

ORIGINALES

Prevalencia de la incontinencia urinaria en la población femenina atendida en el área sanitaria de Alicante

J.C. Martínez-Escoriza^a, C. Lone^b, A.L. Cruz^b, M. Gómez-Sirvent^c
y J. Cánovas^b

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

^bCentro de Especialidades Babel. Alicante. España.

^cCentro de Especialidades Santa Faz. Alicante. España.

ABSTRACT

Background and objective. To estimate the prevalence and characteristics of urinary incontinence (UI) and its effects on quality of life in women in the health area of Alicante.

Patients and method. We performed an epidemiological, cross sectional, multicenter study over a 1-month period in 639 women who consecutively attended the gynecology clinic for reasons other than UI and who voluntarily agreed to participate in a survey that included the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF). Information on the frequency and quantity, as well as on the effects of UI, was gathered. The possible association of several factors with severity was analyzed.

Results. A total of 39.97% of the women reported having UI. The most frequent type of UI was stress incontinence (SUI). Quality of life was more adversely affected in younger women, although this difference was not significant. The severity of UI was mild in 77.25% of the women and urine leaks were small in 63.95%. Less than 16% reported having treatment for UI.

Severity was correlated with stress leaks, continuous leaks and leaks with no apparent cause, as well as with SUI and mixed urinary incontinence.

Conclusions. Forty percent of the women attending the gynecology clinic in our environment had UI, mostly SUI. The most severe UI, according to the ICIQ-SF, affected only 11% of patients with UI and was associated with certain types of leakage but not with age.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es un problema social e higiénico para el paciente que la padece. En la actualidad se dispone de un gran número de publicaciones referentes a esta afección, pero en pocas se aportan datos concluyentes de su prevalencia. La IU muestra una amplia variabilidad dependiendo de la población estudiada y de los métodos diagnósticos utilizados; está influida también por la subestimación de la afección¹⁻⁵. Diferentes estudios muestran una mayor frecuencia en mujeres, y en España se estima una prevalencia de incontinencia urinaria femenina (IUF) del 40,6%⁶⁻⁸.

Este estudio se realizó con el objetivo de conocer la prevalencia de la IUF, la severidad y el impacto en la calidad de vida de las mujeres del área sanitaria de Alicante.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio transversal realizado en las consultas de ginecología de 2 centros de especialidades y consultorios especializados del Área 18 de Alicante. Para ello se realizó una encuesta autocumplimentada que estaba disponible en las salas de espera, de libre acceso para las mujeres que voluntariamente consintieron en cumplimentarla y la entregaron al ginecólogo cuando entraban en la consulta. Las encuestas garantizaban el total anonimato de las pacientes mediante la asignación de un código numérico; los datos fueron objeto de tratamiento disociado.

El estudio se llevó a cabo durante el mes de diciembre de 2003 y participó un total de 639 mujeres mayores de 15 años que acudieron al especialista por cualquier motivo ginecológico.

Aceptado para su publicación el 7 de febrero de 2006.

TABLA I. Prevalencia de la IU, edad de las pacientes y tipo de IU

	n (N)	PORCENTAJE (IC DEL 95%)	
Total de pacientes con IU	233 (583)	39,97 (35,99-43,94)	
Pacientes con IU por edades:			p < 0,0001*
Menos de 36 años	13 (85)	15,29 (07,64-22,95)	
Entre 36 y 45 años	43 (127)	33,86 (25,63-42,09)	
Más de 45 años	177 (371)	47,71 (42,63-52,79)	
Pacientes con IU, según tipos			
IUE	169 (583)	28,99 (25,31-32,67)	
IUU	23 (583)	3,95 (2,36-5,53)	
IUM	24 (583)	4,12 (2,50-5,73)	
«Otras» incontinencias	17 (583)	2,92 (1,55-4,28)	

*Prueba de la χ^2 , p < 0,05.

IU: incontinencia urinaria; n: pacientes afectadas; N: pacientes totales; IC: intervalo de confianza; IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo; IUU: incontinencia urinaria de urgencia; IUM: incontinencia urinaria mixta.

La encuesta registraba datos sobre edad, tipo de consulta (urgente o programada) y eventual tratamiento de la IU. Además, incluía el International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF) en su versión validada en español⁹. Éste, en su versión reducida, contiene 3 ítems (frecuencia, cantidad y afectación) que permiten una puntuación global sobre la calidad de vida, y añade otro ítem con 8 respuestas que sólo tienen una finalidad descriptiva y orientadora sobre el tipo de IU que presenta la paciente.

Se consideró IU si la mujer respondió afirmativamente a la pregunta «Aunque acuda por otro problema, ¿puede decirnos si además tiene pérdidas moles de orina?». En ausencia de respuesta a ésta, se recurrió al ICIQ-SF y se consideró positiva cualquier respuesta diferente de nulo para los ítems de frecuencia, cantidad o afectación.

El tipo de IU se estableció por el ICIQ-SF; se consideró IU de esfuerzo (IUE) cuando se especificaba pérdidas de orina «al toser o estornudar», o «con los esfuerzos o ejercicio físico»; IU de urgencia (IUU) cuando se especificaba pérdidas «antes de llegar al WC», y mixta (IUM) cuando se daban ambas situaciones a la vez.

La gravedad de la IU se evaluó según puntuación del ICIQ-SF recogida mediante una escala en la que «1» era la puntuación mínima y «21», la máxima. Posteriormente, se categorizó la gravedad según la categorización realizada en la publicación de Espuña et al⁹: se consideró gravedad baja en los casos con puntuación de ICIQ-F inferior a 10,5, gravedad media si era de 10,5 a 13,5 y alta cuando la puntuación superaba 13,5.

Se compararon las variables cualitativas mediante la prueba de la χ^2 , y se compararon las medias en variables continuas utilizando tests no paramétricos

(Mann-Whitney y Kruskall-Wallis), para un nivel de significación estadística de 0,05. Se analizó la correlación entre las respuestas obtenidas en las preguntas realizadas (edad, tipo de consulta, tipo de IU, tratamiento de la IU) y la puntuación del ICIQ-SF mediante un modelo de regresión lineal.

RESULTADOS

Se recogió un total de 639 encuestas cumplimentadas, de las cuales 583 fueron evaluables (91,24%); 56 encuestas se excluyeron por respuestas contradictorias o ausencia de respuesta en algún ítem del ICIQ-SF que no permitía estudiar la IU.

El 14,58% (n = 85) de las mujeres encuestadas tenía entre 16 y 35 años; el 62,60% (n = 365), entre 36 y 55 años, y el 22,82% (n = 133), más de 55 años.

El 39,97% (n = 233) reconocía tener problemas de IU, observándose un aumento significativo de la prevalencia de IU con la edad (prueba de la χ^2 , p < 0,05), que fue del 47,71% para el grupo de pacientes de mayor edad (> 45 años) (tabla I).

El tipo de IU más frecuente fue la IUE, presente en el 72,53% de las mujeres; se observó un porcentaje muy similar para la IUM y la IUU (el 9,87 y el 10,30%, respectivamente).

La distribución de IUU e IUM era similar para los 3 grupos de edad; sin embargo, la IUE fue más frecuente en el grupo de mujeres de mayor edad (< 36 años, el 10,59%; entre 36 y 45 años, el 27,56%, y > 45 el 33,69%; p < 0,0001).

Las mujeres con IU presentaron una puntuación media del ICIQ-SF de 6,9 puntos (desviación estándar, 5,13); las medias fueron más elevadas en la puntuación global y en los ítems de frecuencia, cantidad y afectación para el grupo de mujeres de mayor edad, aunque no se observó significación estadística (test

TABLA II. Puntuación en el ICIQ-SF

PUNTUACIÓN DEL ICIQ-SF	n	MEDIA (DT)
Puntuación total del ICIQ-SF	233	6,9 (5,13)
Puntuación por dimensiones:		
Frecuencia	233	1,96 (1,57)
Cantidad	233	2,04 (1,38)
Impacto QoL	233	2,84 (3,01)
ICIQ-SF por edades		p = 0,992*
Menos de 36 años	13	6,76 (5,00)
Entre 36 y 45 años	43	6,67 (4,84)
Más de 45 años	177	6,91 (5,23)
GRAVEDAD SEGÚN ICIQ-SF	n	PORCENTAJE (IC DEL 95%)
Leve (< 10,5)	180	77,25 (71,87-82,63)
Moderada (entre 10,5 y 13,5)	27	11,58 (7,47-15,69)
Severa (> 13,5)	26	11,15 (7,11-15,20)

*Test de Kruskall-Wallis, p < 0,05.

ICIQ-SF: International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form; QoL: Calidad de Vida; DT: desviación típica.

Kruskall-Wallis, p > 0,05) (tabla II). Las mujeres más jóvenes refirieron con mayor frecuencia impacto en su calidad de vida, aunque tampoco se observó diferencias estadísticamente significativas (fig. 1).

La mayoría de las mujeres con IU (77,25%) presentaba una gravedad leve (tabla II). En cuanto al apartado «cantidad», el 63,95% respondió que perdía «poca cantidad» de orina. Las pérdidas de orina en la mayoría de las pacientes se producían al «toser o estornudar» (78,97%) y en aproximadamente el 20%, al realizar «esfuerzos físicos» y «antes de llegar al servicio» (el 21,03 y el 20,17%, respectivamente). El 8,58% refería pérdidas sin motivo evidente y el 4,72%, pérdidas después de orinar y vestirse.

Hubo 44 mujeres (el 18,88% de las que reconocieron tener IU) que respondieron que «nunca tenían pérdidas» y que «no se le escapaba nada de orina» a los ítems de frecuencia y cantidad de ICIQ-SF, respectivamente. A pesar de estas respuestas negativas, 38 de ellas indicaron perder orina «al toser o estornudar» y 4 de ellas refirieron «pérdidas antes de llegar al WC». Hubo 10 mujeres (4,29%) que, aun reconociendo tener pérdidas molestas, no registraron ningún síntoma. Ninguno de estos paradójicos casos refirió la instauración de tratamiento para la IU.

El análisis del impacto de la IU en la calidad de vida de las pacientes mostró un 32% al que no afectaba a su vida cotidiana.

Finalmente, en cuanto a la instauración de medidas terapéuticas, sólo el 15,88% de las mujeres con IU había recibido algún tratamiento por este motivo; el

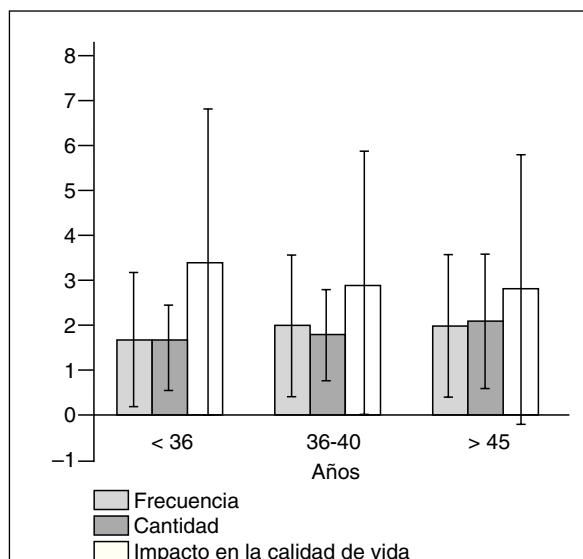


Fig. 1. Puntuación del ICIQ-SF por dimensiones según grupos de edad.

TABLA III. Tratamiento recibido para la IU

TRATAMIENTO DE LA IU	n (N)	%
Total de pacientes con algún tratamiento	37 (233)	15,88
Fisioterapia	24 (37)	64,86
Fármacos	11 (37)	29,73
Intervención quirúrgica	5 (37)	13,51

IU: incontinencia urinaria; n: pacientes afectadas; N: pacientes totales.

más frecuentemente reportado fue la fisioterapia (tabla III).

El análisis de regresión lineal de las variables que podrían influir en la gravedad de la IU (según el ICIQ-SF) mostró una correlación positiva con respuestas como «pierde orina al realizar esfuerzos», «pierde orina sin motivo evidente», «pierde orina de forma continua» y con IUU e IUM (regresión lineal, p < 0,001).

DISCUSIÓN

En esta área se visitan 117.245 mujeres anualmente, de las cuales 101.540 son mayores de 15 años. Con la presente encuesta se obtuvo una muestra de 583 pacientes valorables, de las que el 39,97% presentaba IU, porcentaje muy similar al publicado en población española³.

El diagnóstico de IU se obtuvo a partir de la declaración de la paciente, sujeta a su valoración subjetiva mediante la versión reducida del cuestionario para la detección de IU (ICIQ-SF) por su gran flexibilidad en cuanto a ámbitos de aplicación¹⁰ y por su factibilidad, validez, fiabilidad y poder diagnóstico constatados en su versión española⁹. El uso de este tipo de cuestionarios autocumplimentados tiene la ventaja de la detección de IU no declarada por la paciente al personal sanitario gracias a su anonimato.

El libre acceso a las encuestas facilitó la participación voluntaria de las pacientes, evitando el sesgo del médico en la selección de pacientes, aunque, por otro lado, quizás hizo que contestaran mujeres con mayor predisposición a afecciones y mujeres que no hubieran respondido en caso de no ser anónima. En este sentido, se trataría de un sesgo positivo, puesto que el motivo de acudir a consulta era totalmente diferente de la IU, que explicaría una prevalencia mayor que la obtenida por Pascual et al⁷ del 25,7% y semejante a la presentada en la revisión de Rebollo et al⁸ del 40,6% en mujeres mayores de 20 años.

La IU fue más frecuente en mujeres de mayor edad, en consonancia con lo descrito por otros autores^{1,2,11,12}, lo que apunta a la necesidad de que se contemple una anamnesis dirigida a la detección de IU protocolariamente en mujeres mayores de 45 años, ya que muchas de ellas consideran erróneamente que la IU es una consecuencia inevitable del envejecimiento¹³.

La severidad de la IU no se relacionó con la edad, en términos de frecuencia y cantidad, aunque los resultados señalan un mayor impacto en la calidad de vida en la población más joven, y aunque no alcanzó significación estadística, otros estudios avalan esta suposición¹⁴.

Se observó una mayor puntuación en el cuestionario ICIQ-SF (afección en la calidad de vida) en las pacientes con IUU e IUM (cuadros relacionados con hiperactividad del detrusor). Ello está en la línea de los resultados obtenidos en la validación al español del cuestionario de calidad de vida King's Health en mujeres con IU, que también mostraba que las pacientes con IUU e IUM percibían más problemas con relación a los síntomas¹⁵.

También las pérdidas «al realizar esfuerzos», de «forma continua» y «sin motivo aparente» (estos dos últimos, expresión de hiperactividad del detrusor) determinaron una mayor percepción de gravedad, según ICIQ-SF. Por otro lado, la IUE (pérdida cuando «tose o estornuda»), que fue la más frecuente, no tuvo impacto en la gravedad de la IU.

El hecho de que casi el 20% de las mujeres que reconocieron pérdidas molestas de orina no respondiera

como estaba previsto al cuestionario y que, además, se excluyera un 8,8% de los cuestionarios por cumplimentación incoherente o por falta de respuestas en algún ítem, mostró una discordancia en la factibilidad del cuestionario respecto del estudio de Espuña et al⁹, en el que ninguna de las mujeres encuestadas dejó de contestar algún ítem. En ambos, el cuestionario era autocumplimentado en la sala de espera, aunque en el presente estudio la mujer podía acudir por cualquier motivo ginecológico, mientras que en el de Espuña eran mujeres ya seleccionadas por presentar IU. Se precisan, por tanto, nuevos estudios que evalúen la factibilidad del cuestionario según el ámbito de aplicación.

Se comprobó también una baja adopción de medidas terapéuticas, lo cual redunda en la idea de que la IU aún sigue siendo un problema insuficientemente declarado y, en consecuencia, escasamente abordado por los médicos desde diversos ámbitos (atención primaria, urología y ginecología). Gran parte de ellas no había consultado nunca a los profesionales de la salud, quizás por el desconocimiento de posibles medidas terapéuticas disponibles para esta afección¹⁶.

Con los resultados obtenidos (una prevalencia aproximada del 40% de las mujeres que acuden al ginecólogo por cualquier motivo presentan IU) puede concluirse que la IU sigue siendo una afección infra-declarada, a pesar de ser un problema social e higiénico para la paciente. Hasta el 20% de las que reconocen tener pérdidas luego no lo registran como afección en el ICIQ-SF. Es necesario realizar una anamnesis dirigida a su detección, especialmente en las mujeres de edad superior a 45 años, e identificar las deficiencias de información que puedan tener, y establecer planes de salud en nuestro entorno con intervenciones educativas sobre la IU, lo que permitirá su correcto abordaje terapéutico y mejorará la calidad de vida de las pacientes que la padecen. No obstante, tan sólo el 11% se percibe como severa, y no se relaciona con la edad y sí con el tipo de IU (IUU e IUM).

RESUMEN

Fundamento y objetivo. Estimar la prevalencia de la incontinencia urinaria (IU), sus características e impacto en la calidad de vida mujeres atendidas en el área sanitaria de Alicante.

Pacientes y método. Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico, desarrollado durante un mes, en el que participaron 639 mujeres que acudieron consecutivamente a consultorios de ginecología por motivos diferentes de la IU y accedieron voluntariamente a cumplimentar una encuesta que contenía el Interna-

tional Consultation on Incontinence Questionnaire. Se recogió información referente a la frecuencia, cantidad y afectación. Se analizó la posible relación de diferentes factores con la gravedad.

Resultados. El 39,97% reconocía tener IU; la más frecuente fue la de esfuerzo (IUE) (72,53%). La IUE fue más frecuente en el grupo de mayor edad ($p < 0,001$). Se observó mayor afectación en la calidad de vida en el grupo de menor edad, aunque la diferencia no fue significativa. La mayoría (77,25%) presentó gravedad leve y en general (63,95%) tenían pequeñas pérdidas. Menos del 16% refirió algún tratamiento para la IU.

La gravedad se correlacionó con pérdidas «al esfuerzo», «continua» y «sin motivo evidente», así como con la IU de tipo IUU e IUM.

Conclusiones. El 40% de las mujeres que acuden a los consultorios de ginecología de nuestro entorno presentan IU, la mayoría tipo IUE. La IU de mayor severidad, según el ICIQ-SF, apenas afecta al 11% de los casos, no se relaciona con la edad y sí con ciertos tipos de pérdida.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo ha sido realizado con el apoyo de Almirall.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams PH, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002;21:167-78.
2. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int*. 2004;93:324-30.
3. Damian J, Martin-Moreno JM, Lobo F, Bonache J, Cervino J, Redondo-Márquez L, et al. Prevalence of urinary incontinence among Spanish older people living at home. *Eur Urol*. 1998;34:333-8.
4. 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.
5. Cheater FM, Castleden CM. Epidemiology and classification of urinary incontinence. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000;14:183-205.
6. Martínez Agulló E, Arlandis S, Ruiz JL, Jiménez F. Incidencia y prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *Med Clin (Barc)*. 2003;4:1-3.
7. Pascual MA. Prevalencia y calidad de vida. *Prog Obstet Ginecol*. 2002;45:2-9.
8. Rebollo P, Espuña M. Situación actual del diagnóstico y tratamiento de la incontinencia de orina en España. *Arch Esp Urol*. 2003;56:755-74.
9. Espuña M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:288-92.
10. Donovan J, Badia X, Corcos J, Gotoh M, Kelleher C, Naughton M, et al. Symptom and quality of life assessment. En: Incontinence. 2nd International Consultation on Incontinence. Plymouth: Plymbridge; 2002. p. 267-316.
11. Cardozo L, Cutner A, Wise B. Basic urogynaecology. Oxford: Oxford University Press; 1993.
12. Ouslander JG. Geriatric urinary incontinence. *Dis Mon*. 1992;38:65-149.
13. Shaw C, Tansey R, Jackson C, Hyde C, Allan R. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Fam Pract*. 2001;1:48-52.
14. Modroño MJ, Sánchez MJ, Gayoso P, Valero M, Blanco M, Cuña FO. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. *Aten Primaria*. 2004;34:134-49.
15. Badia X, Castro D, Conejero J. Validez 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.
16. Culligan PJ, Sand PK, Kaplan D. Urinary incontinence in women. *Patient Care*. 1999;1:35-50.