

ORIGINALES

Estudio de la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus factores de riesgo en nuestro medio

R. Rodríguez-Núñez^a, E. Álvarez^a, L. Salas^a y A. González-González^b

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Complexo Hospitalario de Ourense. Ourense. España.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Vilardevós. Ourense. España.

ABSTRACT

We performed a prospective descriptive study of a random sample of patients attending our gynecology clinic. The patients we asked to complete a questionnaire to determine the prevalence of urinary incontinence (UI), the prevalence of the different kinds of UI, the possible etiological factors (age, parity, delivery route, pelvic surgery, etc.), as well as the repercussion of UI on women's quality of life.

INTRODUCCIÓN

Aunque hay distintas definiciones de la incontinencia urinaria (IU), la tendencia actual es seguir el concepto propuesto por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) que la define como aquella afección en la que se produce cualquier pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable y que constituye un problema social o de higiene para la persona que la presenta¹.

La IU puede clasificarse según criterios sintomáticos o urodinámicos. Desde el punto de vista sintomático cabe distinguir:

– IU de esfuerzo: pérdida involuntaria de orina que coincide con el aumento de la presión abdominal desencadenado por la actividad física.

– IU de urgencia: pérdida involuntaria de orina asociada con un fuerte deseo de orinar. Suele estar relacionada con un aumento de la frecuencia diurna y nocturna.

– IU mixta: pérdida involuntaria de orina con síntomas de IU de urgencia y de esfuerzo.

– Incontinencia urinaria continua: pérdida involuntaria de orina en ausencia de deseo miccional.

– Enuresis nocturna: pérdida involuntaria de orina durante el sueño.

– IU inconsciente: pérdida involuntaria sin deseo miccional e independientemente de cualquier aumento de la presión abdominal.

– Otras IU.

La IU afecta a más de 3 millones de personas en España.

Constituye una de las principales preocupaciones del sistema sanitario con un impacto negativo muy grande en la percepción de la calidad de vida y la autoestima personal²⁻⁵.

Es altamente prevalente en la población adulta y 2-4 veces más común en mujeres que en varones.

Se estima que 1 de cada 4 mujeres presenta IU en alguna etapa de su vida, mientras que entre los varones la presentan 1 de cada 9. Si algo resulta evidente en la literatura médica es que una vez que la incontinencia aparece tiende a persistir⁶⁻⁹.

Según los datos de los estudios epidemiológicos se pone de manifiesto que el 27% de las IU son severas¹⁰.

Los pacientes institucionalizados, especialmente las mujeres, representan un grupo especial de elevada prevalencia de IU, alrededor del 50-60%^{5,11}.

La proporción de los diversos tipos de IU está en relación con la edad. La IU mixta y la IU de urgencia predominan en las mujeres mayores; en las mujeres más jóvenes y de mediana edad predomina la IU de esfuerzo¹².

La tasa de mortalidad debida a IU es baja y resulta evidente que los pacientes que la presentan no quieren hablar de ella. A pesar de ser un problema tan extendido, el grupo de individuos que busca un tratamiento médico es pequeño, unas veces debido al estigma social que supone presentar síntomas urinarios y también, en otras ocasiones, simplemente por ignorancia y desconocimiento de la posibilidad de su tratamiento. Muchas mujeres afectadas conviven con los síntomas, adaptan su estilo de vida y utilizan pañales u otro tipo de protectores sanitarios. Mucha

Aceptado para su publicación el 6 de marzo de 2007.

gente acepta la IU como un aspecto más de su vida cotidiana y no se plantea la necesidad de solicitar asistencia médica¹³⁻¹⁶.

Además de la reticencia de las pacientes a admitir que presentan IU, que hace difícil estimar su prevalencia real (que según la bibliografía al respecto no hace más que aumentar), hay que tener en cuenta que la falta de formación médica adecuada en este campo del personal sanitario constituye un obstáculo para diagnosticar y tratar correctamente la enfermedad.

En consecuencia se trata de un problema «inframanejado» por los afectados e infradiagnosticado por los equipos de salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo descriptivo, para el cual se ha realizado una muestra aleatoria entre las pacientes que acudían a las consultas ginecológicas (consulta de salud) del Hospital Santa María Nai perteneciente al Complejo Hospitalario de Ourense.

La cumplimentación de los cuestionarios se realizó durante el primer trimestre del año 2004.

Previa explicación del estudio que se iba a realizar y tras solicitar consentimiento, se pidió a un grupo aleatorio de pacientes que cumplimentasen de forma anónima el cuestionario sobre IU (tabla I).

Las respuestas de los cuestionarios se analizaron con el programa estadístico SPSS (versión 11.0).

RESULTADOS

En el estudio participaron 314 mujeres que constituyeron el grupo poblacional sobre el que se realizó el trabajo.

Descripción del grupo de estudio

La edad media del grupo de estudio fue 44,34 años.

La distribución por edades se puede observar en la tabla II.

Paridad y tipo de parto: el 71,01% (n = 223) de las mujeres que participaron en el estudio habían tenido embarazos a término que finalizaron por vía vaginal, dentro de este grupo, el 58,59% (n = 184) sólo presentó partos por vía vaginal, mientras que el 12,42% (n = 39) había tenido parto vaginal y cesárea anterior o posterior a dicho parto. Otro grupo lo constituyan las mujeres que siempre habían finalizado su gestación mediante cesárea (9,23%) (n = 29) y, finalmente, el 19,74% de la muestra (n = 62) no refería antecedentes ni de partos ni de cesáreas (nulíparas).

TABLA I. Cuestionario sobre la incontinencia urinaria

Edad. Peso. Talla
Partos: no/sí
¿Cuántos?
Pretérminos/a término/postérmino
Tipo de parto:
Vaginal: espontáneo/podálico/versión interna
Instrumental: ventosa/fórceps/espártulas
Episiotomía: no/sí Desgarro perineal: no/sí
Cesárea: no/sí: primaria/secundaria
Abortos: no/sí ¿Cuántos? Espontáneos/provocados
Toma medicamentos con regularidad?: no/sí ¿Cuáles?
¿Es fumadora?: no/sí < 10 cigarrillos/día; ≥ 10 cigarrillos/día
¿Tiene estreñimiento habitualmente?: no/sí
¿Ha tenido o tiene con frecuencia infecciones urinarias?: no/sí ¿Cuántas veces al año?
¿Ha sido operada por procesos ginecológicos?: no/sí Tipo de intervención
¿Es menopáusica?: no/sí < 1 año; ≥ 1 año
¿Ha sido tratada?: no/sí
¿Presenta alguna enfermedad actualmente?: no/sí (breve descripción)
¿Toma líquidos con frecuencia?: no/sí
¿Cuántos l/día?
¿Se le escapa la orina o se le ha escapado en alguna ocasión?: no/sí: alguna vez/frecuentemente
¿Cuántas veces al mes/semana?
¿Tiene que levantarse por la noche a orinar?: no/sí ¿Cuántas veces?
¿Al hacer esfuerzos (tos, risa, coger pesos, correr, etc.)?: no/sí
¿Aguanta mucho las ganas de orinar?: no/sí
¿Siente urgencia por orinar y si no lo hace rápido se le escapa la orina?: no/sí
¿Se le escapa la orina al hacer esfuerzos y porque siente urgencia por orinar?: no/sí
¿Cuánto tiempo hace que tiene pérdidas de orina?: < 1 año; ≥ 1 año
¿Ha consultado por este problema?: no/sí
¿Se ha corregido?: no/sí: con tratamiento?, sin tratamiento?
¿Esta incontinencia le plantea problemas en sus ocupaciones habituales?: no/sí
¿Esta incontinencia le plantea problemas en sus relaciones sexuales?: no/sí
¿Evita tenerlas por ello?: no/sí
¿Le preocupa este problema?
¿Cuál cree que es la causa de sus pérdidas de orina?

Las mujeres con parto vaginal presentaron una media de 2,14 partos por mujer (1 parto: 32,73%; 2 partos: 39,01%; 3 partos: 16,59%; 4 o más partos: 11,65%).

Las mujeres con cesárea presentaron una media de 1,48 cesáreas por mujer (1 cesárea: 58,97%; 2 cesáreas: 33,33%; 3 o más cesáreas: 7,69%).

En relación con la cirugía ginecológica, según los datos obtenidos en esta muestra poblacional, 24 mujeres se habían sometido a histerectomía (a 14 se les practicó anexectomía y 10 conservaron anejo/s) y

TABLA II. Distribución por edades del grupo de estudio

AÑOS (DÉCADAS)	NÚMERO DE MUJERES (%)
10-19	2 (0,63)
20-29	59 (18,78)
30-39	66 (21,01)
40-49	69 (21,97)
50-59	64 (20,38)
60-69	42 (13,37)
70-79	11 (3,5)
≥ 80	1 (0,31)

sólo 3 reconocieron haber sido intervenidas de cirugía vaginal (plastias vaginales).

Del total de la población estudiada, 134 mujeres reconocieron haber presentado pérdidas urinarias al menos una vez durante el mes anterior a la realización de la encuesta.

Ello supone una prevalencia del 42,67%.

La intensidad de las pérdidas quedó establecida del siguiente modo: 81 mujeres (60,44%) reconocieron presentar pérdidas esporádicas, 47 (35,07%) refirieron pérdidas moderadas y 6 (4,47%) describieron sus pérdidas como graves. De este último grupo, 4 (2,98%) dijeron que sus pérdidas ocurrían a diario (fig. 1).

Incontinencia urinaria por edades

A medida que se incrementa la edad parecía lógico esperar un incremento de mujeres incontinentes.

Por este motivo se clasificó a las mujeres incontinentes por décadas, para intentar determinar la relación de la edad con la IU.

Se encontraron incrementos significativos de pérdidas urinarias según aumentaba la edad de las pacientes, con cifras de prevalencia similares a las de otros trabajos publicados acerca de este aspecto (fig. 2). Sin embargo, en los grupos de edades extremas no fue posible encontrar significación estadística, dado el reducido número de pacientes.

Por lo que se refiere a la gravedad de la incontinencia en las distintas décadas, se ha podido observar que la mayor parte de las incontinencias graves acontecen a edades superiores a los 50 años (tabla III).

Par poder analizar el problema de manera global se decidió clasificar la muestra en 5 grupos de edad:

- Grupo 1 o jóvenes: edad ≤ 30 años.
- Grupo 2 o adultas: > 30 y < 50 años.
- Grupo 3: ≥ 50 y < 65 años.
- Grupo 4: ≥ 65 y < 70 años.
- Grupo 5 o ancianas: ≥ 70 años.

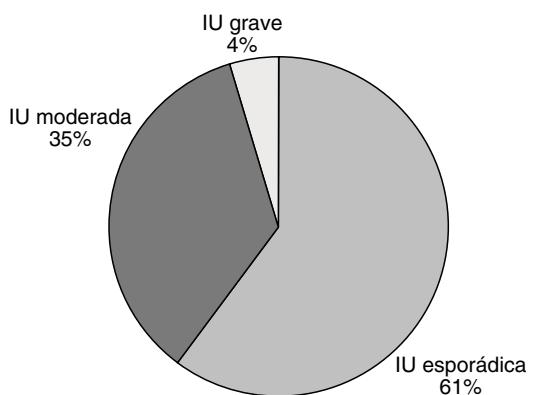


Fig. 1. Intensidad de las pérdidas. IU: incontinencia urinaria.

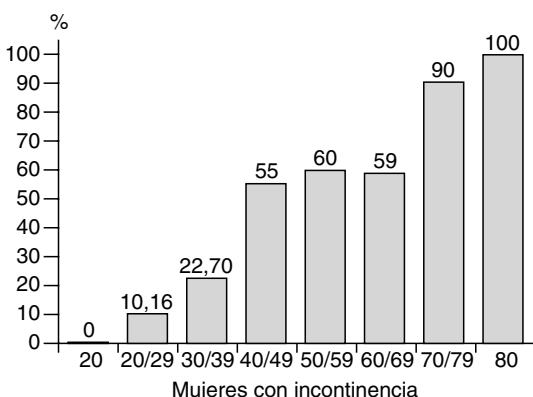


Fig. 2. Porcentaje de incontinencia urinaria por décadas.

TABLA III. Gravedad de la incontinencia urinaria (IU) en las distintas edades

DÉCADAS	MUJERES INCONTINENTES	IU LEVE	IU MODERADA	IU GRAVE
10-19	0	0	0	0
20-29	6	6	0	0
30-39	15	13	2	0
40-49	38	22	15	1
50-59	39	25	13	1
60-69	25	10	12	3
70-79	10	5	4	1
≥ 80	1	0	1	0

En el primer grupo (jóvenes) había un total de 61 pacientes y la gran mayoría, 55 (90,16%), era contínente. Únicamente las 6 restantes (9,83%) presentaban IU y en todos los casos era de tipo leve.

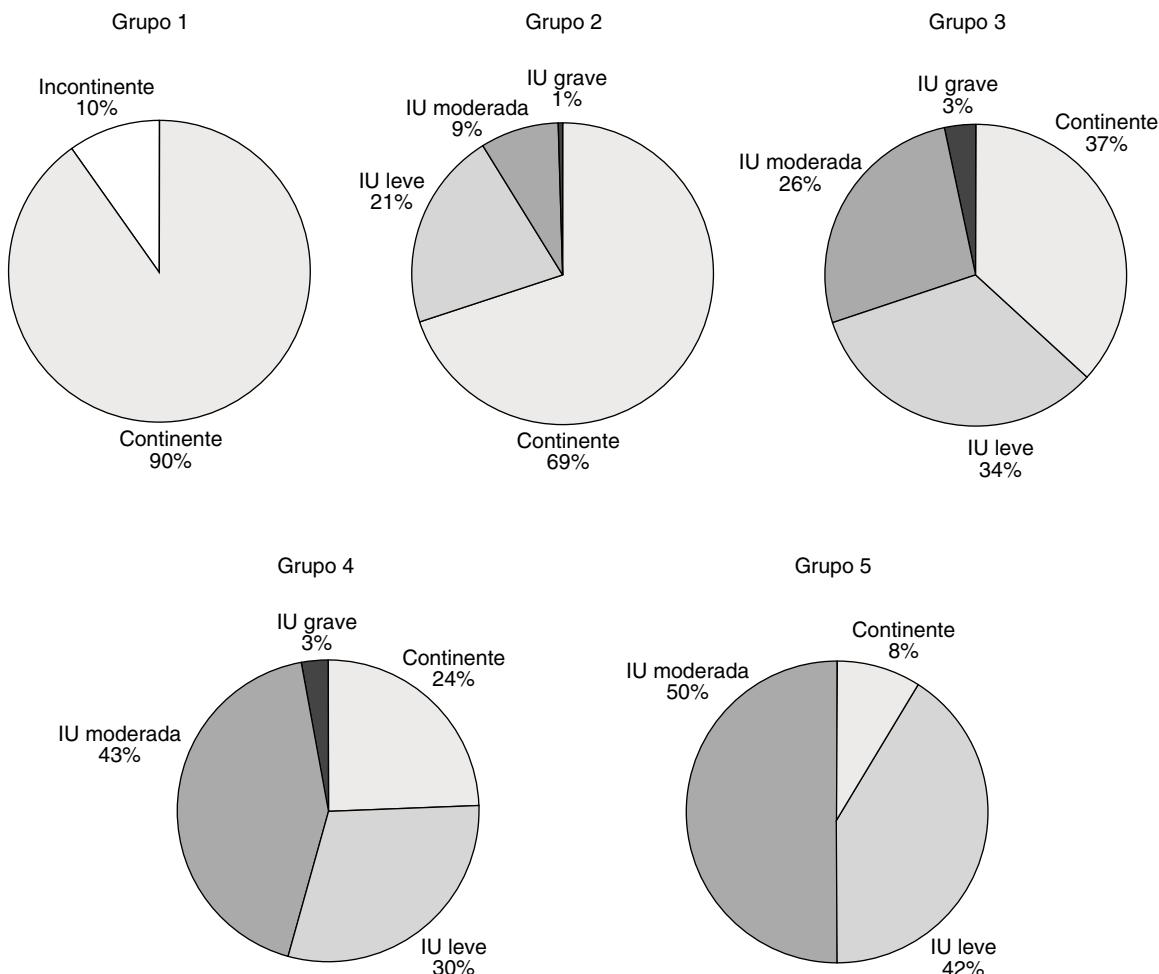


Fig. 3. Porcentaje de IU por grupos de edad a estudio. IU: incontinencia urinaria.

En el grupo 2 había un total de 196 mujeres y 137 eran continentes (69,89%). De las 59 mujeres restantes (30,10%) que eran incontinentes, 41 (69,5%) presentaban incontinencia leve; 17 (28,8%), moderada, y 1 (1,7%), grave.

De las 118 mujeres que constituyan el grupo 3, eran continentes 43 (36,44%), mientras que 75 (63,55%) presentaban pérdidas de orina. En este grupo las pérdidas quedaron establecidas del siguiente modo: 40 (53,3%) leves, 31 (41,3%) moderadas y 4 (5,3%) graves.

Las mujeres ≥ 65 años o grupo 4 eran 33, de las que sólo 8 (24,24%) eran continentes y las 25 (75,75%) restantes presentaban incontinencia. Entre ellas, 10 (40%) presentaban incontinencia leve; 14 (56%), moderada, y 1 (4%), grave.

Finalmente, en el grupo 5 había 12 mujeres ancianas (con edades ≥ 70 años) de las que sólo 1 (8,33%) era continente. Las 11 restantes (91,6%) presentaban algún grado de incontinencia: 5 (45,5%), leve, y 6 (54,5%), moderada, y ninguna de ellas refirió pérdidas graves (fig.3).

Los resultados obtenidos están en la línea de los descritos en otras publicaciones, a pesar de que en los grupos de mujeres de más edad los valores del presente estudio se acercan a las tasas de prevalencia más altas encontradas en otras publicaciones. También es cierto que la casuística en estas edades no es tan amplia como en edades inferiores, por lo que no es posible encontrar significación estadística.

Si se selecciona como punto de corte la edad de 50 años, se obtienen 2 grupos: el de pacientes < 50 años y el de pacientes ≥ 50 años. Entre estos dos grupos se observa que la IU es más severa en el grupo de mayor edad con significación estadística ($p \leq 0,001$).

Incontinencia urinaria según los tipos

Entre los distintos trabajos publicados no hay unanimidad acerca de la epidemiología de las distintas clases de IU. Los diversos autores discrepan acerca de las poblaciones de estudio y de la clase de incontinencia más frecuente, así como acerca de si las IU permanecen estables a lo largo de la vida o bien experimentan modificaciones en las distintas etapas de la vida de la mujer.

En consecuencia, se decidió comprobar qué sucedía con los pacientes del presente estudio y se realizaron, por tanto, 2 tipos de estudio: uno general en el que se valoraba la clase de incontinencia que aparece con más frecuencia en el sexo femenino, y un segundo apartado que catalogaba a las pacientes por grupos de edad e intentaba establecer si los diferentes tipos de incontinencia presentan la misma prevalencia.

En la población de este estudio, la clase de incontinencia más frecuente es la IU de esfuerzo: la presentaban 60 (44,77%) de las 134 pacientes incontinentes. En segundo lugar se encuentra la IU mixta con 45 pacientes (33,58%), mientras que la IU de urgencia aparece en 29 casos y representa el 21,64%.

Se dividió a las mujeres incontinentes en 4 categorías según estuviesen incluidas en el grupo A (≤ 30 años), el grupo B (> 30 y ≤ 50), el grupo C (> 50 y ≤ 70) o el grupo D (> 70), para valorar la posibilidad de que se produzcan diferencias por edades entre los distintos tipos de IU:

– Grupo A (n = 6): 4 mujeres (66,66%) con IU de esfuerzo, 1 (16,6%) con IU de urgencia y 1 (16,6%) con IU mixta.

– Grupo B (n = 59): 27 mujeres (45,76%) con IU de esfuerzo, 11 (18,64 %) con IU de urgencia y 21 (35,59%) con IU mixta.

– Grupo C (n = 75): 33 mujeres (44%) con IU de esfuerzo, 18 (24%) con IU de urgencia y 24 (32%) con IU mixta.

– Grupo D (n = 11): 6 mujeres (54,54%) con IU de esfuerzo, 5 (45,45%) con IU de urgencia y 1 (9,09%) con IU mixta.

Se concluyó que en la población de este estudio la IU de esfuerzo era el tipo de incontinencia más frecuente en todos los grupos de edad, aunque la inci-

dencia de IU de urgencia aumentaba a partir de los 50 años. Este tipo de incontinencia seguía incrementándose progresivamente a partir de esta edad de modo que en las mujeres ancianas tendía a alcanzar valores muy próximos a los de la IU de esfuerzo.

Incontinencia urinaria y gestaciones

Con el propósito de estudiar la influencia del embarazo en la incontinencia femenina, así como del número de embarazos y su vía de finalización, se subdividió el grupo de estudio en función de estos datos.

Había 62 mujeres sin partos vaginales y sin cesáreas, de las que solamente 12 (19,35%) eran incontinentes y 50, la mayoría de ellas, (80,64%) eran continentes (tabla IV).

De las 223 mujeres que habían presentado partos vaginales, 114 (51,12%) eran incontinentes. Entre las 91 mujeres sin partos vaginales, tan sólo 20 (21,9%) eran incontinentes.

Según estos datos, 109 (48,87%) mujeres con partos y 71 (78,02%) mujeres sin partos eran continentes.

Los resultados obtenidos en las mujeres con partos vaginales presentan significación estadística ($p \leq 0,01$) en comparación con los resultados obtenidos en las que no habían tenido partos y también con los de un grupo más amplio que incluía a mujeres sin partos vaginales pero con cesáreas.

Si se analizan solamente los datos del grupo de mujeres que habían terminado todas sus gestaciones mediante cesárea, se obtienen los siguientes datos: de las 29 mujeres que acabaron en cesárea/s su/s embarazos, sólo eran incontinentes 8 (27,58%) y las 21 (72,41%) restantes eran continentes. Cabe señalar que de las 8 mujeres incontinentes, 1 mujer definía su incontinencia como moderada y las otras 7 como leve.

Ello implica que las mujeres que finalizan mediante cesárea sus gestaciones presentan un menor índice de IU frente a las nulíparas y también frente a las mujeres que tuvieron parto vaginal ($p \leq 0,05$).

Al estudiar la paridad vía vaginal se encontró a 73 mujeres con un único parto, de las que 29 (39,72%) eran incontinentes: 15 mujeres (51,72%) presentaron incontinencia leve; 12 (41,37%), moderada, y 2 (6,89%), grave.

En las mujeres que habían tenido 2 partos (87 casos de este estudio), la tasa de incontinencia suponía el 54,02%, con 47 mujeres afectadas. En este grupo la importancia de las pérdidas fue la siguiente: incontinencia leve, 29 (61,7%); moderada, 16 (34,04%), y grave, 2 (4,25%).

Entre las 63 mujeres con 3 partos o más, presentaron incontinencia 38 (60,31%), de las que 18 (47,36%)

TABLA IV. Nuligestas e IU

	INCONTINENTES	CONTINENTES
Sin partos/cesáreas	12 (19,35%)	50 (80,64%)

refirieron incontinencia leve; 19 (50%), moderada, y 1 (2,63%), grave.

Se encontró una relación entre un mayor número de partos y una mayor incidencia de incontinencia, con significación estadística ($p \leq 0,05$) (fig. 4).

No obstante, los datos obtenidos no son concluyentes para relacionar un mayor número de partos con unas pérdidas urinarias más severas.

Un estudio similar se realizó entre las mujeres que habían dado a luz mediante cesárea. Del total de 29 mujeres que habían finalizado el embarazo únicamente con cesárea, había 14 mujeres (48,27%) con 1 cesárea y 15 (51,72%) con más de una.

Entre las mujeres que habían tenido 1 cesárea, 5 mujeres (35,71%) presentaban algún grado de incontinencia y 9 (64,28%) eran continentes. En el caso de las mujeres con más de una cesárea, 3 pacientes (20%) eran incontinentes y 12 (80%), continentes.

No fue posible concluir que el mayor número de cesáreas por mujer incremente significativamente la importancia de las pérdidas urinarias.

Tipos de incontinencia urinaria y su relación con la vía de parto

Se considera que las modificaciones anatómicas que ocurren durante el proceso del parto vaginal y también, aunque estas modificaciones se dan en menor intensidad, durante la cesárea son las causantes de la mayor incidencia de IU de esfuerzo en las mujeres que han gestado.

Hoy en día se tiende a considerar el embarazo en sí, llegado un determinado tiempo de amenorrea, un factor de incontinencia. Las alteraciones que produce sobre el suelo pélvico, la distensión de los ligamentos y de los músculos de la pelvis justificaría considerarlo un factor de incontinencia.

Aunque parece que hay un cierto grado de unanimidad en la bibliografía en considerar la aparición de la IU de esfuerzo un resultado de la paridad, no todos los autores están de acuerdo y no es infrecuente encontrar algunos trabajos que lo pongan en entredicho.

Entre las 62 mujeres nulíparas se encontró que, de las 12 mujeres incontinentes, 3 (25%) presentaban IU de esfuerzo, mientras que de las otras 9 (75%), 2 (16%) presentaban IU de urgencia y 7 (58,3%), IU mixta.

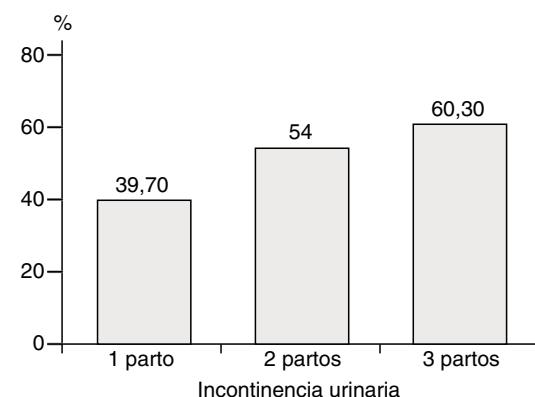


Fig. 4. Incontinencia urinaria y paridad.

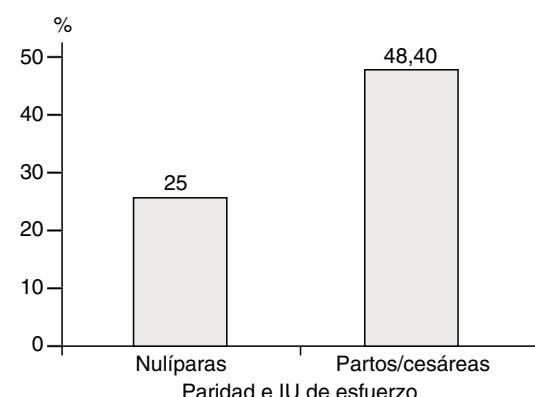


Fig. 5. Paridad e incontinencia urinaria (IU) de esfuerzo.

A su vez entre las 252 mujeres con partos y/o cesáreas eran incontinentes 122, y la IU de esfuerzo era la más habitual, 59 casos (48,36%). Entre las 63 restantes (51,63%), 25 (20,49%) presentaban IU de urgencia y 38 (31,14%), IU mixta.

La IU, de esfuerzo es significativamente más frecuente ($p \leq 0,01$) en las pacientes con antecedente de gestaciones previas (fig. 5).

Incontinencia urinaria en relación con infecciones urinarias

Interesaba conocer si había algún tipo de relación entre las infecciones urinarias de repetición y pérdidas urinarias, así como si predominaba alguna clase de incontinencia.

Se decidió catalogar como mujer con infecciones urinarias de repetición si refería haber presentado 2 o más episodios de infección en el año previo.

Se obtuvo un grupo control de referencia con 266 mujeres sin infecciones frente a las 48 que presentaban infecciones.

Entre las 266 mujeres que no presentaban infecciones, 107 (40,2%) eran incontinentes y 159 (59,77%), continentes.

Entre las mujeres incontinentes, 52 (48,6%) presentaban IU de esfuerzo; 20 (18,69%), IU de urgencia, y 33 (30,8%), IU mixta.

De las 48 mujeres con infecciones urinarias presentaban continencia urinaria 21 (43,75%). Las 27 restantes (56,25%) refirieron tener IU: 7 (25,92%) IU de esfuerzo, 8 (29,62%) IU de urgencia, y 12 (44,44%), IU mixta.

Se obtuvo una relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre el grupo de mujeres con infecciones urinarias de repetición y el grupo control con una mayor incidencia de IU.

Incontinencia urinaria y cirugía ginecológica

La bibliografía médica al respecto considera que la cirugía ginecológica pélvica (tanto por vía abdominal como por vía vaginal) que implica la liberación/movilización vesical y/o la unión uretrovesical (p. ej., plastias vaginales o intervenciones que conllevan la exéresis uterina) favorecen la aparición de la IU femenina. Muchos cirujanos ginecológicos han experimentado la desagradable apreciación que les refiere su paciente de pérdida urinaria tras una intervención quirúrgica.

Estudiamos por tanto este aspecto en nuestra casuística.

Refirieron cirugía ginecológica con histerectomía (acompañada o no de anejos) un total de 24 mujeres. Sorprendentemente, sólo reconocieron haber sido sometidas a plastias vaginales 3 pacientes; aunque probablemente fueran más y las entrevistadas omitieron involuntariamente el hecho.

En el grupo sin cirugía ginecológica había 287 mujeres, de las que 107 (37,28%) eran incontinentes: 47 (43,9%) presentaban IU de esfuerzo; 25 (23,36%), IU de urgencia, y 35 (32,71%), IU mixta.

En el grupo con cirugía ginecológica había 27 mujeres, de las que 17 (62,96%) eran incontinentes: 9 (52,9%) presentaban IU de esfuerzo; 2 (11,76%), IU de urgencia, y 6 (35,29%), IU mixta. De las 3 mujeres que refirieron haberse sometido a cirugía vaginal, todas presentaban pérdidas urinarias.

Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el hecho de haberse sometido a cirugía ginecológica y la presencia de IU ($p \leq 0,05$).

Incontinencia urinaria y otros factores

Se intentó establecer una relación entre la presencia de IU o, en su caso, el grado mayor de IU y el parto instrumental, la presencia o no de episiotomía, los antecedentes obstétricos previos de abortos, el consumo de tabaco y el estreñimiento.

En esta casuística había 41 partos instrumentales (ventosas obstétricas o fórceps) y 182 mujeres que habían parido de forma eutórica. No se encontró una relación estadísticamente significativa al relacionar el uso de instrumental obstétrico con la presencia o no de IU posterior.

En relación con la episiotomía (174 mujeres que la presentaban frente a 49 sin ella), a pesar de encontrar unos valores más altos de continencia urinaria entre las mujeres con episiotomía, no se encontró una relación que fuese estadísticamente significativa. Se cree que este hallazgo se puede justificar en parte porque las mujeres de más edad son, por lo general, las que parieron sin episiotomía, y la media de edad de éstas superaba ampliamente a la de las mujeres que recibieron ayuda médica en el parto.

Respecto al hábito tabáquico y a su supuesta relación con la IU, en este estudio 44 mujeres refirieron ser fumadoras importantes (más de 10 cigarrillos/día), de las que 11 eran incontinentes, frente a las 123 incontinentes en el grupo de las 270 no fumadoras. Este mayor número de mujeres con pérdidas urinarias no fumadoras careció de representación estadística. No obstante, interesa volver a recordar lo expresado en el anterior apartado: la media de edad de las mujeres fumadoras es mucho menor que la de las no fumadoras.

En cuanto a la existencia previa de aborto (en este estudio había 49 casos de aborto frente a 265 que no referían haber tenido ninguno) o de un número mayor de éstos, tampoco se pudo establecer ninguna relación estadísticamente significativa con la presencia o no de IU.

El hábito intestinal tampoco pareció influir respecto a la incontinencia, y aquellas mujeres que se definieron a sí mismas como estreñidas presentaron una incidencia de pérdida urinaria similar a la de las mujeres que no presentaban esta patología.

Actitudes de la mujer ante su incontinencia urinaria

Se interrogó también a las pacientes para conocer cuántas de ellas habían consultado, bien a su médico de familia o bien a algún especialista, acerca de su incontinencia. Las cifras de consulta fueron bajas, y úni-

camente habían solicitado ayuda médica 22 de ellas (16,41%). La mayor parte de ellas, 112 (83,58%), nunca lo habían hecho.

No habían consultado al médico, a pesar de no ser un problema reciente, ya que 114 (85,08%) de las 134 reconocían una incontinencia de duración superior al año. Las otras 20 mujeres (14,92%) presentaban pérdidas desde hacía menos de un año.

No obstante, de todas las que consultaron, sólo 7 (31,82%) corrigieron su incontinencia en mayor o menor grado. El 68,18% representado por las 15 restantes no reconoció ningún tipo de mejoría tras la intervención médica.

Interesaba también conocer cuál era el motivo, según las pacientes, responsable de sus pérdidas de orina. La mayoría de las entrevistadas, (52,98%; n = 71) no sabía el motivo o no era capaz de describirlo. El 23,88% lo atribuía a la edad. Haber parido era el factor responsable en el 14,92% de los casos. El 4,4% lo atribuía a cirugía ginecológica previa, el 1,49% a infecciones urinarias y el 2,23% a los «esfuerzos físicos».

En el grupo de mujeres incontinentes, 68 (50,7%) manifestaron que sus pérdidas urinarias les preocupaban, aunque la mayoría lo consideraba una preocupación menor.

Tan sólo 34 mujeres (25,37% de las mujeres incontinentes) refirieron que estas pérdidas les ocasionaban algún problema en sus ocupaciones habituales.

Hay trabajos publicados que indican el hecho de que la mujer siente su incontinencia como más molesta para las ocupaciones rutinarias que para el mantenimiento de su vida sexual. Por ello al preguntarles acerca de si la presencia de IU planteaba algún problema en sus relaciones sexuales, únicamente 10 (7,46%) de las 134 mujeres incontinentes contestó afirmativamente, aunque 7 mujeres refirieron evitar mantenerlas a causa de la IU. De estas 7 mujeres, 4 presentaban IU mixta, 2 IU de urgencia y, finalmente, 1 IU de esfuerzo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

– En la población de estudio, con una media de edad de 44,34 años, el porcentaje de mujeres con IU es del 40%, si bien sólo la mitad presenta pérdidas moderadas o severas.

– Se produce un incremento significativo de mujeres con IU a medida que se incrementa la edad, de modo que éstas se hacen más frecuentes y más severas a partir de la menopausia.

– En esta población la IU de esfuerzo es la más frecuente en todos los grupos de edad; no obstante, a partir de los 50 años aumenta la incidencia de IU de

urgencia. Este tipo de incontinencia sigue incrementándose progresivamente a partir de esta edad, de modo que en mujeres ancianas tiende a alcanzar valores muy próximos a los de la IU de esfuerzo.

– La paridad es un factor favorecedor de IU.

– Las mujeres con mayor número de partos son las que ofrecen tasas más altas de IU, aunque los datos obtenidos no han sido concluyentes para relacionar un mayor número de partos con una mayor gravedad de las pérdidas.

– La cesárea ofrece cierto grado de protección frente a la IU en comparación con el parto vaginal. No obstante, las mujeres sometidas a cesárea presentan mayor porcentaje de incontinencia en comparación con las nulíparas.

– La paridad (tanto el parto vaginal como la cesárea) parece influir más en la aparición de IU de esfuerzo que en los otros tipos de incontinencia.

– Las infecciones urinarias de repetición se asocian con una mayor incidencia de IU; y aunque no tienen significación estadística, hay una mayor asociación con el tipo de IU de urgencia.

– La cirugía ginecológica pélvica, bien por vía abdominal o por vía vaginal, que implica liberación/movilización vesical y/o la unión uretrovesical es un factor favorecedor de la IU femenina.

– La presencia o no de parto instrumental, la presencia o no de episiotomía, los antecedentes previos obstétricos de abortos, el consumo de tabaco y el estreñimiento no parecen guardar correlación con la aparición de IU.

– El número de mujeres que busca consulta médica por su problema de pérdida urinaria es bajo, en nuestra casuística el 16,4%. Se corrigieron en mayor o menor grado 1 de cada 3 mujeres que buscó ayuda médica.

– A pesar del bajo número de mujeres que busca ayuda médica, la mitad de las mujeres incontinentes manifiesta preocupación por ello. También es cierto que mayoritariamente lo consideran como una preocupación menor.

– Un 25% de las mujeres incontinentes manifiesta que sus pérdidas urinarias causan algún grado de problema para el desarrollo de su vida diaria.

– Pero tan sólo menos del 8% de las mujeres incontinentes refiere que ello interfiere en sus relaciones sexuales y en un porcentaje menor (7 de las 134 incontinentes) manifiesta evitar mantener relaciones sexuales a consecuencia de este problema.

RESUMEN

Se realiza un estudio prospectivo, descriptivo, de una muestra aleatoria de pacientes que acuden a con-

sulta de ginecología. Se les ofreció que cumplimentaran una encuesta con el fin de determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria (IU), la prevalencia de los diferentes tipos de IU, los posibles factores etiológicos presentes (edad, paridad, vía de parto, cirugía pélvica, etc.), así como la repercusión de la IU en la vida de la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation subcommittee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002;21:167-78.
2. Castro Díaz D, Espuña Pons M, Fortuny Roger M, Vila I, Coll MA. Guía Educativa en Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva. Fundación de Atención Primaria. SCMFIC (Sociedad Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria). Madrid: Editorial Luzán 5; 2004.
3. Stach-Lempinen B, Hakala AL, Metsänoja R, Kujansuu E. Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women. *Neurourolo Urod*. 2003;22: 5638-8.
4. Fultz NH, Herzog AR. Self-reported Social and Emotional Impact of Urinary Incontinence. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49: 892-9.
5. Espuña Pons M. Incontinencia de orina en la mujer. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:464-72.
6. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPICONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. *J Clin Epidemiol*. 2000;53:1150-7.
7. 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.
8. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003;82: 327-38.
9. Hunskaar S, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Hjalmas K, Lapitan MC. Epidemiology and natural history of urinary incontinence (UI). En: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence*. 2nd ed. Plymouth: Plymouth Distributors Ltd.; 2002. p. 165-202.
10. Sandwick H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S. A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour pad-weighing tests. *Neurourology Urodyn*. 2000;19:137-45.
11. Hunskaar S, Burgio K, Clark A, Lapitan M, Nelson R, Sillen U. Epidemiology of urinary (UI) and faecal (FI) incontinence and pelvic organ prolapse (POP). En: Abrams P, Khoury S, Cardozo L, Wein A, editors. *WHO-ICS International Consultation on Incontinence*. 3rd ed. Paris: Health Publications Ltd.; 2005. p. 255-312.
12. Castro Díaz D, Espuña Pons M. *Tratado de Incontinencia Urinaria*. Madrid: Ediciones Luzán 5; 2006.
13. Rodríguez LV, Blander DS, Dorey F, Raz S, Zimmern P. Discrepancy in patient and physician perception of patients quality of life related to urinary symptoms. *Urology*. 2003; 62:49-53.
14. Dugan E, Roberts CP, Cohen SJ, Presisser JS, Davis CC, Bland DR, et al. Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49:462-5.
15. Luna MT, Hirakawa T, Nakano H. Urinary incontinence in women seen in the obstetrics and gynecology clinic. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2000;11:277-81.
16. Van Geelen JM, Hunskaar S. The epidemiology of female urinary incontinence. *Eur Clinics Obstet Gynaecol*. 2005;1: 3-11.