

Estudio epidemiológico de la incontinencia urinaria femenina en edad laboral

G. FLORES SÁNCHEZ^a, V. FREIJO GUTIÉRREZ^a, R. PASTOR PINAZO^a, M.F. MUÑOZ MORENO^b, M. BARRIO IBÁÑEZ^a, J.L. CASTILLA CUBERO^a y N. PÉREZ FERNÁNDEZ^a

^aServicio de Rehabilitación. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ^bEstadística. Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Resumen.—La Sociedad Internacional para la Continencia (ICS) define la incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable y de tal magnitud que constituye un problema higiénico o social. Clínicamente, puede clasificarse en: incontinencia de esfuerzo, de urgencia y mixta.

Llevados por el interés de este tema nos planteamos como objetivo principal estudiar la prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres en edad laboral en nuestro ámbito más cercano, el hospital.

Material y métodos. Durante los meses de octubre de 2002 a enero de 2003 había censadas 1.705 mujeres en nuestro hospital. Diseñamos una encuesta tomando como guía el IU-4, que incluía un primer bloque de preguntas para conocer los datos sociodemográficos y, otro bloque para evaluar la pérdida involuntaria de orina, el tipo de incontinencia y el grado de repercusión en la calidad de vida de la mujer (tabla 1). La distribución de cuestionarios se realizó de forma personalizada dejando urnas para su recogida.

Resultados. Recuperamos 751 cuestionarios contestados. La edad media de la población fue de 43 años con una desviación estándar de 8,98. La estimación de prevalencia para la población fue del 33,2%, afectando en mayor porcentaje a las mujeres que se encontraban entre los 45 y 49 años (30,5%). De los posibles factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria encontramos una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$), con la edad, la menopausia, los embarazos, los partos por vía vaginal y las infecciones de repetición, no encontrándose relación con el resto de parámetros estudiados. En cuanto a la forma clínica, el 15,4% pertenecía a la categoría de esfuerzo, el 39% a la de urgencia y el 45,6% a la mixta. Un 74,1% consideró que la incontinencia no repercutía de forma importante en su calidad de vida, el 23,55% se vio afectada de forma moderada y el 2,5%, de forma importante.

Palabras clave: *Incontinencia urinaria. Prevalencia. Calidad de vida.*

Trabajo recibido el 5-09-03. Aceptado el 27-05-04.

EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF FEMININE URINARY INCONTINENCE IN WORK AGE

Summary.—The International Continence Society (ICS) defines urinary incontinence as the involuntary loss of urine through the urethra, that can be demonstrated and having such a magnitude that it becomes a hygienic or social problem. Clinically, we can classify them in: stress incontinence, urge and mixed.

Due to the interest that we have regarding this subject, we pose to study, as the main objective, the prevalence of urinary incontinence in working aged women age in our closest setting, the hospital.

Material and methods. During the months of October 2002 to January 2003, 1705 women were included in the census in our hospital.

Results. We recovered 751 questionnaires that had been answered. Mean age of the population was 43 years with a standard deviation of 8.98. The prevalence estimation for the population was 33.2%, affecting women who were between the age of 45 and 49 years (30.5%) in a greater percentage. Of the possible risk factors associated to urinary incontinence, we find a statistically significant association, $p < 0.05$, with age, menopause, pregnancies, vaginal deliveries and repeated infections, no relationship being found with the remaining parameters studied. In regards to the clinical form, 15.4% belonged to the stress category, 39% to the urge one and 45.6% to the mixed one. A total of 74.1% considered that the incontinence does not have a significant repercussion on quality of life, 23.55% considered it was moderately affected and 2.5% that it was severely affected.

Key words: *Urinary incontinence. Prevalence. Quality of life.*

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Internacional para la Continencia (ICS) define la incontinencia urinaria como la pérdida invo-

luntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable y de tal magnitud que constituye un problema higiénico o social. Clínicamente puede clasificarse en: incontinencia de esfuerzo, de urgencia y mixta¹⁻¹¹.

El gran número de prejuicios existentes y la falta de información son motivo de que muchas mujeres no consulten con el médico. Se estima que sólo una de cada cuatro incontinentes realiza una consulta médica por su problema^{3,12,13}, lo cual da origen a un infradiagnóstico. Algunos autores la han dado a conocer como la "enfermedad silenciosa"¹². Este término no sería del todo correcto si consideramos que la mayoría de los casos son reflejo de diferentes tipos de disfunción del tracto urinario inferior y no una enfermedad en sí¹.

Debido a la falta de estudios epidemiológicos de gran magnitud, se desconoce la prevalencia real de la incontinencia urinaria en nuestro país¹⁰. Se estima que existen 2 millones de incontinentes (de ambos性) en España, con una prevalencia entre el 10-50 %, variabilidad que puede explicarse por la diferencia de edad de la muestra valorada¹⁴. En 1995, los laboratorios INDAS realizaron un estudio en mujeres entre 35 y 65 años, cuyos resultados mostraron que existían más de 600.000 personas en ese rango de edad que habían padecido algún episodio de incontinencia¹⁵.

La incontinencia tiene un gran impacto económico, social y psicológico, que puede limitar gravemente la vida de la mujer^{11,12,16}. La creación de Unidades de Incontinencia o conjunto de recursos humanos y técnicos dirigidos a la investigación, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las alteraciones de la continencia vesical y anorrectal¹⁷, puede contribuir a mejorar la clínica y la calidad de vida de estas mujeres. Son muchos los trabajos publicados sobre los beneficios que aporta el tratamiento conservador^{7,18-32}.

Llevados por el interés que nos suscita el tema y la necesidad de dar a conocer la unidad de suelo pélvico de nuestro servicio, nos planteamos como objetivo principal estudiar la prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres en edad laboral en nuestro ámbito más cercano, el hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante los meses de octubre de 2002 a enero de 2003 había 1.705 mujeres trabajadoras censadas en nuestro hospital.

Diseñamos una encuesta (tabla 1) tomando como guía el IU-4, un cuestionario estandarizado y válido para orientar el diagnóstico clínico de incontinencia urinaria³³.

El primer bloque de preguntas nos aportó los datos sociodemográficos: edad, categoría laboral y nivel académico, y la existencia de posibles factores de riesgo asociados a la incontinencia: menopausia, estreñimien-

to, sobrepeso/obesidad, prolapo genital, diabetes, ansiedad/depresión, enfermedad neurológica, neumopatía crónica, número de embarazos, de partos por vía vaginal y de partos por cesárea, cirugía pélvica o abdominal y la presencia o ausencia de infecciones urinarias de repetición.

Con el segundo bloque evaluamos si habían presentado pérdida involuntaria de orina en alguna ocasión, el tipo de incontinencia y el grado de repercusión en su calidad de vida. Cada ítem constaba de cuatro respuestas para graduar la gravedad de "nunca" a "siempre".

La distribución de cuestionarios se realizó de forma gradual y personalizada, por los servicios hospitalarios, para así poder explicar la finalidad del estudio y contestar a las dudas que pudieran surgir en ese momento. Con gran dificultad logramos que la encuesta llegase a todas las trabajadoras del hospital, con independencia de su edad, puesto de trabajo o turno; los mayores problemas surgieron a la hora de contactar con los turnos de noche. Dejamos urnas de cartón para depositar las encuestas para, de esta manera, asegurar el anonimato y la voluntariedad del sondeo. La recogida se realizó 1 mes después, tiempo suficiente para que las mujeres interesadas en colaborar llenasen la encuesta y para que la misma llegase a las que se encontrasen de permiso o libranza.

Como soporte informático utilizamos una base de datos en Excel, y para el tratamiento estadístico de los mismos empleamos pruebas paramétricas (chi al cuadrado de Pearson) y no paramétricas (análisis de la varianza entre grupos [ANOVA], test Mc Nemar y de Wilcoxon), analizándolos con el programa estadístico SPSS versión 10.0.

Al no haber tomado una muestra aleatoria de la población femenina de la provincia de Valladolid, 253.930 mujeres (INE01), no hemos podido extrapolar los resultados, pero sí podría hacerse con las mujeres que trabajan en los otros hospitales de la ciudad, al estar sometidas al mismo ambiente laboral.

En ningún momento hemos pretendido valorar la cuantía de los escapes, y quizás éste sea un dato importante a la hora de considerar la repercusión psicosocial de la incontinencia.

RESULTADOS

Recuperamos 751 cuestionarios contestados. La edad media de la población fue de 43 años (20-65) con una desviación estándar de 8,98 (fig. 1). Por categorías laborales, el 10,2 % médicos, el 34,3 % ayudantes técnicos sanitarios (ATS), matrona o fisioterapeuta, el 4,4 % técnico de rayos o laboratorio y el 22,7 % auxiliar de enfermería (fig. 2). Dentro del personal no sanitario, el 0,5 % pertenecía al grupo A, el 1,3 %, al B, el 6,4 %, al C, el 7 %, al D y el 13,2 %, al E. En cuanto al nivel de estudios, la población se distribuía de la siguiente forma:

TABLA I. Modelo de encuesta sobre la incontinencia urinaria femenina

Fecha: ____ / ____ / ____ Edad: ____

Señale con una cruz en la casilla correspondiente su **puesto de trabajo**:

- Médico (FEA, MIR...)
- ATS, matrona, fisioterapeuta
- Técnico de rayos, técnico de laboratorio
- Auxiliar de enfermería
- Personal NO sanitario grupo A (físico, bibliotecario...)
- Personal NO sanitario grupo B (ingeniero técnico, maestro industrial, trabajadora social...)
- Personal NO sanitario grupo C (administrativo, jefe taller, cocinero...)
- Personal NO sanitario grupo D (auxiliar administrativo, gobernanta, telefonista, costurera, peluquera...)
- Personal NO sanitario grupo E (celador, lavandera, planchadora, pinche, limpiadora...)

Señale con una cruz en la casilla correspondiente a su **nivel de estudios**:

- No ha cursado estudios
- Estudios primarios
- Estudios secundarios o universitarios

Señale con una cruz en la/s casilla/s correspondientes a sus **antecedentes**:

- Menopausia
- Estreñimiento
- Sobrepeso/obesidad
- Prolapso genital
- Enfermedad neurológica
- Ansiedad/depresión
- Diabetes
- N.º de embarazos ()
- Partos vía vaginal ()
- Partos vía cesárea ()
- Neumopatía crónica (tos habitual)
- Cirugía pélvica o abdominal (histerectomía, etc.)
- Infecciones urinarias repetitivas

¿Ha presentado en alguna ocasión pérdida involuntaria de orina?

- No
- Sí

FEA: facultativo especialista de área; MIR: médico interno residente.

el 0,5 % no había cursado estudios, el 18,5 % tenía estudios primarios y el 81 % había cursado estudios secundarios o universitarios (fig. 2).

Analizando los posibles factores de riesgo de incontinencia, encontramos un 24,8 % de mujeres con menopausia, un 27,4 % con estreñimiento, un 14,9 % con sobrepeso, un 1,7 % con prolapso genital, un 0,8 % con algún tipo de enfermedad neurológica, un 10,6 %

En caso de haber respondido «Sí» a la pregunta anterior, siga contestando:

¿Se le ha escapado la orina cuando hace esfuerzo físico que le hace cambiar la ropa?

- Nunca
- Alguna vez
- Bastantes veces
- Siempre

¿Se le han presentado bruscamente las ganas de orinar?

- Nunca
- Alguna vez
- Bastantes veces
- Siempre

¿Se le ha escapado la orina porque no le da tiempo de llegar al baño?

- Nunca
- Alguna vez
- Bastantes veces
- Siempre

Por causa de los escapes de orina al presentársele bruscamente las ganas de orinar, ¿ha necesitado usar algún tipo de protección?

- Nunca
- Alguna vez
- Bastantes veces
- Siempre

Teniendo en cuenta los síntomas relacionados con la incontinencia urinaria, ¿le han afectado a su calidad de vida en general?

- Nunca
- Alguna vez
- Bastantes veces
- Siempre

con ansiedad o depresión, un 0,7 % con diabetes, un 1,7 % con neumopatía crónica, un 12 % se había sometido a cirugía pélvica o abdominal y un 64 % habían tenido embarazos (fig. 3).

De los posibles factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria encontramos una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la edad, la menopausia, los embarazos, los partos por vía vaginal y las infecciones

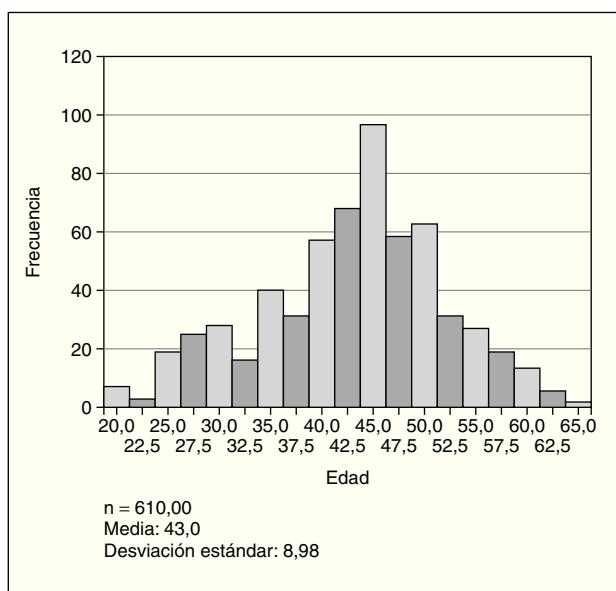


Fig. 1.—Distribución de la población por edad (histograma).

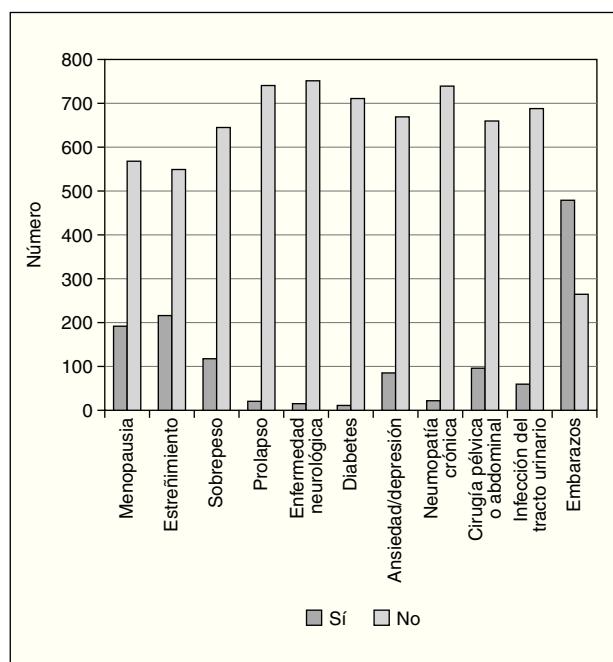


Fig. 3.—Factores de riesgo.

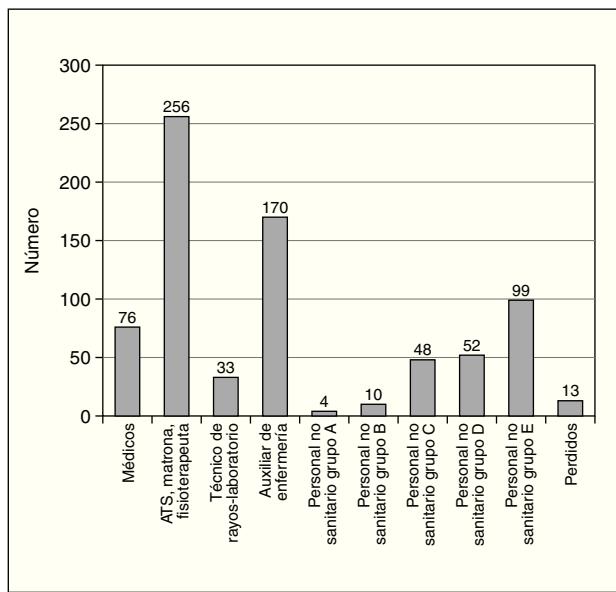


Fig. 2.—Distribución de la población según categoría laboral.

de repetición, no encontrándose relación con el resto de variables estudiadas (tabla 2).

La estimación de prevalencia para la población ha sido del 33,2 %. Por edades, la distribución fue la siguiente: el 19,8 % de las menores de 38 años, el 23,4 % de las que se encontraban entre los 39 y los 44 años, el 30,5 % entre 45 y 49 años y el 26,3 % de las mayores de 50 años, existiendo una relación estadísticamente significativa entre el aumento de edad y la presentación de incontinencia (fig. 4).

TABLA 2. Relación entre insuficiencia urinaria (IU) y los posibles indicadores de riesgo en la población estudiada

Aumento de IU en:	No relación con:
Mayor edad	Sobrepeso
Menopausia	Estreñimiento
Mayor número de embarazos	Ansiedad/depresión
Partos por vía vaginal	Neumopatía crónica
Infecciones urinarias de repetición	Cirugía pélvica/abdominal
	Prolapso genital
	Diabetes
	Enfermedades neurológicas

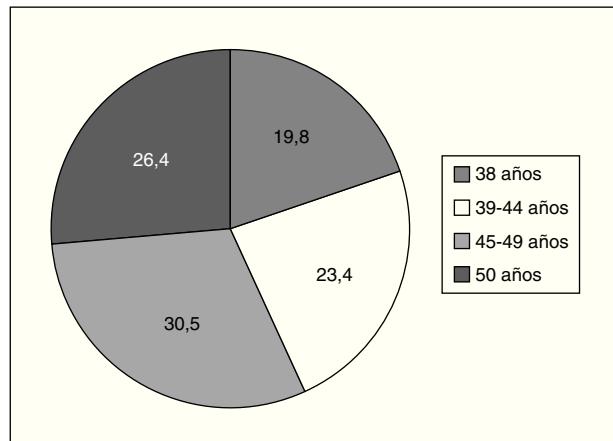


Fig. 4.—Prevalencia de incontinencia urinaria por edades.

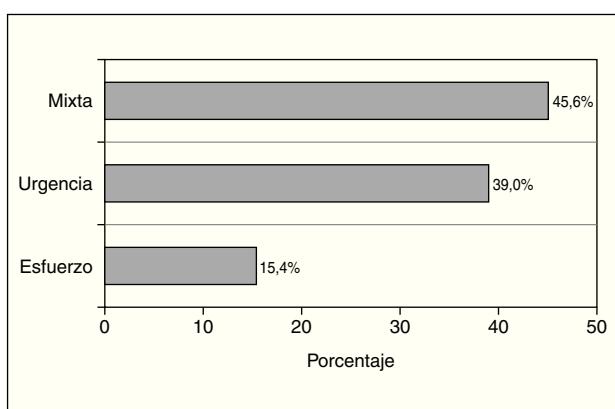


Fig. 5.—Distribución de la incontinencia urinaria según la forma clínica.

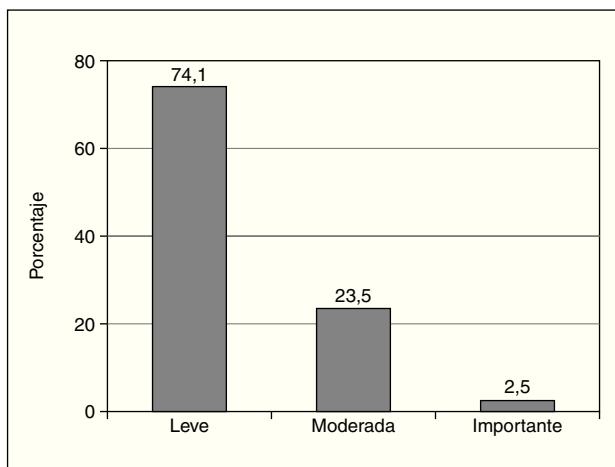


Fig. 6.—Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer.

Si atendemos a la forma clínica, el 15,4 % pertenece a la categoría de esfuerzo, el 39 % a la de urgencia y el 45,6 % a la mixta (fig. 5). Al utilizar la prueba de ANOVA observamos diferencias entre la edad media de las mujeres que han tenido alguna pérdida involuntaria de orina en función de la categoría a la que pertenezcan. Así, para las de esfuerzo fue de 45,69 años, para las de urgencia, de 42,96 años, y para la mixta, de 46,6 años.

Con la última pregunta del cuestionario analizamos la repercusión de la incontinencia en la calidad de vida de las mujeres. Un 74,1 % consideró que la incontinencia no limitaba su actividad ni le suponía un problema psicológico o social, el 23,55 se vio afectada de forma moderada y el 2,5 %, de forma importante (fig. 6). Estas últimas correspondieron a las mujeres que habían contestado en las preguntas anteriores con “siempre” y “bastantes veces”, sin que hayamos encontrado relación con la forma clínica de la incontinencia.

DISCUSIÓN

Con estudios epidemiológicos de este tipo podemos realizar una orientación diagnóstica de incontinencia urinaria en grandes grupos de población, y si bien es cierto que no tienen la fiabilidad diagnóstica de pruebas objetivas como la urodinamia, con ellos podemos hacer una primera aproximación diagnóstica de forma sencilla y barata.

El desconocimiento de tratamientos conservadores y normas dietéticas o recomendaciones en los hábitos de vida son el motivo de que muchas mujeres no consulten con su médico. Esto conduce al uso de productos absorbentes de forma prematura, con el consiguiente riesgo de infecciones urinarias de repetición.

La prevención y el tratamiento rehabilitador pueden disminuir el gasto sanitario originado por la incontinencia y mejorar de forma significativa la calidad de vida de las mujeres¹⁶; por ello es necesario que se conozca la existencia del mismo.

Desde que iniciamos este trabajo ha aumentado considerablemente el número de mujeres que han consultado por este problema. Se ha iniciado un diálogo con algunos facultativos del servicio de ginecología y obstetricia para valorar las pacientes subsidiarias de tratamiento. Hasta esta fecha nuestros pacientes provienen básicamente del servicio de urología.

Haciendo una revisión de la literatura científica^{7,18,21,22,24-32,34-36} y a la luz de los estudios realizados en nuestro servicio, tenemos la firme convicción de los beneficios del tratamiento conservador, principalmente en los casos de insuficiencia urinaria leve o moderada. Los casos más graves tienen una mejor respuesta a la intervención quirúrgica cuando estos tratamientos se realizan en la fase preoperatoria. Por ello animamos a la creación de grupos multidisciplinares de trabajo para seguir mejorando la calidad de vida de la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espejo Maldonado E, Tallada Buñuel M, Córzar Olmo M. I.U. de esfuerzo femenina: aspectos diagnósticos y clasificaciones principales. En: Salinas J, Rapariz M, editores. Tratado de reeducación en urogineproctología. Madrid: Abbott Urología, 1997; p. 65-6.
2. Abrams P, Blaivas JG, Stuart L, Andersen T. The standardization of terminology of lower urinary tract function. Scan J Urol Nephrol 1998;(Suppl 114):5-19.
3. Incontinencia urinaria femenina. (Consultado 26/03/03.) Disponible en: <http://www.urologia-andrologia.com/incontinencia.htm>.
4. Parazzini F, Colli E, Origgi G, Surace M, Bianchi M, Benci G, et al. Risk factors for urinary incontinence in women. Eur Urol 2000;37:637-43.
5. Bortolotti A, Bernardini B, Colli E, Di Benedetto P, Giocoli Nací G, Landoni M, et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. Eur Urol 2000;37:30-5.

6. Siracusano S, Pregazzi R, D'Aloia G, Sartore A, Di Benedetto P, Pecorati V, et al. Prevalence of urinary incontinence in young and middle-aged women in an Italian urban area. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;107:201-4.
7. Hirai K, Sumi T, Kanaola Y, Ishiko O. Female urinary incontinence: diagnosis, treatment and patient's concerns. *Drugs today (Barc)* 2002;38:487-93.
8. Espuma Pons M. Urinary incontinence in women. *Med Clin (Barc)* 2003;120:464-72.
9. García J, Mongiano D. Urinary incontinence prevalence in a population of 3552 urologic consultations and 1905 urodynamic studies. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba* 1999;56:99-104.
10. González A, Blázquez E, Romo M, Rioja J. Tratamiento rehabilitador de la incontinencia urinaria femenina. *Rehabilitación (Madr)* 2003;37:79-85.
11. Varela E. Ayudas técnicas en el paciente con incontinencia urinaria. *Rehabilitación (Madr)* 1999;33:454-60.
12. Incontinencia urinaria. La enfermedad silenciosa n.º 2. Junio 2002.(Consultado 29/04/03). Disponible en: <http://www.economiadelasalud.com/ediciones/02/02enportada/02/en-portadaincont.html>.
13. ¿Qué es la incontinencia urinaria? Universidad de Navarra. (Consultado 26/03/03). Disponible en: <http://www.economiadellasalud.com/edición/componentes/noticia>.
14. Parazzini F, Lavezzari M, Arbitani W. Prevalence of overactive bladder and urinary incontinence. *J Fam Pract* 2002; 51:1752-5.
15. Epidemiología de la incontinencia urinaria. (Consultado 29/04/03) Disponible en: <http://www.indas.es/revista/libro-inco/02epidemiología.html>.
16. Van Oyen H, Van Oyen P. Urinary incontinence in Belgium, prevalence, correlates and psychosocial consequences. *Acta Clin Belg* 2002;57:207-18.
17. Rioja Toro J. Rehabilitación pelviperineal, incontinencia vesical y anal. En: Tratado de rehabilitación pelviperineal. Madrid: La Casa del Médico, 2001; p. 3-5.
18. Hay-Smith Ej, Bo Berghmans LC, Hendricks HJ, De Bie RA, Van Waalwijk van Doorn ES. Pelvic floor muscle traininf for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;CD001407.
19. Landi F, Cesari M, Russo A, Onder G, Lattanzino F, Berabeij R. Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community. *Age Ageing* 2003;32:194-9.
20. Tediosi F, Parazzini F, Bortolotti A, Garattini L. The cost of urinary incontinence in Italian women. A cross-sectional study. Gruppo di Studio Incontinenza. *Pharmacoconomics* 2000;17:71-6.
21. Jundt K, Peschers VM, Dimpfl T. Long-term efficacy of pelvic floor re-education with EMG-controlled biofeedback. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 105:181-5.
22. Virseda M, Salinas J, Martín C. Meta-analysis of perineal rehabilitation for the treatment of female urinary stress incontinence. *Arch Esp Urol* 2002;55:937-42.
23. Juarranz M, Terron R, Roca M, Soriano T, Villamor M, Calvo MJ. Treatment of urinary incontinence. *Aten Primaria* 2002;30:323-32.
24. Reilly ET, Freeman RM, Waterfield AE, Steggles P, Pedlar F. Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobilyti: a randomized controlled trial of antenatal pelvic floor exercises. *BJOG* 2002;109:68-76.
25. Cammu H, Van Nylen M, Amy JJ. A 10-year follow-up after Kegel pelvic floor muscle exercices for genuine incontinence. *BJU Int* 2000;85:655-8.
26. Swart AM, Hagerty J, Corstiaans A, Rane A. Management of the very weak pelvic floor. Is there a point? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002;13:346-8.
27. Theofrastous JP, Wyman JF, Bump RC, McElroy DK, Elser DM, Bland DR, et al. Effects of pelvic floor muscle training on strength and predictors of response in the treatment of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2002; 21:486-90.
28. Muroy B, Devillers P, Bonnal JL, Haber G, Biserte J. Auto-reeducation of female stress urinary incontinence. *Prog Urol* 2002;12:274-82.
29. Galeri S, Sottini C. Physiotherapy of pelvic floor for incontinence. *Arch Ital Urol Androl* 2001;73:143-6.
30. Arvonent T, Fianu-Jonansson A, Tyni-Lenne R. Effectiveness of two modes of physical therapy in women with urinary stress incontinence. *Neurourol Urodyn* 2001; 20:591-9.
31. Pages IH, Jahr S, Chaufele MK, Corandi 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.
32. Morkved S, Bo K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2003;101:313-9.
33. Badía Llach X, Castro Díaz D, Perales Cabanas L, Pena Outerino JM, Martínez-Agulló E, Conejero Sugrañes J, et al. The development and preliminary validation of the IU-4 questionnaire for the clinical classification of urinary incontinence *Actas Urol Esp* 1999;23:565-72.
34. Filkenstein MM, Skelly J, Kaczorowski J, Swanson G. Incontinence quality of life instrument in a survey of primary care physicians. *J Fam Pract* 2002;51:952-9.
35. Sánchez O, Delgado MA, Mateo R, Hernando MA. The prevalence of urinary incontinence in a population over 60 treated in primary care. *Aten Primaria* 1999;31: 421-4.
36. Palmer MH, Fitzgerald S. Urinary incontinence in working women: a comparison study. *J Women Health (Larchmt)* 2002;11:879-88.

Correspondencia:

Gema Flores Sánchez
Fundación Instituto San José
Pabellón de Rehabilitación S. Pastor
Ctra. Barrio de la Fortuna, 21
28044 Madrid
Tel.: 629872541
Correo electrónico: yemaflores@yahoo.es