

RESUMEN 43 CONGRESO DE LA ICS

43 Congreso Anual de la International Continence Society Barcelona, 26-30 de agosto

M. Espuña Pons

Presidenta del Comité Científico del 43 Congreso de la International Continence Society

Entre el 26 y el 30 de agosto de 2013 se celebró en Barcelona el 43 Congreso Anual de la International Continence Society (ICS); es la primera vez que esta reunión de ámbito internacional tiene lugar en España. Ha sido un honor copresidir este congreso con el Dr. David Castro. Los presidentes junto con el Comité Local nos sentimos orgullosos de que haya sido calificado por el secretario general de la ICS como excelente, tanto por su nivel científico como por su organización, que ha permitido que el congreso haya transcurrido sin incidencias.

El Comité Científico, que he tenido el honor de presidir, ha trabajado con dedicación y con el máximo rigor posible para poder ofrecer un programa científico de gran calidad y con innovaciones en su estructura que han fomentado una mayor participación de los asistentes, y por el que hemos recibido múltiples felicitaciones. A diferencia de otras ediciones del Congreso, donde predominaban las conferencias magistrales, la estructura básica del programa se articuló a partir de mesas redondas y debates, al inicio y al final de la mañana, y entre estas dos actividades científicas se insertaron las 9 sesiones *podium* con los 40 *abstracts* mejor puntuados de los casi 1.100 recibidos. Se organizó de forma que al menos una de las sesiones *podium* estuviera relacionada con el tema de la mesa redonda que se celebraba cada día al final de la mañana. Por las tardes hubo 5 sesiones paralelas, con los casi 300 *abstracts* aceptados para su presentación oral; una de ellas era siempre de investigación básica.

Cabe destacar las aportaciones de los investigadores españoles, un total de 40 pósters, 26 de los cuales fueron aceptados para su presentación oral porque figuraban entre los 300 mejor puntuados. Nos sentimos orgullosos y muy satisfechos de la participación de nuestros profesionales, que ha sido significativamente mucho más importante que en cualquiera de las ediciones previas del congreso de la ICS. En este número de la revista hemos traducido los

cuatro *abstracts* del grupo GISPEM que fueron presentados en el congreso.

Asistieron al evento cerca de 2.500 profesionales de todo el mundo, expertos en uroginecología, fisioterapia, enfermería, neurourología y urología pediátrica, así como representantes de las principales empresas dedicadas al ámbito de la incontinencia y demás disfunciones del suelo pélvico. Los asistentes procedían de 70 países diferentes. Nuestro país estuvo representado por más de 200 profesionales, que participaron en el congreso presentando los resultados de sus trabajos, presidiendo mesas o simplemente como asistentes, renunciando a unos días de sus vacaciones. La Sección de Suelo Pélvico de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, y la Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología patrocinaron la traducción simultánea de gran parte de las sesiones matinales.

También pudimos disfrutar de un programa social, con el que, a pesar de las restricciones económicas y de las regulaciones actuales para estos eventos, hemos transmitido un mensaje de multiculturalidad, con diferentes representaciones culturales. En el acto de bienvenida, el Dr. Eloy Moral nos deleitó con un maravilloso concierto de gaita gallega con dos músicos que le acompañaron en la percusión; desde estas páginas, deseo agradecerle su generosa y magnífica actuación. La *colla* de San Cugat del Vallès nos ofreció una exhibición de *castellers*, que sorprendió e impactó a quienes desconocían esta manifestación cultural y emocionó a quienes conocemos y apreciamos esta tradición. En la ceremonia de apertura, un grupo flamenco, Somorrostro, consiguió emocionar a los asistentes con un flamenco innovador y de gran calidad y belleza.

Por último, quiero manifestar mi agradecimiento a todos los que, de una u otra forma, nos han ayudado a lograr que este congreso haya sido un éxito.



ABSTRACT: PODIUM POSTER

España M¹, Fillol M², Martín A³, Pascual MA⁴, Aragón M⁵, Berdie C⁶, Escolano A⁷, Cazorla E⁸, Muñoz F⁹, Moral E¹⁰, Fernández I¹¹, GISPEM¹²

¹Hospital Clínic, Barcelona. ²Hospital La Plana, Vila-real (Castellón). ³Hospital Materno-Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria. ⁴Hospital Universitario de Canarias, La Laguna (Tenerife). ⁵Hospital Torrecárdenas, Almería. ⁶Hospital Creu Roja de L'Hospitalet (Barcelona). ⁷Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca de la Cruz (Murcia). ⁸Hospital de Torrevieja (Alicante). ⁹Hospital 12 de Octubre, Madrid. ¹⁰Hospital de Pontevedra. ¹¹Hospital de Navarra. ¹²Grupo de Investigación en Distinciones de Suelo Pélvico en la Mujer

PRUEBA DE LA TOS EN MUJERES CON PROLAPSO AVANZADO DE ÓRGANOS PÉLVICOS CON Y SIN SÍNTOMAS DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Hipótesis/objetivos del estudio

El objetivo del presente estudio era analizar la prevalencia del signo de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), definido como una prueba positiva de la tos, con y sin reducción del prolapso, en mujeres con prolapso de órganos pélvicos (POP) avanzado, con y sin síntomas asociados de IUE.

Diseño del estudio, materiales y métodos

La presente investigación se diseñó como un estudio multicéntrico, observacional, prospectivo, e incluyó a mujeres registradas consecutivamente en una lista de espera para cirugía del prolapso en 37 servicios de ginecología, reclutadas entre septiembre de 2012 y diciembre de 2012. Se excluyó a las mujeres sometidas a una cirugía pélvica previa. Se efectuó una valoración uroginecológica sistemática, con una anamnesis y valoración del grado de prolapso con la vejiga vacía utilizando el cuestionario ICS-IUGA POP-Q (International Continence Society-International Urogynecological Association). Los síntomas de IUE se valoraron por separado con las preguntas correspondientes de los cuestionarios de síntomas validados: el Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire (EPIQ)¹ y el International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence, Short Form (ICIQ-UI SF)². Se consideró que una paciente presentaba síntomas de IUE cuando daba una respuesta positiva, en ambos cuestionarios, a las preguntas específicas sobre pérdidas de orina con el esfuerzo. Todas las pacientes incluidas presentaban síntomas de «sensación de peso en la vagina o sensación de protrusión a través de la vagina» y una clasificación del prolapso con el cuestionario POPQ de grado II o superior.

Se pidió a las mujeres que efectuaran la prueba de la tos cuando tuviesen sensación de vejiga llena. En primer lugar, se les pidió que tosieran en cinco ocasiones, sin reducción del prolapso, en posición de bipedestación y a continuación en posición de litotomía dorsal. Mientras mantenían esta última posición, se les pidió que tosieran de nuevo, al mismo tiempo que reducían el prolapso primero mediante

Tabla 1. Clasificación del grado de prolapso de las mujeres del estudio

	Anterior		Medio		Posterior	
	n	%	n	%	n	%
Grado IV	48	16,16	39	13,13	8	2,69
Grado III	158	53,2	111	37,37	25	8,42
Grado II	64	21,55	97	32,66	47	15,82
Grado I	15	5,05	34	11,45	107	36,03
Sin prolapso	9	3,03	11	3,7	100	33,67

espéculo y luego mediante la inserción de un pesario vaginal en anillo, que no inducía obstrucción uretral. Por último, con el pesario *in situ*, las mujeres se pusieron de pie y tosieron de nuevo otras cinco veces. Las mujeres en las que se observó pérdida de orina con la prueba de la tos, como mínimo en una de esas circunstancias, se clasificaron como positivas para la prueba. Al término de ésta, se retiró el pesario y se pidió a las mujeres que fueran al baño y orinaran. Se midió el volumen de la micción y el volumen residual posmicción mediante cateterismo uretral. Los datos demográficos y clínicos se registraron en un formulario electrónico de informe de casos y se exportaron para el análisis de los datos y el análisis estadístico, efectuado con el programa Stata 10.0 (Stata Corp LP). Se realizó un análisis descriptivo. La asociación de los resultados de la prueba de esfuerzo y el volumen se examinó con la prueba de la ji al cuadrado. Se estableció como nivel de significación estadística un valor de $p=0,05$.

Resultados

En total, se estudió a 297 mujeres con POP. La edad media era de 64,61 (10,19) años (límites: 20-85), la paridad media de 2,71 (1,29) (límites: 0-9) y el índice medio de masa corporal era de 26,62 (3,38) (límites: 19-36). En la tabla 1 se muestra la distribución de estas 297 mujeres por grado de descenso de cada compartimiento, de acuerdo con el cuestionario ICS-IUGA POP-Q.

De las 297 mujeres, 99 (33,3%) refirieron síntomas de IUE en ambos cuestionarios y en 92 (92,9%) se observó una prueba de la tos positiva como mínimo en una de las posiciones. De las 297 mujeres, 198 (66,7%) no presentaban síntomas de IUE, entre las cuales 60 obtuvieron una prueba de la tos positiva, lo que significa que detectamos una IUE oculta (IUEO) en el 20% de las mujeres con POP evaluadas preoperatoriamente con una prueba de esfuerzo sistemática.

En la tabla 2 se resumen, para cada grupo de mujeres (con y sin síntomas), los casos positivos para cada prueba de esfuerzo

Tabla 2. Número de casos de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) identificados con cada prueba. El porcentaje se calcula sobre los casos positivos totales para cada grupo (60 en mujeres asintomáticas y 92 en mujeres sintomáticas)

	Sin síntomas de IUE		Con síntomas de IUE	
	n	%	n	%
a) Sin reducción y en bipedestación	7	11,67	49	53,26
b) Sin reducción en posición de litotomía dorsal	9	15	43	46,74
c) Espéculo en posición de litotomía dorsal	45	75	74	80,43
d) Pesario en posición de litotomía dorsal	46	76,67	76	82,61
e) Pesario y bipedestación	47	78,33	71	77,17
(c) + (d)	55	91,67	86	93,48
(c) + (e)	56	93,33	88	95,65
(d) + (e)	54	90	81	88,04
(c) + (d) + (e)	59	98,33	90	97,83

Tabla 3. Asociación del resultado de la prueba de esfuerzo y el volumen premiccional para mujeres con y sin síntomas (prueba de la ji al cuadrado)

Prueba de esfuerzo	Sin síntomas de IUE				Con síntomas de IUE			
	Volumen (mL)			p	Volumen (mL)			p
	<200	≥200	Total		<200	≥200	Total	
Negativa	33	72	105	0,046	1	6	7	0,541
Positiva	6	34	40		16	49	65	
Total	39	106	145		17	55	72	

por separado, así como el porcentaje de los casos positivos totales identificados mediante cada posición (o la combinación de posiciones). En el grupo con POP y síntomas asociados, se demostraron pérdidas causadas por la tos sin una reducción del POP sólo en la mitad de pacientes. Las pruebas individuales que detectaron un mayor porcentaje de pacientes con IUEO fueron aquellas en las que se usó un pesario vaginal en anillo. La combinación de las dos posiciones utilizando un pesario y la reducción de POP con un espéculo es la estrategia más eficaz para detectar las pérdidas en mujeres con POP avanzado.

El volumen mediano con el que se efectuó la prueba fue de 270 mL (límites 32-930). El porcentaje de casos detectados en mujeres asintomáticas con volúmenes vesicales premiccionales <200 mL es significativamente más bajo que el detectado para volúmenes ≥200 mL (tabla 3).

Interpretación de los resultados

La reducción del prolapso no sólo es útil para detectar la IUEO; sin una reducción del prolapso, la prueba de la tos sólo fue positiva en la mitad de las pacientes sintomáticas.

La prueba de esfuerzo efectuada en mujeres con POP avanzado, reducido con espéculo en posición de litotomía dorsal y, tras repetición con un pesario, tanto en posición de litotomía dorsal como en bipedestación, es la estrategia que revela un mayor número de pacientes con una prueba de la tos positiva, tanto en las sintomáticas como en las asintomáticas.

Durante la prueba de la tos, el volumen vesical desempeña un papel en la detección de incontinencia en mujeres asintomáticas.

Conclusión

En mujeres con POP avanzado, con o sin síntomas de IUE, la combinación de diferentes métodos para la detección de IUE con una reducción del POP es la estrategia con mayor potencia diagnóstica. Durante la prueba de esfuerzo, un volumen vesical elevado es un factor clave para la detección de la IUEO.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espuña M, Fillol M, Pascual MA, Rebollo P, Prieto M. Validación de la versión en español del cuestionario «Epidemiology of Pro-

lapse and Incontinence Questionnaire-EPIQ». *Actas Urol.* 2009; 33(6): 646-653.

2. Espuña P, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del ICIQ-SF. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc).* 2004; 122: 288-292.

Conflicto de intereses

Financiación: El presente estudio se financió con la ayuda de Astellas Pharma. **Clinical trial:** No. **Individuos:** Comité de Investigación en Seres Humanos: Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico de Barcelona. Cumplimiento con los principios éticos establecidos en la declaración de Helsinki. **Obtención del consentimiento informado:** Sí.

ABSTRACT: PODIUM POSTER

Cassadó J¹, Espuña M², Pascual MA³, Fillol M⁴, Brescó-Torras P⁵, Goitia M⁶, Puch M⁷, Candela A⁸, Urbaneja M⁹, Feijoo L¹⁰, Nohales F¹¹, GISPEM¹²

¹Hospital Mútua de Terrassa (Barcelona). ²Hospital Clínic. Barcelona. ³Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife). ⁴Hospital La Plana. Vila-real (Castellón). ⁵Hospital de Igualada (Barcelona). ⁶Hospital de Cruces. Baracaldo (Vizcaya). ⁷Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes (Madrid). ⁸Hospital General Universitario de Alicante. ⁹Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ¹⁰Hospital de Zamora. ¹¹Hospital La Fe. Valencia. ¹²Grupo de Investigación en Disfunciones de Suelo Pélvico en la Mujer

CÓMO MEDIR LOS VOLÚMENES VESICALES EN MUJERES CON PROLAPSO AVANZADO DE ÓRGANOS PÉLVICOS

Hipótesis/objetivos del estudio

El volumen vesical puede valorarse mediante cateterismo y ecografía. En la evaluación clínica de mujeres con prolapso de órganos pélvicos (POP), hay dos circunstancias en las que es importante conocer el volumen vesical: cuando va a efectuarse la prueba de la tos u otra prueba de esfuerzo, y para la determinación de la orina residual posmiccional (ORP). La ecografía transvaginal y translabial/perineal ha demostrado ser un método adecuado y preciso para la medición de ORP. Pueden usarse diferentes fórmulas para establecer los volúmenes vesicales empleando los diámetros vesicales determinados mediante ecografía bidimensional (2D). El objetivo del presente estudio era comparar los resultados obtenidos con tres fórmulas distintas para medir los volúmenes vesicales mediante ecografía translabial 2D en mujeres con POP avanzado.

Diseño del estudio, materiales y métodos

La presente investigación es un estudio multicéntrico, observacional, prospectivo, que incluyó a mujeres registradas consecutivamente en una lista de espera para cirugía del prolapso en 24 servicios de ginecología. Todas las pacientes se sometieron a una evaluación uroginecológica,

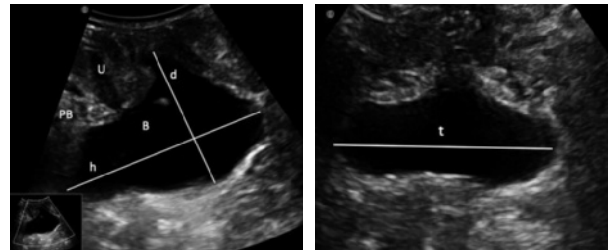


Figura 1. A la izquierda, en el plano sagital se observa la uretra (U), vejiga (B), pubis (PB) y la altura (h) y profundidad (d) del volumen vesical. A la derecha, también se muestra el diámetro transversal máximo del volumen vesical (t) en el plano transversal

con una anamnesis exhaustiva, que incluyó cuestionarios de síntomas validados y una evaluación del prolapso efectuada con el sistema ICS-IUGA POP-Q (con vejiga vacía). Todas las mujeres incluidas en el estudio presentaban un prolapso genital sintomático (POPQ \geq grado II). Se excluyó a las mujeres sometidas a una cirugía pélvica previa.

Las dimensiones vesicales se determinaron mediante ecografía translabial 2D. Los volúmenes vesicales se midieron antes y después de la micción espontánea (se solicitó a todas las mujeres que acudieran a la visita con la vejiga llena). Antes de la micción se efectuó una primera ecografía translabial e, inmediatamente después, se solicitó a las mujeres que fueran al baño a orinar (sin reducción del POP), y se obtuvo y midió el volumen de orina expulsado. Justo después de la micción, se midieron de nuevo las dimensiones vesicales mediante una segunda ecografía translabial y, una vez realizada esta segunda ecografía, se determinó la ORP mediante cateterismo, utilizando una sonda corta de un solo uso (calibre 12 o 14). El diámetro longitudinal máximo (altura) y el diámetro anteroposterior máximo (profundidad) del volumen vesical se midieron en centímetros en el plano sagital. El diámetro transversal máximo del volumen vesical se midió en el plano transversal (figura 1). Todas las medidas se efectuaron abarcando tan sólo el contenido anecoico y evitando la sombra del pubis.

Los volúmenes vesicales se determinaron mediante ecografía utilizando tres fórmulas: la de Haylen¹ (volumen en mL= altura \times profundidad \times 5,9 – 14,6), la de Dietz et al.² (volumen en mL= altura \times profundidad \times 5,6) y la de Dicuio et al.³ (volumen en mL= altura \times profundidad \times diámetro transversal \times 0,5).

Los datos demográficos y ecográficos se registraron por medio de un formulario electrónico de informe de casos y se exportaron para el análisis de los datos y el análisis estadístico mediante el programa Stata 10.0 (Stata Corp LP). Se calculó la correlación (r de Spearman) entre el volumen determinado mediante los cálculos ecográficos antes de la

Tabla 1. Distribución de las mujeres según el tipo y grado de prolapso de órganos pélvicos (POP)

	Anterior		Medio		Posterior	
	n	%	n	%	n	%
Sin prolapso	4	2,07	9	4,66	59	30,73
Grado I	5	2,59	16	8,29	66	34,38
Grado II	33	17,10	61	31,61	41	21,35
Grado III	105	54,40	73	37,82	17	8,85
Grado IV	46	23,83	34	17,62	9	4,69

micción y el volumen real (volumen expulsado más el del cateterismo), y también entre el volumen determinado mediante los cálculos ecográficos tras la micción y el volumen real (cateterismo). Se calcularon las correlaciones para cada una de las tres fórmulas consideradas.

Resultados

En total, se estudiaron 194 mujeres con POP. La edad media de las pacientes era de 64,52 (9,78) años (límites: 32,50-86,44), la paridad media de 2,77 (1,27) (límites: 0-8) y el índice medio de masa corporal de 26,64 (3,58) (límites: 18,73- 35,96). La tabla 1 muestra la distribución de las mujeres según el tipo y grado de POP (ICS-IUGA POP-Q).

Sólo 16 pacientes orinaron sin volumen residual, siendo la ORP mediana calculada mediante cateterismo de 43,5 mL (límites: 1-320). En la figura 2 se muestra la distribución de mujeres según el volumen medido con cateterismo. La ORP mediana determinada por ecografía fue de 40,43 mL (límites: -12,83-421,53) según la fórmula de Haylen, de 52,24 mL (límites: 1,68-413,95) según la fórmula de Dietz et al., y de 16,59 mL (límites: 0,05-332,64) según la fórmula de Dicuio et al.

Obtuvimos un total de 359 volúmenes vesicales (194 antes de la micción y 165 después de la micción).

En la tabla 2 se muestra la correlación entre el volumen medido total (espontáneo más cateterismo) y el volumen determinado con las tres fórmulas, así como la correlación entre el volumen medido mediante cateterismo y el volumen posmiccional determinado con las tres fórmulas.

Interpretación de los resultados

En mujeres con POP avanzado los volúmenes vesicales pueden determinarse con facilidad mediante ecografía translabial 2D. Los volúmenes calculados con tres fórmulas diferentes revelan una fuerte correlación con el volumen vesical

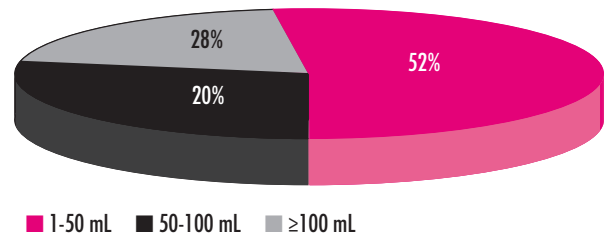


Figura 2. Distribución de las mujeres de acuerdo con el volumen medido mediante cateterismo

Tabla 2. Correlación entre los volúmenes calculados (usando las tres fórmulas diferentes) y los volúmenes premiccionales y posmiccionales medidos con las tres fórmulas)

	Premiccional (volumen elevado)		Posmiccional (volumen reducido)	
	r	Valor de p	r	Valor de p
Haylen	0,850	<0,001	0,696	<0,001
Dietz et al.	0,850	<0,001	0,696	<0,001
Dicuio et al.	0,820	<0,001	0,745	<0,001

real. La correlación es ligeramente más fuerte para los volúmenes premiccionales (vejiga llena) que para los volúmenes residuales posmicción (volúmenes menores).

Conclusión

Todos los volúmenes vesicales determinados mediante ecografía translabial 2D en mujeres con POP avanzado, tanto los elevados como los reducidos, pueden calcularse con cualquiera de las tres fórmulas (Haylen, Dietz et al. y Dicuio et al.), y con todas ellas podemos obtener una correlación adecuada con el volumen vesical real. La fórmula de Dietz et al. evita la estimación de volúmenes negativos, detectados cuando se emplea la fórmula de Haylen al estimar los volúmenes residuales posmicción. La fórmula de Dicuio et al., que usa los tres diámetros, parece ser más adecuada para volúmenes reducidos.

BIBLIOGRAFÍA

- Haylen BT. Verification of the accuracy and range of transvaginal ultrasound in measuring bladder volumes in women. Br J Urol. 1989; 64: 350-352.
- Dietz HP, Velez D, Shek KL, Martin A. Determination of postvoid residual by translabial ultrasound. Int Urogyn J. 2012; 23: 1.749-1.752.
- Dicuio M, Pomara G, Menchini Fabris F, Ales V, Dahlstrand C, Morelli G. Measurements of urinary bladder volume: comparison of five ultrasound calculation methods in volunteers. Arch Ital Urol Androl. 2005; 77: 60-62.

Conflicto de intereses

Financiación: El presente estudio se financió con la ayuda de Astellas Pharma. **Clinical trial:** No. **Individuos:** Comité de Investigación en Seres Humanos: Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico de Barcelona. Cumplimiento con los principios éticos establecidos en la declaración de Helsinki. **Obtención del consentimiento informado:** Sí.

ABSTRACT: PODIUM POSTER

Díez Itza I¹, Espuña M², Pascual MA³, Fillol M⁴, González A⁵, Usandizaga R⁶, Urbaneja M⁷, Cerezuela JF⁸, Pessarrodona A⁹, Grau J¹⁰, GISPEM¹¹

¹Hospital Universitario Donostia. San Sebastián (Guipúzcoa). ²Hospital Clínic. Barcelona. ³Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife). ⁴Hospital La Plana. Vila-real (Castellón). ⁵Hospital Valle del Nalón. Langreo (Asturias). ⁶Hospital La Paz. Madrid. ⁷Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ⁸Hospital de Fuenlabrada (Madrid). ⁹Hospital Mútua de Terrassa (Barcelona). ¹⁰Hospital General de Vic (Barcelona). ¹¹Grupo de Investigación en Disfunciones de Suelo Pélvico en la Mujer

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA PARA LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO CON VARIABLES DE RESULTADOS OBJETIVAS Y SUBJETIVAS

Hipótesis/objetivos del estudio

La descripción de los resultados de la cirugía para la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) está rodeada de cierta controversia. La tasa de curación o mejoría puede definirse en función de diferentes variables de resultados objetivas o subjetivas. Además, hay algunas complicaciones postoperatorias, como la disfunción miccional o la incontinencia urinaria de urgencia (IUU) *de novo*, que pueden modificar los resultados quirúrgicos. Por otra parte, cuando la IUU coexiste antes de la cirugía, la persistencia de este síntoma tras la cirugía puede enmascarar los resultados. Las expectativas de las pacientes y los objetivos con la cirugía también pueden desempeñar un papel. El propósito del presente estudio era evaluar los resultados de la cirugía de la IUE usando distintas variables de resultados objetivas y subjetivas en mujeres con IUE pura e incontinencia urinaria mixta (IUM). También evaluamos el grado de concordancia entre las diferentes variables de resultados en ambos grupos.

Diseño del estudio, materiales y métodos

La presente investigación es un estudio multicéntrico, de cohorte, prospectivo, que incluyó a mujeres intervenidas por IUE, con o sin IUU. Para evaluar los resultados de la cirugía de la IUE se establecieron dos grupos: el primero estaba formado por mujeres con IUE pura y el otro incluía a mujeres con IUM con un componente de esfuerzo predominante. A los 6 meses de la cirugía, los resultados se registraron utilizando variables de resultados objetivas y subjetivas. Como variable de resultado objetiva, se empleó

la prueba de la tos estandarizada, y como variables de resultados subjetivas, se recurrió a diferentes cuestionarios autoadministrados. Los síntomas de IUE e IUU se evaluaron por separado con las correspondientes preguntas de la versión española del Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire (EPIQ)¹. Una vez completado este cuestionario, se consideró que la IUE se había curado cuando las mujeres respondían negativamente a la pregunta específica de IUE. El EPIQ también nos permitió valorar la resolución del componente de urgencia en pacientes con IUM, y la aparición de IUU *de novo* en pacientes con síntomas de esfuerzo puro antes de la cirugía. La IUU se consideró curada cuando las mujeres que previamente habían referido este síntoma respondieron negativamente a la pregunta específica de IUU en el EPIQ. Usamos la versión española validada del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence, Short Form (ICIQ-UI SF)² para efectuar la evaluación global de la incontinencia. Por último, el cuestionario Patient Global Impression of Improvement (PGI-I)³ (impresión global de la paciente con respecto a la mejora) nos permitió valorar las percepciones de los resultados quirúrgicos por parte de la paciente. Se efectuaron análisis estadísticos (coeficiente kappa) para determinar el grado de concordancia entre las distintas variables de resultados.

Resultados

Reclutamos a 308 mujeres sometidas a cirugía de IUE en 37 unidades especializadas en suelo pélvico de nuestro país. De ese total, formaron el grupo de estudio 277 (89,9%) pacientes, que asistieron a la visita de seguimiento y completaron los cuestionarios autoadministrados. La edad media era de 56,1 años (desviación estándar [DE]: 11,2; límites: 32-80) y el índice de masa corporal medio era de 27,8 (DE: 4,7; límites: 18,4-59,1). Se establecieron dos grupos: el primero estaba formado por 116 mujeres que presentaban IUE pura y el otro incluía a 161 pacientes con IUM antes de la cirugía. La cirugía de la incontinencia se asoció a cirugía de prolapso de órganos pélvicos en 95 mujeres (42 en el grupo de IUE pura y 53 en el de IUM). El procedimiento quirúrgico utilizado en la mayoría de mujeres, tanto del grupo con IUE pura (73,2%) como del grupo con IUM (82,1%), fue la colocación de un cabestrillo suburetral transobturador. El segundo procedimiento quirúrgico más frecuente fue la colocación de un cabestrillo mediante incisión única (23,4% en el grupo con IUE pura y 14,9% en el grupo con IUM). La tasa de complicaciones fue reducida, siendo la más habitual la infección urinaria (7,9%), seguida de la retención urinaria (3,9%). Ninguna paciente requirió sondaje uretral durante más de un mes tras la cirugía. En la tabla 1 se muestra la evaluación de los resultados quirúrgicos con las variables de resultados objetivas y subjetivas. La tasa de curación del componente urinario de esfuerzo en función de las variables de resultados objetivas

Tabla 1. Evaluación de los resultados de la cirugía con variables de resultados objetivas y subjetivas en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) pura y mujeres con incontinencia urinaria mixta (IUM)

Variabes subjetivas y objetivas	IUE pura (n= 116)	IUM (n= 161)
Tasa de curación objetiva de la IUE (n, %)	108 (93,1)	146 (90,7)
Tasa de curación subjetiva de la IUE (EPIQ) (n, %)	100 (86,2)	140 (87,0)
Resolución del componente de urgencia (EPIQ) (n, %)	–	98 (60,8)
Aparición de IUU <i>de novo</i> (EPIQ) (n, %)	13 (11,2)	–
Tasa de curación global subjetiva de la IU (ICIQ-UI SF)		
ICIQ= 0 (n, %)	81 (69,8)	78 (48,4)
ICIQ <5 (n, %)	97 (83,6)	105 (65,2)
Impresión global de mejoría de la paciente		
«Mucho mejor» o «mejor» (n, %)	102 (87,9)	139 (86,3)
Tasa de curación subjetiva global de la IU (EPIQ) (n, %)	91 (78,4)	90 (55,9)

y subjetivas fue alta en ambos grupos. En el grupo con IUM, se obtuvo la resolución del componente de urgencia tras la cirugía en el 60,8% de las mujeres. En el grupo de IUE pura, 13 (11,2%) pacientes refirieron IUU *de novo*. La evaluación global mediante el ICIQ-UI SF y el PGI-I mostró unas tasas de curación más bajas en ambos grupos.

Entre las diferentes variables de resultados, el grado de concordancia se evaluó tanto para los resultados globales (ICIQ-UI SF comparado con síntomas de incontinencia de esfuerzo y de urgencia referidos en el EPIQ) como para el componente de esfuerzo (prueba de la tos comparada con síntomas de incontinencia de esfuerzo referidos en el EPIQ). El grado kappa de concordancia de las variables subjetivas que determinaron los resultados globales fue elevado para las pacientes con IUE pura (kappa= 0,73) y muy elevado para las mujeres con síntomas mixtos (kappa= 0,80). La concordancia al comparar las variables de resultados objetivas y subjetivas fue moderada (kappa= 0,54) en las muje-

res con IUE pura y reducida (kappa= 0,37) en las mujeres con IUM.

Interpretación de los resultados

En nuestro país, las tasas de curación (tanto objetiva como subjetiva) en las mujeres con IUE pura e IUM tras la cirugía de la IUE son altas. Un considerable porcentaje de mujeres con síntomas mixtos refirió la resolución del componente de incontinencia de urgencia tras la intervención quirúrgica. El grado de concordancia entre las diferentes variables de resultados varía ampliamente, desde una concordancia muy elevada entre variables subjetivas en las mujeres con IUE pura, hasta una concordancia reducida entre variables objetivas y subjetivas en las mujeres con IUM.

Conclusión

Para evaluar los resultados de la cirugía de la IUE, se dispone de diferentes variables de resultados, pero ninguna de ellas es suficiente por sí sola. Las variables objetivas permiten verificar la continencia de esfuerzo, mientras que los cuestionarios de síntomas contribuyen a evaluar no sólo la resolución del componente de esfuerzo y el componente de urgencia, sino también la aparición de complicaciones tras la cirugía. También es importante realizar la evaluación global con el cuestionario ICIQ-UI SF. Este instrumento nos permite conocer la gravedad, así como la tasa de curación y la mejoría de la incontinencia urinaria tras la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. España M, Fillol M, Pascual MA, Rebollo P, Prieto M. Validación de la versión en español del cuestionario «Epidemiology of Pro-lapse and Incontinence Questionnaire-EPIQ». *Actas Urol.* 2009; 33(6): 646-653.
2. España P, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del ICIQ-SF. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc).* 2004; 122: 288-292.
3. Yalcin I, Bump RC. Validation of two global impression questionnaires for incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189: 98-101.

Conflicto de intereses

Financiación: el presente estudio se financió con la ayuda de Astellas Pharma. **Clinical trial:** no. **Individuos:** Comité de Investigación en Seres Humanos: Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico de Barcelona. Cumplimiento de los principios éticos establecidos en la declaración de Helsinki. **Obtención del consentimiento informado:** sí.

ABSTRACT: READ BY TITLE

Martin A¹, España M², Fillol M³, Pascual MA⁴, Martínez V⁵, Bescos JL⁶, Aller L⁷, Castizo A⁸, Mora I⁹, Goitia M¹⁰, GISPEM¹¹

¹Hospital Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. ²Hospital Clínic. Barcelona. ³Hospital La Plana. Vila-real (Castellón). ⁴Hospital Universitario

de Canarias. La Laguna (Tenerife). ⁵Fundación Alcorcón. Madrid. ⁶Hospital Lozano Blesa. Zaragoza. ⁷Hospital de Valdecilla. Santander. ⁸Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. ⁹Hospital de Igualada (Barcelona). ¹⁰Hospital de Cruces. Baracaldo (Vizcaya). ¹¹Grupo de Investigación en Disfunciones de Suelo Pélvico en la Mujer

FACTORES ASOCIADOS A LA PERSISTENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA TRAS CIRUGÍA DE INCONTINENCIA DE ESFUERZO

Hipótesis/objetivos del estudio

La incontinencia urinaria mixta (IUM) es la pérdida involuntaria de orina asociada a urgencia y también al ejercicio, el esfuerzo, los estornudos o la tos. Esta combinación de un componente de esfuerzo y de urgencia dificulta su tratamiento en la práctica clínica. Tras la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en mujeres con IUM, una de las consecuencias clínicas es la persistencia de la incontinencia urinaria de urgencia (IUU). Los objetivos del presente estudio fueron cuantificar la tasa de persistencia de IUU en mujeres que presentaban IUM e identificar los factores clínicos asociados a esta variable tras la cirugía de IUE.

Diseño del estudio, materiales y métodos

Estudio de cohortes, prospectivo, efectuado en 35 unidades de suelo pélvico. Para el estudio se reclutó a mujeres con IUM con indicación de cirugía de IUE (grupo 1) y a mujeres con IUM sin una indicación de cirugía de IUE, que actuaron como grupo control (grupo 2). Todas las pacientes proporcionaron su consentimiento informado por escrito para participar. Los datos basales y de seguimiento (como mínimo, tras 6 meses de la cirugía en el grupo 1) y los datos basales (grupo 2) incluyeron el cuestionario Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire (EPIQ), el International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF), un diario vesical (en el que se registró la frecuencia urinaria diurna y nocturna [nicturia], el número de episodios de incontinencia y de urgencia/24 horas, el número de compresas usadas/24 horas y consumo de líquidos), exploración pélvica y datos clínicos. El estudio urodinámico se efectuó previamente y tras la cirugía de IUE si era una práctica clínica habitual.

La tasa de persistencia de la IUU se calculó como porcentaje de mujeres que presentaban IUU en el seguimiento de acuerdo con el cuestionario EPIQ (ítems 21 y 25, respectivamente). Para identificar los factores clínicos asociados a la persistencia de la IUU, se analizaron las características clínicas basales de la población del grupo 1 utilizando la prueba de Mann-Whitney (variables cuantitativas) o la prueba de la ji al cuadrado (variables cualitativas).

Resultados

Se analizaron 235 mujeres con IUM: 163 del grupo 1 y 72 del grupo 2. Las mujeres del grupo 1 fueron seguidas tras

un periodo medio de 7,23 (desviación estándar [DE] 3,36) meses. El cabestrillo transobturador fue el procedimiento quirúrgico de la IUE llevado a cabo en 125 casos (76 casos sin y 49 casos con persistencia de la IUU en el seguimiento); se colocaron minicabestrillos en 21 casos y cabestrillos retropúbicos en 9 casos. En 59 mujeres se efectuaron procedimientos quirúrgicos tanto para la IUE como para el prolapso de órganos pélvicos (POP) (46 procedimientos sin cabestrillo). Al término del estudio, en un 38,6% de las pacientes (grupo 1), comparado con un 58,3% (grupo 2), era evidente la persistencia de la IUU. Cuando se analizó la población del grupo 1 en función de la persistencia de la IUU, se detectó una asociación entre mujeres de mayor edad (media de 59,63 [DE 12,23] frente a 55,47 [DE 12,26] años; $p=0,028$) y un mayor índice de masa corporal (IMC) (28,73 [DE 4,68] frente a 27,29 [DE 4,22]). En la población con persistencia de la IUU, hubo un mayor número de pacientes sometidas a cirugía previa de POP (7 casos frente a 1; $p=0,005$). No se identificó una diferencia estadísticamente significativa respecto a la media obtenida para la puntuación total del cuestionario ICIQ-SF (15,48 [DE 3,49] y 15,53 [DE 3,11]; $p=0,865$). Los síntomas urinarios (urgencia, frecuencia y nicturia), evaluados mediante el cuestionario EPIQ, y el número de episodios de urgencia, incontinencia, micciones y nicturia/24 horas, valorados mediante el diario vesical, fueron comparables en las poblaciones de ambos subgrupos (p no significativa). La capacidad cistométrica máxima media (380,19 [DE 122,12] y 346,72 [DE 101,32]) y la presión media del detrusor (14,00 [DE 12,21] y 10,84 [DE 10,31]) no fueron significativamente diferentes en ambos subgrupos (este análisis estuvo disponible para 90 pacientes sometidas al estudio urodinámico).

Interpretación de los resultados

En la población del presente estudio, una mayor edad, un mayor IMC y la cirugía previa para el POP fueron las características basales que se asociaron más significativamente a la persistencia de la IUU tras la cirugía de IUE.

Conclusión

Cuando se trata mediante cirugía a mujeres con IUM, es importante tener en cuenta factores como la edad, un mayor IMC y la cirugía previa de POP, ya que pueden contribuir a la persistencia de la IUU.

Conflicto de intereses

Financiación: El presente estudio se financió con la ayuda de Astellas Pharma. **Clinical trial:** No. **Individuos:** Comité de Investigación en Seres Humanos: Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico de Barcelona. Cumplimiento con los principios éticos establecidos en la declaración de Helsinki. **Obtención del consentimiento informado:** Sí.