se reportan pacientes con incontinencia mixta. Seguimiento promedio no fue reportado.
Intervenciones	8 acortamiento de TVT implantado.
Desenlaces	Cura objetiva: 6 (75 %) No reportan complicaciones.
Notas	No se realiza reporte negativo de complicaciones.
Evaluación del riesgo de sesgos	Estudio cuasiexperimental con un riesgo poco claro de sesgo de selección. No se conocen claramente los criterios de selección. Riesgo poco claro de sesgo de realización. Riesgo poco claro de sesgo de detección. Riesgo poco claro de sesgo de desgaste dado que hubo resultados incompletos. Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información. Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.

Patterson 2010

Métodos	Serie de casos Un grupo, segunda línea de tratamiento con acortamiento de cinta previa.
Participantes	N = 20 mujeres. 9 TVT previo, 11 TOT previo. El promedio de tiempo entre la primera antiincontinencia y el acortamiento fue de 159,5 días, rango de 26 a 2090 días. Edad promedio no fue reportada. La media de partos no fue reportada. Media de IMC no fue reportada. Se reportan 10 pacientes con incontinencia mixta. Seguimiento promedio fue de 55,5 días con un rango de 29 a 972 días.
Intervenciones	20 plicatura de cinta previa.
Desenlaces	Cura objetiva: 13 (65 %) - Edad promedio: 57,2, DE 13,4. - IMC promedio: 25,8, DE 4,5. - Promedio partos: 2,9, DE 1,4 Mejoría subjetiva: 4 (20 %) No cura: 7 (35 %), incluye a los de mejoría. - Edad promedio: 64,6, DE 12,2. - IMC promedio: 30,4, DE 7,7. - Promedio partos: 2,8, DE 1,3 Síntomas urinarios irritativos postoperatorios: 11 (55 %)
Notas	No se realiza reporte negativo de complicaciones. No reportan los datos sociodemográficos de la población general sino por el grupo de curación y de no curación.
Evaluación del riesgo de sesgos	Serie de casos con un riesgo poco claro de sesgo de selección. Riesgo poco claro de sesgo de realización. Riesgo poco claro de sesgo de detección. Riesgo poco claro de sesgo de desgaste dado que hubo resultados incompletos. Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información. Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.

Gibas 2011

Métodos	Ensayo clínico cuasi-experimental Un grupo, segunda línea de tratamiento con acortamiento de
---------	---

	cinta previa.
Participantes	N = 4 mujeres. 4 TVT previo. El promedio de tiempo entre la primera antiincontinencia y el acortamiento no fue reporte. Rango de edad de 46 - 61 años. La media de partos no fue reportada. Media de IMC no fue reportada. No se reportan pacientes con incontinencia mixta. Seguimiento promedio no reportado..
Intervenciones	4 acortamiento de cinta previa.
Desenlaces	Cura objetiva: 4 (100 %). No complicaciones relacionadas con urgencia de novo ni síntomas obstructivos urinarios.
Notas	No reportan los datos sociodemográficos de los casos.
Evaluación del riesgo de sesgos	Ensayo clínico cuasi-experimental con un alto riesgo de sesgo de selección. Riesgo poco claro de sesgo de realización. Riesgo poco claro de sesgo de detección. Riesgo poco claro de sesgo de desgaste dado que hubo resultados incompletos. Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información. Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.

#### Shah 2016

Métodos	Reporte de casos Un grupo, segunda línea de tratamiento con acortamiento de cinta previa.
Participantes	N = 5 mujeres. 4 TVT previo, 1 con cinta de fascia del recto autologa previa. El promedio de tiempo entre la primera antiincontinencia y el acortamiento fue de 1,14 meses con rango de 0,7 a 1,86 meses. Edad promedio no reportada. La media de partos no fue reportada. Media de IMC no fue reportada. No se reportan pacientes con incontinencia mixta. Seguimiento promedio fue de 11,75 meses con un rango de 3 a 24 meses.
Intervenciones	5 acortamientos de cinta implantada.

Desenlaces	Cura subjetiva: 4 (80 %) No reportan complicaciones.
Notas	No se realiza reporte negativo de complicaciones. Reporte de solo 5 casos.
Evaluación del riesgo de sesgos	Reporte de casos con un riesgo poco claro de sesgo de selección. No se conocen claramente los criterios de selección. Riesgo poco claro de sesgo de realización. Riesgo poco claro de sesgo de detección. Riesgo poco claro de sesgo de desgaste dado que hubo resultados incompletos. Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información. Alto riesgo de otro sesgo dado el diseño del estudio.

Estudios incluidos que comparan segunda cinta vs acortamiento de la cinta previa

#### Koh 2007

Métodos	Ensayo clínico cuasi-experimental Dos brazos, segunda línea de tratamiento con acortamiento de cinta previa vs segunda cinta TVT.
Participantes	N = 18 mujeres. Brazo acortamiento cinta previa: 10. - Edad promedio 51,9 años DE 11,12 años. Brazo segunda cinta TVT: 8 - Edad promedio 57,5 años DE 4,98 años. El rango de tiempo entre la primera antiincontinencia y el acortamiento fue de 12 a 16 semanas. Edad promedio 50 años, DE 16 años. La media de partos 1,6, DE 1,2 Media de IMC 28 con DE 16. No se reportan pacientes con incontinencia mixta. Seguimiento promedio no fue reportado.
Intervenciones	8 repetición TVT implantado. 10 acortamiento de TVT previa

Desenlaces	<p>Brazo acortamiento cinta previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falla: 3 (30 %)</li> <li>- Curación subjetiva: 7 (70 %)</li> </ul> <p>Brazo segunda cinta TVT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falla: 0.</li> <li>- Curación subjetiva: 7 (87,5 %)</li> <li>- Mejoría subjetiva: 1 (12,5 %)</li> </ul>
Notas	No se realiza reporte negativo de complicaciones.
Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Estudio cuasiexperimental con un riesgo poco claro de sesgo de selección. No se conocen claramente los criterios de selección.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de realización.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de detección.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de desgaste dado que hubo resultados incompletos.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información.</p> <p>Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>

Han 2012

Métodos	<p>Cohorte histórica</p> <p>Dos grupos, segunda línea de tratamiento con repetición de la cinta de uretra media o acortamiento de la cinta previa.</p>
Participantes	<p>N = 66 mujeres.</p> <p>Todas con cinta TVT o TOT previa, no se especifica el número en cada grupo.</p> <p>El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia fue de 12 meses con un rango de 3 a 65 meses.</p> <p>Grupo repetición cinta previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Media de edad de 54,7 años, DE 11,4 años.</li> <li>- Media de partos fue de 2,9, DE 1,7.</li> <li>- Media de IMC fue de 24,2, DE 2,7.</li> </ul> <p>Grupo acortamiento cinta previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Media de edad de 53,4 años, DE 7,6 años.</li> <li>- Media de partos fue de 2,3, DE 1,0.</li> <li>- Media de IMC fue de 24,2, DE 2,5.</li> </ul> <p>No se reportan pacientes con incontinencia mixta.</p> <p>Seguimiento promedio no reportado.</p>
Intervenciones	<p>36 repetición TVT implantado.</p> <p>30 acortamiento de TVT previa</p>

Desenlaces	<p>Grupo repetición cinta previa:  - Cura subjetiva: 26 (72,2 %).  - Mejoría: 4 (11,1%)</p> <p>Grupo acortamiento cinta previa:  - Cura subjetiva: 14 (46,7 %).  - Mejoría: 7 (23,3 %)</p> <p>Diferencia significativa en la curación entre los dos grupos a favor del grupo de segunda cinta (p: 0,034).  Incontinencia de urgencia de novo se desarrolló en 2 pacientes.</p>
Notas	No se hace reporte negativo de ciertas complicaciones postoperatorias. No se especifica el número de pacientes.
Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Serie de casos con un alto riesgo de sesgo de selección.  Alto riesgo de sesgo de realización dado que no se realizó ningún tipo de enmascaramiento.  Alto riesgo de sesgo de detección ya que no se realizó enmascaramiento del evaluador.  Riesgo poco claro de sesgo de desgaste dado que hubo resultados incompletos.  Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información.  Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>

Estudios incluidos que comparan segunda cinta de uretra media vs agente abultante

Gaddi 2014

Métodos	<p>Cohorte Histórico  Dos cohortes, segunda línea de tratamiento con cinta de uretra media o con agente abultante.</p>
---------	--

Participantes	<p>N = 165 mujeres.</p> <p>98 repetición cinta de uretra media. Cinta previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TVT 58</li> <li>- TOT 22</li> <li>- Cinta de incisión simple 18</li> </ul> <p>67 agente abultante como segunda línea.</p> <p>El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia no reportado.</p> <p>Cohorte cinta de uretra media:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad promedio de 55 años con DE 10,81</li> <li>- 0 partos 7 (7,3 %).</li> <li>- Entre 1 y 2 partos vaginales 50 (52,1 %).</li> <li>- 3 o más partos vaginales 39 (40,9 %)</li> <li>- IMC promedio 30,1, DE 5,43.</li> </ul> <p>Cohorte agente abultante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad promedio de 62,3 años con DE 13,85</li> <li>- 0 partos 4 (6,3 %).</li> <li>- Entre 1 y 2 partos vaginales 32 (50,8 %).</li> <li>- 3 o más partos vaginales 27 (42,9 %)</li> <li>- IMC promedio 28,1, DE 5,73.</li> </ul> <p>No se reportan pacientes con incontinencia mixta.</p> <p>Seguimiento promedio no fue reportado.</p>
Intervenciones	<p>Cohorte cinta de uretra media:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cinta de uretra media no especificada.</li> </ul> <p>Cohorte agente abultante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coaptite 27</li> <li>- Macroplastique 7</li> <li>- Contigen 33</li> </ul>
Desenlaces	<p>Cohorte cinta de uretra media:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No falla 87 (88,7 %).</li> <li>- Falla 11 (11,2 %)</li> </ul> <p>Cohorte agente abultante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No falla 41 (61,1 %).</li> <li>- Falla 26 (38,9 %), de estos, 12 (46 %) refieren haber presentado mejoría.</li> </ul> <p>Media de material inyectado no reportada.</p> <p>Modelo logístico multivariado, agentes abultantes fue asociado con mayor riesgo de falla comparado con cinta de uretra media (OR 3,49, 95% IC 1,34-9,09, p: 0,01)</p>
Notas	<p>No se conoce con exactitud cuáles fueron los procedimientos realizados como segunda línea de tratamiento en el grupo con segunda cinta de uretra media.</p>

Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Estudio cohorte retrospectivo con un riesgo bajo de sesgo de selección dado que se tienen claros los criterios de selección de las cohortes y es multicéntrico mejorando la representatividad de la muestra.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de realización.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de detección.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de desgaste dado que hubo resultados incompletos.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información.</p> <p>Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p> <p>Bajo riesgo de sesgo de información ya que se obtiene la misma información de las dos cohortes de la misma fuente de forma retrospectiva.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de clasificación no diferencial ya que no se diferencia adecuadamente en los resultados por tipo de segunda intervención.</p>
---------------------------------	---

Estudios incluidos que comparan segunda cinta de uretra media vs REMEEX

Lee 2014

Métodos	<p>Ensayo Cuasiexperimental</p> <p>Dos brazos, segunda línea de tratamiento con TVT o REMEEX.</p>
Participantes	<p>N = 48 mujeres.</p> <p>48 con TOT previo.</p> <p>El tiempo promedio entre la primera y la segunda cirugía antiincontinencia no fue reportado.</p> <p>Edad promedio de 58,6 años con DE 9,58 años.</p> <p>Media de partos no reportada.</p> <p>IMC promedio no reportado.</p> <p>No se reportan pacientes con incontinencia mixta.</p> <p>Seguimiento promedio no fue reportado.</p>
Intervenciones	<p>26 TVT.</p> <p>22 REMEEX.</p>

Desenlaces	<p>Brazo TVT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cura subjetiva: 16 (61,5 %).</li> <li>- Mejoría: 3 (11,5 %)</li> </ul> <p>Brazo REMEEX:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cura subjetiva: 18 (81,8 %).</li> <li>- Mejoría: 4 (18,2 %).</li> </ul> <p>Diferencia significativa en la cura subjetiva entre los dos procedimientos al favor de REMEEX (<math>p &lt; 0,05</math>)</p>
Notas	No se hace reporte de las complicaciones. Reporte es un resumen de congreso con información limitada.
Evaluación del riesgo de sesgos	<p>Estudio cuasiexperimental con un riesgo poco claro de sesgo de selección. No se conocen claramente los criterios de selección.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de realización.</p> <p>Alto riesgo de sesgo de detección.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de desgaste dado que hubo resultados incompletos.</p> <p>Riesgo poco claro de sesgo de notificación ya que no hay suficiente información.</p> <p>Alto riesgo de otros sesgos dado el diseño del estudio.</p>