

Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta

Mauricio Velázquez Magaña,* Héctor Hugo Bustos López,** Gabriel Rojas Poceros,** Gerardo Oviedo Ortega,** Eduardo S. Neri Ruz,***,**** Christian Sánchez Castrillo****

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

Objetivo: determinar la prevalencia de incontinencia urinaria y la calidad de vida relacionada con el estado de salud de mujeres entre 20 y 80 años de edad de la ciudad de México.

Pacientes y métodos: estudio observacional, transversal y descriptivo efectuado en 800 pacientes de las 16 delegaciones políticas del Distrito Federal. Se realizó un cuestionario que constó de tres apartados: 1) cuestionario de la consulta internacional de incontinencia urinaria, en su forma corta, que estudia la prevalencia de la enfermedad; 2) cuestionario de incontinencia urinaria y calidad de vida; y 3) cuestionario EuroQol que describe el perfil y valora el estado de salud.

Resultados: la prevalencia de incontinencia urinaria fue del 46.5%. Las mujeres con incontinencia urinaria tuvieron mayor índice de masa corporal que las mujeres continentes, además de mayor sobrepeso y obesidad tipos I, II, y III. En las mujeres con incontinencia urinaria se registraron mayor número de embarazos y partos. Las mujeres con incontinencia urinaria mostraron un índice de calidad de vida de 77.2 ± 21.7 ; limitación de la actividad o conducta de 75.1 ± 21.2 ; preocupación social de 69.5 ± 27.3 e impacto psicosocial de 83.4 ± 21.8 . Las pacientes con incontinencia urinaria reportaron menor índice de calidad de vida relacionado con el estado de salud, en comparación con las mujeres continentes [80 (70 a 90) vs 90 (80 a 95)].

Conclusiones: la evaluación psicosocial y emocional, por medio de cuestionarios estructurados, demuestra menor calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria.

Palabras clave: incontinencia urinaria, prevalencia, calidad de vida, incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria de urgencia, incontinencia urinaria mixta.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of urinary incontinence and quality of life in relation to health in Mexican women between 20 and 80 years old in Mexico City.

Patients and methods: The present is an observational, transverse and descriptive study. The questionnaire consisted of 3 parts: The first was a questionnaire from the International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form, which was used to study of the prevalence of the disease. The second was the incontinence and quality of life questionnaire and the third was the EuroQol questionnaire. The last two investigated the impact of urinary incontinence on the quality of life in relation to health.

Results: The questionnaire was applied to 80 patients. The average prevalence was 46.5%. Women with urinary incontinence have a higher body mass index than those who are continent. Likewise, women with urinary incontinence were more likely to be overweight or to have type I, II and III obesity. Women with urinary incontinence had also a higher number of pregnancies and vaginal deliveries than continent women. Incontinent women reported a low quality of life in the International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form and the incontinence and quality of life questionnaire (8.8 ± 3.3 , 77.2 ± 21.7 , respectively), with a limitation on activity of 75.1 ± 21.2 , a psychosocial impact of 83.4 ± 21.8 and social embarrassment of 69.5 ± 27.3 . Women with urinary incontinence reported a lower quality of life index in the EuroQol questionnaire in relation to health than continent women.

Conclusion: psychosocial evaluation shows that urinary incontinence in women is associated with a lesser quality of life.

Key words: urinary incontinence, prevalence, quality of life, stress urinary incontinence, urge urinary incontinence, mixed urinary incontinence.

RÉSUMÉ

Objectif: déterminer la prévalence d'incontinence urinaire et qualité de vie chez des femmes d'entre 20 et 80 ans de la Ville de Mexico.

Matériels et méthodes: étude observationnelle, transversale et descriptive effectuée auprès de 800 patientes des 16 mairies politiques de la Ville de Mexico. On a réalisé un questionnaire qui a compris trois sections: 1) questionnaire de la consultation internationale

d'incontinence urinaire, dans son abrégé, qui étudie la prévalence de la maladie; 2) questionnaire d'incontinence urinaire et qualité de vie; et 3) questionnaire EuroQol qui décrit le profil et fait une valorisation de l'état de santé.

Résultats: la prévalence de l'incontinence urinaire a été de 46.5%. Les femmes avec incontinence urinaire ont eu un indice de masse corporelle majeur que les femmes continentales, en plus d'un surpoids majeur, obésité type I, II et III. On a enregistré un nombre majeur de grossesses et d'accouchements chez les femmes avec incontinence urinaire. Les femmes avec incontinence urinaire ont montré un indice de qualité de vie (I-QOL) de 77.2 ± 21.7 ; limitation de l'activité ou conduite de 75.1 ± 21.2 ; préoccupation sociale de 69.5 ± 27.3 et impact psychosocial de 83.4 ± 21.8 . Les patientes avec incontinence urinaire ont rapporté un indice mineur de qualité de vie lié à l'état de santé (EQ-5D), en comparaison avec les femmes continentales [80 (70 à 90) vs 90 (80 à 95)].

Conclusions : l'évaluation psychosociale et émotionnelle, au moyen de questionnaires structurés, est liée à une qualité de vie mineure chez les patientes avec incontinence urinaire.

Mots-clés : incontinence urinaire, prévalence, qualité de vie, incontinence urinaire d'effort, incontinence urinaire d'urgence, incontinence urinaire mixte.

RESUMO

Objetivo: determinar a prevalência da incontinência urinária e a qualidade de vida em mulheres entre 20 e 80 anos de idade no Distrito Federal.

Materiais e métodos: Estudo observacional, transversal e descritivo efetuado em 800 pacientes das 16 delegacias políticas do Distrito Federal. Realizou-se um questionário que constou de três apartados: 1) questionário da consulta internacional de incontinência urinária, na sua forma curta, que estuda a prevalência da doença; 2) questionário de incontinência urinária e qualidade de vida; e 3) questionário EuroQol que descreve o perfil e avalia o estado de saúde.

Resultados: a prevalência da incontinência urinária foi de 46,5%. As mulheres com incontinência urinária tiveram maior índice de massa corporéa que as mulheres continentais, além do maior sobrepeso, obesidade tipo I, II, e III. Nas mulheres com incontinência registrou-se maior número de gravidezes e partos. As mulheres com incontinência urinária mostraram um índice de qualidade de vida (I-QOL) de $77,2 \pm 21,7$; limitação da atividade ou conduta de $75,1 \pm 21,2$; preocupação social de $69,5 \pm 27,3$ e impacto psicosocial de $83,4 \pm 21,8$. As pacientes com incontinência urinária reportaram menor índice de qualidade de vida relacionado com o estado de saúde (EQ-5D), comparado com o das mulheres continentais [80 (70 a 90) vs 90 (80 a 95)].

Conclusões: a avaliação psicosocial e emocional mediante questionários estruturados, relaciona-se com uma menor qualidade de vida nas pacientes com incontinência.

Palavras chave: incontinência urinária, prevalência, qualidade de vida, incontinência urinária de esforço, incontinência urinária de urgência, incontinência urinária mista.

La incontinencia urinaria es un padecimiento frecuente en mujeres que afecta el bienestar físico, psicosocial, económico y familiar.^{1,2}

La Sociedad Internacional de Continencia definió a la incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de orina. De la misma forma, denominó a la

incontinencia urinaria de esfuerzo como la pérdida involuntaria de orina relacionada con los esfuerzos físicos (toser, estornudar o reír). La incontinencia urinaria de urgencia es la pérdida involuntaria de orina acompañada o precedida por el deseo repentino de orinar. La incontinencia urinaria mixta es la pérdida involuntaria de orina relacionada con la urgencia o el esfuerzo físico.³

Diferentes estudios han demostrado variedad en la tasa de prevalencia de este padecimiento y se atribuyen a definiciones utilizadas, diseño de cuestionarios, población de estudio y criterios de selección.⁴ La prevalencia de incontinencia urinaria se incrementa con la edad: en la población juvenil varía del 20 al 30% y se incrementa en la etapa adulta del 30 al 40%. En la población de mayor edad existe incremento sostenido del 30 al 50%.^{5,6} En la Gran Bretaña, Alemania y Francia se realizó una encuesta relacionada con la incontinencia urinaria en mujeres mayores de 18 años que reportó una prevalencia del 42, 44 y 41%, respectivamente.

* Médico residente de la especialidad en Ginecología y Obstetricia.

** Médico adscrito.

Centro Médico ABC. México, DF.

*** Jefe del Servicio de Consulta Externa, Clínica de Especialidades de la Mujer, SEDENA, México, DF.

**** Coordinador de Investigación, Centro Médico ABC, México, DF.

Correspondencia: Dr. Mauricio Velázquez Magaña. Centro Médico ABC. Sur 136 esquina Observatorio, colonia Las Américas, CP 01120, México, DF.

Recibido: abril, 2007. Aceptado: abril, 2007.

Este artículo debe citarse como: Velázquez MM, Bustos LHH, Rojas PG, Oviedo OG, Neri RES, Sánchez CC. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. Ginecol Obstet Mex 2007;75:347-56.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

La incontinencia urinaria de esfuerzo es el tipo más frecuente de incontinencia en las mujeres de 25 a 65 años de edad. Este tipo de incontinencia es la más frecuente en la mayoría de las pacientes, además de la incontinencia urinaria mixta.

Desde el punto de vista social y personal, la incontinencia urinaria de esfuerzo afecta la autoestima de la paciente, implica aislamiento y reduce la calidad de vida.⁷ La mayoría de las mujeres con incontinencia urinaria no acude a los servicios médicos.⁸ En Estados Unidos se ha registrado que sólo 25% de las mujeres buscan atención médica.⁹

La mayoría de las pacientes acuden al médico cuando los síntomas se vuelven más graves. El retraso en la búsqueda de atención médica se debe, quizás, a la pena que origina la enfermedad o a la falta de conocimiento de ésta. Algunas mujeres piensan que la incontinencia urinaria de esfuerzo forma parte del proceso de envejecimiento y que no existe otra alternativa de tratamiento que la cirugía.¹⁰

Los instrumentos de evaluación (cuestionarios estructurados y probados) estiman, de forma integral, la enfermedad en una persona.

La determinación de la calidad de vida es un campo de la sanidad y de la clínica que estudia los resultados de las intervenciones sanitarias. La calidad de vida se describe y se evalúa con cuestionarios relacionados con las deficiencias, discapacidades y minusvalías (generalmente como consecuencia de enfermedades) que sufren los pacientes. Las escalas que determinan la calidad de vida también se conocen como cuestionarios de medida del estado de salud, ya que valoran los síntomas físicos y el efecto en la funcionalidad de los individuos; por lo tanto, menor salud indica menor calidad de vida.¹¹

Los factores de riesgo implicados en la incontinencia urinaria de esfuerzo son: edad, paridad, obesidad, estreñimiento, deficiencia de colágeno, prolапso genital y enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neurológica.

La historia clínica y la exploración física son los pasos más importantes para realizar el diagnóstico de la enfermedad. El diagnóstico preliminar se realiza con una prueba simple de consultorio y exámenes de laboratorio mediante los hallazgos identificados en el tratamiento inicial. Si la enfer-

medad es compleja, deben considerarse los estudios especializados.¹²

El diagnóstico diferencial incluye padecimientos genitourinarios y no genitourinarios (cuadro 1). Algunos factores que ocasionan incontinencia urinaria tienen efectos potencialmente reversibles (cuadro 2); de éstos los medicamentos son los más frecuentes, pues precipitan o empeoran el padecimiento en las personas mayores (cuadro 3).

Cuadro 1. Diagnóstico diferencial de incontinencia urinaria en mujeres

Origen genitourinario

- Alteración del llenado y almacenamiento
 - Incontinencia urinaria de esfuerzo
 - Sobreactividad del músculo detrusor (idiopática)
 - Sobreactividad del músculo detrusor (neurogénica)
 - Tipos mixtos
- Fístulas
 - Vesical
 - Ureteral
 - Uretral
- Congénitas
 - Uréter ectópico
 - Epispadias

Origen no genitourinario

- Funcional
 - Neurológica
 - Cognitiva
 - Psicológica
 - Discapacidad física
- Ambiental
- Farmacológica
- Metabólica

Fuente: Urinary incontinence in women. ACOG Practice Bulletin No 63. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2005;105:1533-45.

Cuadro 2. Causas más frecuentes de incontinencia urinaria transitoria

- Infección de las vías urinarias o uretritis
- Uretritis atrófica o vaginitis
- Secundarias a medicamentos
- Embarazo
- Producción elevada de orina
 - Metabólicas (hiperglucemias, hipercalcemias)
 - Ingestión excesiva de líquidos
 - Sobrecarga de líquidos
- Delirio
- Movilidad limitada
- Impactación fecal
- Psicológicas

Fuente: Adaptado de Resnick NM, Yalla SV. Management of urinary incontinence in the elderly. N Engl J Med 1985;313:800-5.

Cuadro 3. Efecto de los medicamentos en la continencia urinaria

Función necesaria para la continencia	Cómo afectan los medicamentos la función	Ejemplos
Conciencia	Producen confusión, sedación y disminuyen la motivación.	Hipnóticos/sedantes, antimicóticos, antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivos, alcohol
Movilidad	Inducen rigidez, hipotensión ortostática	Antimicóticos, antihipertensivos, antidepresivos tricíclicos, nitratos
Balance de líquidos	Retención de líquidos, edema en los miembros inferiores, elevada diuresis nocturna.	Antiinflamatorios no esteroides, dehidropiridina, bloqueadores de los canales de calcio, esteroides
	Diuresis excesiva	Diuréticos de asa, alcohol, cafeína, teofilina
Contractilidad de la vejiga	Contractilidad afectada.	Agentes anticolinérgicos, antimicóticos, antidepresivos tricíclicos, antiparkinsonianos (trihexifenidilo, mesilato de benzotropina), antihistamínicos, antiespasmódicos, deisopiramida, bloqueadores de los canales de calcio, narcóticos, vincristina
	Causan impactación fecal o estreñimiento	Anticolinérgicos, bloqueadores de los canales de calcio, narcóticos
Función del esfínter	Evitan la relajación adecuada.	Agonistas alfa adrenérgicos
	Evitan el cierre adecuado.	Antagonistas alfa adrenérgicos, misoprostol
	Incrementan el reflejo tusígeno	Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina

Adaptado de: DuBeau CE. Problems in voiding and diseases of the prostate. In: Wei, JY, Sheehan, MN, editors. Geriatric Medicine. A case-based manual Oxford: Oxford University Press, 1997; p:153.

PACIENTES Y MÉTODOS

Del 1 de marzo al 31 de julio del 2006 se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo. Se aplicó una encuesta, dividida en tres cuestionarios, a 800 mujeres de las 16 delegaciones políticas del Distrito Federal.

El primer cuestionario incluyó los criterios de la Consulta Internacional de Incontinencia Urinaria, en su forma corta (ICIQ-IU-SF), para estudiar la prevalencia del padecimiento. El cuestionario consta de cuatro apartados que evalúan los síntomas y su efecto en las actividades diarias de las pacientes (este cuestionario se diseñó para la investigación y la práctica general).¹³ El ICIQ-IU-SF tiene altos niveles de validez, confiabilidad y sensibilidad. Además, tiene la recomendación grado A de la Consulta Internacional de Incontinencia (ICI).¹⁴

La relación entre calidad de vida y salud se valoró mediante dos exámenes: el cuestionario de incontinencia y calidad de vida (I-Qol) y el cuestionario de EuroQol (EQ5D y EQ VAS).

El EuroQol determina la calidad de vida de forma genérica y el I-Qol se utiliza como instrumento específico para la incontinencia urinaria. El

EuroQol es un cuestionario estandarizado de cinco apartados que describe el perfil y valora el estado de salud. Puede utilizarse para evaluaciones clínicas y económicas del cuidado de salud, así como en las encuestas de salud poblacional.¹⁴ El cuestionario valora cinco aspectos del estado de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión) y cada uno tiene tres categorías (nulo, moderado, grave). En conjunto forman un total de 243 estados de salud teóricos. El EQ VAS registra el estado de salud evaluado por el propio paciente en una escala vertical analógica graduada (0 a 100).

El I-Qol es un instrumento de evaluación específica que consta de 22 apartados con cinco posibles respuestas (mucho, bastante, regular, un poco o nada). Para su interpretación, el resultado se transforma en una escala del 0 al 100 y los resultados más altos indican mejor calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria. Dicho cuestionario se divide en tres subescalas: limitación de la actividad o conducta (ocho preguntas), efecto psicosocial (nueve preguntas) y preocupación social (cinco preguntas). El I-Qol tiene buenas propiedades psicométricas y ha demostrado excelente correlación con el uso

Cuadro 4. Características de las pacientes

	<i>Continencia urinaria</i> <i>n= 428 (53.5%)</i>	<i>Incontinencia urinaria</i> <i>n= 372 (46.5%)</i>	<i>p</i>
Edad (años), M±DE	36.3 ± 11.3	41.5 ± 12.7	< 0.001*
Estado menstrual			
Premenopásico, n (%)	354 (82.7%)	272 (73.1%)	< 0.001†
Posmenopásico, n (%)	74 (17.3%)	100 (26.9%)	< 0.001†
Índice de masa corporal (kg/m²), M±DE	24.6 ± 4	27 ± 5.5	< 0.001*
Normal (18.5 a 24.9), n (%)	235 (54.9%)	123 (33.1%)	< 0.001†
Sobrepeso (25-29.9), n (%)	154 (36%)	166 (44.6%)	0.013†
Obesidad			
Tipo I (30 a 34.9), n (%)	28 (6.5%)	56 (15.1%)	< 0.001†
Tipo II (35 a 39.9), n (%)	10 (2.3%)	22 (5.9%)	0.010†
Tipo III (≥40), n (%)	1 (0.2%)	5 (1.3%)	0.079§
Antecedentes obstétricos			
Número de embarazos M (rango)	2 (0-2)	2 (1-4)	< 0.001‡
Número de partos M (rango)	2 (1-3)	2 (1-4)	0.027‡
Número de cesáreas M (rango)	1 (1-2)	2 (1-2)	0.075‡
Número de abortos M (rango)	1 (1-1)	1 (1-1)	0.48‡
Ocupación			
Trabaja medio tiempo, n (%)	122 (28.5%)	96 (25.8%)	0.393†
Trabaja tiempo completo, n (%)	182 (42.5%)	135 (36.3%)	0.072†
Ama de casa, n (%)	142 (33.2%)	205 (55.1%)	< 0.001†
Retirada, n (%)	11 (2.6%)	5 (1.3%)	0.217†
Estudiante, n (%)	41 (9.6%)	15 (4%)	0.002†
Desempleada, n (%)	9 (2.1%)	11 (3%)	0.440†
Escolaridad			
Ninguna, n (%)	0 (0%)	4 (1.1%)	0.046§
Primaria, n (%)	29 (6.8%)	60 (16.1%)	< 0.001†
Secundaria, n (%)	39 (9.1%)	58 (15.6%)	0.005†
Preparatoria, n (%)	32 (7.5%)	29 (7.8%)	0.865†
Carrera técnica, n (%)	113 (26.4%)	101 (27.2%)	0.811†
Carrera universitaria, n (%)	169 (39.5%)	98 (26.3%)	< 0.001†
Posgrado, n (%)	46 (10.7%)	22 (5.9%)	0.014†

* Prueba *t* de Student; † Prueba de la ji al cuadrado; ‡ Prueba de la U de Mann-Whitney; § Prueba exacta de Fisher.

de toallas en las pruebas de estrés y el número de episodios de incontinencia urinaria.

Criterios

Se incluyeron mujeres mayores de 20 años de edad que tuvieran dominio del idioma español para entender y completar el cuestionario. Se excluyeron las mujeres embarazadas, mujeres en puerperio menor a seis meses, pacientes con problemas neurológicos, problemas secundarios a la radioterapia, cirugía pélvica radical ocasionada por enfermedad pélvica, mujeres en programas de rehabilitación de la pelvis, pacientes con tratamiento médico

o quirúrgico y en espera de alguna intervención quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia urinaria.

Definiciones

La definición de los tipos de incontinencia urinaria (incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria de urgencia e incontinencia urinaria mixta) se realizó de acuerdo con lo establecido por la Sociedad Internacional de Continencia.³

La frecuencia de pérdida urinaria se clasificó, según el cuestionario de incontinencia urinaria en su forma corta (ICIQ-IU-SF), en: nunca, una vez a la semana,

dos o tres veces al día, una vez al día, varias veces al día y continuamente.

La cantidad de pérdida de orina se dividió en: nula, muy poca cantidad, cantidad moderada y cantidad abundante.

Los episodios de incontinencia se refirieron a los ocurridos durante las cuatro últimas semanas.

El índice de masa corporal se determinó por el peso y estatura (peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la estatura en metros) y sus parámetros se consideraron: normal de 18.5 a 24.9 kg/m²; sobrepeso de 25 a 29.9 kg/m²; obesidad tipo I de 30 a 34.9 kg/m²; obesidad tipo II de 35 a 39.9 kg/m² y obesidad tipo III ≥ 40 kg/m².

El estado menstrual se determinó por la fecha de la última menstruación. El estado menopásico se consideró como la ausencia de menstruación durante un año, en relación con la fecha de realización de la encuesta y la última fecha de menstruación referida por la paciente.

Análisis estadístico

Las mujeres se asignaron por grupos de edad (décadas) y se dividieron en pacientes continentes y pacientes con incontinencia urinaria según el cuestionario ICIQ-IU-SF.¹³ Este último grupo se dividió en los diferentes tipos de incontinencia urinaria (esfuerzo, urgencia o mixta).

Se utilizó estadística descriptiva para distinguir el total de pacientes con y sin incontinencia urinaria, además de utilizar los siguientes análisis estadísticos:

- Prueba de la t de Student para analizar las diferencias entre las variables continuas (grupos de edad, índice de masa corporal) y el efecto en la escala del índice de calidad de vida (EQ-5D).
- Prueba de la ji al cuadrado para analizar las diferencias entre las variables categóricas, como: estado menstrual, tipos de índice de masa corporal, número de embarazo (ninguno, de 1 a 3, de 4 a 6 y más de 7), ocupación, grado escolar, tipo de incontinencia y efecto en los diferentes rubros del índice de calidad de vida (EQ-5D).

• Prueba de la U de Mann-Whitney para analizar las diferencias entre el número de embarazos, partos, cesáreas y abortos.

• Prueba exacta de Fisher para analizar las diferencias entre las variables categóricas, cuyo valor esperado fue < 5.

El nivel de significación estadística fue de $p < 0.05$. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 14 (SPSS Inc, Chicago, Ill).

RESULTADOS

La prevalencia de la incontinencia urinaria fue del 46.5%. La media de edad fue más alta en las mujeres con incontinencia urinaria (41.5 ± 12.7 años), en comparación con las mujeres sin este padecimiento (36.3 ± 11.3 años, $p < 0.001$).

La incidencia de incontinencia urinaria se incrementó a 30.2% en el grupo de 20 a 29 años; a 54% en el grupo de 40 a 49 años; 57.8% en el grupo de 50 a 59 años de edad y hasta 71.4% en la población de 70 a 79 años (figura 1).

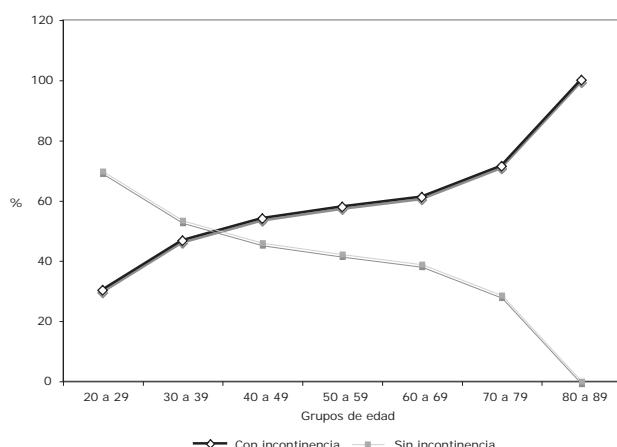


Figura 1. Prevalencia de incontinencia urinaria relacionada con las décadas de la vida.

Las mujeres con incontinencia urinaria tuvieron mayor índice de masa corporal, en comparación con las mujeres sin este padecimiento (27 ± 5.5 vs 24.6 ± 4 kg/m², $p < 0.001$), al igual que mayor sobrepeso (44.6 vs 36%, $p < 0.05$), obesidad tipo I (15.1 vs 6.5%, $p < 0.001$), tipo II (5.9 vs 2.3% $p < 0.05$) y tipo III (1.3 vs 0.2%, $p = 0.079$).

Las mujeres con incontinencia urinaria tuvieron mayor cantidad de embarazos que las mujeres continentes [2 (1 a 4) vs 2 (0 a 2), $p < 0.001$] y mayor número de partos [2 (1 a 4) vs 2 (1 a 3), $p < 0.05$]; además, las mujeres nulíparas tuvieron menor incidencia de la enfermedad (29.5 vs 70.5%, $p < 0.001$).

En las mujeres con cuatro a seis embarazos se registró mayor incidencia de incontinencia urinaria (65.2 vs 34.8%, $p < 0.001$). Lo mismo ocurrió en las pacientes con siete o más embarazos (84.6 vs 15.4%, $p < 0.05$) (figura 2).

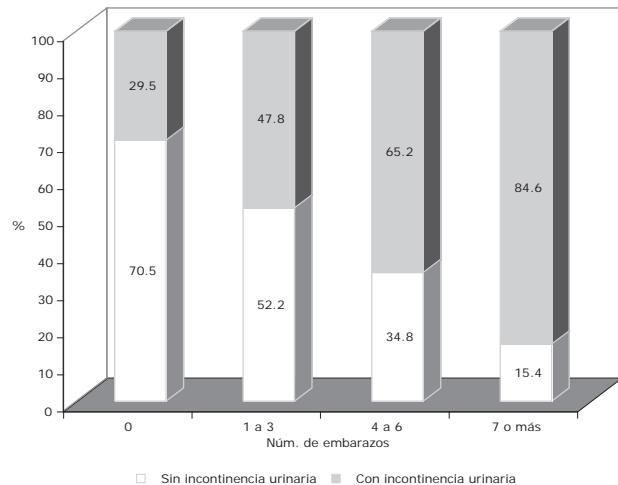


Figura 2. Prevalencia de incontinencia urinaria relacionada con el número de embarazos.

La escolaridad de las mujeres continentas, en comparación con las mujeres incontinentes, se distribuyó de la siguiente manera: no tuvieron ninguna preparación escolar (0 vs 1.1%, $p < 0.05$), estudiaron sólo la primaria (6.8 vs 16.1%, $p < 0.001$) o la secundaria (9.1 vs 15.6%, $p < 0.05$). Las mujeres continentas realizaron carreras universitarias (39.5 vs 26.3%, $p < 0.001$) y estudios de posgrado (10.7 vs 5.9%, $p < 0.05$), en comparación con las mujeres con incontinencia urinaria.

Las mujeres que se dedicaban al hogar tuvieron mayor prevalencia de la enfermedad que las mujeres continentas (33.2 vs 55.1%, $p < 0.001$).

Las pacientes con estado menstrual premenopáusico reportaron menor incidencia de incontinencia urinaria (43.5 vs 57.5%, $p < 0.001$).

La impresión de cantidad de pérdida urinaria, en las pacientes con el padecimiento, fue de 84.1% (figura 3).

Las mujeres con incontinencia urinaria reportaron un índice de calidad de vida con el cuestionario ICIQ-IU-SF de 8.8 ± 3.3 (límite de 0 a 21), índice de calidad de vida con el cuestionario IQOL de 77.2 ± 21.7 (límite de 0 a 100), limitación de la actividad física de $75.1 \pm$

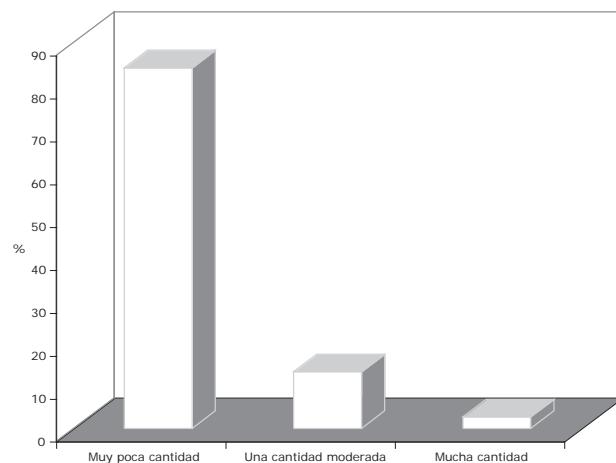


Figura 3. Impresión de pérdida de orina referida por las pacientes con incontinencia urinaria.

21.2 (0 a 100), efecto psicosocial de 83.4 ± 21.8 (rango 0 a 100) y preocupación social de 69.5 ± 27.3 (rango 0 a 100) (cuadro 5).

Cuadro 5. Calificación de los cuestionarios ICIQ-IU-SF e I-QOL (total y subescalas) en 372 pacientes con incontinencia urinaria

Calificación ICIQ-IU-SF	8.8 ± 3.3
Calidad de vida I-QOL	77.2 ± 21.7
Limitación de la actividad	75.1 ± 21.2
Impacto psicosocial	83.4 ± 21.8
Pena social	69.5 ± 27.3

I-QOL= *Incontinence Quality of Life Instrument*.

En las mujeres con incontinencia urinaria se reportó un índice menor de calidad de vida relacionado con el estado de salud (EQ-5D), en comparación con las mujeres continentas [80 (70 a 90) vs 90 (80 a 95), $p < 0.001$] (cuadro 6).

Los problemas de movilidad, referidos en el cuestionario EQ-5D, señalaron que las mujeres con el padecimiento tuvieron “algunos problemas” en mayor proporción que las mujeres continentas (18.8 vs 4.2%, $p < 0.001$), complicaciones para el cuidado personal (5.9 vs 0.9%, $p < 0.001$) y problemas para realizar actividades cotidianas (trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o recreativas) (12.1 vs 3%, $p < 0.001$).

Las pacientes con incontinencia urinaria refirieron dolor o malestar “moderado”, en comparación con las mujeres continentas (34.9 vs 13.8%, $p < 0.001$).

Cuadro 6. Calidad de vida en pacientes con y sin incontinencia urinaria según el cuestionario EQ-5D

	<i>Continencia urinaria n= 428(53.5%)</i>	<i>Incontinencia urinaria n= 372 (46.5%)</i>	<i>p</i>
Escala del estado de salud del día EQ-5D, Md (25°-75°)	90 (80 a 95)	80 (70 a 90)	< 0.001*
EQ-5D. Problemas para la movilidad			
Sin problemas para la movilidad, n (%)	410 (95.8%)	299 (80.4%)	< 0.001†
Algunos problemas para la movilidad, n (%)	18 (4.2%)	70 (18.8%)	< 0.001†
Tiene que estar en cama, n (%)	0 (0%)	3 (0.8%)	0.100§
EQ-5D. Problemas para el cuidado personal			
Sin problemas para el cuidado personal, n (%)	424 (99.1%)	349 (93.8%)	< 0.001†
Algunos problemas para el cuidado personal, n (%)	4 (0.9%)	22 (5.9%)	< 0.001†
No puede lavarse o vestirse, n (%)	0 (0%)	1 (0.3%)	0.465§
EQ-5D. Problemas para las actividades cotidianas (ejemplo trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o recreativas)			
Sin problemas para las actividades cotidianas, n (%)	415 (97%)	321 (86.3%)	< 0.001†
Algunos problemas para las actividades cotidianas, n (%)	13 (3%)	45 (12.1%)	< 0.001†
No puede realizar sus actividades cotidianas, n (%)	0 (0%)	6 (1.6%)	0.100§
EQ-5D. Dolor o malestar			
Sin dolor o malestar, n (%)	368 (86%)	236 (63.4%)	< 0.001†
Dolor o malestar moderados, n (%)	59 (13.8%)	130 (34.9%)	< 0.001†
Mucho dolor o malestar, n (%)	1 (0.2%)	6 (1.6%)	0.042§
EQ-5D. Ansiedad/depresión			
Sin ansiedad o depresión, n (%)	336 (78.5%)	252 (67.7%)	0.001†
Ansiedad o depresión moderada, n (%)	90 (21%)	105 (28.2%)	0.018†
Mucha ansiedad o depresión, n (%)	2 (0.5%)	15 (4%)	< 0.001†

* Prueba de la *t* de Student; † Prueba de la *χ*² al cuadrado; ‡ Prueba de la U de Mann-Whitney; § Prueba exacta de Fisher.

Las mujeres con la enfermedad tuvieron mayor ansiedad o depresión que las pacientes continentes (34.9 vs 13.8%, *p* < 0.05).

La frecuencia de pérdida urinaria más referida fue la de una vez a la semana (51.1%, cuadro 7).

La prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo fue de 54.3%; incontinencia urinaria de urgencia de 23.4% e incontinencia urinaria mixta de 22.3% (cuadro 8).

DISCUSIÓN

La prevalencia de incontinencia urinaria, por medio del cuestionario, fue de 46.5%. Esta tasa fue similar al trabajo de Melville y su grupo¹⁵ (45%), pero baja en relación con el estudio de Swithinbank y colaboradores¹⁶

Cuadro 7. Frecuencia de pérdida urinaria en pacientes con incontinencia urinaria

	N (%)
Una vez a la semana	190 (51.1)
Dos a tres veces a la semana	62 (16.7)
Una vez al día	42 (11.3)
Varias veces al día	63 (16.9)
Continuamente	15 (4)

(69%). El trabajo de Hannestad y sus colaboradores⁶ y el de Martínez y su grupo⁹ reportaron una prevalencia del 25 y 27.8%, respectivamente, quizás debida a los criterios diagnósticos y a la población de estudio, ya que sus factores de riesgo, como la obesidad, tenían menor incidencia.

Cuadro 8. Tipos de incontinencia urinaria de acuerdo con los grupos de edad

Grupos de edad	Incontinencia urinaria de esfuerzo n (%)	Incontinencia urinaria de urgencia n (%)	Incontinencia urinaria mixta n (%)
20 a 29	25 (36.8)	22 (32.5)	21 (30.9)
30 a 39	57 (54.8)	33 (31.7)	14 (13.5)
40 a 49	58 (56.9)	16 (15.7)	28 (27.5)
50 a 59	46 (68.7)	8 (11.9)	13 (19.4)
60 a 69	11 (50)	6 (27.3)	5 (22.7)
70 a 79	2 (40)	1 (20)	2 (40)
80 a 89	2 (66.7)	1 (33.3)	0 (0)

Otras investigaciones reportaron mayor prevalencia de la enfermedad, ya que la población de estudio fueron adultos mayores y sus criterios diagnósticos refirieron cualquier pérdida urinaria durante el último año.^{17,18}

Al igual que en otros trabajos, la elevada incidencia de incontinencia urinaria se relacionó directamente con la edad.^{6,9,19-21} Este padecimiento se ha vinculado, también, con la menopausia, el sobrepeso y la obesidad,^{6,9,15,17,21} y mayor número de embarazos^{17,20-23} y partos.^{9,15}

El daño a la inervación de los músculos pélvicos, ocasionado por el parto vaginal, se relaciona con riesgo elevado de padecer incontinencia urinaria,²⁴ mientras que otros estudios señalan la función protectora de la cesárea.^{25,26} En este estudio, la prevalencia de incontinencia urinaria en las mujeres nulíparas (29.5%) fue mayor a la informada por Melville y su grupo (13.3%); sin embargo, 95% de las pacientes nulíparas con incontinencia cuantificaron su pérdida como “muy poca”.¹⁵

La mayoría de las pacientes con incontinencia urinaria reportaron síntomas de esfuerzo (54.3%) similares a otros estudios;^{6,7,9} sin embargo, algunos autores han reportado mayor prevalencia de los síntomas mixtos.^{15,27}

Las mujeres sin incontinencia urinaria tuvieron mayor grado escolar y denotaron la importancia de conocer las implicaciones de dicho padecimiento, pues modificaron las variables de paridad y obesidad.

Las mujeres de este estudio mostraron un índice de calidad de vida (I-QOL) de 77.2 ± 21.7 , a diferencia de lo reportado por Melville y su grupo, cuyo resultado fue de 62.3 ± 22.4 .¹⁵ Los índices de limitación de la

actividad o conducta fueron 57.8 ± 22.5 vs 75.1 ± 21.2 , preocupación social 49.8 ± 28 vs 69.5 ± 27.3 e impacto psicosocial 73.2 ± 23.7 vs 83.4 ± 21.8 . El índice de calificación del ICIQ-IU-SF (8.8 ± 3.3) fue menor al del estudio de Avery y sus colaboradores (7.2 ± 6.6). Esto se explica por las diferencias culturales y porque los estudios citados se realizaron en centros especializados para la atención de problemas uroginecológicos, cuya gravedad de los síntomas difiere de lo observado en los estudios de población abierta.

Las pacientes con incontinencia urinaria refirieron “mucho ansiedad o depresión” en el cuestionario EQ-5D (4 vs 0.5%, $p < 0.001$). Esta variable se relaciona con los estudios que utilizan herramientas para el diagnóstico específico de la enfermedad, pues se ha demostrado que el mal funcionamiento de los neurotransmisores, en las pacientes con depresión, puede alterar la inervación de la vejiga y producir incontinencia urinaria.²⁷⁻³⁰

Las limitaciones de este estudio se debieron a que los cuestionarios aplicados, a pesar de estar estandarizados y validados, no contemplan la terapia hormonal de reemplazo en las mujeres menopáusicas (relacionadas con su eficacia),¹² estados de comorbilidad (cirugías pélvicas, como histerectomía), tabaquismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades neurológicas y trastornos metabólicos (diabetes). Otra limitación fue no estratificar la muestra para cada delegación política del Distrito Federal.

CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria es un conjunto de signos y síntomas que se manifiestan con elevada prevalencia y tiene repercusiones importantes en la salud y en la calidad de vida de las pacientes.

La evaluación psicosocial y emocional se relaciona con menor calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. Las pacientes afectadas tienen menor autoestima y autonomía en sus relaciones sociales; por lo tanto, debe reducirse el efecto negativo de la incontinencia urinaria para mejorar su calidad de vida. Los métodos que cuantifican los síntomas y la calidad de vida juegan un papel importante en la descripción de la percepción de las pacientes y en la determinación del tratamiento adecuado.

Los métodos que determinan la calidad de vida y el estado fisiológico, utilizados en las encuestas de salud poblacional, se diseñaron para conocer las necesidades de la población y definir las prioridades de la planificación sanitaria. Además, permiten estudiar (con medidas genéricas y específicas) áreas detalladas de la medicina y la sanidad (aspectos clínicos y poblacionales), en un contexto individualizado o con una perspectiva comunitaria.

Con esta modalidad, el equipo asistencial conocerá la relación de los síntomas clínicos en las actividades cotidianas de la paciente, justificará la estrategia de tratamiento (rehabilitación funcional, fármacos o intervención quirúrgica) y evaluará los resultados obtenidos.

REFERENCIAS

1. Hunskaar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, et al. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2000;11:301-19.
2. Hunskaar S, Burgio K, Diokno A, Voss S, et al. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al. 2nd ed. International Consultation Incontinence. Paris: Plymouth Health Publication Ltd, 2002;pp:165-201.
3. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:116-26.
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. Hunskaar S, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, et al. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology* 2003;62(Suppl 4A):16-23.
6. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *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(3):324-30.
8. Hunskaar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, et al. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvis Floor Dysfunct* 2000;11:301-19.
9. Martínez CJ, Flores O, García de Alba JE, Velázquez PI, et al. Prevalencia de incontinencia urinaria y anal en mujeres de la zona metropolitana de Guadalajara. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:300-5.
10. Kinchen KS, Burgio K, Diokno AC, Fultz NH, et al. Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. *J Womens Health* 2003;12(7):687-98.
11. Espuña M, Salinas J. Tratado de uroginecología. Incontinencia urinaria. 1^a ed. Madrid: Ars Medica. 2005
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No 63. Urinary incontinence in women. *Obstet Gynecol* 2005;105:1533-45.
13. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, et al. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurorol Urodyn* 2004;23(4):322-30.
14. Brooks R. EuroQoL: the current state of play. *Health Policy* 1996;37(1):53-72.
15. Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary incontinence in US women. A population-based study. *Arch Intern Med* 2005;165:537-42.
16. Swithinbank LV, Donovan JL, du Heaume JC. Urinary symptoms and incontinence in women: relationships between occurrence, age and perceived impact. *Br J Gen Pract* 1999;49:897-900.
17. Sampselle CM, Harlow SD, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko I. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obstet Gynecol*. 2002;100:1230-8.
18. Moller LA, Lose G, Jorgensen T. The prevalence and bothersomeness of urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:298-305.
19. Grodstein F, Fretts R, Lifford K, Resnick N, Curhan G. Association of age, race and obstetric history with urinary symptoms among women in the nurses' health study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:428-34.
20. Millsom I, Ekelund P, Molander U, Arivsson L, Areskoug B. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol* 1993;149:1459-62.
21. Simeonova Z, Millsom I, Kullendorff AM, Molander U, Bengtsson C. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. *Acta Obstet Scand* 1999;78:546-51.
22. Foldspang A, Mommsen S, Law GW, Elving L. Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence. *J Epidemiol Community Health* 1992;46:595-600.
23. Dolan LM, Casson K, McDonald P, Ashe RG. Urinary incontinence in Northern Ireland: a prevalence study. *BJU International* 1999;83:760-6.
24. Snooks SJ, Setcell M, Swash M, Henry MM. Injury to innervations of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *Lancet* 1984;2:546-50.
25. Rortveit G, Dalteit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Norwegian EPICONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*. 2003;348:900-7.
26. Allen RE, Gosker GL, Smith ARB, Warrel DW. Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97:770-9.
27. Peyrat L, Haillot O, Bruyère F, Boutin JM, et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *BJU Int* 2002;89:61-66.
28. Melville JL, Walter E, Katon W, Lentz G, et al. Prevalence of comorbid psychiatric illness and its impact on symptom perception, quality of life, and functional status in women with urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:80-87.
29. Nygaard I, Turvey C, Burns TL, Crischilles E, Wallace R. Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women. *Obstet Gynecol* 2003;101:149-56.
30. Stach-Lempinen B, Hakala AL, Laippala P, Lehtinen K, et al. Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women. *Neurorol Urodyn* 2003;22:563-8.