



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIO DE POST-GRADO
ESPECIALIZACIÓN EN UROLOGIA



**Contracciones no inhibidas del musculo detrusor en pacientes con
incontinencia urinaria de esfuerzo. Instituto Docente de Urología.
Estado Carabobo. Enero – Junio 2013**

Autor: Cirujano General Prieto H. María B.

La Viña, Octubre 2014



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIO DE POST-GRADO
ESPECIALIZACIÓN EN UROLOGIA



**Contracciones no inhibidas del musculo detrusor en pacientes con
incontinencia urinaria de esfuerzo. Instituto Docente de Urología.
Estado Carabobo. Enero – Junio 2013**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al grado de especialista en
Urología**

Autor: Cirujano General Prieto H. María B.

Tutor Clínico: Dr. Cuervo Rafael

Asesor Metodológico: PhD. Glenda Velázquez

La Viña, Octubre 2014.

**Contracciones no inhibidas del musculo detrusor en pacientes con
incontinencia urinaria de esfuerzo. Instituto Docente de Urología.
Estado Carabobo. Enero – Junio 2013**

Autor: Prieto H., María B. Instituto Docente de Urología. Valencia/Edo.
Carabobo. Marbea_69@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Establecer la aparición de las contracciones no inhibidas del musculo detrusor en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo en el Instituto Docente de Urología. Estado Carabobo en Enero – Junio del año 2013.

Materiales y método: La investigación fue de diseño observacional, analítico y retrospectivo, en una población de 35 pacientes quienes fueron sometidos a estudios urodinámicos por presentar sintomatología de incontinencia urinaria de esfuerzo.

Resultados: El sexo predominante el femenino en el 66% (23 pacientes) con una edad promedio de 54,94años $\pm 0,83$, un total de 35 pacientes con sintomatología de incontinencia urinaria de esfuerzo, la presencia de contracciones no inhibidas del detrusor se evidenció en el 86% (30 pacientes).

Conclusiones: La presencia de contracciones no inhibidas del detrusor y su asociación de la sintomatología de incontinencia urinaria de esfuerzo demuestran que los pacientes no solo son beneficiados por una terapéutica quirúrgica en su totalidad sino por la asociación de medidas farmacológicas mejorando así la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras claves: incontinencia urinaria de esfuerzo, contracciones no inhibidas del detrusor, vejiga inestable motora.

Uninhibited contractions of the detrusor muscle in patients with urinary incontinence. Teaching Institute of Urology. Carabobo State. January-June 2013

Author: H. Prieto, María B. Instituto Docente de Urología. Valencia / Edo. Carabobo.
Marbea_69@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: To establish the occurrence of uninhibited contractions of the detrusor muscle in patients with urinary incontinence in the Instituto Docente de Urología. Carabobo state in January-June of 2013.

Materials and Methods: This was an observational, analytical and retrospective design, in a population of 35 patients who underwent urodynamic studies to present symptoms of urinary incontinence.

Results: The predominant female sex in 66% (23 patients) with a mean age of 54,94 years \pm 0.83, a total of 35 patients with symptoms of urinary incontinence, the presence of uninhibited contractions of the detrusor evidenced in 86% (30 patients).

Conclusions: The presence of uninhibited contractions of the detrusor and the association of symptoms of urinary incontinence demonstrate that patients are not only benefit from surgical therapy as a whole but by the association of pharmacological measures improving the quality of life of these patients.

Keywords: Urinary incontinence, uninhibited contractions of the detrusor overactive bladder.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN UROLOGÍA



VEREDICTO

Nosotros, miembros del jurado para la evaluación del trabajo de grado titulado: **CONTRACCIONES NO INHIBIDAS DEL MUSCULO DETRUSOR EN PACIENTES CON INCONTINENCIA DE ESFUERZO. INSTITUTO DOCENTE DE UROLOGIA. ESTADO CARABOBO. ENERO – JUNIO 2013**, presentado por: María Beatriz Prieto H. Para optar al título de: Especialista en Urología; estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como: APROBADO

Nombres y Apellidos	Cedula	Firma
PAUL ESCOBAR	3588220	
JUAN R. López	4866412	
Hector Arias	1352048	

INTRODUCCION

La incontinencia urinaria es un motivo frecuente de consulta a urólogos, ginecólogos y médicos generales y se han observado diversidad de criterios para la evaluación de estas pacientes y su selección para los diferentes tratamientos. En el aspecto quirúrgico están descritas un sin número de técnicas cuya aplicación puede ser un poco anárquica. Por otra parte tanto en el tratamiento médico como en el quirúrgico se han publicado nuevos avances.

Esta patología puede presentarse en diferentes etapas de la vida, de preferencia en el sexo femenino y también es más frecuente en la tercera edad con un 25-30% de las mujeres de más de 60 años. (1) La incontinencia en el varón puede presentarse como una urgencia e ir acompañada con tenesmo debido a una obstrucción de la vejiga parcial. (1,2)

Algunos factores de riesgo ya han sido estudiados como son: la edad, el esfuerzo, la multiparidad, el parto traumático antiguo, trastornos neurógenos de la vejiga, intervención quirúrgica de la pelvis, alteraciones psicológicas, intervención quirúrgica ginecológica, el alcoholismo, hábitos de micción, entre otros. (1)

La contracción involuntaria del detrusor o contracción no inhibida ha sido definida arbitrariamente como aquella que supera los 15 cm de agua de amplitud, situación sobre la que no hay consenso. (3) Las contracciones no inhibidas del detrusor pueden ser asintomáticas, pero generalmente están asociadas a urgencia o urgeincontinencia. (3)

Para descubrir la presencia de alguna anomalía en las contracciones del musculo vesical se utiliza el estudio de urodinamia, el cual es el principal método de ayuda en el estudio de los síntomas asociados con incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia, al igual que en el análisis de las complicaciones y/o síntomas urinarios persistentes asociados a los tratamientos quirúrgicos utilizados para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo pura, el control de la inestabilidad idiopática del detrusor y la valoración de insuficiencia esfinteriana intrínseca. El principio fundamental de un estudio de urodinamia consiste en la reproducción de los signos y síntomas clínicos del paciente (análisis de síntomas irritativos, asociación entre eventos cotidianos y los episodios de incontinencia urinaria, etc.), para así obtener un diagnóstico más preciso del tipo de incontinencia urinaria, y por lo tanto, elegir un esquema de tratamiento óptimo para cada caso en particular. Hoy en día se considera éste tipo de estudios como parte integral de la investigación de rutina en pacientes con incontinencia urinaria en muchos centros médicos y hospitales universitarios. (3)

En el caso de la incontinencia urinaria, la heterogeneidad de cifras de prevalencia es consecuencia de las diferencias entre los estudios respecto de la definición de incontinencia utilizada (en términos de números de escapes y su frecuencia), de las tasas de respuesta, la inclusión de sujetos institucionalizados, los métodos de recolección de datos, las preguntas usadas en los cuestionarios y la manera en que son respondidas, el periodo sobre el que se reporta la incontinencia urinaria y la gravedad o importancia de la Incontinencia urinaria.(4,5)

Con estos condicionantes no es de extrañar que se encuentren diferencias considerables entre los estudios realizados en un mismo país.(6,7)

En Estados Unidos, país en el que durante los últimos cinco años se han realizado al menos 12 estudios epidemiológicos de prevalencia de incontinencia urinaria. En uno sólo de estos estudios, publicado recientemente, se recolectaron datos de ambos sexos y de tres grupos raciales (adultos entre 30 y 79 años) encontrando una prevalencia de sólo el 8% (10,4% en mujeres y 5,3% en varones). Sin embargo otros dos estudios realizados en muestras de varones (6,7) se encontraron cifras sensiblemente superiores: 12,7% y 17%. También en nueve estudios realizados en mujeres se encuentran cifras muy diferentes que oscilan entre el 15% cuando se estudian mujeres de origen latino de más de 65 años (8) o el 18% en mujeres de origen asiático, y hasta el 40% cuando se estudian mujeres no institucionalizadas (9).

En España, también se encuentran importantes diferencias entre las cifras de prevalencia de incontinencia urinaria de diferentes estudios, que en parte están también motivadas por la fecha de realización del estudio. Así en los estudios epidemiológicos publicados antes del 2003 (10), en personas de más de 60 o de 65 años se obtienen cifras cercanas al 40%, mientras que después de esa fecha las cifras son inferiores: 35,1% en sujetos de más de 64 años, 23% en mujeres mayores de 18 años, 20% en mujeres en edad laboral y 14% en mujeres entre 40 y 64 años. (10,11).

Han existido muchas clasificaciones basadas en parámetros clínicos, radiológicos, clínico-urodinámicos, y que han sido conocidas por los nombres de sus autores: Mouristein, Agerholm, Robertson, Blaivas, Raz, Obrink, McGuire. La explicación de que la incontinencia urinaria de esfuerzo sea más frecuente en el sexo femenino tiene una clara justificación anatómica, mientras que la vejiga urinaria es similar en ambos sexos, no lo es el fragmento infravesical, sobre todo por los cuatro centímetros de longitud de

la uretra femenina que la hace más vulnerable a las “agresiones”, en especial los partos. (12)

La hiperactividad del detrusor o vejiga hiperactiva es definida por la Sociedad Internacional de Continencia como un desorden caracterizado por la contracción involuntaria del detrusor, ya sea espontánea o provocada, la que no puede ser inhibida por el paciente. Los métodos clínicos (historia clínica y examen físico) no poseen la suficiente sensibilidad y especificidad para justificar su uso como métodos diagnósticos únicos en incontinencia urinaria, por lo cual, se recomienda en el estudio de todo paciente que consulta por incontinencia urinaria realizar una completa historia clínica y examen físico, cistoscopia y urodinamia, lo cual llevará a un diagnóstico más preciso de la entidad y a un manejo más exitoso del paciente. (13)

Existen otros motivos de alteraciones en el almacenamiento y evacuación de la orina, además de necesitar de una fisiología de la micción intacta (incluyendo las vías urinarias inferiores y los componentes neurológicos descritos previamente), la continencia depende de una capacidad funcional intacta para hacer las necesidades sin ayuda. Varios trastornos médicos y agentes farmacológicos pueden afectar de forma negativa a esta capacidad. Una regla nemotécnica que destaca estos posibles colaboradores reversibles o transitorios es DIAPPERS (del inglés Dementia/delirium, Infection, Atrophic vaginitis, Psychological, Pharmacologic, Endocrine, Restricted mobility, and Stool impaction): demencia/delirio, infección, vaginitis atrófica, impacto psicológico, farmacológico y endocrino, movilidad limitada e impactación de las heces. La continencia necesita de la capacidad cognitiva para reconocer y reaccionar de forma adecuada a la sensación de tener la vejiga llena, la motivación para mantenerse seco, la movilidad y la destreza manual

suficientes, y el acceso a un cuarto de baño cercano. Los pacientes con demencia o con un deterioro psicológico importante no suelen tener esta capacidad cognitiva o motivación necesarias para mantener la continencia, y las mujeres con problemas físicos importantes o con una movilidad limitada tal vez no lleguen a tiempo al baño, sobre todo en el contexto de incontinencia de urgencia/vejiga hiperactiva. Las infecciones de las vías urinarias pueden inflamar la mucosa vesical. La actividad sensorial aferente aumenta con esta inflamación, lo que contribuye a la hiperactividad de la vejiga. De forma similar, la deficiencia de estrógenos puede dar lugar a una vaginitis atrófica y a una uretritis con un aumento de la irritación local y un mayor riesgo de infección de las vías urinarias y de vejiga hiperactiva. El estrógeno tópico puede aliviar los síntomas y las infecciones deben tratarse antes de considerar otras intervenciones para la continencia. (14,15)

En el caso de la fisiopatología de la incontinencia urinaria, la disfunción miccional y la vejiga hiperactiva, no hay que considerar la incontinencia como una consecuencia normal del envejecimiento, hay varios cambios fisiológicos que aparecen con la edad en las vías urinarias inferiores que pueden predisponer a la incontinencia, a la vejiga hiperactiva o a otras dificultades de la micción. En primer lugar, la prevalencia de contracciones anómalas del detrusor aumenta con la edad, encontrándose hiperactividad del detrusor en el 21% de los ancianos sanos y continentales que viven en la comunidad. (15, 16) La capacidad vesical total puede reducirse, así como la capacidad de posponer la micción, lo que aumenta la frecuencia urinaria. Al mismo tiempo, en los ancianos la tasa del flujo urinario desciende tal vez debido a un aumento de la contractilidad del detrusor asociado a la edad. (15) En las mujeres, el descenso posmenopáusico de estrógenos acarrea la atrofia del cierre mucoso uretral, la pérdida de distensibilidad y la irritación vesical, lo que puede predisponer a la incontinencia de esfuerzo y de urgencia. Los

cambios debidos a la edad en la tasa de filtración renal y a las alteraciones en los niveles diurnos de hormona antidiurética y de factor natriurético auricular cambian el patrón diurno de eliminación de líquidos, excretándose un mayor volumen de orina al final del día. (16) Las comorbilidades, como la insuficiencia cardíaca congestiva, el hipotiroidismo y la insuficiencia venosa, y los efectos de ciertos fármacos contribuyen al edema periférico, que provoca frecuencia urinaria y nicturia cuando el paciente está en posición supina. La diabetes mellitus puede provocar diuresis osmótica y poliuria cuando hay un mal control de la glucemia. La polidipsia debida a diabetes insípida o a un consumo excesivo de cafeína o alcohol también puede dar lugar a poliuria o a un aumento de la frecuencia miccional. De forma similar, el empeoramiento de la secreción o de la acción de la arginina vasopresina puede producir poliuria y nicturia; estos pacientes seleccionados cuidadosamente podrían beneficiarse del tratamiento con desmopresina. (14) Por último, la impactación de las heces debida a unos malos hábitos intestinales y al estreñimiento puede contribuir a los síntomas de vejiga hiperactiva, tal vez debido a la irritación local o a la compresión directa contra la pared vesical. Como se mencionó previamente, hay muchos fármacos que pueden provocar o empeorar la incontinencia urinaria u otras formas de disfunción miccional. Esta disfunción aparece mediante cambios en la tasa de producción de orina, en la integridad de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático, y en la cognición. Es importante tomar nota del uso por parte de los pacientes de diuréticos, anticolinérgicos, alcohol, psicotrópicos, narcóticos, a-agonistas o antagonistas, X-agonistas o bloqueantes de los canales del calcio. (15)

Por lo que en esta investigación se tomaron como antecedentes: Salazar, A & cols., en el año 2004 en su trabajo sobre *Caracterización clínica de la vejiga inestable motora*, el cual tuvo como objetivo estudiar la sintomatología

urinaria baja de pacientes con diagnóstico urodinámico confirmado de vejiga inestable motora, en un total de 19 pacientes (9 hombres y 10 mujeres) que consultaron en un período de seis meses por síntomas sugerentes de síndrome de urgencia y cuya urodinamia demostró la presencia de una vejiga inestable motora. A los pacientes se les solicitó completar un diario miccional durante dos días. El promedio de edad fue de 59 años, todos los pacientes cumplieron con, al menos, un criterio clínico de síndrome de urgencia. Los síntomas que más se asocian a vejiga inestable motora son la urgencia miccional y la disminución en la capacidad vesical. Los autores concluyeron que no se encontró correlación entre la amplitud de la contracción no inhibida y el reporte subjetivo de la urgencia y las contracciones se presentaron aproximadamente 80% de la capacidad cistométrica. (2)

Otro trabajo fue el realizado por: Hartmann, K. & cols., en el año 2012, en el trabajo titulado *Tratamiento de la vejiga hiperactiva en la mujer*, el cual tuvo como objetivo estudiar de manera prospectiva la prevalencia e incidencia en el tratamiento de la vejiga hiperactiva y los resultados del tratamiento. Se incluyeron revisiones bibliográficas de estudios publicados desde enero de 1966 a octubre 2008. Se excluyeron los estudios con menos de 50 participantes, menos del 75 por ciento de mujeres, o falta de relevancia para vejiga hiperactiva. De 232 publicaciones incluidas, 20 eran de buena calidad, 145 fueron justos, y 67 no aceptables. En conclusión dicha investigación resultó que más del quince por ciento de las mujeres presentan vejiga hiperactiva, siendo los síntomas asociados comunes. Los efectos del tratamiento médico y quirúrgico son modestos. Son deficientes o ausentes los datos sobre el seguimiento a largo plazo, los cuales son mal caracterizados. (14)

Y otro trabajo fue Nitti, V. & cols., en el año 2006, en el trabajo titulado *Toxina Botulínica tipo A en el tratamiento de pacientes con vejiga hiperactiva e Incontinencia urinaria*. Los pacientes elegidos fueron aquellos con vejiga hiperactiva con \geq tres episodios de urgeincontinencia urinaria en tres días y \geq ocho micciones/día fueron aleatorizados 1:1 para recibir la inyección de toxina botulínica tipo A intradetrusor 100U o placebo. Los resultados indicaron que aquellos pacientes que recibieron la inyección de la toxina botulínica tipo A redujo significativamente la frecuencia diaria de episodios de la incontinencia urinaria frente al placebo (-2,65 vs -0,87, $p < 0,001$) y un 22,9% frente al 6,5% de los pacientes de los pacientes llegó a ser totalmente continente. Una mayor proporción de pacientes tratados con toxina botulínica tipo A que el placebo reportaron una respuesta positiva en la escala de beneficios del tratamiento (60,8% vs 29,2%, $p < 0,001$). En la investigación se concluyó que los pacientes que recibieron la toxina botulínica tipo A presentaron mejoras en todos los síntomas de vejiga hiperactiva, siendo bien tolerados por los mismos. (17)

El tratamiento de la incontinencia se puede dividir en 03 fases: las medidas generales, En la incontinencia urinaria, se deberá evitar la ingestión excesiva de líquidos, se dice que las sopas, guisos y alimentos hervidos aportan más líquidos, que los asados y fritos. Líquidos que favorecen la formación de orina: agua, leche, alcohol e infusiones. Fortalecimiento de los músculos pubocoxigeos, ideados por el Doctor Kegel que consiste en contraer el esfínter del ano, como impedimento la defecación 30 veces durante varias veces al día. Uso de pañales absorbentes. (11,12)

El Tratamiento farmacológico; cuyo objetivo es obtener que la vejiga se distinga sin contraerse durante el llenado, a su vez que la uretra se mantenga cerrada. Se usa los anticolinergicos que disminuyen la capacidad

contráctil del detrusor (efectos secundarios: sequedad de la boca, taquicardia) no usar en pacientes arrítmicos o con glaucoma. Ej. Oxibutinina, Flevoxato, propantelina, matantelina. Otros fármacos por citar tenemos los estrógenos, agonista alfa-adrenergicos y antidepresivos. (12) y el tratamiento quirúrgico siendo el más frecuente la colpo-perirrafia. La colocación de mallas especiales a través del piso pélvico para mantener estabilidad de la uretra, en los casos de hipermovilidad de la misma, o por prolapso de la pared anterior, posterior o tal de la vagina, con el fin de evitar la pérdida de orina. (11) Además se encuentra como opción el auto cateterismo intermitente por introducción de catéter en vejiga, el cual se usa en pacientes con daño cerebral. (11) La estimulación eléctrica intravaginal, para corregir la contracción del suelo pélvico por estimulación del nervio pudendo. (12) Y por último la aplicación de toxina botulínica intramuscular en el detrusor con el fin de evitar la hipercontractilidad del musculo, otra técnica que está en estudio es la inyección de células madres de los músculos de los brazos en la pared de la uretra y el esfínter, en el cual, se vio mejoría tras un año de tratamiento. (11,12)

Por todo lo antes expuesto, esta investigación implicó el estudio urodinámicos de aquellos pacientes que refirieron al interrogatorio presentar incontinencia urinaria de esfuerzo, por lo que se plantea como objetivo general: Establecer la aparición de las contracciones no inhibidas del musculo detrusor en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo en el Instituto Docente de Urología. Estado Carabobo en Enero – Junio del año 2013. Además de plantearse como objetivos específicos: Distribuir la muestra por edad y sexo; identificar la presencia de contracciones no inhibidas del detrusor en pacientes que padecen incontinencia urinaria de esfuerzo;

identificar la frecuencia de aparición de las contracciones no inhibidas del detrusor en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo.

MATERIAL Y METODO

Se trata de una investigación con diseño descriptivo, observacional, analítico, retrospectivo y de corte transversal. Se realizó en el Instituto Docente de Urología, ubicado en la ciudad de Valencia/ Estado Carabobo, en las áreas de consulta de estudios urodinámicos, en el periodo Enero – Julio 2013.

La población y muestra estuvo representada por el número total de pacientes que presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo y acudieron a la consulta de estudios urodinámicos en el Instituto Docente de Urología en el periodo Enero – Julio 2013, con un total de 35 pacientes, los cuales cumplían con los criterios de inclusión: pacientes del género tanto femenino y como masculinos, edades comprendidas entre 20 – 80 años, pacientes que acudan a consulta de estudios urodinámicos en el periodo de Enero – Junio de 2013, sin tratamientos previos, sintomatología de incontinencia urinaria de esfuerzo, sin patología neurológica, sin otro diagnóstico urodinámico asociado: uropatía obstructiva baja, residuo post miccional elevado. Por lo tanto se consideraron criterios de exclusión aquellos pacientes con edades por debajo de 20 años o por encima de 80 años, pacientes que acudan a la consulta por fuera del periodo de Enero – Junio de 2013, pacientes con tratamientos previos para incontinencia urinaria o hiperactividad del detrusor, Sin sintomatología de incontinencia urinaria de esfuerzo, con patología neurológica, con otro diagnóstico urodinámico asociado: uropatía obstructiva baja, residuo post miccional elevado.

Previa información de los objetivos de la investigación a los pacientes sometidos a la cirugía, se obtuvo mediante firma, consentimiento informado, se procedió a realizar estudio urodinámicos. Las urodinamias fueron realizadas en equipo Dantec Menuet o Urobyte 5000, siempre por el mismo operador y con la misma técnica, que se describe a continuación. En primer lugar, se hace orinar a la paciente obteniendo la uroflujometría inicial no invasiva y se mide el residuo post miccional (RPM) con sonda Nélaton 8 FR, luego se instala catéter uretral 6 Fr doble lumen (DLC-6D de Life- Tech, Inc.) y catéter rectal con 5 a 7 ml de suero fisiológico al balón. Los transductores de presión se balancean con la presión atmosférica, nivelados a la sínfisis púbica. Se infunde suero fisiológico a temperatura ambiente a una velocidad de 50 ml/min, llenando la vejiga hasta su capacidad cistométrica máxima. Posteriormente, se realiza el estudio flujo/presión.

Como instrumento de recolección de datos se diseñó una ficha individual para cada paciente, contentiva de las variables sujetas a la investigación, donde se indicó edad, género, patología de base, presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo, presencia de contracciones no inhibidas del detrusor.

Una vez en posesión de los datos, éstos se organizaron y procesaron mediante el programa estadístico SPSS versión 19 para Windows, elaborando inicialmente tablas descriptivas (frecuencia absoluta, relativa, media o promedio).

Las bases bioéticas de la presente investigación se fundamentan en los siguientes aspectos: Los instrumentos de esta investigación fueron pensados en las características del espacio físico donde se desarrolla la investigación. Se respetará el derecho cultural del individuo en estudio. No se tomarán los

datos personales, ni se revelarán en tal caso el contenido de los mismos. Los instrumentos a aplicar no serán de carácter imperativo. No se revelarán datos de la institución o personal, más que los necesarios para la investigación.

RESULTADOS

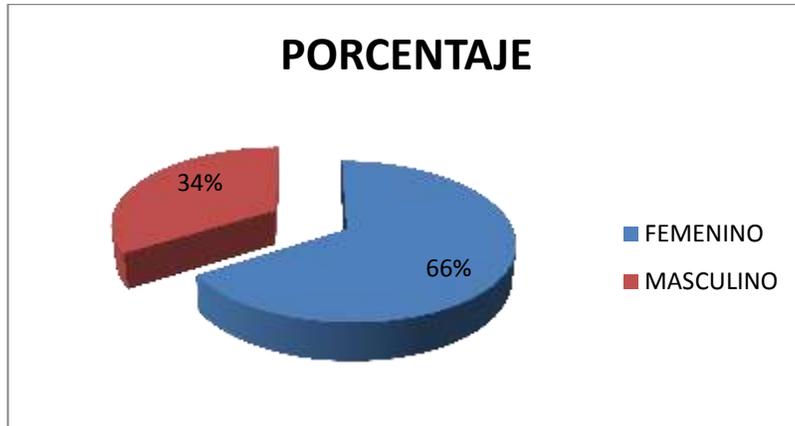
De un total de 35 pacientes a quienes fueron realizado estudio urodinámico en el Instituto Docente de Urología, se obtuvo que el 66% (23 pacientes) correspondían al sexo femenino. (Tabla y gráfico N°1)

Tabla N°1. Distribución en frecuencia y porcentaje en relación al sexo de los pacientes que acuden a estudio urodinámico refiriendo incontinencia urinaria de esfuerzo

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	23	66%
MASCULINO	12	34%
TOTAL	35	100%

Fuente: Ficha recolectora, 2013.

Gráfico N°1.



Fuente: Ficha recolectora, 2013.

A través de la tabla y gráfico número 2 se puede observar que quienes presentan mayor sintomatología de incontinencia urinaria de esfuerzo son los pacientes correspondientes a las edades comprendidas entre los 50 y 60 años. Con una edad promedio de 54.94 años, ± 0.83 años.

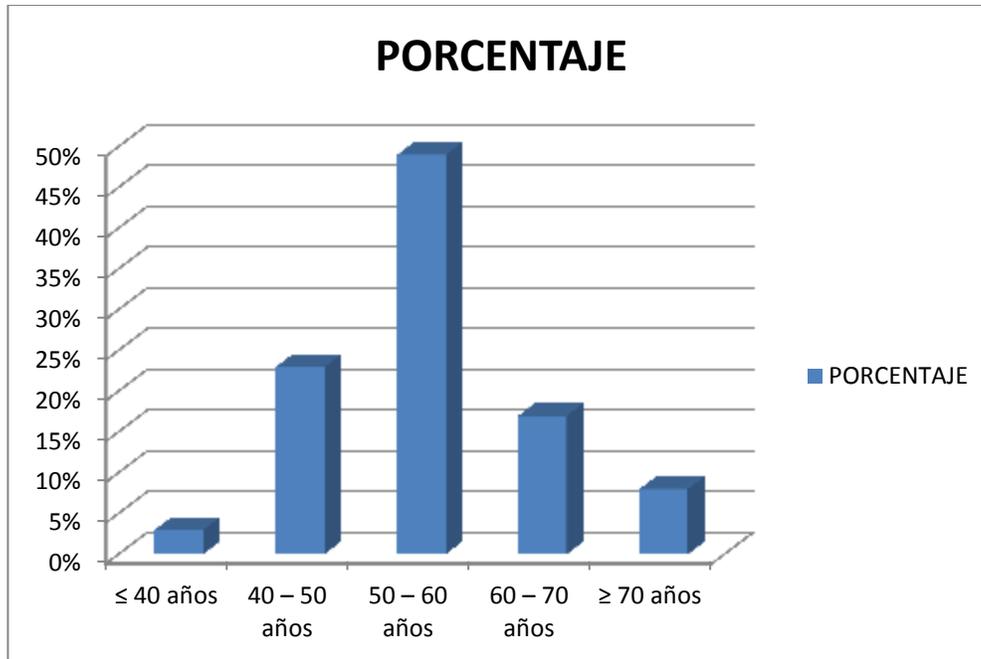
Tabla N° 2. Distribución en frecuencia y porcentaje por edades de los pacientes que acuden a estudio urodinámicos refiriendo incontinencia urinaria de esfuerzo.

EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤ 40 años	01	3%
40 – 50 años	08	23%
50 – 60 años	17	49%
60 – 70 años	06	17%

≥ 70 años	03	8%
TOTAL	35	100%

Fuente: Ficha recolectora, 2013.

Gráfico N°2.



Fuente: Ficha recolectora, 2013

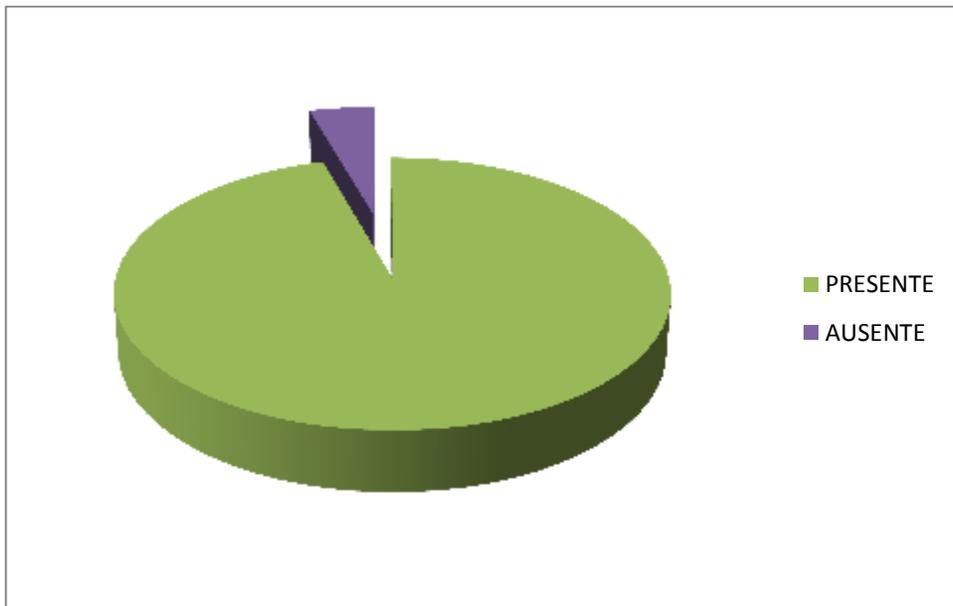
En cuanto a la tabla y gráfico N°3 se evidencia que en el 86% de los pacientes (30 pacientes) con sintomatología urinaria de esfuerzo presentan contracciones no inhibidas del detrusor que fueron visualizadas a través del estudio urodinámico.

Tabla N°3. Distribución en frecuencia y porcentaje de presencia de contracciones no inhibidas del musculo detrusor en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo.

CONTRACCIONES NO INHIBIDAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRESENTE	30	86%
AUSENTE	05	4%
TOTAL	35	100%

Fuente: Ficha recolectora, 2013.

Gráfico N°3.



Fuente: Ficha recolectora, 2013.

DISCUSION

Hay poca información respecto a la sensibilidad y especificidad de los distintos síntomas para el diagnóstico de vejiga inestable motora (VIM), pero no de la sintomatología de pacientes con diagnóstico objetivo de VIM. La urgeincontinencia como síntoma tiene una sensibilidad de 68% y una especificidad de 23% para el diagnóstico urodinámico de vejiga inestable. (4)

Con el fin de analizar la aparición de contracciones no inhibidas del detrusor que puedan ser causantes de la sintomatología que refieren los pacientes los autores analizaron un total de 35 pacientes que fueron sometidos a estudios urodinámicos, entre los meses de enero y junio de 2013, por presentar incontinencia urinaria de esfuerzo. Con una edad promedio de 54,94 años \pm 0,83. El intervalo de edad más frecuente en la muestra fue el de 50 a 60 años (49% = 17 pacientes); cuyos datos coincidieron con el trabajo de Salazar & col (2004) donde se evidenció que la edad promedio fue de 59 años, por lo que el intervalo de edades coincidió con este trabajo.

El sexo predominante de sintomatología urinaria fue femenina en el 66% (23 pacientes) coincidiendo con el trabajo realizado por Salazar & cols. 2004 y las demás series estudiadas.

En la actualidad la presencia de contracciones no inhibidas del detrusor son una patología con poca información, la aparición de las mismas a través del estudio urodinámicos asegura su objetividad, ya que son gráficas elaboradas

por electrodos especiales para el estudio, los autores encontraron que en un total de 35 pacientes que refirieron presentar sintomatología urinaria de esfuerzo, el 86% (30 pacientes) se observó la presencia de contracciones no inhibidas del detrusor, no coincidiendo con el trabajo de Hartmann & cols., donde la asociación de la sintomatología y la presencia de la vejiga inestable motora estuvo alrededor del 15%; a diferencia del trabajo de Salazar & cols. Donde encontraron un 80% de asociación de sintomatología urinaria de esfuerzo con la presencia de contracciones no inhibidas del musculo detrusor.

CONCLUSIONES

No está muy claro en la literatura el tema sobre la asociación de contracciones no inhibidas del musculo detrusor con respecto a la incontinencia urinaria de esfuerzo, no a causa de las dificultades en el diagnostico sino por la dificultad y poca disponibilidad en entes públicos de realizar dicho estudio, limitándose a solo un reducido grupo de personas.

Los métodos clínicos (historia clínica y examen físico) no poseen la suficiente especificidad y sensibilidad para justificar su uso como método diagnóstico único en incontinencia urinaria, por lo cual, se recomienda en el estudio de todo paciente que consulta por presentar incontinencia urinaria realizar una historia clínica completa, examen físico, citoscopia y estudio urodinámico, lo cual llevará a un diagnóstico más preciso de la entidad y un manejo terapéutico más exitoso para el paciente.

Existe un gran interés internacional, por la producción de diferentes fármacos en sus distintas fases, lo que en buena medida ofrece un futuro promisorio para la mejora de la calidad de vida de dichos pacientes que padecen esta patología.

Por lo que esta investigación demuestra que de un total de 35 pacientes sometidos a estudios urodinámicos, entre los meses de enero y junio de 2013, por presentar incontinencia urinaria de esfuerzo, el 68% son del sexo femenino, con una edad promedio de 54,94 años \pm 0,83. El intervalo de edad más frecuente en la muestra fue el de 50 a 60 años (49% = 17 pacientes).

Además se demostró que por medio del estudio urodinámicos fue una manera sencilla, rápida y objetiva de evaluar la fisiología vesical y la aparición de las contracciones no inhibidas del músculo detrusor, la cual estuvo presente en estos pacientes en un 86% (30 pacientes), demostrando que el planteamiento de las recomendaciones para la decisión del tratamiento y principalmente para la selección de la técnica quirúrgica como única herramienta no es el ideal, siendo la combinación del tratamiento farmacológico lo que generará una mejoría considerable en la calidad de vida de estos pacientes. Los tratamientos no son muy específicos debido a las características de la literatura publicada sobre incontinencia la cual está conformada básicamente por series de casos habiendo encontrado muy pocos ensayos clínicos randomizados prospectivos que comparen las diferentes técnicas. Las recomendaciones relacionadas con la evaluación diagnóstica no son muy fuertes a pesar de que se les da la categoría estándar pero se basan en la opinión de los expertos sin haber hecho una búsqueda y análisis sistemática de estudios diagnósticos. Las guías tienen

aplicación principalmente en especialistas urólogos o ginecólogos que atiendan pacientes con esta patología con miras a tratamiento quirúrgico, el cual no en todos los casos desaparecen la sintomatología.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. SALGUEIRO, MARIA., SALVATIERRA, ELIZABETH, CALDERON, NELSON. Incontinencia urinaria. Actualizaciones de revista Pacea de medicina familiar suppl. 2005. 2: 114-118.
2. SALAZAR,A, LOPEZ DE SANTA MARIA,J et al. Caracterización clínica de la vejiga inestable motora. Revista chilena de urología. 2004. 69 (1): 37-4
3. ROMANZI L, GROUTZ A, HERITZ D, BLAIVAS J. Involuntary detrusor contractions: correlation of urodynamic data to clinical categories. *Neurourol Urodyn* 2001; 20: 249-57.
4. SÁNCHEZ J, LOMANTO A, GAITAN H, FINO D. Valor de la historia clínica con relación a la urodinamia en el diagnóstico de la incontinencia urinaria femenina. *Revista de urología Colombiana* 1999; 8(1).
5. FARIA, GUILLERMO, CASTILLEJOS, RICARDO. Vejiga hiperactiva. Revista mexicana de urología. 2005. 65: 50-55.

6. SHACHI TYAGI, THOMAS CATHERINE, HAYASHI, YUKIO. The Overactive Bladder: Epidemiology and Morbidity. *Urologic clinics of north America*. 2006. 33: 433-438
7. WEIN AJ, ROVNER ES. Definition and epidemiology of overactive bladder. *Urology* 2002; 60:7–12
8. MILSOM I, STEWART W, THUROFF J. The prevalence of overactive bladder. *Am J Manag Care* 2000; 6:565-573
9. BLAIVAS J.: Classification of Stress Urinary Incontinence. *Neurourol. And Urodynam*. 1999. 2:103-104.
10. BERROCAL, JAIME, HERNANDEZ CARLOS, LOMANTO, ANTONIO et al. Incontinencia urinaria femenina. Guía práctica de la Sociedad de urología Colombiana. 2010. 1: 35-51.
11. BLAIVAS JG., APELL R., FANTI A., LEACH G., et al.: Definition and Classification of Urinary. Incontinence: Recommendations of the Urodynamic Society. *Neurourol. Urodynam*. 1997.16:149-151.
12. RAHN, DAVID, SHAYZREEN M. ROSHANRAVAN. Fisiopatología de la incontinencia urinaria, la disfunción miccional y la vejiga hiperactiva. *Clínica de Norteamérica de ginecología y obstetricia*. 2010. 36: 463-474.

13. NITTI, VICTOR W., DMOCHOWSKI, ROGER, HERSCHORN, SENDER, SAND, PETERN. OnabotulinumtoxinA for the Treatment of Patients with Overactive Bladder and Urinary Incontinence. The journal of urology. 2012. 12: 112-118

14. HARTMANN, K, MCPHEETERS ML, BILLER DH, WARD RM, MCKOY JN, JEROME RN, MICUCCI SR, et al. Treatment of Overactive Bladder in Women. Agency for Healthcare Research and Quality. 2009. 187: 10-46.

15. GIRONA, L., CONEJERA, J. Urología. Revista Española de Urología. 2010. 1602-1623.

16. CONEJERO J, CARRERAS MJ, FLORES G, et al. Control Neurofisiológico del Aparato Urinario Femenino. En: Uro ginecología. Segundo Seminario de Formación Continuada en Urología. Madrid: Ed. Laboratorios Vita; 1996; 1: 24-34.

17. PALELLA, S. Metodología de la investigación cuantitativa. FEDUPEL. Tercera edición. 2010.