

11217¹
20
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO "LA RAZA"

PREVALENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA
EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
No. 3 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
O B S T E T R I C I A

P R E S E N T A :

DRA. MARIA ISABEL GARCIA ARGUETA

0273891

ASESOR DE TESIS: DR. MARIO MANUEL MATUTE GONZALEZ
COLABORADOR: DR. OSCAR A. MARTINEZ RODRIGUEZ

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1999.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Agradesco a Dios, por haberme dado a los padres que tengo
de ellos he aprendido que se puede lograr
todo propósito.*

*A mis hermanos, por el apoyo incondicional
que siempre me han brindado.*

A mi hijo Alfonso, con amor.

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Dr. Mario Manuel Matute González

Médico de Base adscrito al Servicio de Ginecología

Hospital de Ginecoobstetricia No. 3

Centro Médico La Raza del IMSS

INVESTIGADOR ASOCIADO PRINCIPAL

Dra. María Isabel García Argueta

Residente de cuarto año de la especialidad de Ginecoobstetricia

Hospital de Ginecoobstetricia No. 3

Centro Médico La Raza del IMSS

INVESTIGADOR ASOCIADO

Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez

Jefe del Servicio de Ginecología

Hospital de Ginecoobstetricia No. 3

Centro Médico La Raza del IMSS

INDICE	PAGINA
ABSTRAC ESPAÑOL	5
ABSTRAC ENGLIHS	7
ANTECEDENTES	8
ETIOLOGIA.....	9
DIAGNOSTICO	10
CISTOMETRIA	12
TRATAMIENTO	14
OBJETIVO GENERAL	15
OBJETIVOS ESPECIFICOS	15
CRITERIOS DE INCLUSION	16
CRITERIOS DE NO INCLUSION	16
CRITERIOS DE EXCLUSION	16
MATERIAL Y METODOS	17
RESULTADOS	18
GRAFICAS	21
DISCUSION	22
CONCLUSIONES.....	24
BIBLIOGRAFIA.....	25
ANEXO.	

ABSTRAC ESPAÑOL

Prevalencia y sintomatología de la Incontinencia Urinaria en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 CM "La Raza" del IMSS.

*Matute G. Mario M. *, Martínez R. Oscar A. **, García A. Ma. Isabel ***.*

La incontinencia urinaria, es uno de los temas de ginecología, que comparte diversos puntos de vista sobre su etiología, diagnóstico y tratamiento. Es difícil conocer con exactitud la prevalencia real de la incontinencia urinaria en la mujer ya que es considerado por la paciente y en ocasiones por el propio médico como una consecuencia natural de la paridad.

Objetivo.- Determinar la prevalencia de los diagnósticos de Incontinencia Urinaria a través de la cistometría simple.

Material y métodos.- Se realizó historia clínica, cuestionario urológico y cistometría simple a las mujeres que acudieron a la consulta de Ginecología del HGO No. 3 referidas por Incontinencia Urinaria.

Resultados.- De un total de 61 pacientes, 26 (42.6%) presentaron Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (I.U.E.). 19 (31.1%) tuvieron Incontinencia Urinaria de Urgencia (I.U.U.). Cinco pacientes (8.1%) Incontinencia urinaria mixta (I.U.M.). Y en 11 (18%) no se evidenció ningún tipo de Incontinencia Urinaria (I.U.). De este estudio surge la siguiente observación: los síntomas en relación al esfuerzo, urgencia y cuantificación de la pérdida son similares a todas las pacientes independientemente del tipo de incontinencia urinaria. Se asignaron valores numéricos a los síntomas de acuerdo a su intensidad en relación con el esfuerzo (E), la urgencia (U) y la cuantificación de la pérdida (CP); para las pacientes con I.U.E. los valores promedio fueron: (E) 6.5, (U) 4.5, (CP) 5.6. Para I.U.U.: (E) 5.0, (U) 4.84 y (CP) 4.84. En la I.U.M.: (E) 4.6, (U) 5.0 y (CP) 4.8. En las pacientes en quienes no se evidenció I.U.: (E) 4.72, (U) 4.45 Y (CP) 3.27.

Conclusiones.- El estudio de cistometría simple aporta información relevante para establecer el diagnóstico de I.U. La sintomatología referida por la paciente no deber ser usada como parámetro único de diagnóstico.

- * Médico adscrito al Servicio de Ginecología del HGO No. 3 CMR IMSS
- ** Jefe del Servicio de Ginecología del HGO No. 3 CMR IMSS.
- *** Residente de 4to. Grado de Ginecología y Obstetricia del HGO No.3 CMR IMSS.

ABSTRACT ENGLISH

Prevalence of the Urinary Incontinence at The Gynecology and Obstetrician number 3 Hospital CMR IMSS.

Matute G. Mario M, Martínez R. Oscar A**, García A. Ma. Isabel***.*

The urinary incontinence is subject the gynecology to share various fresh look about aetiology, diagnosis and treatment. Is difficult know accuracy the prevalence real the urinary incontinence in the women for were effect natural of the delivery.

Objective: To determine the prevalence of the diagnostics of the urinary incontinence trough of single cystometric.

Materials and methods: We made clinic history, questionnaric urology and single cystometric to the women that were to the clinic in Gynecology of HGO No. 3 CMR IMSS knew for urinary incontinence.

Results: A total of 61 patients, 26 (42.6%) were stress urinary incontinence (S.U.I.). Nineteen (31.1%) were urge urinary incontinence (U.U.I.). five (8.1%) mixed urinary incontinence (M.U.I.). And eleven (18%) wasn't evidence urinary incontinence (U.I.). The present findings show that the symptoms were common between in the diferents case of urinary incontinence. We to assign value numerical at the symptms for to intensive in relation with the stress (S), the urgency (U) and the amount of the loss (AL); for the patients with S.U.I. the value middle were: $S = 6.5$, $U = 4.5$, $AL = 5.6$. For U.U.I.: $S = 5$, $U = 4.84$ and $AL = 4.84$. In the M.U.I.: $S = 4.6$, $U = 5$ and $AL = 4.8$. The patients whose not evidence U.I.: $S = 4.72$, $U = 4.45$ and $AL = 3.27$.

Conclusions : The test single cystometric show evidence for establish the diagnosis of U.I. The symptoms cannot finding only be diagnosis.

* Attached service of Gynecology of HGO No. 3 CMR IMSS.

** Job of service of Gynecology of HGO No. 3 cmr imss.

*** Resident of 4 th steep of Gynecology and Obstetrician of HGO No. 3 CMR IMSS.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Pocos temas en Ginecología concentra tan diversos puntos de vista sobre su etiología, diagnóstico y tratamiento. Tal es el caso de una de las patologías que más frecuentemente demanda la consulta del Ginecólogo: La Incontinencia Urinaria.

La Sociedad Internacional de Continencia define a la Incontinencia Urinaria como la pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable y que ocasiona un problema social e higiénico.

La pérdida de orina puede ser tan discreta que la mujer la tolere sin consultar al médico o tan intensa que la paciente necesite llevar constantemente una compresa para evitar mojarse, e incluso que induzca a la mujer a evitar toda vida de sociedad por el temor del olor que la orina puede producir.

Es difícil conocer con exactitud las cifras de prevalencia real de la incontinencia urinaria en la mujer, por ser un síntoma al que muchas mujeres, y desgraciadamente muchos médicos también, prestan poca atención y consideran como una consecuencia natural de la paridad. Por ello, las cifras comunicadas en la literatura varían extraordinariamente. La mayoría de los informes dan tasas de prevalencia que oscila entre el 8 y el 51%. Recalcando que en las comunidades que poseen una elevada tasa de personas de edad avanzada, la prevalencia varía del 15 al 30%.

De la población femenina en general, aproximadamente el 50% presenta algún grado de Incontinencia Urinaria (I.U.) en algún momento de su vida, de ellas aproximadamente la mitad han consultado a algún médico por esta causa. Holst y Wilson encontraron que solo 33% de sus pacientes con I.U. habrían buscado ayuda médica para resolver su problema, el 81% no buscaron ayuda médica por considerar el trastorno como normal, y el 10% por considerar que su problema no tenía solución (1). Hay referencia de que la prevalencia de incontinencia urinaria de todas las causas es de 10 - 25% en mujeres de 15 - 64 años y 15 a 37.7% en comunidades de mujeres mayores de 60 años (2).

El impacto psicosocial percibido por la paciente no siempre es acorde con la intensidad de los síntomas. Wyman y cols. encontraron que las pacientes con frecuencia y urgencia pero sin pérdida urinaria, estaban tan molestas con sus síntomas como aquellas con incontinencia (3,4). Las mujeres afectadas inicialmente cambian sus hábitos de ejercicio y en un momento dado, después de episodios particularmente memorables de incontinencia. Además, las mujeres acostumbradas a usar materiales absorbentes suelen utilizar cojinetes o pañales en lugar de buscar ayuda médica. A menudo estos materiales son inadecuados, ya que están diseñados para retener el flujo menstrual y no para un tipo de pérdida como la orina.

Etiología

El trauma obstétrico es el factor más importante en la patogénesis de la incontinencia urinaria. La etiología de la incontinencia urinaria es extensamente debatida. Los factores incluidos son daño de los ligamentos pubouretrales y del esfínter externo de la uretra, ambos con innervación motora. Circunstancia que se presenta durante el parto vaginal. Estudios histoquímicos de biopsias del piso pélvico han demostrado evidencia de denervación en mujeres con prolapso uterovaginal e incontinencia urinaria. Estos estudios, demuestran que existe una correlación entre la presencia de denervación y la historia obstétrica. En particular, partos con bebés de alto peso. De igual manera se afecta la función ano-rectal, manifestada por constipación crónica (5).

Para su estudio, se ha dividido en dos grandes grupos a la incontinencia urinaria: *intrauretral* y *extrauretral*.

Intrauretral

a) *Incontinencia urinaria de esfuerzo genuina (I.U.E.G.)*. Es la pérdida involuntaria de orina que se presenta con esfuerzo físico en ausencia de contracción del detrusor. La principal causa es la pérdida del soporte anatómico de la uretra y de la unión uretrovesical lo cual hace que la porción proximal de la uretra se desplace abajo del plano de los músculos pubococcígeos quedando así fuera de la zona de presión intraabdominal. En el

95% de los casos este defecto anatómico es consecuencia del traumatismo obstétrico o por atrofia de los tejidos por edad avanzada.

b) *Incontinencia urinaria de urgencia (I.U.U)*. Es la pérdida involuntaria de orina acompañada de deseo intenso y súbito de orinar (urgencia). Que a su vez se subdivide en motora, la cual se asocia a contracciones no inhibidas del detrusor, o inestabilidad sensorial en la que no se presentan éstas sino sólo el deseo imperioso de la micción.

c) *Incontinencia mixta*. Cuando se asocian dos tipos de incontinencia. La más frecuente es la I.U.E.G y la de urgencia motora, la cual puede presentarse en un 70% de los casos.

Extrauretral

Lo constituyen las fistulas genitourinarias generalmente traumáticas postquirúrgicas o post radioterapia. Las cuales no son motivo de este estudio (6).

Diagnóstico

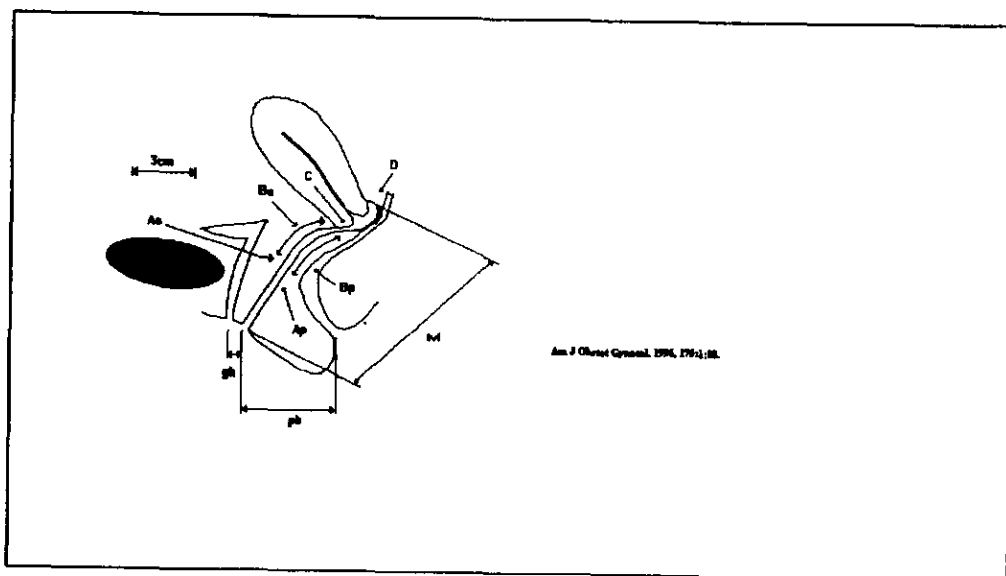
La historia clínica por si sola, tiene un grado de error del 50% para el diagnóstico correcto de inestabilidad del detrusor y un 25% para el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo (7). Es por ello que el realizar la historia clínica uroginecológica detallada proporciona al clínico información valiosa para la selección de pruebas diagnósticas adecuadas y de esta manera elegir el tratamiento adecuado.

Es importante indagar el tipo de fármacos que está utilizando la paciente ya es sabido que entre los efectos secundarios pueden alterar el funcionamiento de la vejiga y uretra. Antes de efectuar cualquier tipo de exploración, es prudente contar con un urocultivo, en caso de positividad se indicará tratamiento correspondiente, ya que uno de los principales gérmenes más frecuentes es *E. coli* y que su endotoxina tiene propiedades bloqueadoras alfa adrenérgicas lo cual puede disminuir la presión uretral y ocasionar pérdida urinaria.

La exploración física debe estar orientada a la búsqueda de alteraciones anatómicas de las estructuras pelviginales., corroborar la pérdida de orina mediante la prueba de esfuerzo, datos de atrofia genital, patología uterina o anexial, valoración neurológica mediante pruebas sencillas, prueba del Q- tip ya que el cambio en el ángulo del

aplicador que exceda de 30° al esfuerzo denota apoyo anatómico inadecuado. Es pertinente aclarar que la prueba de Q - tip por si sola no modifica significativamente la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo de la historia clínica y la exploración física (8).

En relación a la terminología utilizada para describir el prolapso de órganos pélvicos y la disfunción del piso pélvico. La Sociedad Internacional de Continencia, La Sociedad Americana de Uroginecología y La Sociedad de Cirugía Ginecológica; en 1996 adoptan un sistema estándar de terminología (9). Y proponen los puntos básicos en la exploración uroginecológica que a continuación se describen:



gh.- hiato genital

pb.- cuerpo perineal

tvL.- longitud total de la vagina

Aa.- los 3 cm proximales de la pared anterior de vagina

Ba.- porción distal de la pared anterior de vagina

C.- cérvix o en su defecto la cúpula vaginal

D.- fondo de saco posterior

Bp.- porción distal de la pared vaginal posterior

Ap.- los 3 cm próximos de la pared vaginal posterior

Cistometría

Es el método mediante el cual se mide la relación presión / volumen en el interior de la vejiga. Evalúa la actividad del detrusor y la sensación, capacidad y complacencia vesical. La cual se realiza con el paciente alerta, sin efecto anestésico alguno, ni sedación por drogas, ni bajo el efecto de fármacos, que pudieran afectar la función vesical. Debe ser parte integral de la valoración uroginecológica ya que permite el médico diferenciar entre la inestabilidad del detrusor y la incontinencia anatómica.

La cistometría simple de un solo "canal" puede ser realizada en el consultorio del ginecólogo. La cistometría de pie en un solo canal puede detectar contracciones involuntarias del

detrusor en un 75 a 90% de pacientes con inestabilidad del músculo detrusor (10).

A continuación se describe la técnica de la cistometría simple de consultorio:

Material

- 1.- solución fisiológica 1000 cc a temperatura corporal
- 2.- metrisecc
- 3.- llave de tres vías
- 4.- venopac
- 5.- escala graduada en cm
- 6.- sonda foley # 16 con balón de 5 ml
- 7.- vaso graduado
- 8.- jeringa de 5 cm

Método

- 1.- previa evaluación de rutina con urocultivo, historia clínica, cuestionario uroginecológico, exploración física incluyendo test de Q - tip.
- 2.- se pide a la paciente que previamente orine.
- 3.- en posición ginecológica y con medias de antisepsia se mide orina residual
- 4.- se procede a colocar el dispositivo para la cistometria.
- 5.- se infunde en forma retrograda la solución fisiológica a una velocidad que no exceda los 80 ml x min, de 50 en 50 cc.
- 6.- cada 50 cc de infusión se pide a la paciente que se pare en las puntas de sus pies y tosa tres veces , como maniobra de provocación.
- 7.- a la vez se registra el volumen que corresponde a la primera sensación de micción,
y la capacidad vesical máxima tolerable.
- 8.- posterior a cada maniobra de provocación se registra la presión en la columna de agua. Considerando a la presión de 15 cm de H₂O o más como anormal o positiva para una contracción no inhibida del detrusor.
- 9.- alcanzado la capacidad vesical máxima tolerable, se suspende la infusión de líquido. Se procede al retiro de líquido que exceda a 300 cc y al retira de la sonda foley.
- 10.- En posición ginecológica se pide a la paciente que tosa enérgicamente para evidenciar la salida involuntaria de orina.
- 11.- Se finaliza la prueba con la evacuación total de orina mediante sonda foley, registrando el volumen total.

Los autores del método de cistometria simple, reportan una sensibilidad de la prueba de 84.3%, con un valor predictivo negativo de 81% (11).De gran ayuda también son otros muchos métodos para el diagnóstico de la incontinencia urinaria, como la urodinamia multicanal, los métodos por imagen como lo es el uretrocistograma y el ultrasonido, y la uretrocistoscopia. Procedimientos que si bien cuentan con una sensibilidad excelente, su costo y disponibilidad no esta al alcance de todos.

Tratamiento

El tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo es distinto al de urgencia. En el primer caso, el tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, mientras que la incontinencia de urgencia debe ser tratada por métodos médicos. De aquí la necesidad de esforzarse en llegar a un diagnóstico seguro, para evitar operaciones innecesarias y fracasos. Desgraciadamente, con frecuencia se asocian ambos tipos de incontinencia.

El tratamiento quirúrgico de la incontinencia genuina de esfuerzo persigue restablecer la normalidad topográfica del tracto urinario (uretra y base de la vejiga) y el aparato genital (útero y vagina).

En nuestro medio, estudios demuestran que la imipramina es un buen medicamento para la inestabilidad del detrusor. Constituyendo una buena alternativa el bromuro de propantelina, en aquellas pacientes con intolerancia a la imipramina (12).

Hasta el momento no existe una operación ideal aplicable a todas las pacientes por igual. La selección del procedimiento que cumpla los objetivos terapéuticos, debe ajustarse a cada caso en particular, según sea la existencia de alteraciones de la estática pelvigenital y la patología ginecológica asociada. Se reporta a nivel de Institución un índice de éxitos en forma global de 81% (13).

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de los diferentes tipos de Incontinencia Urinaria a través del estudio de *cistometría simple*.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Determinar la prevalencia de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, diagnosticada con *cistometría simple*.
- 2.- Determinar la prevalencia de la Incontinencia Urinaria de Urgencia, diagnosticada con *cistometría simple*.
- 3.- Determinar la *prevalencia de la Incontinencia Urinaria Mixta, diagnosticada por cistometría simple*.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Pacientes que sean enviadas a la Preconsulta de Ginecología con el diagnóstico de Incontinencia Urinaria.
- 2.- Contar con exámenes básico como examen general de orina normal y urocultivo sin desarrollo.
- 3.- Pacientes menopaúsicas de más de 5 años, contar con terapia de sustitución hormonal preventiva en forma oral de por lo menos 1 mes.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- 1.- Transtornos de la estática pélvica grado III.
- 2.- Pacientes que no acepten tomar la terapia de sustitución hormonal.
- 3.- Pacientes en quienes no se corrobore el diagnóstico.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Pacientes con incontinencia urinaria recidivante.
- 2.- Pacientes con el antecedente de cirugía urológica.
- 3.- *Pacientes con incontinencia urinaria en las que se documente antecedente de fistulas vesicovaginales.*
- 4.- Pacientes con antecedente de lesiones neurológicas a nivel lumbosacro.
- 5.- Pacientes menopaúsicas en quienes se contraindique la terapia de reemplazo hormonal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Material

- 1.- consultorio de Ginecología.
- 2.- enfermera .
- 3.- cuestionario uroginecológico (anexo).
- 4.- equipo adaptado para cistometría .

Metodología

- 1.- en la preconsulta de Ginecología se captarán a las pacientes derivadas de los H.G.Z. con diagnóstico de Incontinencia Urinaria.
- 2.- se confirma o solicita la existencia de examen general de orina con urocultivo.
- 3.- se aplica el cuestionario uroginecológico.
- 4.- envío a Historia Clínica y se otorga cita para realizar exploración física uroginecológica incluyendo prueba de Q - tip y cistometría simple.
- 5.- se informa a la paciente sobre el propósito de dicho procedimiento, y se le pide que orine previamente.
- 6.- la exploración física se dirige al área uroginecológica valorando los seis puntos de la anatomía pelvigenital , así como Q - tip.
- 7.- se realiza cistometría simple.
- 8.- Correlación de hallazgos y propuesta de tratamiento.

RESULTADOS

Un total de 178 pacientes que acudieron al Servicio de Ginecología, referidas con el diagnóstico de Incontinencia Urinaria. A todas ellas se les realizó historia clínica completa, cuestionario uroginecológico, de estas 61 pacientes reunieron los criterios de inclusión para este estudio.

El rango de edad fue de 32 años para la edad mínima y 80 para la edad máxima. La edad promedio de 50.5 años, la moda de 53 años y la mediana de 49 años. Específicamente para los diferentes diagnósticos la edad promedio fue: 50.5 para la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, 51.5 para la Incontinencia Urinaria de Urgencia y 53.8 para la Mixta. En el caso de las pacientes en quienes no se corroboró la Incontinencia Urinaria mediante la cistometría la edad promedio fue de 46.9 años.

Veintiséis pacientes tuvieron pérdida involuntaria de la orina con esfuerzo físico en ausencia de contracciones no inhibidas del detrusor y prueba de tos positiva. En términos de prevalencia el 42.6% de las pacientes con I.U.E.

Las pacientes que presentaron pérdida involuntaria de orina en presencia de contracciones no inhibidas del detrusor, fueron 19 y correspondió al 31.1% con I.U.U.

Cinco pacientes presentaron pérdida involuntaria de la orina relacionada con el esfuerzo y en presencia de contracciones no inhibidas del detrusor, con una prevalencia del 8.1% para I.U.M.

En once pacientes no hubo evidencia de contracciones no inhibidas del detrusor, ni prueba de tos positiva, por lo que se consideraron como pacientes sanas, desde el punto de vista uroginecológico con una prevalencia del 18%. Gráfica 1.

Durante el estudio surge la observación de que los síntomas interrogados son comunes a los diferentes tipos de incontinencia. Aunque los síntomas son subjetivos y no susceptibles de cuantificar, en un intento para demostrar dicha observación se realizó el siguiente interrogatorio y análisis:

Esfuerzo Pierde orina luego de: (0 = nunca; 1 = a veces; 2 = siempre)

Toser o estornudar		
Reirse		
Levantar objetos pesados		
Ejercicio activo (subir escaleras o correr por ejemplo)		
Ejercicio mínimo 8 caminar o labores de la casa)		
Pierde orina durante el sueño		

Urgencia

¿ Tiene sensación intensa de orinar (urgencia o dolor) antes de vaciarla vejiga? (0 = no; 1 = si)		
Si la respuesta anterior es positiva preguntar:		
Pierde orina antes de llegar al baño 1 = ocasionalmente; 2 = la mitad de las veces; 3 = siempre		
Está orina que pierde antes de llegar al baño es: 1 = casi nada; 2 = poca; 3 = regular; 4 = mucha		

Cuantificación de la pérdida

Su ropa interior esta: 0 = seca; 1 = húmeda; 2 = mojada		
Usa protectores: 0 = no; 1 = si		
¿Que protector usa? (1 = papel higiénico; 2 = toalla sanitaria; 3 = pañal)		
¿ Cuantas veces se cambia el protector al día?		
¿Como están los protectores cuando se los cambia? 0 = seco; 1 0 húmedo, 2 = mojado		

A cada uno de los síntomas que se interrogaron se les otorgo una puntuación numérica de acuerdo al grado de intensidad y frecuencia manifestada. Gráfica 2.

La suma y el promedio de estos valores en el caso de pacientes con el diagnóstico de I.U.E. fue:

Esfuerzo = 6.5

Urgencia = 4.5

Cuantificación = 5.6

para I.U.U. :

Esfuerzo = 5.0

Urgencia = 4.84

Cuantificación = 4.84

para I.U.M.:

Esfuerzo = 4.6

Urgencia = 5.0

Cuantificación = 4.8

para pacientes sanas:

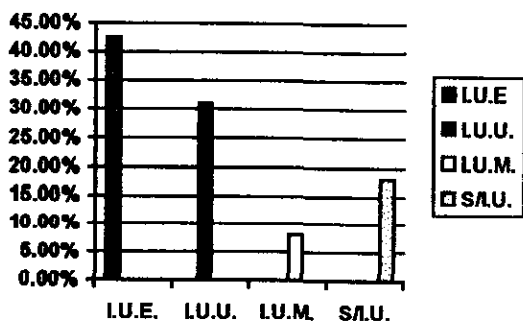
Esfuerzo = 4.72

Urgencia = 4.45

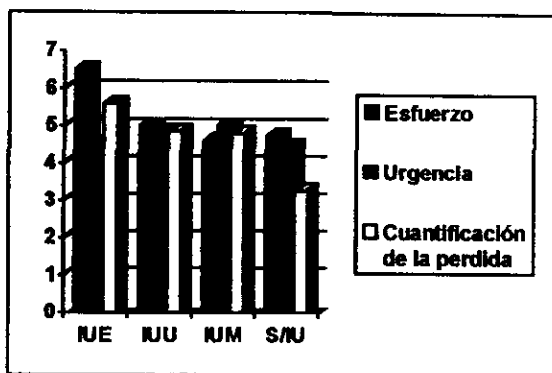
Cuantificación = 3.27

GRÁFICAS

Gráfica 1. Prevalencia de la Incontinencia Urinaria diagnosticada por cistometria.



Gráfica 2. Síntomas referidos en los diferentes tipos de Incontinencia Urinaria.



DISCUSION

Los resultados del presente estudio sugieren que la cistometría simple es adecuada para el diagnóstico de incontinencia urinaria, y en particular para inestabilidad del detrusor.

El tratamiento de la incontinencia urinaria con las operaciones anti incontinencia típicas puede verse complicado con un alto índice de falla, al pasar por alto el diagnóstico de inestabilidad del detrusor.

Las tasas de curación de la incontinencia de esfuerzo varían entre 75 y 95%, según se trate si se utiliza valoración subjetiva u objetiva. Las pacientes con incontinencia urinaria mixta tratadas con cirugía anti incontinencia tienen un resultado exitoso en menos del 40%, y se ha establecido que el 75% de estas pacientes tenían inestabilidad del detrusor (Bates y cols.). Las pacientes con incontinencia urinaria mixta deben ser objeto de tratamiento de la inestabilidad del detrusor antes de cualquier intento quirúrgico de corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

La cistometría simple es estudio que puede realizarse sin equipo o experiencia especiales, es de tipo retrógrado adaptando un manómetro de columna de agua para las mediciones de la presión vesical y al alcance por su bajo costo. La cistometría simple puede detectar contracciones involuntarias del detrusor en 75 a 90% de las pacientes con I.U.U. (Ouslander y cols.). Por otro lado las técnicas urodinámicas de canales múltiples tienen una mejor sensibilidad y especificidad, pero a un mayor costo.

Previamente se ha reportado por diversos autores entre ellos Geoffrey y cols. , que los síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo pura y la incontinencia urinaria de urgencia pura son predictores insensibles para identificar a las pacientes con estos desordenes.

En este estudio se confirma que los síntomas no son específicos para la incontinencia urinaria de esfuerzo o urgencia. Una combinación de la valoración clínica y urodinámica (cistometría simple) coadyuva a la selección correcta de un procedimiento

quirúrgico de continencia. La valoración urodinámica mínima descubrirá alteraciones susceptibles de tratarse previo a un procedimiento quirúrgico para corregir la incontinencia urinaria. Ya que los casos de incontinencia urinaria recurrente suelen ser el resultado de una valoración preoperatoria incompleta.

CONCLUSIONES

Concluimos que la cistometría simple es el estudio urodinámico mínimo en la valoración de la paciente con incontinencia urinaria, ya que en un tercio de nuestras pacientes se demostró la presencia de contracciones de inhibidas del detrusor. Y en un número menor, pero no por ello insignificante, la inestabilidad del detrusor se asoció a la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Por otro lado los síntomas de esfuerzo, urgencia y cuantificación de la pérdida; fueron comunes a los diferentes tipos de incontinencia urinaria. Por lo que el diagnóstico de incontinencia urinaria debe estar fundamentado en una valoración cistométrica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Holst, Wilson. The prevalence of female urinary incontinence and reason for not seeking treatment. *NZ Med J* 1988;101:756 -7.
- 2.- Olsen, Ambre L. et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstetrics and Gynecology* 1997;89(4): 501- 6.
- 3.- Wyman, J. et al. Psychosocial impac of urinary incontinence in womwn. *Obstet Gynecol* 1987;70(3):378.
- 4.- Norton, Peggy A. Prevalencia e impacto social de la incontinencia urinaria femenina. *Clinicas de Obstetricia y Ginecología* 1990;33:287 - 9.
- 5.- Spence, C. Jones et al. Bowel dysfunction: a pathogenic factor in uterovaginal prolapse and urinary stress incontinence. *Brithis J Obdtetrics and Gynaecology* 1994;101:147 - 52.
- 6.- Delgado, U. Jorge. Incontinencia Urinaria. Programa de actualización continua para el Ginecoobstetra. Schering 1997; libro 2.
- 7.- Ostergard, D.R. Urogynecology and pelvic reconstructive surgery: office preoperative evaluation of the incontinent femele. *Int J of Gynecology and Obstetrics* 1995;49 suppl.:543 - 7.
- 8.- Walters, D. Mark et al. The diagnostic value of history, physical examination, and the Q - tip cotton swabb test in women wih urinary incontineence. *Am Jobstet Gynecol* 1988;159(1):145 - 9.
- 9.- Bump, C. Richard et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175(1):10 - 7.
- 10.- Brubaker, Linda et al. Cistometría, urocistometría y videocistouretrografía. *Clinicas de Obstetricia y Ginecología* 1990;33:307 - 15.
- 11.- Sand K. Peter et al. Simple standing incremental cistometry as a screening method for detrusor instability. *Obstetrics and Gynecology* 1991;77(3):453 - 7.

- 12.- Ruíz Z. Julia E. Tratamiento médico de la incontinencia urinaria. Tesis de postgrado HGO 4 IMSS 1995.
- 13.- Martínez G. Lorena. Incontinencia urinaria de esfuerzo a una década de tratamiento: factores pronósticos de recidiva. Tesis de postgrado HGO 4 IMSS 1996.
- 14.- Wayne W. Daniel. Bioestadística. Editorial Limusa, 3ª edición 1992.
- 15.- Scotti, J. Richard et al. A comparison of the cough - stress tes and single - channel cystometry with multichannel urudynamic evaluation in genuine stress incontinence. *Obstetric and Gynecology* 1993;81(3):430 -3.
- 16.- Wall, L. Lewis et al. Simple bladder filling wint a cougt stress tes compared with subtraced cystometry for the diagnosis of urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171(6):1472 - 9.

Instituto Mexicano del Seguro Social.
Hospital de Ginecología y Obstetricia # 3.
Servicio de Ginecología.

Folio: _____ / _____ / _____

Nombre: _____ Cédula: _____ / _____ / _____

Antecedentes: (Subrayar lo positivo o anotar el número correspondiente).

Diabetes Mellitus, tiempo de evolución. _____ E.P.O.C. Enuresis.

Quirúrgicos:

Histerectomía Colpoplastia Colpoplastia Pereyra Uretropexia
 Vag/Abd. anterior posterior abdominal.

Gineco Obstetricos.

Gestaciones _____ Partos _____ Peso del mayor: _____ Menopausia. Edad _____

Pregunta

Fecha de la Consulta.

--	--	--	--

Sintomas generales (0 = No; 1 = Si.)

Puntuacion Obtenida

Sintomas generales (0 = No; 1 = Si.)	0	1	2	3	4
Sensación de cuerpo extraño en vagina.					
Observación o palpación de una masa en vagina.					
Tenesmo.					
Disuria					
Odinuria.					
Goteo Miccional.					
Prurito o Ardor Vulvar.					

Esfuerzo Pierde Orina Luego de: (0 = nunca; 1 = a veces; 2 = siempre)

Esfuerzo	0	1	2	3	4
Toser o estornudar.					
Reirse					
Levantar Objetos Pesados					
Ejercicio Activo (subir escaleras o correr ejemplo)					
Ejercicio mínimo (caminar o labores de la Casa ejemplo).					
Pierde orina durante el sueño.					

Urgencia

Urgencia	0	1	2	3	4
¿Tiene sensación intensa de orinar (urgencia o dolor) antes de vaciar la vejiga? (0 = No; 1 = Si)					
Si la respuesta anterior es positiva preguntar:					
Pierde orina antes de llegar al baño 1= ocasionalmente; 2= la mitad de las veces; 3= siempre.					
Está orina que pieder antes de llegar al baño es: 1= casi nada; 2= poca; 3= regular; 4= mucha.					

Cuantificación de la Perdida.

Cuantificación de la Perdida.	0	1	2	3	4
Su ropa interior está (0=seca; 1= humeda; 2= mojada)					
Usa Protectores (0 = No 1 = Si)					
¿Que protector usa? (1=papel higienico; 2= toalla sanitaria; 3= pañal.)					
¿Cuantas veces se cambia el protector en un día?					
¿Como están los protectores cuando se los cambia? 0= seco; 1= humedo; 2= mojado.					

Pregunta

Fecha de la Consulta.

Síntomas de Cistocele. (0= no | = si)

Infecciones vías urinarias de repetición					
Las presenta después de las relaciones sexuales.					
Se estimula digitalmente la vagina para orinar.					
Después de terminar de orinar tiene goteo.					
Presenta salida de orina en las relaciones sexuales.					

Relaciones Sexuales: (0= no | = si)

Tiene relaciones sexuales.					
¿Porque no?					

Síntomas de Recto: (0= no | = si)

Dolor lumbar.					
Constipación.					
Perdida involuntaria de flatos.					
Perdida involuntaria de materia fecal líquida					
Perdida involuntaria de materia fecal sólida.					
Urgencia para defecar					
Estimulación digital de vagina, perineo o ano para defecar.					

Peso:

Exploración Física.

Talla:

1=leve; 2=moderado; 3=severo

Fecha de la consulta					
Uretrocele.(Aa)					
Cistocele.(Ba)					
Descenso uterino.C					
Fondo de SacoD					
Rectocele.(Bp)					
Horquilla.(Ap)					
Longitud Total Vagina.					

Examen Urológico.

(0= negativo, 1=positivo) o (en Mililitros)

Urocultivo.					
Prueba del Hisopo.					
Orina Residual.					
Primera Sensación Micción.					
Capacidad Vesical Maxima.					
Contracciones no inhibidas del Detrusor.					
Prueba de la Tos.					

Examen Neurológico.

Tono del Esfínter anal.					
Sensación Perineal.					

Diagnóstico y Plan: (anotar la fecha)