

## Incontinencia urinaria: ¿Un problema oculto?

J CERVERA DEVAL, I. SERRALTA DAVIA, C. MACIA PAREJA, J MORENO ALZUYET y E MAYORAL AZOFRA

Servicio de Rehabilitación. Hospital General de Elda. Alicante.

**Resumen.**—La incontinencia urinaria (IU) tiene una alta prevalencia en la población general, sin embargo, no suele ser un motivo de consulta en los servicios de Rehabilitación. El objetivo del trabajo fue estudiar la prevalencia de las pérdidas de orina entre los pacientes que nos son remitidos a consulta, y valorar su impacto higiénico-psicosocial.

Encuestamos prospectivamente 188 pacientes consecutivos, de 40 ó más años, que acudieron a consulta médica en dos centros de Atención Primaria con Unidades Básicas de Rehabilitación. El 22,3 % refería escapes incontrolados de orina. La mayoría eran mujeres, con 62 años de media de edad, y el 42,9 % con más de 5 años de evolución. Predominaban la frecuencia diaria, y una intensidad moderada. Sólo una tercera parte había consultado con su médico, pero no todos realizaban tratamiento. La mayoría mantenía su estilo de vida previo, pero un gran porcentaje precisaba ir al baño con frecuencia (54,8 %) y usar compresas (64,3 %).

Las variables higiénico-psicosociales: consulta médica, llevar tratamiento, suponerles un problema, cambio de estilo de vida, uso de baño frecuente, preocupación por los baños fuera de casa, y uso de compresas, observaban una relación significativa ( $p < 0,05$ ) con la intensidad.

Concluimos que la IU es un problema frecuente entre los pacientes que acuden a nuestras consultas, con impacto sobre la calidad de vida en los casos graves. Creemos conveniente realizar campañas de información en la sociedad, sobre qué es y cómo se puede mejorar la IU, así como fomentar una conciencia más activa por parte del personal sanitario.

**Palabras clave:** *Incontinencia urinaria. Incidencia. Impacto higiénico-psicosocial.*

### URINARY INCONTINENCE: A HIDDEN PROBLEM?

**Summary.**—Urinary incontinence (UI) is highly prevalent in the general population. However, it is generally not a reason for consultation at rehabilitation centres. The aim of this study was to assess the prevalence of UI in

patients referred to our centre and to evaluate the impact in psychological, social, and hygienic terms.

We conducted a prospective survey of 188 consecutive patients age 40 years and older who presented for medical consultation at two primary care centres with basic rehabilitation units. Involuntary loss of urine was reported by 22.3 %. The majority were women, with a mean age of 62 years, and 42.9 % reported more than five years duration. Daily occurrence and moderate severity were most common. Only one-third had visited their physician, but not all were under treatment. The majority were able to maintain their previous lifestyle, but a large percentage needed to use the bathroom frequently (54.8 %) and use absorbent pads (64.3 %).

Social, psychological, and hygienic variables including medical consultation, undergoing treatment, experiencing difficulties, a lifestyle change, frequent use of the bathroom, worrying about bathrooms when away from the home, and the use of absorbent pads, were characterised by a significant relationship ( $p < 0.05$ ) with severity.

We conclude that UI is a common problem in patients reporting to our centre, and it affects quality of life in severe cases. We believe it is appropriate to use public awareness campaigns on what UI is and how it can be treated and to foment a more active awareness by health care personnel.

**Key words:** *Urinary incontinence. Incidence. Social. Psychological and hygienic impact.*

### INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es definida por la *International Continence Society* como una pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrada y que causa problemas higiénicos y sociales<sup>1</sup>. Se calcula que afecta a más de 50 millones de personas en todo el mundo<sup>2</sup>, y entre 600.000 y 2.300.000 personas en nuestro país<sup>3,4</sup>. Fácilmente se comprende que un problema de tal magnitud tiene aspectos sociales y económicos nada despreciables. Ya en 1996, el consumo de absorbentes representaba el 3,2 % del

Trabajo recibido el 17-02-03. Aceptado el 17-09-03.

importe total de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud<sup>6</sup>.

Clínicamente se puede clasificar en IU: de esfuerzo, de urgencia, por vejiga inestable, mixta, nocturna (enuresis), por rebosamiento y total<sup>6</sup>. La IU es un síntoma que afecta a todas las edades y a ambos sexos. No obstante, es más frecuente en la mujer que en el hombre y su prevalencia aumenta con la edad<sup>7-9</sup>. En la mujer se relaciona con el número de hijos y con la menopausia<sup>10,11</sup>, en el hombre se asocia con frecuencia a patología prostática<sup>12</sup> y, en ambos sexos, puede asociarse con deterioros neurológicos o de la movilidad<sup>13</sup>, así como a otras patologías crónicas<sup>14</sup>.

La IU, asociada o no a otras enfermedades, ocasiona una merma de la calidad de vida<sup>15-17</sup>, que puede ser mejorada con un amplio arsenal de medidas terapéuticas conservadoras<sup>18,19</sup>, que combinadas logran entre un 70-80 % de las curaciones o mejorías<sup>20,21</sup>.

Pese a todo lo anterior, los profesionales no interrogan sobre este problema a sus pacientes<sup>22</sup>, y sólo un tercio de los incontinentes comunican al médico su situación<sup>23</sup>.

Como resultado, es escaso o nulo el porcentaje de consultas por patología urológica que llegan a un servicio de Rehabilitación, tanto a nivel hospitalario<sup>24</sup> como extrahospitalario<sup>25-28</sup>. Sin embargo, el médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, en contacto clínico con población de riesgo, podría mejorar la frecuencia del diagnóstico y tratarla con efectividad<sup>18</sup>.

Por todo esto, nos planteamos conocer la prevalencia de esta patología entre los pacientes que habitualmente nos son remitidos por otros motivos; así como estudiar el impacto higiénico-psicosocial que les supone.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta prospectiva entre los pacientes que acudieron a consulta médica de Rehabilitación, en dos centros de Atención Primaria con Unidades Básicas de Rehabilitación. En total la muestra la formaban 188 pacientes consecutivos, de 40 años o más. Se excluyeron a los menores de 40 años ya que en éstos es muy baja la frecuencia de IU<sup>29</sup> y, sin embargo, por encima de esta edad se incrementa la incidencia<sup>30</sup>.

El cuestionario estaba basado en un estudio de Gavira Iglesias et al<sup>15</sup>. Al igual que ellos no intentamos identificar el tipo de incontinencia, sino que recogimos los siguientes datos: edad, sexo, duración de la IU (menos de un mes, 1 a 12 meses, 1 a 5 años y más de 5 años), gravedad de la IU mediante la Escala de Sandvik<sup>31</sup>, cuya valoración se obtiene multiplicando la frecuencia de los escapes de orina (1 = menos de una

vez al mes; 2 = una o varias veces al mes; 3 = una o varias veces a la semana; 4 = cada día o cada noche), por el volumen (1 = gotas o una pequeña cantidad; 2 = una cantidad grande), el resultado varía de 1 a 8, por lo que se categoriza en ligera (1 a 2), moderada (3 a 4) e intensa de (6 a 8); y por último, el impacto higiénico-psicosocial del paciente mediante los siguientes ítems: estado civil (soltero o viudo, casado, divorciado), con quien viven (solo, con su cónyuge, con familiares, en una residencia), estudios (sin estudios, estudios no universitarios, estudios universitarios), han consultado con su médico (sí, no), realizaban algún tratamiento (sí, no), les supone un problema (nada importante, poco importante, bastante importante, muy importante), estilo de vida (no ha cambiado en absoluto, cambia poco, cambia bastante, cambia mucho), sensación de ir mojados continuamente (sí, no), cambios de ropa continuos (sí, no), ir al baño con frecuencia (sí, no), incapaz de salir o viajar (sí, no), ingieren menos líquidos cuando van a salir de casa (sí, no), preocupación por localizar el cuarto de baño cuando están fuera de casa (sí, no), mal olor (sí, no), y usan compresas (sí, no).

Con los datos recogidos, se realizó un análisis estadístico descriptivo de la muestra y una prueba del Chi-cuadrado o exacta de Fisher, cuando fue conveniente, para hallar la relación de las variables higiénico-psicosociales con el tiempo de evolución y la severidad de la IU, según la Escala de Sandvik, considerándola significativa para valores de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

De los 188 pacientes, con 40 o más años, que acudieron a la consulta médica de rehabilitación, ninguno fue remitido por IU y, sin embargo, 42 pacientes (22,3 %) referían escapes incontrolados de orina en alguna ocasión. En su mayoría eran mujeres, 40 casos (95,2 %) y sólo 2 fueron hombres (4,8 %). La media de edad fue de 62 años (40 a 88 años, DE: 13,19).

La distribución de los pacientes, según el tiempo de evolución de la IU, se puede observar en la tabla 1. Habría que destacar el predominio de pacientes con más de 5 años de evolución (42,9 %).

La frecuencia de las pérdidas era de menos de una vez al mes en 8 casos (19 %), de más de una o varias veces al mes en 5 (11,9 %), de una o varias veces a la semana en 13 (31 %) y cada día o cada noche en 16 (38,1 %). En 36 casos (85,7 %) los escapes de orina eran "gotas o de una pequeña cantidad", y sólo en 6 (14,3 %) era de una "gran cantidad". La Escala de Sandvik clasificó la IU de los pacientes según la tabla 2, observándose el predominio de las IU leves y moderadas (31 % y 54,8 % respectivamente).

TABLA 1. Tiempo de evolución de la incontinencia urinaria

Tiempo de evolución	Casos	Porcentaje
Menos de 1 mes	1	2,4
1 a 12 meses	8	19,0
1 a 5 años	15	35,7
Más de 5 años	18	42,9

En cuanto a las variables que valoraban el impacto higiénico-psicosocial, se observaba que la mayoría de los pacientes estaban casados (73,8%) y vivían con su cónyuge (76,2%). Era escaso el número de pacientes con estudios universitarios. Sólo 13 pacientes (31%) habían consultado con su médico, de los cuales: 6 realizaban tratamiento farmacológico, 2 realizaban ejercicios y otros 2 habían sido intervenidos. En 3 casos no realizaban tratamiento.

Para un tercio no suponía ningún problema, y sólo el 9,5% lo consideraba como un problema muy importante. La gran mayoría (76,2%) mantenía su estilo de vida previo. Quince casos (35,7%) debían cambiar frecuentemente de ropa, 11 (26,2%) tenían sensación de ir continuamente mojados. El 54,8% usaba frecuentemente el cuarto de baño, y cuando salían de casa se preocupaban por localizar el cuarto de baño en el 38% de los casos, y el mismo porcentaje ingería menos líquidos cuando tenían que salir de casa. Muy pocos no podían salir de casa o viajar por culpa de la IU (4,8%), y también eran pocos los casos que referían mal olor (14,3%). Por último un alto porcentaje (64,3%) usaba material de incontinencia (tabla 3).

Al aplicar la prueba del Chi-cuadrado entre las variables de tiempo de evolución y gravedad con las distintas variables de impacto higiénico-psicosocial, se observa que ninguna de estas últimas se relaciona con el tiempo de evolución de la IU ( $p > 0,05$ ), sin embargo, varias de ellas sí se relacionaban con la gravedad de la IU, como: consultar con su médico ( $p < 0,05$ ), realizar tratamiento ( $p < 0,05$ ), suponerles o no un problema ( $p < 0,05$ ), cambiarles su estilo de vida ( $p < 0,05$ ), usar el cuarto de baño con frecuencia ( $p < 0,05$ ), preocupación por saber dónde están los cuartos de baño ( $p < 0,05$ ) y, sobre todo, el uso o no de material de incontinencia ( $p < 0,001$ ).

## DISCUSIÓN

La IU es una patología infratratada debido, en parte, a la aversión del paciente y el médico a discutir de un tema incómodo<sup>32</sup>. Sin embargo, representa una problemática de envergadura por sus repercusiones tanto sanitarias, sociales, como económicas<sup>33</sup>.

TABLA 2. Clasificación de la incontinencia urinaria según la Escala de Sandvik

Escala de Sandvik	Casos	Porcentaje
IU leve	13	31,0
IU moderada	23	54,8
IU intensa	6	14,3

IU: incontinencia urinaria.

TABLA 3. Características higiénicas, sociales y psicológicas

Variábles	Casos	Porcentaje
Estado civil		
Soltero/viudo	11	26,2
Casado	31	73,8
Viven		
Solo	8	—
Esposo/a	32	76,2
Con familiares	2	4,8
Residencia	—	—
Estudios		
Sin estudios	17	40,5
No universitarios	23	54,8
Universitarios	2	4,8
Consulta médica		
Sí	13	31,0
No	29	69,0
Tratamiento		
Sí	10	23,8
No	32	76,2
Problema		
Nada importante	14	33,3
Poco importante	11	26,2
Bastante importante	13	31,0
Muy importante	4	9,5
Estilo de vida		
Sin cambios	32	76,2
Cambia poco	5	11,9
Cambia bastante	4	9,5
Cambia mucho	1	2,4
Cambios de ropa		
Sí	15	35,7
No	27	64,3
Sensación mojados		
Sí	11	26,2
No	31	73,8
Uso cuarto de baño frecuente		
Sí	23	54,8
No	19	45,2
Preocupación por cuarto de baño		
Sí	2	38,1
No	40	61,9
Incapaz de salir o viajar		
Sí	2	4,8
No	40	95,2
Usar compresas		
Sí	27	64,3
No	15	35,7

Su prevalencia a nivel mundial y en nuestro país varía desde el 2 % al 55 %<sup>34</sup>. Así Damian et al<sup>35</sup> en una población no institucionalizada de más de 65 años encuentra una prevalencia de IU del 15,5 %; Gavira Iglesias et al<sup>15</sup> en una muestra poblacional de la misma edad, pero sin excluir la población institucionalizada, refiere una prevalencia de IU del 36 % y cifras más altas, de hasta el 40,6 %, las publica Bretones Alcaraz et al<sup>16</sup> en una población femenina de entre 20 a 65 años.

En nuestro estudio la prevalencia fue del 22,3 %, no obstante, esperábamos cifras más altas, ya que la muestra estudiada era de un amplio rango de edad y con patologías previas asociadas. Probablemente influyera el lugar donde se realizó la encuesta, dos centros sanitarios extrahospitalarios, en donde se atiende a pacientes con discapacidades menores, dado que los que presentan discapacidades importantes son derivados al hospital de referencia.

Diversos trabajos refieren el predominio de la IU en las mujeres, entre 1,3 a 2 veces más<sup>34</sup>. Nosotros encontramos una proporción mucho mayor de 1:20 también a favor del sexo femenino, quizás este hecho se explique porque los hombres sean más reacios a confesar este tipo de problemas<sup>36</sup>.

En nuestra muestra predominaban las IU leves y moderadas. En estos niveles de gravedad las IU pueden responder favorablemente a un tratamiento conservador<sup>37</sup>. Pero el problema es que los pacientes no se benefician de ello, debido a que no suelen consultar con el médico<sup>23</sup>. Sólo el 20 %-50 % de los afectados busca ayuda para solucionar su problema<sup>38,39</sup>. En nuestro estudio una tercera parte de la muestra había consultado a su médico. Los factores explicativos de que la mayoría de los pacientes no consulten con su médico podrían ser, que la población no sea conocedora de que esta patología tiene tratamiento<sup>40-42</sup>, o quizás porque no se ven excesivamente mermados en su calidad de vida<sup>43,44</sup>. No obstante, no todos los pacientes que consultan con su médico realizar tratamiento, y de los que sí se tratan, son muy pocos los que emplean terapias conductuales y ejercicios de suelo pélvico<sup>12</sup>.

Por otra parte, evaluar las diferentes esferas consideradas dentro del concepto calidad de vida en la IU es complejo por eso se han desarrollado múltiples escalas como: *Incontinence Impact Questionnaire*<sup>45</sup>, el SEAPQMM<sup>46</sup>, *Urological Distress Inventory*<sup>47</sup>, *Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms*<sup>48</sup>, el I-QoL<sup>49</sup> y el *King's Health Questionnaire* (KHQ)<sup>50</sup>.

Debido a esta complejidad, hay estudios<sup>51</sup> que refieren que la relación entre el impacto percibido por la incontinencia y la medición objetiva de su gravedad es compleja y no directamente proporcional; y otros<sup>52</sup> observan que una mayor cantidad de pérdida urinaria diaria y un mayor número de escapes, es decir una

mayor gravedad de la IU, se relaciona con una peor percepción de la calidad de vida.

Nosotros obtenemos resultados que confirman esta controversia. Así, ante preguntas tan globales como si la IU les suponía un problema, o si les había cambiado el estilo de vida, casi el 70 % de los casos refería pocos o ningún problema, y el 76,6 % refería que la vida no les había cambiado. Sin embargo, si se les preguntaba por problemas concretos, se refería con frecuencia la sensación de ir mojados, los cambios de ropa y sobre todo el frecuentar el cuarto de baño o la preocupación por saber donde están cuando salen fuera de casa, así como el uso de material de incontinencia.

Tal vez, con el uso de escalas sensibles y fiables para la valoración adecuada del impacto de la IU como, por ejemplo, la escala KHQ<sup>53</sup> que recientemente se ha validado al castellano, se podría clarificar esta controversia. Nosotros no hemos utilizado dicha escala, por no disponer de ella en el momento del diseño del estudio, y nos hemos basado en un estudio previo de Gavira Iglesias et al<sup>15</sup>, el cual para estudiar el impacto que la IU ocasiona utiliza una batería de preguntas.

La mayor gravedad de los síntomas en la IU, y no el tiempo de evolución, parece que influye en un mayor, impacto psicosocial, en nuestro estudio. Es necesario puestratar a tiempo las IU leves-moderadas, para evitar la progresión, con lo que evitariamos un impacto psicosocial mayor.

Por su frecuencia, su repercusión en la calidad de vida, su desamparo por parte de otros profesionales, y por las armas terapéuticas que disponemos en rehabilitación, la IU debería ser una patología *princeps* para nuestra especialidad. Creemos necesarias campañas de información a la sociedad sobre esta patología y cómo podemos ayudarles. Debemos pues tomar una postura más activa en el diagnóstico y tratamiento de la IU.

## CONCLUSIONES

La IU es muy frecuente entre la población general. El paciente afectado no suele consultar con su médico y, por lo tanto, no es remitido a la atención especializada. El médico rehabilitador podría ayudarles a mejorar el impacto que esta patología produce sobre su calidad de vida.

Sin embargo, no sería necesario esperar a que nos remitan pacientes ya que, entre los que acuden a rehabilitación, con frecuencia ancianos y con patología discapacitante, la prevalencia de IU sería importante.

Predomina en mujeres, con intensidad leve o moderada, y con mayor repercusión, en algunos aspectos higiénico-psicosociales, conforme empeora la gravedad. Sin embargo, globalmente los afectados no

suelen referir cambios en su estilo de vida, por lo que esta controversia nos hace pensar que es preciso una mejor precisión en la medición del impacto que provoca la IU, con escalas validadas y adaptadas a nuestro entorno.

Pero, sobre todo, al igual que Gavira Iglesias et al<sup>23,35</sup>, pensamos que serían convenientes campañas de información en la sociedad, sobre qué es y cómo se puede mejorar la IU, y una conciencia más activa por parte del profesional sanitario en atender a esta población. El especialista en Medicina Física y Rehabilitación está en una posición privilegiada por su formación para acercarse al problema de la IU de una forma global y positiva<sup>9</sup>, lo que ayudará a estos pacientes a mejorar su calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams PH, Blaivas JG, Stanton SL, Anderson JT. Standardization of terminology of the lower urinary tract function. *Neurourol Urodyn* 1988;7:403-27.
2. Milsom I. The prevalence of urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:1056-9.
3. Martínez Agulló E, Albert Torne R, Bernabé Corral B. Incontinencia urinaria: conceptos útiles para Atención Primaria. Indas-Madaus, 2002.
4. Traver Gómez MD, Alarcón Benito J, Vañó Ferré F. La problemática desde el punto de vista de los afectados. En: Libro blanco sobre la Incontinencia Urinaria en España. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991; p. 173-84.
5. Indicadores de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa 1996;14.
6. Domínguez Hinarejos C. Historia Clínica de la incontinencia urinaria. En: Incontinencia Urinaria: Conceptos actuales. Laboratorios INDAS, 1990; p. 127-35.
7. Herzog AR, Fultz NH. Prevalence and incidence of urinary incontinence in community-dwelling populations. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:273-81.
8. Thomas M, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *BMJ* 1980;281:1243-6.
9. Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thuroff JW. Definition of over-active bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology* 1997;50 (6A Suppl):4-14.
10. Hording U, Pedersen KH, Sidenius K, Hedegaard L. Urinary incontinence in 45 year old women. An epidemiology survey. *Scand J Urol Nephrol* 1986;20:183-6.
11. Gainza MC, Genua MI, Alustiza ML, Aguirre I, Irurtia MT, Velasco JJ. Incontinencia urinaria en el paciente geriátrico. Estudio de la prevalencia en cinco hospitales. *Revista AEHF (Asociación Española de Farmacia Hospitalaria)* 1988;12:267-78.
12. Schmidbauer J, Temml C, Schatzl G, Haidinger G, Madersbacher S. Risk factors for urinary incontinence in both sexes. *Analysis of a health screening project. Eur Urol* 2001;39:567-70.
13. McGrother CW, Jagger C, Clarke M, Castleden CM. Handicaps associated with incontinence: implications for management. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1990;44:246-8.
14. Brown JS, Seeley DG, Fong J, Black DM, Ensrud KE, Grady D. Urinary incontinence in older women: who is at risk? *Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Obstet Gynecol* 1996;87:715-21.
15. Gavira Iglesias FJ, Caridad y Ocerin JM, Pérez del Molino Martín J, Valderrama Gama E, López Pérez M, Romero López M, et al. Prevalence and psychosocial impact of urinary incontinence in older people of a Spanish rural population. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000;55:207-14.
16. Bretones Alcaraz JJ del Pino MD, García Vilchez MA, Fajardo Cabrerizo ML, Sáez García JM, Ortega Lopez I. Incontinencia urinaria en mujer adulta: un estudio descriptivo de una población rural. *Aten Primaria* 1997; 20:45-8.
17. Fultz NH, Herzog AR. Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence. *J Am Geriatr* 2001; 49:892-9.
18. Tannenbaum C, Perrin L, DuBeau CE, Kuchel GA. Diagnosis and management of urinary incontinence in the older patient. *Arch Phys Med Rehabil* 2001;82:134-8.
19. Thakar R, Stanton S. Management of urinary incontinence in women. *BMJ* 2000;321:1326-31.
20. Grosse D, Sengler J. Evaluación de las técnicas de fisioterapia en la reeducación del perineo. En: Grosse D, Sengler J, eds. *Reeducación del perineo. Fisioterapia en las incontinencias urinarias*. Masson, 2001; p. 115-27.
21. González Rebollo A, Blázquez Sánchez E, Romo Monje M, Rioja Toro J. Tratamiento rehabilitador de la incontinencia urinaria femenina. *Rehabilitación (Madr)* 2003; 37:79-85.
22. McDowell BJ, Silverman M, Martin D, Musa D, Keane C. Identification for urinary incontinence by community physicians and geriatric assessment teams. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:501-5.
23. Gavira Iglesias FJ, Pérez del Molino Martín J, Valderrama Gama E, Caridad y Ocerin JM, López Pérez M, Romero López M, et al. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud. *Aten Primaria* 2001;28:97-104.
24. Mirallas Martínez JA, Tomás Claramonte J, Torralba Collados F, Albalate Rubio M, Jbrda Llona M, Catalan Esparductor MJ. Procesos más frecuentes y perfil clínico de los pacientes atendidos en un servicio de rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)* 2002;36:78-85.
25. Farreny Balcells MA, Lapeira Viñeta M, Amelvia Rodríguez MA. Medicina de Rehabilitación en la asistencia primaria. Estudio de la experiencia en el área Costa de Poniente del ICS (Instituto Catalán de Salud). *Rehabilitación (Madr)* 1991;25:129-32.
26. Martínez Flores Fermoso de la Fuente, Hernández García, García Calvo, Magallón Villalba, Bayón Suárez. Estudio estadístico de los pacientes nuevos remitidos a los servicios de rehabilitación extrahospitalarios de la sectorial novena del INSALUD de Madrid. *Rehabilitación (Madr)* 1992;26:109-13.

27. Luzon Asensio JA, Medina Martos M, Marcos Tomas P, Morante del Banco MJ, Lopez Palma LM. Estudio estadístico y epidemiológico de la rehabilitación en el centro de salud de La Bañeza (León). *Rehabilitación* 1994;28:41-5.
28. Labad Aramburu J, Rueda Gormedino P, Romero Golvano P, Pérez de Heredia y Valle JL. Atención primaria y rehabilitación en las áreas 2 y 5 de Zaragoza. *Rehabilitación (Madr)* 1994;25:129-32.
29. Parazzini F, Colli E, Origgì G, Surace M, Bianchi M, Benzi G, et al. Risk factors for urinary incontinence in women. *Euro urol* 2000;37:637-43.
30. González Bosquet L. *Educación sanitaria. Incontinencia urinaria*. Offfarm 2002;21:68-73.
31. Sandvik H, Hunskaar S, Seim A, Hermstad R, Vanvik A, Bratt H. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J Epidemiol Community Health* 1993;47:497-9.
32. Vapnek JM. Urinary incontinence screening and treatment of urinary dysfunction. *Geriatrics* 2001;56:25-9.
33. Medrano Chivite J. Conclusiones de la Reunión de Consenso sobre la incontinencia urinaria celebrada del 15 al 17 de febrero de 1991 en Segovia. En: Libro blanco sobre la Incontinencia Urinaria en España. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991; p. 191-3.
34. Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:473-80.
35. Damian J, Martin-Moreno JM, Lobo F, Bonache J, Cervino J, Redondo Marquez L, et al. Prevalence of urinary incontinence among Spanish older people living at home. *Eur Urol* 1998;34:333-8.
36. Smoger SH, Felice TL, Kloecker GH. Urinary incontinence among male veterans receiving care clinics. *Ann Intern Med* 2000;432:547-51.
37. Pages IH, Jahr S, Schaufele MK, Conradi E. Comparative analysis of biofeedback and physical therapy for treatment of urinary stress incontinence in women. *Am J Phys Med Rehabil* 2001;80:494-502.
38. Thomas M, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *BMJ* 1980;281:1243-6.
39. Ouslander JG, Abelson S. Perceptions of urinary incontinence among elderly outpatients. *Gerontologist* 1990;30:369-72.
40. Gavira Iglesias FG, Caridad JM, Pavón Aranguren MV, Romero López M, López Pérez M. Expectativas del tratamiento de la incontinencia urinaria vistas desde una población de ancianos. *Aten Primaria* 2000;26:482-4.
41. Mitteness LS. Knowledge and beliefs about urinary incontinence in adulthood and old age. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:374-8.
42. Keller SL. Urinary incontinence: occurrence, knowledge, and attitudes among women aged 55 and older in rural Midwestern setting. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1999;26:30-8.
43. Hunskaar S, Sandvik H. One hundred and fifty men with urinary incontinence. III. Psychosocial consequences. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:193-6.
44. Fultz NH, Herzog AR. Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:892-9.
45. Wyman JF, Harkins SW, Fanti JA. Psychosocial impact of urinary incontinence in the community dwelling population. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:282-8.
46. Raz S, Eriksen DR. SEAPI QMM incontinence classification system. *Neurol Urodyn* 1992;11:187-99.
47. Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, McClish D, Fanti JA. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Qual Life Res* 1994;3:291-306.
48. Jackson S, Donovan J, Brookes S, Eckford S, Swithinbank L, Abrams P. The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *Br J Urol* 1996;77:805-12.
49. Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martin JL, Buesching DP. Quality of life persons with urinary incontinence: development of a new measures. *Urology* 1996;47:67-72.
50. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynecol* 1997;104:1374-9.
51. Wyman JF, Harkins SW, Choi SC, Taylor JR, Fanti JA. Psychosocial impact of urinary incontinence in women. *Obstet Gynecol* 1987;70:378-81.
52. Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martin JL, Buesching DP. Quality of life persons with urinary incontinence development of a new measures. *Urology* 1996;47:67-72.
53. Badia Llach X, Castro Díaz D, Conejero Sugrañes J. Validación del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2000;114:647-52.

**Correspondencia:**

J Cervera Deval  
Servicio de Rehabilitación  
Hospital General de Elda  
Carretera Elda-Sax, s/n  
Elda Alicante