

## Trabajo Original

Caracterización clínica de las disfunciones de piso pélvico en mujeres chilenas sintomáticas que consultan en un hospital universitario.

Clinical characterization of pelvic floor dysfunctions in symptomatic Chilean women who visit an academic hospital

Fernanda Santis-Moya<sup>1</sup>, Sebastián Viguera<sup>1,2</sup>, Víctor Miranda<sup>1,2</sup>.

<sup>1</sup> Departamento de Ginecología y Obstetricia, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital La Florida, Santiago, Chile.

Correspondencia: Fernanda Santis Moya, fsantism@gmail.com

### RESUMEN

**Introducción:** La prevalencia de las disfunciones de piso pélvico (DPP) puede llegar hasta un 25%, y esta incrementando con los años. El objetivo de este estudio es mostrar las características clínicas de pacientes sintomáticas sometidas a cistometría simple en el Hospital La Florida, entre diciembre del 2015 y marzo 2020. **Métodos:** Es un estudio retrospectivo transversal. Se evaluaron los datos de todos los resultados de cistometrías simples de pacientes derivadas por sintomatología de piso pélvico entre los años 2015 y 2020.

**Resultados:** Se evaluaron 1.211 cistometrías simples. El motivo de derivación más frecuente fue prolapso de órganos pélvicos + incontinencia de orina (IO) (39.6%). 13.5% tuvieron resultado normal. 58% presentó test de esfuerzo positivo. 22.5% tenían prueba de estrés con vejiga vacía positiva. 17.6% presentó IO oculta. 21.9% de IO mixta. De las pacientes derivadas por vejiga hiperactiva o IO mixta, en el 14.2% se constató la presencia de contracciones no inhibidas y en el 34.8% la presencia de urgencia.

**Conclusiones:** Nuestro estudio aporta información sobre las DPP en la mujer chilena en un hospital universitario.

**Palabras claves:** Disfunciones de piso pélvico; incontinencia de orina; prolapso de órganos pélvicos; vejiga hiperactiva; cistometría, incontinencia de orina oculta.

### ABSTRACT

**Introduction:** Prevalence of pelvic floor dysfunctions (PFD) can be as high as 25%, and it is increasing over the years. The objective if this study is to show the clinical characteristics of symptomatic patients undergoing simple cystometry at La Florida Hospital, between December 2015 and March 2020.

**Methods:** This is a cross-sectional study. The data of all simple cystometries of patients derived for pelvic floor symptoms between 2015 and 2020 were evaluated.

**Results:** 1211 simple cystometries were evaluated. The most frequent reason for referral was pelvic organ prolapse + urinary incontinence (UI) (39.6%). 13.% had a normal result. 58% presented positive stress test. 22.%

had a positive empty stress test. 17.6% had occult UI. 21.9% mixed UI. Of the patients referred by overactive bladder or mixed UI, 12.2% had detrusor contractions and 34.8% had urgency.

Conclusions: Our study provides information on PFD in Chilean women in a university hospital..

**Keywords:** Pelvic floor dysfunctions; urinary incontinence; pelvic organ prolapse; overactive bladder; cystometry; occult urinary incontinence.

## INTRODUCCIÓN

Las disfunciones de piso pélvico (DPP) incluyen a la incontinencia de orina de esfuerzo (IOE), incontinencia de orina de urgencia, vejiga hiperactiva (VH), prolapso de órganos pélvicos (POP), incontinencia fecal (IF) y otros desordenes sensoriales y de vaciamiento del tracto urinario inferior y gastrointestinal. La estimación de la prevalencia de estos trastornos ha sido complejo debido a la falta de una definición establecida, pero en Estados Unidos puede llegar hasta un 25%<sup>[1]</sup>. La incontinencia de orina (IO) es el más frecuente entre un 15-25%<sup>[2]</sup>, sin embargo 2 estudios chilenos encontraron una prevalencia de hasta 62%<sup>[3,4]</sup>. El POP, dependiendo de su definición sintomática o anatómica puede variar entre 2.9% a 49.4% respectivamente<sup>[2]</sup>. Hay hasta un 24% de prevalencia de incontinencia fecal<sup>[2]</sup> y 10.7% de VH<sup>[5]</sup>.

Hay múltiples factores de riesgo que están involucrados en la aparición de DPP. La edad, la obesidad, la paridad y específicamente el parto vaginal se han hallado como los de mayor impacto<sup>[2,6]</sup>, y se cree intervienen en el aumento de las DPP con los años. Si bien es cierto que la tasa de fecundidad y de partos vaginales en Chile ha disminuido, los índices de obesidad y la población mayor de 60 años está incrementando. La encuesta nacional de Salud de Chile del 2016-2017 reportó una tasa de obesidad de 38.4% en mujeres<sup>[7]</sup>, y el Instituto Nacional de Estadística proyecta que la población mayor de 60 años incrementará de 12% en el 2018 a 25% para el 2050<sup>[8]</sup>. Además se cree que las tasas de prevalencia de DPP son subestimadas, ya que muchos de los estudios son basados en el uso de servicios de salud, y solo un 25% busca atención ante la presencia de síntomas de piso pélvico<sup>[9]</sup>.

Con esto, se estima que las DPP serán una causa frecuente de consulta médica, y una carga significativa para el sistema de salud, lo que demuestra la importancia de conocer las

características clínicas y su manejo. A la fecha no hay estudios epidemiológicos poblacionales en Chile que evalúen las DPP.

La cistometría simple es un estudio urodinámico que evalúa la función de llene y almacenamiento vesical. Se realiza el llenado de la vejiga a través de un catéter transuretral y se registran las sensaciones vesicales de la paciente. Además se evalúa la presencia de contracciones del detrusor a través del aumento de presión intravesical mediante la observación de cambios en el menisco de agua del catéter. Permite realizar test de estrés para constatar la presencia de incontinencia de orina de esfuerzo y medir el residuo post miccional. La cistometría simple es un estudio de bajo costo, disponible en lugares de bajos recursos, que aporta datos importantes en la evaluación clínica de las pacientes con DPP y que tiene una sensibilidad y especificidad de hasta un 80%<sup>[10]</sup>.

Nuestro centro hospitalario cuenta con un consultorio de Uroginecología a el cual se derivan o acuden pacientes específicamente con patología de piso pélvico. A menos que se requiera un estudio urodinámico multicanal, muchas de las pacientes que acuden por síntomas de piso pélvico son sometidas a evaluación por cistometría simple como parte del protocolo de atención para constatar sus molestias y definir el manejo, especialmente si este último es quirúrgico. Antes del procedimiento se consultan por antecedentes médicos, quirúrgicos y clínicos, y durante el procedimiento se registran los hallazgos que se presenten, obteniendo una conclusión cistométrica para que posteriormente sea evaluada por el médico tratante.

El objetivo de este estudio es mostrar las características clínicas de pacientes sintomáticas sometidas a cistometría simple en el Hospital La Florida, entre diciembre del 2015 y marzo 2020.

## Metodología

Es un estudio retrospectivo transversal. Se incluyeron todos los resultados de cistometrías simples de pacientes derivadas por sintomatología de piso pélvico entre los años 2015 y 2020. Todas las cistometrías fueron realizadas por una única matrona mediante cistometría estandarizada. Se evaluaron los datos demográficos, clínicos, el motivo de derivación y los datos y conclusión cistométrica.

Se realizó el análisis estadístico mediante estudios de frecuencias.

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico del Hospital La Florida.

## Resultados

Se evaluaron 1.211 cistometrías simples. Las características de las pacientes en cuanto a edad, paridad, índice de masa corporal y antecedentes médicos están presentados en la tabla I.

De las pacientes evaluadas, 37.3% eran sexualmente activas y 85.3% eran menopáusicas, de las cuales 1.5% utilizó terapia de remplazo hormonal. Dentro de las cirugías previas ginecológicas, un 13% tenía histerectomía previa, 3.6% plastia vaginal, y 27 pacientes (2.2%) cirugía de incontinencia urinaria, de las cuales la mayoría eran TOT (22), y en menor frecuencia TVT (1) y cirugía de Burch (4). 81 pacientes (6.7%) ya habían realizado kinesioterapia de piso pélvico previamente.

Los síntomas asociados que presentaban las pacientes se muestran en la tabla II. La frecuencia miccional diurna y nocturna promedio (DS) fue de 7.2 ( $\pm 4.3$ ) y 2.4 ( $\pm 1.9$ ) respectivamente. 304 pacientes (25.1%) presentaron hipermovilidad uretral.

El motivo de derivación de las pacientes para la realización de la cistometría simple fue: 39.6% por POP + IO, 26.7% por IO, 12.4% por POP sin IO, 11.15% por IO mixta, 7.4% por vejiga hiperactiva y 2.7% no tenían diagnóstico.

La mediana del primer deseo fue 120ml (60-190), deseo imperioso 220ml (150-270), capacidad fisiológica 180ml (80-250). El promedio del residuo postmiccional fue 21.8ml ( $\pm 47.5$ ).

De las 1.211 pacientes, 164 (13.5%) tuvieron resultado normal sin presencia de incontinencia de orina, urgencia o contracciones no inhibidas (CNI). Más de la mitad de las pacientes (58%) presentó test

de esfuerzo positivo, 115 pacientes (9.5%) tenían contracciones no inhibidas y 205 pacientes (16.9%) presentaron solo sensación de urgencia sin CNI asociadas. 272 pacientes (22.5%) tenían prueba de estrés con vejiga vacía positiva, indicando IO severa. De las pacientes con test de esfuerzo negativo (407), 213 presentaron IO al reducir el prolapso genital, demostrando un 17.6% de incontinencia de orina oculta.

Se reportó un 21.9% de incontinencia de orina mixta, es decir test de esfuerzo positivo con o sin reducción de prolapso asociado a la presencia de CNI o urgencia. De las pacientes con CNI (115), 73 pacientes (63.4%) las presentaron asociado a la sensación de urgencia o urgeincontinencia.

En la tabla III se muestran los hallazgos de acuerdo a motivo de derivación. De las pacientes derivadas por IOE, se constató la pérdida de orina en el 79.6% de pacientes, y 205 pacientes (25.4%) tuvo además urgencia y/o CNI. De las pacientes derivadas por POP con IO, en el 87.7% se constató la pérdida de orina durante el examen. De las pacientes derivadas por POP sin IO, 85.9% presentó IO con o sin reducción de POP. De las pacientes derivadas por VH o IOM, en el 14.2% se constató la presencia de CNI y en el 34.8% la presencia de urgencia.

La mediana de satisfacción de las pacientes con el procedimiento promedio fue de 50 puntos (30-79).

## Discusión

Las disfunciones de piso pélvico son patologías que cada vez se hacen más frecuentes, llegando a incrementar un 56% para el año 2050<sup>[11]</sup>, por lo que es importante conocerlas. No hay a la fecha estudios que evalúen clínicamente las disfunciones de piso pélvico en la mujer chilena. Es importante recordar que muchos estudios internacionales se basan en el uso de servicios de salud y solo un cuarto de las pacientes con patología de piso pélvico busca atención<sup>[9]</sup>.

Nuestro centro hospitalario tiene gran flujo de pacientes con patología de piso pélvico, y muchas de ellas son sometidas a cistometría simple, obteniendo así una gran muestra de pacientes con DPP y sus características clínicas.

Al analizar este grupo de pacientes pudimos mostrar que la mayoría de pacientes (63.1%) que acuden para atención son mayores de 60 años, y se

encuentran específicamente entre 55 y 75 años. Chile es uno de los países con mayores tasas de obesidad, y como sabemos es un factor de riesgo importante para DPP<sup>[2,6]</sup>. El 85.3% de nuestras pacientes presentaba sobrepeso u obesidad, y debería ser un foco importante de prevención de DPP en nuestra población. Además un 20% consume alcohol o tabaco, los cuales son hábitos importantes de consultar, ya que el cese forma parte del manejo conservador de las DPP<sup>[2]</sup>.

La incontinencia de orina de esfuerzo o urgencia, y el bulto vaginal son los síntomas más comunes, sin embargo, resaltamos la presencia de incontinencia fecal, una patología subestimada y por ende subdiagnosticada. Un estudio en Chile en el 2008 evaluó la prevalencia de IF en centros de salud y casas de reposo, hallando 2.7 y 45% de prevalencia respectivamente <sup>[12]</sup>. Otro estudio desarrollado en 859 pacientes en los policlínicos de ginecología y uroginecología de un hospital chileno encontró que una de cada cinco pacientes que consultan por primera vez al policlínico de ginecología y una de cada dos pacientes que consultan al policlínico de Uroginecología, refieren algún grado de IF <sup>[13]</sup>. Su frecuencia no es menor, y es necesario tenerla en cuenta debido a su alto impacto en la calidad de vida <sup>[14]</sup>.

La cistometría simple es un examen diagnóstico de mucha utilidad y de bajo costo, sin embargo tiene tasas de falsos negativos<sup>[10]</sup>. En nuestra muestra se encontró que un 13.5% tuvo un examen normal. En estas pacientes la cistometría debe ser utilizada en conjunto con la clínica y el examen físico de la paciente.

La incontinencia de orina oculta es la presencia de IOE solo ante la reducción del POP (ICS). Su prevalencia varía ampliamente entre 6 y 80% dependiendo de la definición<sup>[15]</sup>, y en nuestro estudio se demostró en el 17.6%. Aun no hay un consenso en cuanto al manejo profiláctico de la IO oculta, y debe ser individualizado para cada paciente. La presencia de IO oculta, y el alto porcentaje de IO hallada en pacientes derivadas por POP sin IO (85.9%) podría justificar el uso de cistometría o exámenes adicionales en pacientes con POP.

El examen de estrés con vejiga vacía es un examen útil, en especial en lugares de bajos recursos,

para determinar una baja presión de pérdida, y puede reflejar una incontinencia severa y una posible alteración del esfínter uretral<sup>[16,17]</sup>. Es aún más útil cuando es negativo, ya que tiene un valor predictivo negativo de 90% para descartar una baja presión de pérdida, y así descartar una deficiencia intrínseca del esfínter<sup>[18]</sup>. Su presencia o ausencia puede modificar el tratamiento y las expectativas de la paciente, y en nuestra población se encontró en un 22.5%, con un alto porcentaje de pacientes (73.1%) sin hipermovilidad uretral indicando un probable problema esfinteriano.

El síndrome de vejiga hiperactiva es la presencia de urgencia, usualmente acompañado de frecuencia y/o nocturia, con o sin incontinencia de orina, en la ausencia de infección urinaria u otras enfermedades (ICS). El detrusor hiperactivo, por otro lado, es la presencia de contracciones del detrusor durante la urodinamia, acompañado o no por urgencia (ICS). Es importante indicar la importancia de correlacionar los síntomas de las pacientes con los hallazgos en la cistometría<sup>[19]</sup>. En nuestro estudio encontramos un 36.5% de pacientes que presentaron detrusor hiperactivo asintomático. Además también es importante destacar que de todas las pacientes que fueron derivadas por VH o IOM, solo un 14.2% reveló contracciones del detrusor a pesar de su sintomatología.

Nuestro estudio tiene limitaciones propias de un estudio descriptivo transversal. Además la muestra eran todas pacientes sintomáticas, dificultando la comparación de pacientes. Otra limitación es la ausencia de una evaluación estandarizada de calidad de vida, sin embargo indirectamente podemos concluir que las DPP afectan la calidad de vida de las mujeres ya que un grupo significativo de mujeres busca atención.

Por otro lado este estudio nos ayuda a tener un panorama de las DPP en Chile. Consideramos que este es el inicio de futuros estudios epidemiológicos y una oportunidad para mejorar el registro local.

## Conclusiones

Nuestro estudio aporta información sobre las DPP en la mujer chilena en un hospital universitario. Este es un estudio inicial de futuros trabajos de prevalencia para DPP.

**REFERENCIAS**

1. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, Markland AD. Prevalence and Trends of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in U.S. Women. *Obstetrics and Gynecology* 2014; 123:141-148.
2. Sung VW, Hampton BS. Epidemiology of pelvic floor dysfunction. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 2009; 36:421-43.
3. Salazar A, Oyanedel P, Montiglio C, Campero JM, Caro C, Monje B, et al. Prevalencia y factores de riesgo de la incontinencia de orina. *Revista Chilena de Urología* 2005; 7:55-8.
4. Rincón Ardila O. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar "Ultraestación" en la ciudad de Chillán, Chile. *Revista Médica de Chile* 2015; 143:203-212.
5. Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU International* 2011; 108:1132-8.
6. Vergeldt TF, Weemhoff M, IntHout J, Kluivers KB. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int Urogynecology Journal* 2015; 26:1559-73.
7. Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Epidemiología 2016-2017.
8. Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050. Instituto Nacional de Estadísticas - Chile 2018.
9. Minassian VA, Yan X, Lichtenfeld MJ, Sun H, Stewart WF. The iceberg of health care utilization in women with urinary incontinence. *Int Urogynecology Journal* 2012; 23:1087-93.
10. International Continence Society. Committee 7. Urodynamics.
11. Wu JM, Hundley AF, Fulton RG, Myers ER. Forecasting the Prevalence of Pelvic Floor Disorders in U.S. Women. *Obstetrics and Gynecology* 2009; 114:1278-83.
12. Alejandro J Zárate, Francisco López-Köstner, Flavia Vergara, Nathalia Badilla, Paola Viviani. Prevalencia de la incontinencia fecal en centros de salud y casas de reposo. *Rev Méd Chile* 2008; 136:867-872
13. Carlos Wenzel D et al. Prevalencia de incontinencia fecal en pacientes ginecológicas y uroginecológicas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009; 74(6):354-359
14. Meyer I, Richter HE. Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women. *Womens Health London* 2015; 11:225-38.
15. Meyer I, Richter HE. Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women. *Womens Health London* 2015; 11:225-38.
16. Zacharakis D, Grigoriadis T, Kastanias S, Giannoulis G, Salvatore S, Athanasiou S. Occult Stress Urinary Incontinence in Women With Pelvic Organ Prolapse: Is the One Step Surgical Approach a Risky Choice?. *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery* 2016; 22:55-9.
17. Lobel RW, Sand PK. The empty supine stress test as a predictor of intrinsic urethral sphincter dysfunction. *Obstetrics and Gynecology* 1996; 88:128-32.
18. Arribillaga L, Ledesma M, Bengiό R, Montedoro A, Pisano F, Orellana S, García Önto H, Bengiό R. Evaluación de la prueba de vejiga vacía en posición supina como marcador de severidad y calidad de vida en mujeres con incontinencia de orina de esfuerzo. *Archivos Españoles de Urología* 2016; 69:220-4.
19. McLennan MT, Bent AE. Supine empty stress test as a predictor of low Valsalva leak point pressure. *Neurourology and Urodynamics* 1998; 17:121-7.
20. Abrams P. Describing bladder storage function: overactive bladder syndrome and detrusor overactivity. *Urology* 2003; 62:28-37.

## TABLAS

**Tabla 1.** Características demográficas de las mujeres derivadas por sintomatología de piso pélvico.

Variable	
Edad <sup>a</sup>	61,9 (±11.4)
Mayor de 60 años <sup>b</sup>	767 (63.1)
<b>Paridad</b> <sup>a</sup>	3,05 (±1.4)
Partos vaginales <sup>a</sup>	2,3 (±1.6)
Cesárea previa <sup>b</sup>	323 (26.7)
Fórceps <sup>b</sup>	274 (22.6)
Recién nacido de mayor peso <sup>a</sup>	3.682 (±680)
IMC <sup>a</sup>	29,5 (±4.8)
Sobrepeso y Obesidad <sup>b</sup>	1036 (85.3)
<b>Antecedentes médicos</b>	
HTA <sup>b</sup>	617 (50.95)
Hipotirodismo <sup>b</sup>	192 (15.8)
DM <sup>b</sup>	296 (24.4)
Insulino resistencia <sup>b</sup>	36 (2.97)
Asma <sup>b</sup>	76 (6.3)
Tabaquismo <sup>b</sup>	252 (21.5)
Alcohol	242 (21.7)

<sup>a</sup> Promedio (desviación estándar)<sup>b</sup> n (porcentaje).

**Tabla 2.** Características clínicas de las mujeres derivadas por sintomatología de piso pélvico.

Síntomas	n=1211
IOE	796 (65.7)
Urgencia	62 (5.1)
Urgeincontinencia	585 (48.5)
Bulto vaginal	638 (52.9)
Vaciamiento incompleto	25 (2.1)
Digitalización	6 (0.5)
Constipación	25 (2)
Dispareunia	11 (0.9)
IF gases	14 (1.2)
IF deposiciones	9 (0.75)

Valores están expresados en frecuencia y (porcentaje).

**Tabla 3.** Hallazgos en cistometría de acuerdo con motivo de derivación.

Motivo de derivación	IOE (n=324)	VH (n=89)	IOM (n=135)	POP con IO (n=480)	POP sin IO (n=150)
<b>TE con vejiga vacía</b>	127 (39.2)	9 (10.1)	50 (37)	71 (14.8)	14 (9.3)
<b>TE</b>	250 (77.2)	43 (48.3)	90 (66.7)	266 (55.4)	55 (36.7)
<b>TE con reducción de POP</b>	12 (3.7)	7 (7.8)	5 (3.7)	301 (62.7)	120 (80)
<b>CNI</b>	28 (8.6)	20 (22.5)	12 (8.9)	52 (10.8)	3 (2)
<b>Urgencia</b>	43 (13.3)	37 (41.6)	41 (30.4)	82 (17.1)	14 (9.3)
<b>HU</b>	98 (30.2)	22 (24.7)	34 (25.1)	122 (25.4)	28 (18.7)

n (porcentaje). TE: test de estrés; CNI: contracciones no inhibidas; HU: hipermovilidad uretral.