

DIAGNOSTICO CLINICO DE LA INCONTINENCIA DE ORINA

Investigación de la relación entre el interrogatorio y los hallazgos urodinámicos

Dr. Romano, S. Víctor - Dr. Marino Ruiz, Julio - Dr. González, Oscar E. - Dr. Solari, Juan J.

Resumen y conclusiones

Dado el aporte realizado por el Comité de Estandarización de la SIC es posible clasificar y uniformar criterios de evaluación de los síntomas y predecir las formas fisiopatológicas de la incontinencia de orina (I. O.). Así como gracias a los estudios urodinámicos estos síntomas resultan más claros para los clínicos.

Hemos investigado nuestra capacidad de formular diagnósticos correctos de I. O. en base al interrogatorio comparado con los resultados urodinámicos en 336 pacientes consecutivos que consultaron por I. O. y fueron estudiados urodinámicamente. A su vez dividimos el tiempo transcurrido (8 años) y 2 períodos iguales (de 4 años) para comparar los resultados con la expectativa de haber mejorado el diagnóstico en el segundo periodo. Si bien esto no pudo ser demostrado estadísticamente, se observa en los porcentajes una tendencia a mejorar el diagnóstico, sobre todo en las mujeres con I. O. E. pura. Por otra parte diremos que esta población tiene una selección previa (en contra), ya que no se estudiaron urodinámicamente "todos" los pacientes que consultaron en nuestro servicio por I. O., sino aquellos que presentaron algún problema de diagnóstico o terapéutico, por lo que se supone que en la población general nuestros diagnósticos clínicos resultarían correctos con mayor incidencia que la obtenida. No obstante lo cual, comprobamos que la correlación es muy buena en las formas puras de I. O. resultando aún mejor en el hombre que en la mujer: I. O. U.: hombre, 95 %, y mujer, 80 %. I. O. E.: hombre, 80 %, y mujer 70 %. Cayendo a 35 % en las formas mixtas.

De lo antedicho se desprende que el diagnóstico clínico de la I. O. tiene un alto porcentaje (tabla X) de exactitud, más aún si al interrogatorio se le asocia el examen físico, resultando válido entonces protocolizar el tratamiento médico de las I. O. puras sin estudio urodinámico previo, reservando éste para las formas mixtas y los fracasos terapéuticos.

Introducción

Se reconoce comúnmente la existencia de grado variable de error en la apreciación del mecanismo o tipo de incontinencia (SIC)⁽¹⁾ que un paciente presenta cuando se consideran sus síntomas y luego se lo compara con los resultados de los estudios urodinámicos.

La literatura corriente incluye a los defensores de la clínica y la relevancia del interrogatorio en el diagnóstico de la I. O.^(5,7) así como, por otro lado, se señalan la falta de correlación entre la clínica y los hallazgos urodinámicos.^(2,3) En un intento de analizar nuestras propias posibilidades y limitaciones diagnósticas realizamos este estudio, y a su vez dividimos nuestra experiencia en 2 períodos iguales de tiempo para comparar estos resultados con el fin de determinar si la experiencia acumulada de los estudios realizados mejoraba nuestras posibilidades de acierto en el diagnóstico clínico de la I. O. basado fundamentalmente en el interrogatorio.

Material y método

Revisamos los estudios urodinámicos realizados desde junio de 1979 hasta junio de 1987 en la Sección Urodinamia del Servicio de Urología del Hospital Español de Buenos Aires. Se excluyeron los estudios efectuados en pacientes con problemas neurológicos mayores (parapléjicos, cuadripléjicos, esclerosis múltiple, mielomeningocele) y otros en los cuales el interrogatorio fue muy difícil o imposible. Finalmente se consideraron 679 pacientes estudiados urodinámicamente (P. Ves./P. Abd./P. Det./Q y P. Ura),^(4,5) (definiciones, métodos y unidades de medida de acuerdo con los estándares propuestos por la SIC)⁽²⁾ de los cuales 328 fueron mujeres y 351 hombres. De éstos se seleccionó a aquellos que consultaron por incontinencia urinaria y resultaron ser 336 (48 %) (238 mujeres y 98 hombres) (tabla I), cuyas edades promedio fueron de 55,4 (R: 4-84) y 64,6 (R: 4-85), respectivamente. Estos pacientes fueron estudiados en 8 años consecutivos dividiéndolos en 2 grupos:

- A) Los correspondientes a los primeros 4 años, y
- B) los correspondientes a los segundos 4 años (tabla II), a los fines de ser comparados.

TABLA I

♀ +	Total general	I. O.	%
♂	679	336	49
♂	351	98	28
♀	328	238	72

TABLA II

A	170	♀	119
		♂	51
B	166	♀	119
		♂	49

Al grupo A pertenecen 170 pacientes: 119 mujeres y 51 hombres, y al grupo B. 166: 119 mujeres y 47 hombres.

Se clasificó por el interrogatorio a la forma de la incontinencia de orina de acuerdo a lo propuesto por la SIC⁽²⁾ en I. O. E., I. O. U., I. O. Rebo y mixtas. Respecto de las formas mixtas se consideró principalmente a la I. O. E. + I. O. U. por su frecuencia. No se incorporó a la I. O. refleja por haberse excluido a los pacientes neurológicos graves.

Se analizó y se comparó cada caso con el diagnóstico realizado en el interrogatorio y la fisiopatología de la I. O. arrojada por la evaluación urodinámica, considerando correcta (Bien) cuando coincidió exactamente uno y otro diagnóstico.

Se consideró como diagnóstico urodinámico correcto de I. O. U. cuando se comprobó esta forma de I. O. o bien cuando sin existir otro mecanismo, se encontró inestabilidad vesical (hiperreflexia).

Sólo se aceptó como correcto el diagnóstico urodinámico de I. O. E. cuando se comprobó la pérdida de orina con el aumento de la P. Abd. sin contracción del detrusor.

En el caso de las formas *mixtas*, particularmente *U+E*, se consideró correcto el diagnóstico cuando se comprobó urodinamicamente la I. O. E. + I. O. U. (o bien I. O. E. + inestabilidad vesical).

Se calificó de *Regular* cuando el diagnóstico urodinámico fue correcto, pero incompleto: ejemplo, cuando una forma fue calificada de pura y resultó combinada con otro mecanismo (*mixta*) y viceversa; y *Mal* cuando no coincidió el Interrogatorio con la urodinamia.

Resultados

De acuerdo con las cifras extraídas de las tablas⁽³⁾ se desprende que en esta población:

- A las mujeres que consultaron por Incontinencia de orina se les diagnosticó con mayor frecuencia (195 de 238) (80 %) I. O. U., I. O. E. e I. O. U. + E. las que se distribuyeron con igual frecuencia entre sí (alrededor de 65 casos) 27 % c/u.
- El diagnóstico resultó correcto en aproximadamente 8 de cada 10 I. O. U.; 7 de cada 10 I. O. E. y 3 de cada 10 I. O. U. + E. (tabla III).

TABLA III

♀ A+B	Diag.	Bien	%
U	67	55	82
E	66	45	68
U+E	62	21	34

- De esto se desprende que cuando la I. O. se presentó con características sintomatológicas de formas *puras* hubo una gran incidencia de diagnóstico clínico correcto, mientras que en las formas *mixtas* la predicción fue muy inferior; debiéndose fundamentalmente a *subdiagnóstico de I. O. E.* y a *sobre-diagnóstico de inestabilidad*, y por consiguiente suben en este grupo de I. O. mixtos a un promedio mayor de 75 % de acierto o más, cuando se le suman los resultados regulares. Cuando se comparó los grupos A y B de mujeres (se utilizó la prueba CHI²) nuestro diagnóstico correcto no fue significativamente diferente. No obstante se detecta una tendencia a mejorar el diagnóstico, sobre todo en la I. O. E. pura: 57 % correcto en el grupo A y 82 % en el B (tabla V).

TABLA IV

♀	Nº	Bien	Regular	Mal
A	119	62	22	35
B	119	76	22	21
A+B	238	138	44	56

TABLA V

♀	GR	Diag. clín.	Bien	%
U	A	33	28	85
	B	34	27	79
E	A	37	21	57
	B	29	24	82
U+E	A	25	6	24
	B	37	15	40

CHI²

Respecto de los varones la forma predominante de I. O. fue la I. O. U. (70 % aproximadamente), siendo correcto el diagnóstico en 95 % de los casos. El segundo grupo en frecuencia (17 %) estuvo representado por insuficiencia esfinteriana: I. O. E. o I. O. Rebo o ambos, en general secundaria a adenomectomía prostática⁽⁶⁾ con 40 % de diagnóstico correcto (tabla VI).

TABLA VI

♂ A+B	Diag.	Bien	%
U	66	63	95
E	5	4	80
Otr.	27	7	25

Entre los varones no se aplicó ningún test estadístico de comparación entre los 2 periodos de tiempo (A) y (B), ya que resultaron casi idénticos a simple vista (tabla VII).

TABLA VII

♂	Nº	Bien	Regular	Mal
A	51	37	5	9
B	47	37	3	7
A+B	98	74	8	16

- Tomando ahora los totales generales de hombres incluyendo ambos grupos (A) y (B) y todos los de diagnósticos correctos realizados, éstos representan 75 %, y en las mujeres, 58 % (tabla VIII).

TABLA VIII

A+B	Total	Bien	%
♀	238	138	58
♂	98	78	75

- Por otra parte la *inestabilidad vesical* se presentó en 83 % de los varones estudiados con clínica de I. O. y en 57 % de las mujeres (tabla IX).

TABLA IX

A+B	Nº	% Inest.	% Ocul.	% P/O
♀	238	57	9	2
♂	98	83	15	48

- La *inestabilidad vesical* resultó asintomática o insospechada en 9 % de las mujeres (21 de 238) y en los hombres en 15 % (15 de 98).

- El patrón obstructivo se asoció a la *inestabilidad* en 48 % de los hombres y en 2 % de las mujeres.

TABLA X

♀ + ♂	Bien	%
A	170	58
B	166	68
A+B	336	63

Bibliografía

1. Kessler, T. M.: "The Standardization of terminology of lower urinary tract dysfunction". *Urology*, 24: 141, 1985.
2. Kessler, T. M.: "The use of ambulatory voiding in stress urinary incontinence". *Urology*, 1986.
3. Kessler, T. M.: "Cystometry, Urology and Urodynamic". Williams & Wilkins, Baltimore, 1986.
4. Kessler, T. M.: "Urodinámica: fundamentos para el diagnóstico urológico". *Actas del Congreso Argentino de Urología*, UNBA, 1987.
5. Romano, S. V.: "La incontinencia de orina femenina". Tesis Doctorado en Medicina. Universidad Nacional de Buenos Aires, 1984.
6. Romano, S. V.; Marino Ruiz, J.; González, G. E.; Solari, J. J.: "Hallazgos urodinámicos en la incontinencia de orina post adenomectomía prostática". XXVI Congreso de la Sociedad Argentina de Urología. XVIII Congreso de la Confederación Argentina de Urología. Actas.
7. Turner Warwick, R.; Whiteside, G. (ed.): "Clinical Urodynamic". *Urol. Clin. North Am.*, 6: 1, 1979.
8. Vela Navarrete, R.; Raz, S.: "Control farmacológico de los trastornos urodinámicos". Científico Médica, Barcelona, 1979.