

Incontinencia Urinaria

Diagnóstico

Dr. Humberto Chiang M.

Médico Urólogo

Departamento de Urología
Clínica Las Condes, Santiago

Correspondencia a:
Dr. Humberto Chiang
E-mail: hchiang@clinicalascondes.cl

RESUMEN

El presente artículo es el primero de dos comunicaciones dedicadas a la Incontinencia Urinaria, que serán publicadas por este medio. En primer lugar, nos dedicaremos a estudiar muy someramente algunos elementos básicos de la fisiología y de la fisiopatología de la continencia y la micción, para continuar luego con las estrategias fundamentales del diagnóstico de este cuadro. En el segundo artículo, nos dedicaremos con algún grado de detalle al tratamiento tanto médico como quirúrgico. Ambos artículos han sido escritos teniendo en cuenta las necesidades de actualización del médico no urólogo y, en especial, las necesidades de los médicos de familia.

Palabras claves: Incontinencia urinaria, Vejiga hiperactiva, Incompetencia esfinteriana, disfunción vésico esfinteriana.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) se puede

URINARY INCONTINENCE, EVALUATION

This paper is the first of two articles, discussing Urinary Incontinence, to be published in this journal. First, we will discuss briefly some aspects related to basic physiology and pathophysiology of storage and voiding, ending with a review of the main evaluation strategies available to patients suffering from incontinence. In the second article (to be published in the next issue of this journal), we will summarize the main aspects related to treatment options, either physical, pharmacological or surgical. Articles were written to fulfil the needs of updated medical information of family practitioners.

Key words: Urinary Incontinence, Hyper active bladder, Intrinsic sphincteric damage, vesico sphincteric dysfunction.

definir como una condición en la que, en forma involuntaria, se escapa orina de la vejiga. Esta pérdida puede ser por vía uretral o extrauretral. Las pérdidas extrauretrales, corresponden a las fístulas (vésico vaginales, uretro vaginales, etc), que son menos frecuentes, pero que siempre deben estar presentes en el diagnóstico diferencial de todo cuadro de incontinencia urinaria. La incontinencia urinaria se relaciona además con un grupo de otras molestias conocidas como LUTS, de acuerdo a su sigla en inglés, como son la polaquiritia, nocturia, urgencia miccional, disuria, etc. En conjunto, constituyen la manifestación sintomática de las alteraciones funcionales del complejo vesico esfinteriano¹.

La aparición de diversos métodos de tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina, con su consiguiente difusión, ha tendido a desdibujar el hecho de que la incontinencia urinaria es sólo un síntoma, detrás del cual existen diversos mecanismos fisiopatológicos, detrás de los cuales, a su vez, subyacen diversas enfermedades, de las cuales la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina es sólo una.

Los pacientes que sufren de incontinencia urinaria, por lo tanto, requieren de un ejercicio diagnóstico completo, para adoptar una estrategia terapéutica racional.

Algunos Datos Epidemiológicos

Este cuadro es extraordinariamente frecuente y su prevalencia está estrechamente ligada con la edad. En el grupo de menores de 50 años, es de aproximadamente un 25% en el sexo femenino, con una relación de 6:1 en relación al sexo masculino. Sobre los 60 años, la prevalencia aumenta discretamente en las mujeres hasta alrededor de un 33%, pero con un gran aumento en el grupo de hombres lo que da una relación de 3:1 con el sexo masculino en ese tramo de edad. Estas cifras pueden parecer elevadas considerando lo que todos vemos en nuestra práctica clínica diaria, lo que sólo confirma que hay que considerar que frecuentemente este trastorno es desatendido por los miembros del equipo de salud y muchas veces es ocultado por los pacientes, aún cuando puede ser muy significativo y determinar gran impacto en la calidad de vida e inserción social de aquellos que lo

ACTUALIZACIONES EN CLÍNICA

padecen. Además, la valoración de la magnitud del "síntoma incontinencia" es extraordinariamente subjetiva y como habitualmente no constituye un riesgo vital, muchas veces no se le presta la atención deseable. De hecho, estudios de prevalencia subjetivos realizados con cuestionarios *versus* otros con valoración objetiva del síntoma, muestran que la prevalencia es ligeramente mayor en estos últimos. No existen estudios epidemiológicos completos que reflejen la realidad chilena, aunque hay diversos trabajos publicados en nuestro medio dedicados a analizar distintas facetas de este problema.

Fisiología y Fisiopatología Básica de la Continencia y Micción

Con el objeto de comprender los aspectos más básicos de la continencia y la micción y a riesgo de sobre simplificar este tema, conviene considerar que fisiológicamente, la vejiga se comporta como un órgano que permanentemente está ciclando en dos fases, la miccional y la de continencia. Esto depende de complejas relaciones anatómicas y funcionales de la propia vejiga (detrusor)

con su tracto de salida (esfínter interno, esfínter externo y uretra), y cuya coordinación y regulación depende de distintos niveles neurológicos, estando en el individuo adulto, bajo control voluntario.

Desde el punto de vista anatómico, la fase de continencia depende de la visco elasticidad del detrusor (acomodación), y de la captación (resistencia pasiva) del tracto de salida. La fase miccional, depende así mismo de la visco elasticidad del detrusor y de la conductancia del tracto de salida (ausencia de obstrucción). Desde el punto de vista funcional, la fase de continencia requiere de ausencia de contracciones vesicales, de acomodación adecuada y de cierre esfinteriano activo, mientras que la fase miccional requiere de contracción del detrusor y apertura del aparato esfinteriano. Este conjunto de funciones se obtiene a través de inervación tanto visceral (simpática y parasimpática) como somática, con diversos niveles de integración a nivel medular, mesencefálico y finalmente cortical.

En este esquema, la función fundamen-

tal de la vejiga durante la fase de almacenamiento es la de servir como reservorio urinario de baja presión, con adecuada capacidad y buena continencia. Parece de perogrullo, pero la incontinencia urinaria se define, por lo tanto, como un trastorno de la fase de continencia. En la fase miccional, en cambio, la tarea es vaciar el contenido de la vejiga, en forma coordinada con todas las estructuras del tracto de salida (apertura) y sin afectar la vía urinaria superior. La uropatía obstructiva, es por lo tanto, una alteración de la fase miccional².

La gran ventaja de entender la función véscico esfinteriana de acuerdo al esquema anterior, consiste en que es posible clasificar todas las alteraciones funcionales de la continencia y micción en cuatro grupos, dependiendo de si la patología afecta la fase miccional o la fase de continencia y si depende de alteraciones de la función del detrusor o del tracto de salida (Tabla 1).

Así, en la fisiopatología de la incontinencia urinaria se pueden distinguir dos grandes grupos. Aquellos cuadros en donde el trastorno está en el tracto de

Tabla 1. Alteraciones funcionales de la fase de continencia y miccional

Fase de continencia (Incontinencias)	Fase miccional (Retenciones)
<p>Detrusor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la acomodación <ul style="list-style-type: none"> - Alteración de la visco elasticidad - Alteración de la inhibición del tono • Aumento de la contractilidad <ul style="list-style-type: none"> - Hiperactividad vesical de causa neurógena o primaria <p>Complejo esfinteriano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incontinencia urinaria de esfuerzo femenina (tipo I y II) <ul style="list-style-type: none"> • Incontinencia urinaria de tipo III (incompetencia esfinteriana intrínseca) <ul style="list-style-type: none"> - Neurógena - Daño esfinteriano anatómico - Falla del sello • ¿Inestabilidad uretral? • Incontinencia extra uretral (fístulas) 	<p>Detrusor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución o ausencia de la contractilidad del detrusor <ul style="list-style-type: none"> - Neurógena - Miógena • Inhibición psicógena <p>Complejo esfinteriano: (uropatía obstructiva)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activas <ul style="list-style-type: none"> - Disinergia detrusor esfínter - Externo - Interno • Pasivas <ul style="list-style-type: none"> - Compresivas (adenoma prostático) - Restrictivas (estrechez de uretra) - Otros (acodadura uretral)

salida y aquéllos en los que el problema está en el detrusor.

Las incontinencias urinarias de esfuerzo tipo I y tipo II, son grados progresivos del mismo fenómeno, caracterizado por alteraciones en la transmisión de la presión intra abdominal a la uretra proximal, debido a la pérdida de soporte de los órganos pélvicos por daño de la base músculo aponeurótica del perineo, relacionada a la multiparidad y al hipoestrogenismo perimenopáusico. En este caso, el esfínter en sí, se encuentra indemne. Obviamente, se presenta sólo en mujeres.

En el tipo III, en cambio, existe una alteración intrínseca del esfínter (incompetencia esfinteriana intrínseca), que puede ser debida a alteraciones anatómicas (cirugía múltiple, radioterapia, etc) o a alteraciones funcionales (lesiones neurológicas del cono medular o periféricas). En este caso, aún cuando las enfermedades de base pueden ser diferentes, la incompetencia esfinteriana intrínseca se puede presentar en ambos sexos.

En el caso de las incontinencias originadas en el detrusor, se distinguen la hiperactividad del detrusor y las alteraciones de la acomodación.

La hiperactividad vesical, se caracteriza por el incremento activo de la presión intravesical durante la fase de continencia, ya sea por contracciones fásicas del detrusor o por un incremento sostenido del tono del mismo. En relación a la hiperactividad distinguimos la primaria y la neurógena (anteriormente llamadas hiperreflexia e inestabilidad primaria del detrusor), según exista o no una alteración neurológica de base que explique el cuadro.

La International Continence Society publicó recientemente una revisión de la nomenclatura referente a este tema, de la cual se realizó una traducción para todos los países de habla hispana, en

que me correspondió participar y que se encuentra publicada en la Revista Chilena de Urología, disponible en texto completo en www.urologosdechile.cl¹. Este enfoque permite verificar fácilmente que la incontinencia urinaria no es una sola enfermedad, sino que más bien es un síntoma, que permite ser objetivado convirtiéndolo en un signo, pero detrás del cual existen múltiples mecanismos fisiopatológicos, los que a su vez pueden estar causados por un sinnúmero de enfermedades. Por ello, al hacer el diagnóstico de una incontinencia urinaria no basta con saber que una paciente pierde orina involuntariamente, sino que debemos también saber cuál es el tipo de incontinencia que la afecta (fisiopatología), y cuál es la enfermedad que la causa, ya que sólo así podremos establecer una orientación terapéutica racional.

La Tabla 2 muestra esquemáticamente estos distintos tipos de incontinencia urinaria con algunas de sus causas más frecuentes.

Con estos conceptos básicos en mente, podemos comenzar a pensar en el diagnóstico de la incontinencia urinaria.

DIAGNÓSTICO

El estudio del paciente con incontinencia urinaria debe incluir las mismas etapas clásicas del examen médico, a saber: anamnesis próxima y remota, examen físico y estudios adicionales complementarios, los que deben orientarse hacia:

1. Facilitar la consulta por esta causa (frecuentemente ocultada).
2. Objetivar y cuantificar la pérdida de orina.
3. Evaluar el impacto sobre la calidad de vida.
4. Establecer hipótesis diagnóstica respecto del tipo de incontinencia y su enfermedad causal.
5. Descartar patología urológica asociada y,

6. Descartar condiciones generales agravantes o desencadenantes asociadas.

Anamnesis

La anamnesis próxima debe orientarse a la evaluación de las características de la incontinencia. Por ejemplo, factores desencadenantes como el esfuerzo y la tos son característicos de la incontinencia urinaria de esfuerzo. La presencia de urgencia y de urgeincontinencia es característica de la hiperactividad vesical. También deben identificarse factores asociados tales como hematuria, expulsión de litiasis de la vía urinaria o presencia de sintomatología de infección del tracto urinario, etc. Un elemento auxiliar útil es la cartilla miccional (que consiste en el registro calendarizado diario de episodios miccionales, su volumen, y el tipo y magnitud de los escapes) la que nos da una aproximación a elementos de inestabilidad vesical y capacidad cistométrica. Existen cuestionarios previamente validados (por ejemplo UDI 6) que pueden complementar esta etapa y que evalúan tanto la incontinencia urinaria en sí como el impacto que ésta genera en la calidad de vida. El uso de estos cuestionarios y de la cartilla miccional, permiten objetivar una serie de apreciaciones subjetivas del médico y del paciente, haciendo más fácil el diagnóstico inicial, la monitorización del resultado del tratamiento y la comparación entre diferentes grupos, por lo que son altamente recomendables.

En la anamnesis es muy importante considerar la presencia de condiciones asociadas que alteren la función del detrusor y/o del esfínter. Muchas de estas condiciones son transitorias, relativamente fáciles de corregir y deben descartarse en particular en pacientes añosos, tales como estado confusional, depresión y otros trastornos psicológicos severos, infección urinaria, uretritis y/o vaginitis atrófica, exceso de ingesta líquida o de diuresis (uso diuréticos,

Tabla 2. Clasificación funcional de falla fase almacenamiento

Causa vesical (detrusor)		Causa esfinteriana				
Hiperactividad detrusor		Hipersensibilidad detrusor		IU esfuerzo (relacionada a hipermovilidad uretral)	Incompetencia Esfinteriana intrínseca	
Contracciones involuntarias		Acomodación disminuida				
Primaria (Inestabilidad motora)	Neurógena (Hiperreflexia)	Neurógena	No neurógena (viscoelasticidad pared)	Primaria (Inestabilidad sensitiva)	Tipo I y tipoII	Tipo III
Obstrucción uretral	AVE	Mielodisplasia	TBC vesical			
Litiasis vesical	Enfermedad de Parkinson	Síndrome Shy Drager	Cistitis actínica			
Tumor vesical	Tumor cerebral	Daño espinal toracolumbar	Cistitis intersticial			
Infección urinaria	Esclerosis múltiple	Qx pélvica	Catéter vesical a permanencia			
Déficit esfinteriano	Daño espinal supracono		Obstrucción prostática			
Primaria	Espina bífida Mielitis Transversa					

hiperglicemia), movilidad restringida y alteraciones del tránsito intestinal (fecaloma). Además, deben considerarse otras condiciones más crónicas tales como la diabetes mellitus, el alcoholismo, algunas enfermedades carenciales, y otras de índole neurológico como las mielodisplasias, Parkinson, deterioro psicoorgánico, raquiestenosis, etc. En esa línea es relevante el consumo de drogas que alteren la función véscico-esfinteriana (alfa bloqueadores, anticolinérgicos, neurolépticos). Por otra parte, las cirugías previas sobre órganos pelvianos, son especialmente importantes, así como el antecedente de cualquier intervención pélvica de otra causa, radioterapia, trauma, antecedentes ginecoobstétricos, etc.

Examen físico

Dentro del examen físico, en la mujer deben evaluarse algunos elementos generales como la obesidad y estroge-

nismo, y otros más particulares como el trofismo vulvo vaginal, presencia de uretro y/o cistocele así como hipermovilidad de la uretra, descartar masas periuretrales, evaluar el estado de la musculatura pélvica y realización de pruebas sencillas como el test de Marshall/Bonje. Este test clínico básicamente consiste en objetivar el escape urinario uretral en relación a valsava y evaluar su cambio en respuesta a la maniobra de suspender la uretra con compresión lateral a ésta, sin obstruirla, de modo de evaluar si bajo condiciones de corrección de la hipermovilidad, la continencia mejora. Además, se debe evaluar la presencia de cicatrices en área abdominal baja y perineal que pueden ser relevantes. En el hombre, el tacto rectal es fundamental para caracterizar la próstata. Además, es conveniente realizar un examen neurológico básico para descartar patología de esa esfera. También puede utilizarse la medición de

residuo postmiccional en forma seleccionada para orientarse en el tipo de mecanismo involucrado.

Es frecuente observar que se inicia tratamiento de un cuadro de incontinencia urinaria sin una anamnesis adecuada y sin elementos tan básicos del examen físico como el examen vaginal, el tacto rectal, la medición del residuo postmiccional y la realización de una cartilla miccional, con la consiguiente inexactitud en la hipótesis diagnóstica.

Estudios Adicionales

En relación a los estudios adicionales, estos están orientados a descartar patología asociada relevante y a determinar con precisión el tipo de incontinencia (con su mecanismo fisiopatológico), con miras a proponer un plan terapéutico racional. El examen de orina completo y cultivo es importante para descartar infección urinaria y hematuria, así como

condiciones que generan poliuria como la glucosuria. Dentro de los estudios más específicos hay algunos orientados a caracterizar mejor la anatomía o soporte físico del sistema urinario inferior así como descartar condiciones asociadas, tales como la uretrocistografía, la Pielografía de Eliminación, la Ecotomografía Abdominal y Pelviana, TAC y PieloTAC. Luego, están aquellos orientados más bien a determinar el tipo específico de incontinencia, como la cistoscopia, habitualmente realizada en forma ambulatoria con anestesia local, la que es muy útil a la hora de evaluar en forma directa la uretra y vejiga, en especial, si existen elementos de sospecha de enfermedad neoplásica, litiásica o inflamatoria vesical o uretral (permite toma de biopsia, en caso de ser necesario).

Estudio Urodinámico

En la evaluación de la incontinencia urinaria, la evaluación urodinámica es particularmente importante puesto que caracteriza la dinámica del funcionamiento del sistema urinario inferior, y permite entender la condición fisiopatológica de base del trastorno miccional, así como estimar el peso relativo de distintos factores asociados. En este sentido, la evaluación urodinámica no es otra cosa que la reproducción de uno o varios ciclos vesicales, con su fase de continencia y su fase miccional, bajo condiciones controladas que permiten medir objetivamente el desempeño de cada uno de los componentes del complejo véscico esfinteriano.

Esta evaluación se puede realizar en forma ambulatoria, no requiere anestesia, e incluye medición de diversos parámetros dinámicos, que constituyen las diversas partes del examen:

Uroflujometría: La uroflujometría mide el volumen de orina expulsado por unidad de tiempo. Es un excelente examen de *screening*, rápido, económico

y no invasivo. Cuando es normal, permite descartar razonablemente la presencia de uropatía obstructiva o disminución de la contractilidad voluntaria del detrusor. Cuando está alterado, sin embargo, no permite diferenciar entre ambas condiciones.

Cistomanometría de fase de Continencia: En este caso, se mide la presión intravesical la presión intra abdominal y se calcula la presión verdadera ejercida por el músculo detrusor, mientras se llena la vejiga a una velocidad conocida simulando una rápida fase de continencia. Esta parte del estudio urodinámico, es la que permite diagnosticar la presencia de incontinencia urinaria y determinar si es de causa "detrusor" o de causa "tracto de salida", ya que permite medir objetivamente la competencia o incompetencia del complejo esfinteriano y detectar la presencia de contracciones no inhibidas u otras alteraciones de la función del detrusor.

Uno de los índices urodinámicos que resulta de mayor utilidad en el estudio de la incontinencia urinaria es la medición del VLPP (*valsalva leak point pressure*) que representa la presión vesical total a la que se inicia el escape urinario, lo que en conjunto con una buena evaluación del piso pélvico, permite diferenciar bien entre incontinencia urinaria de esfuerzo originada en hiper movilidad de la uretra e incompetencia esfinteriana intrínseca.

Estudio de Flujo de Presión: El estudio de flujo presión, que se realiza a continuación de la cistomanometría de fase de continencia, permite la evaluación detallada de la fase miccional. En este caso, se puede distinguir con precisión entre una retención urinaria causada por una uropatía obstructiva o por una disminución de la contractilidad voluntaria del detrusor. Existe una serie de poderosos nomogramas computacionalmente calculados que permiten aumentar la precisión de estos diagnós-

ticos (Schäffer Abrahams & Griffith, Watts, etc).

Video Urodinamia: Se puede combinar la cistomanometría de la fase de continencia y el estudio de flujo presión, con una uretrocistografía, permitiendo la medición simultánea de la presión intravesical, el flujo urinario, la electromiografía del esfínter y la visualización radiológica del tracto urinario inferior. Este examen no agrega mayor demora a un estudio urodinámico clásico y es de gran sensibilidad tanto en incontinencia urinaria como en uropatías obstructivas complejas. En las Figuras 1 a la 3 se muestran las distintas partes de un estudio urodinámico y video urodinámico normales.

Existen algunos otros tests que pueden ser realizados durante una evaluación urodinámica, como la perfilometría uretral y la medición de presión uretral de apertura, en forma retrógrada. La utilidad clínica de estas mediciones, es más cuestionada³.

Existen algunos esquemas puramente clínicos para la toma de decisiones en incontinencia, especialmente orientados a diagnosticar inestabilidad vesical y determinar necesidad de uso de farmacoterapia o tratamiento conductual, sin necesidad de realizar una evaluación completa. Ellos tienen la ventaja de su bajo costo, pero deben ser usados con cautela ya que pueden generar diagnósticos inexactos así como omitir el diagnóstico de patologías asociadas que puedan ser relevantes⁴.

En una revisión de exámenes urodinámicos en la Clínica Las Condes, que incluye 500 procedimientos realizados entre enero de 1998 y marzo de 1999, se obtuvieron 131 pacientes adultas de sexo femenino con distintos tipo de incontinencia (y 26 hombres), con promedio de edad de 52,6 + 17,8 años. En ellas 49,6% correspondieron anamnesticamente a Incontinencia urinaria de

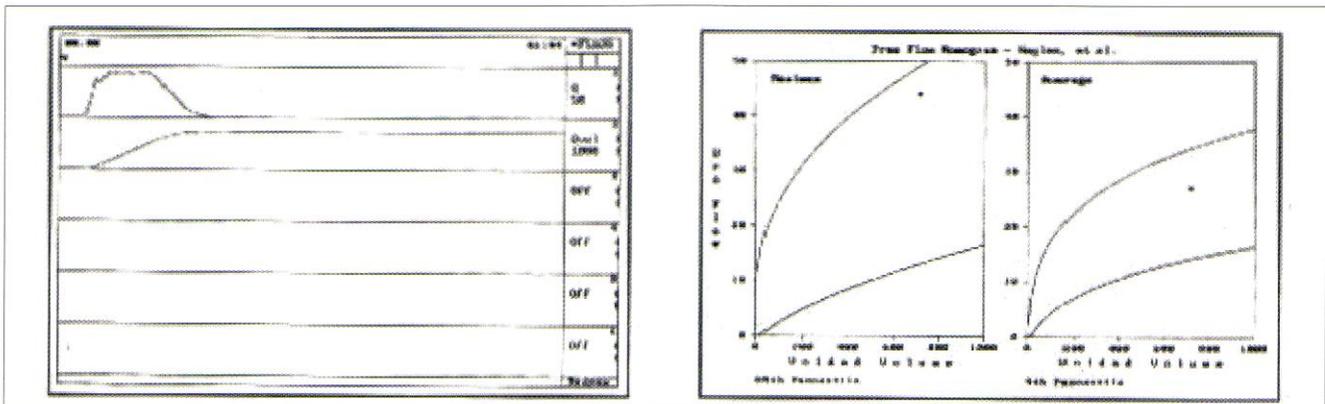


Figura 1. Uroflujometría normal con nomograma de Haylen.

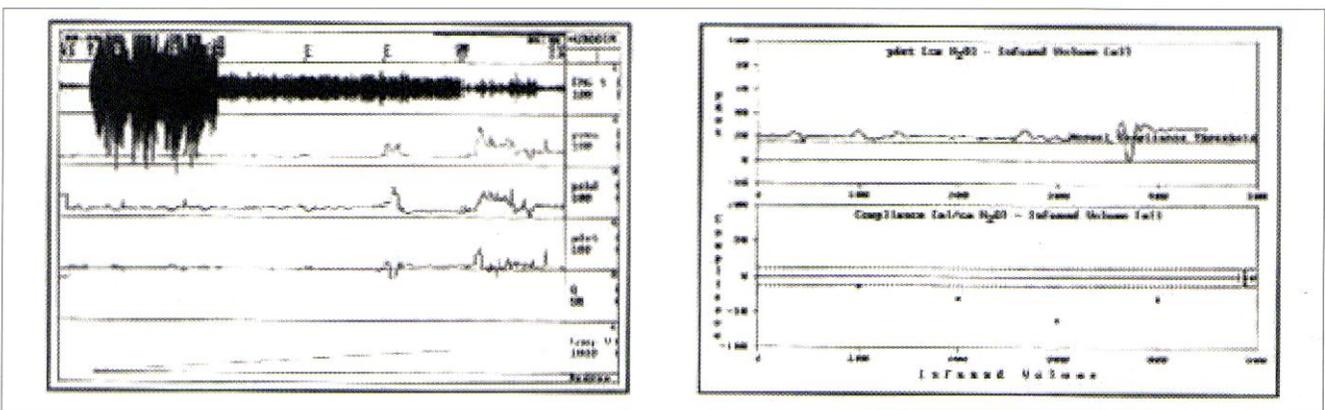


Figura 2. Cistomanometría de fase de continencia normal con nomograma de acomodación.

esfuerzo pura, 27,5% a incontinencia urinaria de urgencia pura, 15,3% a incontinencia urinaria mixta y 7,6% a otras (no determinadas). El resultado del estudio urodinámico durante la fase de llene en estas pacientes se muestra en la Tabla 3.

Destaca en esta tabla que el 41% de las pacientes que supuestamente tenían (de acuerdo a la anamnesis) incontinencia de esfuerzo pura presentan algún grado de inestabilidad vesical (17% motora y 24% sensitiva); mientras que el 12% de las que supuestamente tenían incontinencias de urgencia puras tienen algún grado de incontinencia urinaria de esfuerzo asociada y 11% son de origen neurogénico. Respecto de las inconti-

nencias urinarias mixtas, aproximadamente la mitad corresponde a incontinencia urinaria de esfuerzo y la otra mitad a incontinencia urinaria con elementos mixtos confirmados. Estos resultados nos orientan a pensar que la Urodinamia aporta elementos de la fisiopatología en la incontinencia urinaria que no son posibles de objetivar por otros medios y que pueden ser muy valiosos a la hora de elegir la modalidad terapéutica y estimar su pronóstico.

En resumen, el conocimiento de algunos elementos básicos de la fisiología y fisiopatología de la continencia y la micción, permite entender estos fenómenos y clasificar en cuatro grupos fisiopatológicos a todas las incontinencias

urinarias y las uropatías obstructivas. De este modo, podemos comprender que la incontinencia urinaria debe ser considerada sólo un síntoma, detrás del cual se esconden diversos mecanismos fisiopatológicos que, a su vez, pueden ser causados por diversas enfermedades.

Con esta realidad en mente, podemos enfrentar el desafío diagnóstico, apoyándonos en la anamnesis, el examen físico y los exámenes complementarios, para lograr una completa caracterización de la afección de cada paciente en particular.

Sólo contando con un diagnóstico preciso, podremos elaborar una estrategia terapéutica racional.

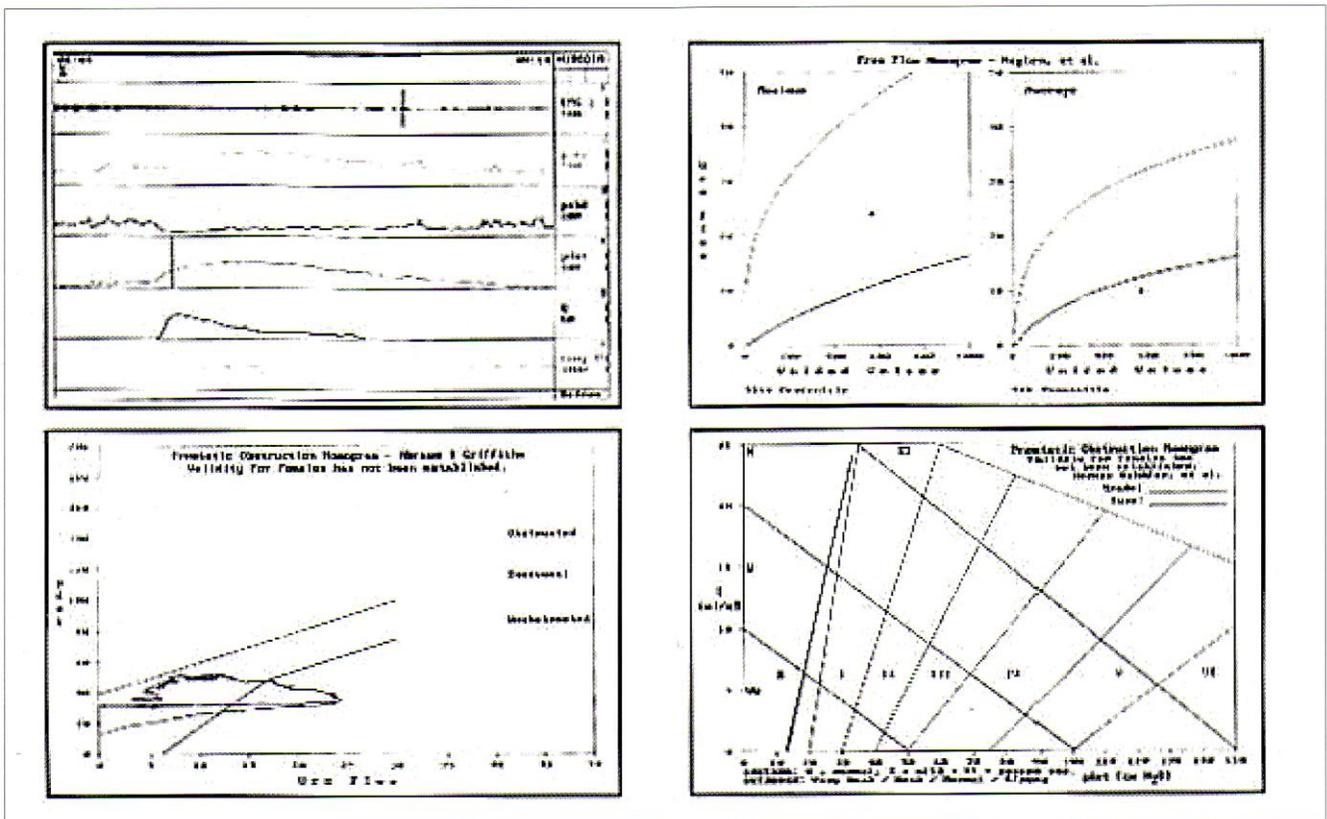


Figura 3. Estudio de flujo presión normal, con nomograma de Haylen, de Abrahams & Griffith y de Schäffer.

Tabla 3. Resultados de urodinamia (fase continencia) según tipo anamnéstico de incontinencia

Tipo IO	Esfuerzo		Urgencia		Mixtas		Otras		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo I-II	32	49	0	0	8	40	1	10	41	31
Tipo II-III	2	3	1	3	0	0	0	0	3	2
Tipo III	0	0	0	0	1	5	2	20	3	2
Inestabilidad motora	2	3	19	53	1	5	3	30	25	19
Inestab. Motora + IO tipo I-II	8	12	0	0	5	25	0	0	13	10
Inestab. Motora + IO tipo III	1	2	1	3	2	10	0	0	4	3
Inestabilidad sensitiva	2	3	8	22	0	0	1	10	11	8
Inestab. sensitiva + IO tipo I-II	12	18	2	6	2	10	1	10	17	13
Inestab. sensitiva + IO tipo III	2	3	0	0	1	5	0	0	3	2
Alterac. acomodación	0	0	0	0	0	0	1	10	1	1
Vejiga neurogénica	0	0	0	0	0	0	1	10	1	1
Normal	4	6	4	11	0	0	1	10	9	7
Total	0	0	1	3	0	0	0	0	1	1

REFERENCIAS

- 1.- CHIANG H, LANDERER E, CHIANG F, KAUFMAN A. Estandarización de la terminología de la función del tracto urinario inferior: Reporte del subcomité de estandarización de la International Continence Society (ICS). *Rev Chil Urol* 2006; 71: 79-94,
- 2.- BLAIVAS J, ROMANZI L, HERITZ D. *Urinary Incontinence: Pathophysiology, Evaluation, Treatment Overview, and Nonsurgical Management*. Campbells Urology, 7th Ed, WB Saunders, 1998.
- 3.- ABRAMS P. *Urodynamics*, Third ed. Springer-Verlag London Limited 2006.
- 4.- CHIANG H, SCHMIDBAUER C, RAZ S. Evaluación de la incontinencia urinaria femenina. *Rev Chil Urol* 1986; 49: 13-21, 30.