

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST-GRADO

**Estudio de concordancia entre el diagnóstico clínico de
incontinencia de orina en la mujer y el diagnóstico
urodinámico 2010-2011**

TESIS

Para optar el Título de Especialista en Urología

AUTOR

Sergio Daniel Albán Moral

ASESOR

Dr. Jonathan Delgado Saavedra

Lima – Perú

2012

CAPITULO I:

DATOS GENERALES

•TITULO:

Estudio de Concordancia entre el Diagnóstico Clínico de Incontinencia de Orina en la Mujer y el Diagnostico Urodinámico 2011-2011.

•AREA DE INVESTIGACIÓN:

Urología

•AUTOR RESPONSABLE:

Sergio Daniel Albán Moral

•ASESOR:

Dr. Jonathan Delgado Saavedra

Médico Asistente – Servicio Urología del Hospital Militar Central.

•INSTITUCION:

Unidad de Postgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Hospital Militar Central.

Instituto Uroginecologico UROGYNSALUD.

•DURACIÓN

2010-2011

Dedicatoria

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño.

A Dios que me dió una familia maravillosa que me apoyó en todo momento y por darme las fuerzas para seguir luchando en este camino tan difícil. Con mucho cariño a mi madre **Margarita** que esta conmigo en todo momento, gracias a ella he podido lograr muchos anhelos y deseos como culminar con mi especialidad.

Gracias a mi esposa **Gisella** por ser el pilar fundamental en este duro camino que me toco vivir y para seguir luchando juntos, como lo decidimos hace 4 años cuando empezamos nuestra especialidad, gracias amor.

A ti mi dulce princesita que me llena la vida cada día **Belen**, tu eres el motor y motivo de esta nueva vida que tus papis decidieron hace 4 años, gracias por soportar no jugar contigo todos los días porque me encontraba en el hospital o de guardia, creo que ese tiempo perdido es hora de recuperarlo mi amor.

A toda mi familia mis tíos que me apoyaron a culminar la carrera como médico un agradecimiento especial, y a ti papá **Coco** que confió en mi como médico y como hijo guiándome para tomar la decisión correcta en este camino duro que hubo y que hay que recorrer, gracias papá.

Y a Uds. Mis dos ángeles **Mis Abuelos Abuelo Ricardo y Mamá Ida** porque hoy puedo decir cumplí la primera parte que les prometí.

A mis profesores por confiar en mí, **Doctor Pazos** que me enseñó el valor de ser un especialista, **Doctor Gamarra** que abrió las puertas a la especialidad enseñándome y guiándome en todo momento, **Doctor Gadea** teniéndome paciencia, **Doctor Rodríguez** con sus filosofías de la medicina me enseñó el sentido de la misma, **Doctor Vásquez** de quien aprendí a leer un poco mas, **Doctor Delgado** que con su juventud y mano amiga aprendí trucos que me servirán toda la vida por eso es mi asesor de tesis, **Doctor Jorge Sánchez** simplemente gracias por ser mi amigo tantas cosas que vivimos en el día a día que mas te puedo decir. A todos mis amigos de promoción de pre y post grado.

Y no puedo irme sin antes decirles, que sin ustedes a mi lado no lo hubiera logrado tantas desveladas, tantas noches sin mi familia creo que sirvieron de algo y aquí esta el fruto. Les agradezco a todos ustedes con toda mi alma el haber llegado a mi vida y el compartir momentos agradables y momentos tristes, pero esos son los momentos que hacen creer y valorar a las personas que mencione al inicio.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el grado de concordancia entre diagnóstico clínico y el urodinámico para la incontinencia de orina en la mujer, en el Hospital Militar Central y el Centro Uroginecológico (UROGYNSALUD).

Metodología: Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico y de corte transversal. Se revisaron las historias clínicas de pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Urología del Hospital Militar Central y del Centro Uroginecológico (UROGYNSALUD) durante Enero 2010 a Diciembre del 2011.

Resultados: Se encontró un total de 61 pacientes, con una media de edad de $57,47 \pm 15,00$. Dentro de los diagnósticos clínicos se encontró una mayor frecuencia de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo-IUE (70,5%), seguida por la Incontinencia Urinaria de Urgencia-IUU (14,75%) y finalmente la Incontinencia Urinaria Mixta-IUM (14,75%); por otro lado, en el caso de los diagnósticos por urodinamia se encontró en primer lugar a la IUE (37,7 %), seguida por la IUU (26,2%), la IUM (24,6%) y otros diagnósticos (11,5%). En el análisis de concordancia en la IUE se encontró para el diagnóstico clínico una sensibilidad del 82,6% y una especificidad de 36,8%, siendo la concordancia $K=0,166$. En cuanto a la IUU, se encontró una sensibilidad del 31,3% y una

especificidad de 91,1%, siendo la concordancia $K=0,26$. Finalmente en la IUM, se encontró una sensibilidad del 6,7% y una especificidad de 82,6%, siendo la concordancia $\tilde{N}=-0,124$.

Conclusiones: Existe una concordancia, que va de baja a aceptable, entre el diagnóstico clínico y urodinámico de los diferentes tipos de incontinencia urinaria, siendo mayor en el caso de la IUU.

Palabras claves: incontinencia urinaria, urodinamia, mujer.

ABSTRACT

Objective: To determine the degree of agreement between clinical and urodynamic diagnosis for urinary incontinence in women, in the Central Military Hospital and The Urology and Urogynecologic Centre.

Methodology: An observational, descriptive and transversal study was conducted. We reviewed the medical records of women treated patients in the urology department of the Central Military Hospital and Urogynecologic Centre (UROGYNSALUD) during January 2010 to December 2011

Results: A total of 61 patients were included, with a mean age of 57.47 ± 15.00 . Within clinical diagnoses we found a higher frequency of Stress Urinary Incontinence-SUI (70.5%), followed by Urinary Urge Incontinence-UUI (14.75%) and finally Mixed Urinary Incontinence-MUI (14,75%), on the other hand, in the case of diagnosis by urodynamics

we found firstly SUI (37.7%), followed by UUI (26.2%), MUI (24.6%) and other diagnoses (11.5%). In the analysis of agreement, in SUI we found a clinical diagnostic sensitivity of 82.6% and specificity of 36.8% and their agreement $K=0.166$. As UUI had a sensitivity of 31.3% and specificity of 91.1%, with the consistency $K=0.26$. Finally in the MUI had a sensitivity of 6.7% and a specificity of 82.6% and their agreement $K=0.124$.

Conclusions: There is a low to fair agreement between the clinical and urodynamic diagnosis of different types of urinary incontinence, being higher in the case of UUI.

Key words: Urinary incontinence, urodynamics, female.

INDICE:

1.	Capítulo I: El Problema	
1.1	Descripción del Problema	08
1.2	Antecedentes del problema	10
1.2	Formulación del problema	13
2.	Capítulo II: Marco Teórico	14
3	Capítulo III: Objetivos	19
4	Capítulo IV: Material y Métodos	20
5	Capítulo V: Resultados	22
6	Capítulo VI: Discusión	27
7	Capítulo VII: Conclusiones	32
8	Referencias Bibliográficas	33

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.1. Descripción del problema

La Incontinencia Urinaria (IU) es en la actualidad un problema médico y socio sanitario de primer orden que está incrementando su prevalencia debido principalmente al envejecimiento de la población¹. La incidencia de la Incontinencia Urinaria aumenta con la edad produciendo un impacto negativo, así como la pérdida de autonomía y deterioro de la calidad de vida en la persona que la sufre.

La incontinencia urinaria (IU) constituye una de las patologías más comunes en la atención primaria¹ y representa, junto con los trastornos de las vías urinarias inferiores, el 20% de la consulta externa en los servicios de urología².

Durante los últimos cinco años la incontinencia urinaria se encuentra muy prevalente en la población adulta y es de dos a cuatro veces más común en mujeres que en varones¹.

En el caso de las mujeres, ésta constituye una patología de alta prevalencia e impacto social la cual presenta una fisiología variada asociada a diversos esquemas de estudio y de manejo^{3,4}. Con respecto al impacto social de la enfermedad, esta repercute sobre la salud de la

mujer dando como consecuencia un número elevado de mujeres no consultan esta patología, ya sea porque lo asumen como un problema natural de la edad, por prejuicios sociales o debido al pudor que puede representar hablar del problema^{3,5}.

Los síntomas de la Incontinencia Urinaria no son generalmente específicos de enfermedad, por lo tanto tratar de hacer un diagnóstico basado solo en síntomas de incontinencia sería incorrecto⁶. En este contexto, el estudio urodinámico juega un rol importante ya que constituye un método objetivo para demostrar la incontinencia urinaria diagnosticada por método clínico y siendo un examen complementario muy útil en el estudio de la incontinencia urinaria^{2,7}.

Al respecto, los estudios publicados en torno a la correlación clínica con el estudio urodinámico no son abundantes, generándose espacios de controversia, por lo que se han realizado esfuerzos en la introducción de cuestionarios que se han evaluado con distintos resultados^{8,9}.

El rol que desempeña el personal de salud es fundamental para la detección de la incontinencia, ya que se debe tomar en cuenta que la calidad de vida es un punto importante en la evaluación de la salud de la persona.

En tal sentido la motivación del presente trabajo se da ante el impacto que puede causar este problema en la población femenina como

depresión, institucionalización y dependencia; produciendo también afectación de la función sexual en sus diferentes formas, ya sea disminuyendo la libido o desarrollando miedo a la pérdida de orina durante la relación sexual.

I.2. Antecedentes del problema

En el siglo XIX y principios del XX se pensaba en la incontinencia urinaria como el producto de graves alteraciones específicas de la anatomía pélvica como por ejemplo las fístulas postparto; cuando la causa era diferente, acudían a la llamada "dislocación uretral" como un diagnóstico común para justificar cualquier incontinencia severa en ausencia de fístula¹⁰.

Posteriormente en 1914, Howard Kelly, ginecólogo del *John Hopkins Medical School*, fue quien describió la formación de un "embudo en el cuello vesical" que según su hipótesis era causado por pérdida de la elasticidad de la uretra y el esfínter vesical conllevando a incontinencia; esta provocativa teoría persistió sin modificarse por más de una década¹⁰.

Hacia 1940, Barnes postuló que la incontinencia podría resultar de un incremento en fuerzas urinarias expulsivas de la presión intravesical, con disminución del poder de resistencia a nivel del esfínter uretral o de

una combinación de ambos. En 1994, De Lancey propone por primera vez una teoría consolidada de la incontinencia urinaria; usando investigación anatómica, propuso que la fascia pubocervical provee un soporte tipo hamaca (*hammock-like support*) para el cuello vesical y crea un apoyo firme para la compresión de la uretra proximal durante los incrementos de la presión intra-abdominal. Bajo este concepto, Petros y Ulmsten propusieron la que se denomina la "Teoría integral de la incontinencia urinaria" que logró integrar una serie de estructuras relacionadas con la continencia femenina, así como los efectos de la edad, hormonas, tejidos y hasta de las cicatrices iatrogénicas^{10, 11}.

La prevalencia de la incontinencia urinaria a ido variando a través del tiempo según la definición empleada. Cuando se usa la definición de la Sociedad Internacional para la Continencia (SIC) la prevalencia tiende a ser inferior, viéndose incrementada en estudios que utilizan una definición amplia de incontinencia urinaria. Además, existen otros factores que están relacionados con la variación de la prevalencia, así tenemos la población estudiada y el método diagnóstico.

Al respecto, Rexach hizo una revisión de diversos trabajos, encontró prevalencias del 10-15% en personas de ambos sexos de más de 65 años no ingresadas, del 30-40% en caso de ingreso hospitalario agudo

y del 50-60% en pacientes institucionalizados. De estos sólo 1/3 de estos casos, por razones diversas, llegaron a consultar y pedir ayuda¹².

Posteriormente, Hunskaar al hacer una revisión de 11 trabajos publicados, encontrando unos valores medios de prevalencia del 48% para la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) en un rango de 29 a 75, del 17% para la Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU) con un rango de 7 a 33 y del 39% para la Incontinencia Urinaria Mixta (IUM) con un rango de 14 a 61¹³.

Un estudio de metanálisis sobre prevalencia de Incontinencia urinaria hecho en España, estimó una prevalencia global para a mujer de un 24%, aumentando al 30-40% en las mujeres de mediana edad y hasta un 50% en las mujeres ancianas^{1, 14}. Cabe resaltar que dichos valores de prevalencia reflejan otra realidad diferente a la de nuestro país, entendiéndose que España presenta una población relativamente envejecida en comparación a la nuestra.

Por otro lado, en los últimos años varias publicaciones han dado cuenta a nivel mundial de la afectación de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres que la padecen¹⁵, produciendo asimismo un impacto negativo en todos los aspectos de la sexualidad femenina ya que no solo deteriora la calidad de vida de la mujer, sino que altera su relación de pareja y la aísla socialmente¹⁶.

I.3. Formulación del problema

¿Existe concordancia entre el diagnóstico clínico de Incontinencia Urinaria en la mujer y el diagnóstico urodinámico?

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

Según la Sociedad Internacional de Continencia (ICS), la incontinencia urinaria se define como cualquier queja de pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, que se puede demostrar de manera objetiva y que presente un grado suficiente como para constituir un problema social o higiénico^{1, 17}.

Para entender este fenómeno es necesario conocer el mecanismo de micción. En una micción normal existe un vaciado total y puede considerarse normal un residuo vesical de 100-200 ml. Dicha micción es espaciada en el tiempo, ocasionalmente nocturna y es voluntaria. Este proceso de micción engloba una fase de llenado y otra de vaciado vesical^{18, 19}.

La incontinencia se produce cuando la presión de la vejiga es mayor que la presión de la uretra. Este trastorno puede deberse a varios motivos, entre ellos tenemos problemas con el músculo de la vejiga, alteración del esfínter externo, fallo del esfínter interno por relajación inapropiada o por combinación de los anteriores.

Existen varios tipos de IU, pero los más frecuentes en la mujer son la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo(IUE), la vejiga hiperactiva(VH) con o

sin la Incontinencia Urinaria de Urgencia(IUU) y la asociación de ambas la cual denominamos Incontinencia Urinaria Mixta (IUM)²⁰.

La IUE es la pérdida involuntaria de orina que coincide con el aumento de la presión abdominal, desencadenada por la actividad física (toser, reír, correr, andar, etc.). La IUE se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral y es consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral que puede estar condicionada por dos mecanismos etiopatogénicos diferentes y que pueden darse por separado o juntos en una misma paciente. La IUE por hipermovilidad uretral es la más habitual y se produce porque la presión vesical durante el esfuerzo supera a la presión de la uretra, la cual desciende de su correcta posición anatómica, por el fallo de sus mecanismos de sujeción. La IUE puede ser secundaria a disfunción uretral intrínseca, en este caso se trata de un defecto de la resistencia de la uretra que no es debido a un fallo de los mecanismos de sujeción, sino a una insuficiente coaptación de sus paredes^{20, 21}.

La IUU es la pérdida involuntaria de orina precedida o asociada a un fuerte deseo de orinar (urgencia). Clínicamente suele acompañarse de aumento de frecuencia diurna o nocturna. La IUU se produce precedida de una sensación de urgencia imposible de controlar como consecuencia de una contracción involuntaria del músculo detrusor, es

decir, se debe a una contractilidad aumentada de la vejiga que en condiciones normales sólo se contrae cuando voluntariamente decidimos orinar. Si las contracciones del detrusor han podido ser objetivadas en el estudio urodinámico se denomina hiperactividad del detrusor y puede ser de dos tipos: secundaria a enfermedad neurológica (hiperactividad del detrusor de origen neurogénico) o sin causa detectable (hiperactividad del detrusor idiopática). La hiperactividad del detrusor también puede ser secundaria a la obstrucción uretral (por estenosis uretral, hipercorrección quirúrgica, etc). El término de vejiga hiperactiva constituye un síndrome que engloba a los pacientes con síntomas de aumento de frecuencia miccional y urgencia, con o sin incontinencia de urgencia y que presumiblemente se debe al mismo proceso patológico que la IUU, siempre en ausencia de factores patológicos locales que expliquen dichos síntomas. Cuando en una misma mujer se asocian síntomas de pérdida involuntaria de orina con los esfuerzos y síntomas de Vejiga hiperactiva (con o sin IU de urgencia), decimos que tiene una incontinencia urinaria de tipo mixto (IUM)²².

En algunas pacientes se produce una pérdida involuntaria y continua de orina, en ausencia de deseo miccional. La incontinencia continua o total es la pérdida constante de orina que puede ser secundaria a una fístula,

un uréter ectópico, un déficit intrínseco del mecanismo de cierre uretral muy severo.

Dado que la incontinencia de orina es un problema infra-diagnosticado, el primer objetivo ha de ser su detección. En la práctica clínica esto supone el preguntar a las pacientes si tienen escapes involuntarios de orina o si tienen algún otro tipo de problema con su vejiga. Si la respuesta a esta pregunta ha puesto en evidencia que existe un problema y que afecta la calidad de vida de la mujer, el paso siguiente debería ser poner en marcha el proceso de diagnóstico para conocer el tipo de incontinencia¹³.

Para el diagnóstico de la IU contamos con una serie de procedimientos. La utilización de unos u otros dependerá del nivel de atención en que sea detectada la incontinencia y de las posibilidades reales de asumir su diagnóstico y tratamiento. La evaluación básica mediante el análisis de los síntomas, la exploración física y el diario miccional nos permite orientar el diagnóstico del tipo de incontinencia de orina en la mujer e indicar un primer nivel de tratamiento conservador, siendo el objetivo principal investigar si la incontinencia referida se trata de una IUE, IUU o IUM descartando siempre que la paciente no presente síntomas de dificultad miccional^{13, 20}.

Con la finalidad de llegar al diagnóstico de IU se han elaborado cuestionarios validados, historia con buena anamnesis, examen neurológico de la inervación lumbosacra, evaluación pélvica, determinación del volumen residual de orina post evacuación, demostración objetiva de pérdida de orina, etc. Sin embargo los signos y síntomas de incontinencia no siempre nos dan un diagnóstico definitivo ni la etiología de la incontinencia, por lo cual debemos remitir al paciente a unidades especializadas para completar el diagnóstico con pruebas más complejas⁷.

En este aspecto juega un rol muy importante el estudio urodinámico, el cual evalúa el transporte, almacenamiento y evacuación de la orina por el tracto urinario para proveer una explicación objetiva y fisiopatológica de los síntomas y/o disfunción el alto y bajo tracto urinario⁷. Este procedimiento es realizado para determinar la etiología exacta de la IU, para evaluar la función del detrusor, la función del esfínter uretral, función del soporte pélvico y determinar los factores de riesgo para el desarrollo del deterioro del tracto urinario superior, bajo compliance de la vejiga, obstrucción vesical de salida y reflujo vesicouretral^{2, 7}.

El estudio urodinámico constituye un examen complementario muy útil en el estudio de la incontinencia urinaria. Cabe resaltar que el diagnóstico clínico puede ser diferente al diagnóstico objetivado por

urodinamia. En este contexto este estudio pretende encontrar la concordancia entre el diagnóstico clínico y el realizado a través del estudio urodinámico.(22)

CAPITULO III. OBJETIVOS

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar el grado de concordancia entre diagnóstico clínico y el urodinámico para la incontinencia de orina en la mujer.

Objetivos Específicos

- Determinar los tipos de incontinencia urinaria y la distribución por grupos de edad de las pacientes estudiadas.
- Determinar el tipo de incontinencia de las pacientes estudiadas según los hallazgos urodinámicos.

CAPITULO IV. METODOLOGÍA

El presente es un estudio de tipo observacional, analítico y de corte transversal. Se realizó con pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Urología del Hospital Militar Central y del Centro Uroginecológico (UROGYNSALUD) que presentaban el diagnóstico clínico de Incontinencia Urinaria. No se trabajó con muestra, se incluyó a toda la población de pacientes atendidas el periodo de tiempo descrito.

La investigación fue aprobada por el Comité Ético y Metodológico del Hospital Militar Central. Se obtuvo el Consentimiento informado verbal y escrito de las pacientes en estudio.

Se contó con los permisos de las autoridades para la revisión y acceso a las historias clínicas. Se tomaron en cuenta las historias clínicas y cartillas miccionales de los de pacientes mujeres del Servicio de Urología del Hospital Militar Central y del Centro Uroginecológico (UROGYNSALUD) así como los registros de los libros de sala de operaciones entre Enero 2010- Diciembre 2011. Se revisaron y seleccionaron las historias clínicas que tuvieran sintomatología clínica de incontinencia urinaria, se procedió a la recolección mediante de datos en la ficha personal elaborada previamente sobre la base de los objetivos de la presente investigación. Los datos obtenidos fueron

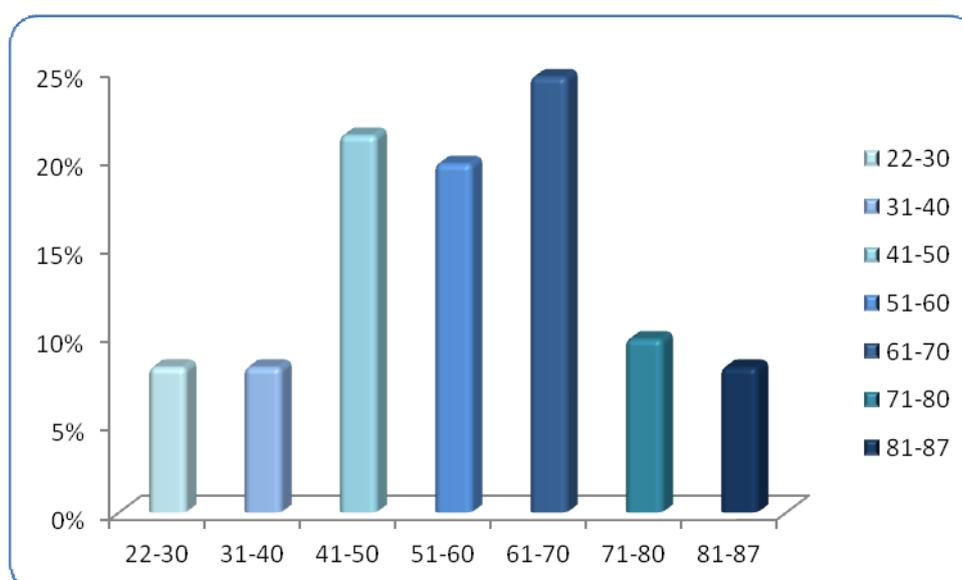
registrados en un instrumento de recolección de datos y pasaron a formar parte de una base de datos informática.

Con la finalidad de caracterizar a la población se procedió a cálculos univariados para variables cualitativas de frecuencia, incidencia, y prevalencia. Para el caso de variables cuantitativas se procesarán medidas de tendencia central como media, mediana, desviación estándar y rango (para variables cuantitativas). Para hacer el análisis de la concordancia entre los diagnóstico clínicos y el diagnóstico urodinámico, se aplicó la prueba de Kappa, y se verificó la sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico con el diagnóstico urodinámico. El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS versión 18.0.

CAPITULO V. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 61 pacientes mujeres, siendo la media de edad de $57.47 \pm 15,00$, oscilando entre 22 a 87 años. Al realizar la distribución de la edad de las pacientes por décadas, se encontró lo mostrado en el Gráfico N°1.

Gráfico N°1. Distribución de edad de las pacientes por décadas



Con respecto a los signos y síntomas clínicos referidos por las pacientes, se encontró que el síntoma más frecuentemente referido fue la pérdida de orina al esfuerzo. No se encontró ningún caso de presencia de nicturia, goteo post miccional ni disminución de chorro en

la población de estudio. Estos resultados son presentados en la Tabla N°1.

Tabla N°1. Frecuencia de signos y síntomas de Incontinencia Urinaria

Síntomas y signos	% (n)
Perdida de orina al esfuerzo	39,3%(24)
Presencia de disuria	16.4%(10)
Dolor pélvico	3.3%(2)
Escape de orina	1.6%(1)
Poco deseo de orinar	1.6%(1)
Diminución del Chorro	0%(0)
Goteo postmiccional	0%(0)
Presencia de nicturia	(0%)0

Por otro lado, al analizarse el diagnóstico clínico de la incontinencia urinaria, se encontró que el 70.5% de la población estudiada fue diagnosticada clínicamente como IUE, mientras que el 14,75% fue diagnosticado como una IUU y el 14,75% como IUM. Los datos de los diagnósticos clínicos según edad, se encuentran en la Tabla N°2

Tabla N° 2: Diagnóstico clínico según edad

Diagnóstico Clínico	%(n)	Media ±DE (Min- Max)	P valor
Insuficiencia Urinaria de Esfuerzo	70,5%(43)	57.98±16,1 (22-87)	p=0,62
Insuficiencia Urinaria de Urgencia	14,75% (9)	52,75±13,94 (34-74)	
Insuficiencia Urinaria Mixta	14,75% (9)	59,5±9,18(22-87)	

Al analizar las variables del estudio urodinámico, se encontró que el 37,7% (n=23), presentó IUE, mientras que 26,2% (n=16) presentó IUU, 24,6%(n=15) presentó IUM y 11,5% (n= 7) presentaron otros diagnósticos. Estos datos se resumen en la Tabla N°3.

Tabla N° 3: Diagnóstico Urodinámico según edad

Diagnostico Urodinámico	%(n)	Media ±DE (Min- Max)	P valor
Insuficiencia Urinaria de Esfuerzo	37,7%(23)	61,26±13,79 (28-87)	p=0,46
Insuficiencia Urinaria de Urgencia	26,2% (16)	53,67±16,58 (22-74)	
Insuficiencia Urinaria Mixta	24,6% (15)	55,73±16,75(28-85)	
Otros diagnósticos	11,5% (7)		

Al realizar el análisis bivariado para conocer la concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico urodinámico, se encontró lo que se muestra en la Tabla N° 4.

Tabla N°4. Concordancia entre el diagnóstico clínico y urodinámico de los tipos de Incontinencia urinaria

Diagnóstico Urodinámico	Diagnóstico Clínico		
	IUE	IUU	IUM
Insuficiencia Urinaria de Esfuerzo	19	2	2
Insuficiencia Urinaria de Urgencia	10	5	1
Insuficiencia Urinaria Mixta	14	0	1
Otros diagnósticos	3	2	5

Para hacer el análisis de la concordancia entre los diagnósticos clínicos y urodinámicos, se aplicó la prueba de Kappa, y se verificó la sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico con el diagnóstico urodinámico.

En el caso de la IUE se encontró una sensibilidad del 82,6% para el diagnóstico clínico y una especificidad de 36,8%, siendo la concordancia según el coeficiente de Kappa para ambas pruebas de 0,166.

En cuanto a la IUU se encontró una sensibilidad del 31,3% para el diagnóstico clínico y una especificidad de 91,1%, siendo la concordancia según el coeficiente de Kappa para ambas pruebas de 0,26.

En el caso de la IUM se encontró una sensibilidad del 6,7% para el diagnóstico clínico y una especificidad de 82,6%, siendo la concordancia según el coeficiente de Kappa inversa de 0,124.

CAPITULO VI. DISCUSIÓN

La incontinencia urinaria femenina, tal como se ha visto en anteriores estudios, se presenta de forma predominante a partir de la cuarta década de vida, aumentando de forma progresiva con la edad^{22, 23}, presentándose con mayor frecuencia entre la cuarta a sexta década de vida²⁴. Si bien es cierto, la IU aumenta conforme la edad, un factor para que no se presente la frecuencia de los rangos de edad de forma ascendente en nuestro estudio, podría ser el hecho que factores como el nivel sociocultural o las mismas creencias de la población, funcionen como factores limitantes para el acceso de ellas a la consulta uroginecológica, reflejándose en un menor porcentaje de pacientes que consultan en estos rangos de edad^{25, 26}; sin embargo son necesarios estudios en nuestra realidad que muestren como se dan estos fenómenos en nuestra población.

Por otro lado, la sintomatología clínica de incontinencia urinaria es muy variada y no se reporta de manera constante según diversas series; sin embargo se sabe que perdida de orina al esfuerzo es una de las sintomatologías clínicas más evidentes de incontinencia urinaria y un indicador común en las consultas médicas de los servicios de urología¹³,

²⁷, siendo la sintomatología de mayor prevalencia en la población femenina de del presente estudio.

Dentro de los síntomas de incontinencia, si bien es cierto, la disuria se relaciona a la incontinencia urinaria, siendo ésta incluso un factor de riesgo para la presentación de disuria; en nuestro estudio, la disuria se ha presentado como un síntoma frecuentemente reportado en relación a la incontinencia urinaria, tal como se ha mostrado en diferentes estudios ^{17, 28, 29}.

Un dato que llama la atención, es que ninguna de las pacientes incluidas en el estudio refirió síntomas de nicturia, esto probablemente se deba a que muchas de los pacientes, a pesar de presentarla, no lo perciben como un problema que merece atención clínica, sino que la asumen como una característica propia del envejecimiento²⁶, reportándose en bajas tasas en los estudios que la han explorado como sintomatología de incontinencia urinaria³⁰.

Con respecto a la valoración clínica de la incontinencia urinaria, esta muestra diferentes valores según las series estudiadas, ya es así, que algunas muestran predominancia de la Incontinencia urinaria de esfuerzo, otras de la incontinencia urinaria de urgencia, mientras otras sitúan a la incontinencia urinaria mixta como la de mayor frecuencia; en nuestro estudio, según la valoración clínica de las pacientes, se

encontró de manera predominante a la IUE alcanzando un 70,5% de los casos de IU, seguida por la IUU y la IUM con 14,75%³¹.

Por otro lado, al revisar los diagnósticos de los diferentes tipos de IU realizados por las pruebas urodinámicas, se encuentra una diferente proporción a la encontrada por el diagnóstico clínico, siendo mayoritariamente IUE con 37,7% de los casos, seguido por IUU con 26,2% y en último lugar se obtuvo a la IUM con 24,6%; esto al igual que lo que ocurre con la distribución de los diagnósticos según la valoración clínica difiere según las diferentes realidades².

Cuando se hace la evaluación de la concordancia y de la sensibilidad del diagnóstico clínico para la determinación de la Incontinencia urinaria de urgencia, se encontró una sensibilidad del 82,6% y una especificidad de 36,8%, dándose una concordancia leve según el coeficiente de Kappa, esto difiere con los estudios anteriores que han explorado esta característica, los cuales han mostrado mayores valores de sensibilidad y especificidad para el diagnóstico clínico de la IUE²⁰.

En cuanto a la IUU, se encontró una sensibilidad del 31,3% y una especificidad de 91,1%, para el diagnóstico clínico siendo la concordancia aceptable según el coeficiente de Kappa. Al respecto existen resultados discordantes, mencionando algunos que existe una concordancia aceptable entre el diagnóstico clínico y urodinámico de la

IUU, mientras otros señalan lo contrario; se necesitan más estudios que evalúen el porqué de estas diferencias halladas; una de las explicaciones posibles es debido a las diferentes formas de llegar al diagnóstico clínico entre los estudios, ya que algunos de los mismos, se basaron principalmente en la recopilación de datos clínicos, mientras que otros se apoyaron en pruebas objetivas para descartar otros tipos de incontinencia^{32, 33}.

Por otro lado, en el caso de la IUM se encontró una sensibilidad del 6,7% para el diagnóstico clínico y una especificidad de 82,6%, siendo la concordancia baja y de forma inversa, al respecto, la bibliografía refiere resultados discordantes, donde en algunos estudios se muestra una alta concordancia, con una alta sensibilidad; mientras que en otros se observa una baja concordancia asociado a una baja sensibilidad^{31, 33}.

Se recomienda en próximos estudios adjuntar pruebas objetivas al diagnóstico clínico, ya que en algunos tipos de incontinencia, se ha evidenciado que el adjuntar estas permiten aumentar la sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico, por otro lado, existen cuestionarios validados que servirían para una mejor detección de este tipo de problemas en la atención primaria, ya que es donde se debe tomar en cuenta a la incontinencia urinaria como un diagnóstico importante, ya que hasta el momento ésta está siendo infra-diagnosticada y en muchos

casos infra-tratada o tratada de forma incorrecta, debido a que pasa desapercibida en la consulta médica, sea por prejuicio de los pacientes o por la menor importancia que se le da al problema por parte de los mismos o por vergüenza a tocar el tema en los consultorios médicos.

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria en sus diversas formas se presenta con mayor frecuencia entre la cuarta y sexta década de vida, siendo la media de presentación de 57 años. Siendo el síntoma con mayor frecuencia reportado la pérdida de orina al esfuerzo, seguido por la disuria.

El tipo de incontinencia en ambos tipos de diagnósticos, tanto el clínico como el urodinámico, fue en primer lugar la IU de esfuerzo, seguido por la IU de urgencia y por último la IU mixta, no encontrándose mayor variación en el rango de edad de cada uno de ellos, esto probablemente pueda deberse al número de casos incluidos en nuestro estudio, en posteriores investigaciones se recomienda ampliar el número de casos para determinar si se presenta variación en la edad según el tipo de diagnóstico.

Existe una baja a aceptable concordancia entre el diagnóstico clínico y urodinámico de los diferentes tipos de incontinencia urinaria, siendo mayor en el caso de la IUU; se requieren más estudios con poblaciones más amplias para determinar cómo se da esta concordancia en nuestra realidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salinas J, Diaz A, Brenes F, Cancelo M, Cuenllas A. Prevalencia de la Incontinencia Urinaria en España. UROD A. 2010; **23**(1): 52-66.
2. Dominguez J, Alvarez L, Gutierrez R. La Urodinamia, metodo diagnóstico y fundamento terapéutico de gran valor. Revista Española Medico Quirurgica. 2012; **17**(2): 125-30.
3. Chiang H, Moraga V, Nuñez N, Baeza JC, Susaeta R. Evaluación Urodinamica en Incontinencia Urinaria Femenina: Análisis de más de 200 casos. Revista Chilena de Urologia. 2003; **68**(3): 263-6.
4. Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. BJU International. 2002; **89**(1): 61-6.
5. Iosif CS, Bekassy Z, Rydhstrom H. Prevalence of urinary incontinence in middle-aged women. International journal of gynaecology and obstetrics. 1988; **26**(2): 255-9.
6. Keller CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A New Questionnaire to assess the quality of life of urinary Incontinent Women. Br J Obstet Gynaecol. 1997; **104**: 1374-9.
7. Chan C-k. Urodynamics in Assessment of Urinary Incontinence. The Hong Kong Medical Diary. 2005; **10**(7): 3-5.
8. Sushma S, Dudley R, Cardozo L. Urodynamic Stress Incontinence. European Genito-Urinary Disease. 2007; **35**(3): 73-6.

9. Abrams P, Cardozo L, Fall M. The Standardisation of terminology of lower urinary tract function: Standardisation committee of the International Continence Society,; 2002.
10. Uribe-Arcila J. Teorías y técnicas de incontinencia urinaria femenina. Revista Urologia Colombiana. 2009; **18**(1): 59-70.
11. DeLancey J. Structural of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: The hammock by prosthesis. American journal of obstetrics and gynecology. 1994; **170**: 1713-23.
12. Rexach L, Verdejo C. Incontinencia urinaria. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 1999 **23**: 149-58.
13. Hunskaar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Mallett VT. Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2000; **11**: 301-19.
14. Herzog R, Fultz N. Prevalence and incidence of urinary incontinence in community-dwelling populations. J Geriatr Soc. 1990; **38**(3): 274-81.
15. Kamet J, Kamei L. Estudio de Prevalencia e Impacto en Calidad de Vida de la Infección Urinaria, Incontinencia Urinaria y Disfunción Sexual en Mujeres que concurren a Control Rutinario en Consultorio Externo de Gineco-Obstetricia. Revista Chilena de Urologia. 2005; **7**(4): 210-3.
16. Herney A, Lopez H, Carbonel J, Castillo D. Impacto de la Incontinencia Urinaria sobre la Salud Sexual Femenina. Urol Colomb. 2010; **11**(3): 59-67.
17. Ortega J. Estudio de Concordancia entre el Diagnóstico Clínico de Incontinencia de Orina en la Mujer, realizado en una unidad de Suelo Pelviano de un Programa de Atención a la Mujer de Atención Primaria, y

el Diagnóstico Urodinámico. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2003.

18. Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thuroff JW. Prevalence and Natural History of Female Incontinence. *Eur Urol*. 1997; **32**(suppl 2): 3-12.

19. Lawrence MT, Stephen JM, AP. M. Incontinencia Urinaria. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Mexico: Manual Moderno; 2005.

20. Harvey MA, Versi E. Predictive value of clinical evaluation of stress urinary incontinence: a summary of the published literature. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2001; **12**(31-7).

21. Rondini C, Troncoso R, Moran B, Vesperinas G, Levancini M, Troncoso C. Incontinencia urinaria de esfuerzo. Comparación de tres alternativas quirúrgicas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004; **69**(6): 414-8.

22. Martínez-Agulló E, Burgués J, Ruiz J, Arlandis S, Fernando J. Detrusor Hiperactivo: Fisiopatología, Diagnóstico y Tratamiento. *URODA*. 2002 **15**(3): 202-25.

23. Ricci P, Solá V, Pardo J. Estudio de la incontinencia de orina femenina mediante urodinamia monocanal: Comparación con los síntomas de ingreso. Análisis de 590 mujeres. *Arch Esp Urol*. 2009; **62** (2): 115-23.

24. Minassian V, Stewart W, Wood CM. Urinary Incontinence in Women: Variation in Prevalence Estimates and Risk Factors. *Obstetrics & Gynecology*. 2008; **111** (2, Part 1): 324-31.

25. Velázquez M, Bustos H, Rojas G, Oviedo G, Neri ES, Sánchez C. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. *Ginecol Obstet Mex*. 2007; **75**: 347-56.

26. Van Kerrebroeck P, Abrams P, Chaikin D, Donovan JI, Fonda D, Jackson S, et al. The Standardization of Terminology in Nocturia. Report from the Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. *Neurolog Urodyn*. 2002; **21**: 179-83.
27. Glazener CM, Lapitan MC. Urodynamic studies for management of urinary incontinence in children and adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; **1**.
28. Modroño MJ, Sanchez MJ, Gayoso P, Valero M, Blanco M. Estudio de Prevalencia de Incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. *Aten Primaria*. 2004; **34**(3): 134-9.
29. Swithinbank LV, Donovan JI, Du Heaume JC, Rogers CA, James MC, Yang Q, et al. Urinary symptoms and incontinence in women: relationships between occurrence, age, and perceived impact. *British Journal of General Practice*. 1999; **49**: 897-900.
30. Sze EHM, Jones WP, Ferguson JL, Barker CD, Dolezal JM. Prevalence of Urinary Incontinence Symptoms Among Black, White, and Hispanic Women. *Obstetrics & Gynecology*. 2002; **99**(4): 572-5.
31. Puertas M. Utilidad de la Urodinámica Ambulatoria en el Diagnóstico de la Incontinencia Urinaria Femenina. *UROD A*. 2009; **22**(1): 5-49.
32. Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, Salvatore S. Overactivebladder symptoms: do we need urodynamics? *Neurourol Urodyn*. 2003; **22**: 105-8.
33. Juarranz M, Campos M, Fernández C, Sánchez D. ¿Es necesario realizar estudio urodinámico en el diagnóstico de la incontinencia urinaria? *Rev Clin Esp*. 2006; **206**(3): 147-9.

