

Incontinencia urinaria en mujeres del Distrito Federal

Mauricio Velázquez-Magaña,* Gustavo Aguirre-Ramos,* Rolando Álvarez-Valero,*
José Antonio Méndez-González,* Julio González-Cofrades*

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres mexicanas entre 20 y 80 años que viven en el Distrito Federal. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal y descriptivo. Se realizó en las 16 delegaciones políticas del Distrito Federal. Se empleó el cuestionario de la consulta internacional de la incontinencia urinaria en su forma corta (ICIQ-IU-SF) para estimar la prevalencia. **Resultados:** El cuestionario se aplicó en 800 pacientes. La prevalencia promedio fue 46.5%. La incidencia es de 30.2% en el grupo de 20-29 años; después aumenta y muestra una meseta de 54% y 57.8% entre la población de 40-49 y 50-59 años, respectivamente, para luego incrementarse hasta 71.4% en el grupo de 70-79 años. Las enfermas con incontinencia urinaria presentan mayor índice de masa corporal (IMC) que las mujeres continentales ($24.6 \pm 4 \text{ kg/m}^2$ versus $27 \pm 5.5 \text{ kg/m}^2$, $p < 0.001$); también presentan mayor incidencia de sobrepeso y de obesidad. En el grupo de mujeres con incontinencia urinaria se registró mayor número de embarazos y de partos. En cambio, las mujeres nulíparas presentaron menor incidencia de incontinencia urinaria. **Conclusiones:** La prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres del Distrito Federal nos obliga a la búsqueda intencionada de esta patología para realizar el diagnóstico y tratamiento tempranos.

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

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria es padecimiento frecuente en las mujeres. Afecta el bienestar físico, psicosocial y económico tanto de la persona que lo padece, como de sus familias.^{1,2}

* Ginecología y Obstetricia. Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 15/12/06. Aceptado: 04/02/07.

Correspondencia: Dr. Mauricio Velázquez-Magaña
Paseo Tullerías núm. 156, Lomas Verdes 3a Sección.
53125 Naucalpan, Estado de México, México.
Tel: 5343-4531. E-mail: md_mvmm@hotmail.com md_mvmm@yahoo.com.mx

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of urinary incontinence in Mexican women between 20 and 80 years old in Mexico City. **Materials and methods:** The study is observational, transverse and descriptive. The questionnaire employed was from the international consult of urinary incontinence in its short form (ICIQ-IU-SF), which was used to study of the prevalence of the disease. **Results:** The questionnaire was applied to 800 patients. Average prevalence was 46.5%. Incidence increased from 30.2% in women between 20-29 years to 54% and 57.8% in women between 40-49 years and 50-59 years respectively, with a further increase of up to 71.4% in women between 70 and 79 years of age. Women with urinary incontinence have a higher BMI than those who are continent ($24.6 \pm 4 \text{ kg/m}^2$ vs. $27 \pm 5.5 \text{ kg/m}^2$). Likewise, women with urinary incontinence were more likely to be overweight or to have type I, II and III obesity. Women with urinary incontinence also had a higher number of pregnancies and vaginal deliveries than continent women. **Conclusion:** The high prevalence of urinary incontinence in Mexican women in Mexico City encourage us to make an early diagnosis and treatment.

Key words: Urinary incontinence, prevalence, stress urinary incontinence, urge urinary incontinence, mixed urinary incontinence.

La Sociedad Internacional de Continencia (SIC) simplificó y definió a la incontinencia urinaria (IU)³ como la pérdida involuntaria de orina; de la misma forma, definió a la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)³ como la queja de la pérdida involuntaria de orina asociada con el esfuerzo físico, toser, estornudar o reír. La incontinencia urinaria de urgencia (IUU)³ representa la queja de la pérdida involuntaria de orina acompañada o precedida inmediatamente de la urgencia urinaria o el deseo repentino de ir a orinar. La incontinencia urinaria mixta (IUM)³ representa el hecho de referir la pérdida involuntaria de orina asociada con

Cuadro I. Diagnóstico diferencial de la incontinencia urinaria en mujeres.

Etiología genitourinaria

Alteraciones de llenado y almacenaje

- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Sobreactividad del músculo detrusor (idiopática)
- Sobreactividad del músculo detrusor (neurogénica)
- Tipos mixtos

Fístulas

- Vesical
- Ureteral
- Uretral

Congénitas

- Uretero ectópico
- Epispadias

Etiología no genitourinaria

Funcionales

- Neurológica
- Cognitiva
- Psicológica
- Discapacidad física

Ambientales

Farmacológicas

Metabólicas

Urinary incontinence in women. ACOG Practice Bulletin No 63. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 1533-1545.

Cuadro II. Causas comunes de incontinencia urinaria transitoria.

Infección de vías urinarias o uretritis

Uretritis atrófica o vaginitis

Efectos secundarios de medicamentos

Embarazo

Producción aumentada de orina

- Metabólicas (hiperglucemia, hipercalcemia)
- Ingesta excesiva de líquido
- Sobrecarga de líquidos

Delirium

Movilidad limitada

Impactación fecal

Psicológicas

Adaptado Resnick NM, Yalla SV. Management of urinary incontinence in the elderly. *N Engl J Med* 1985; 313: 800-805.

la urgencia y también con el esfuerzo, toser, estornudar o reír.

Diferentes estudios han demostrado una amplia variedad de tasas de prevalencia, atribuible a las diferentes definiciones empleadas, al diseño de los cuestionarios, la población de estudio y los criterios de selección.⁴ La prevalencia de la incontinencia urinaria se incrementa con la edad, con tasa típica en la población joven (20 a 30%), aumento en la etapa adulta (prevalencia de 30 a 40%) e incremento sostenido en la población de mayor edad (prevalencia de 30 a 50%).^{5,6} En Gran Bretaña, Alemania y Francia, un estudio realizado a través de una encuesta sobre incontinencia urinaria en mujeres mayores de 18 años reportó prevalencias de 42, 44 y 41%, respectivamente.⁷

La incontinencia urinaria de esfuerzo es el tipo más frecuente en las mujeres entre 25 y 65 años de edad. En su forma pura, constituye hasta la mitad de todas las pacientes que la padecen. La incontinencia urinaria mixta también representa un componente importante.

El impacto de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la autoestima limita a la paciente desde el punto de vista social y personal; lo que tarde o temprano deriva al aislamiento y reduce de forma importante su calidad de vida.⁸ Gran parte de las mujeres que padecen incontinencia urinaria no buscan atención médica:⁹ 25% en Estados Unidos y 33% en Europa.¹⁰

La mayoría de las pacientes buscan atención sólo cuando los síntomas se vuelven más severos. Este retraso en la búsqueda de la atención médica posiblemente se debe tanto a la pena que origina el padecimiento en la paciente, como a la falta de conocimiento acerca de esta enfermedad. Muchas mujeres suponen que la incontinencia urinaria de esfuerzo forma parte normal del proceso de crecimiento y que no existe alguna otra alternativa de tratamiento que la cirugía.¹¹

Los factores de riesgo generalmente aceptados para padecer incontinencia urinaria de esfuerzo son: edad, paridad, obesidad, constipación, debilidad de la colágena, prolapso genital, así como enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neurológica.

La historia y la exploración física son los primeros y más importantes pasos para el diagnóstico de incontinencia urinaria. El diagnóstico preliminar se puede realizar con una prueba simple de consulto-

rio y pruebas de laboratorio; con base en los hallazgos se establece la terapia inicial. Si la condición es compleja deben de considerarse estudios especializados.¹²

El diagnóstico diferencial incluye padecimientos genitourinarios y no genitourinarios (*Cuadro I*). Algunas condiciones que causan o que contribuyen a la presencia de la incontinencia urinaria son potencialmente reversibles (*Cuadro II*); entre éstos, los más frecuentes son los medicamentos (*Cuadro III*).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y descriptivo. Nivel de Evidencia II-3. El estudio se realizó en el Distrito Federal durante el periodo comprendido del 1 de marzo al 31 de julio del 2006. Se aplicó un cuestionario a 800 mujeres que se encontraban

en su domicilio en la Ciudad de México, Distrito Federal.

Se empleó el cuestionario de incontinencia de la Consulta Internacional de Incontinencia Urinaria en su forma corta (ICIQ-IU-SF, por sus siglas en inglés) para estudiar la prevalencia de la incontinencia urinaria. Consta de cuatro reactivos que evalúan los síntomas y el impacto que tiene en las actividades diarias; fue diseñado para la investigación y para la práctica general.¹³ El ICIQ-IU-SF ha reportado niveles altos de validez, confiabilidad y sensibilidad. También posee la recomendación grado A de la Consulta Internacional de Incontinencia (ICI).¹³

Los criterios de inclusión fueron mujeres mayores de 20 años, que tuvieran dominio del idioma español que les permitiera el suficiente entendimiento para completar el cuestionario. Fueron excluidas de este estudio las mujeres embarazadas y las que cur-

Cuadro III. Efecto de los medicamentos en la continencia urinaria.

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

Adaptado de DuBeau CE. Problems in voiding and diseases of the prostate.

In: Wei, JY, Sheehan, MN (eds), Geriatric Medicine. A case-based manual. Oxford University Press, New York 1997, p.153.

Cuadro IV. Características de la muestra.

	<i>Continencia urinaria</i> <i>n = 428 (53.5%)</i>		<i>Incontinencia urinaria</i> <i>n = 372 (46.5%)</i>		<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Edad (años)	36.3 ± 11.3		41.5 ± 12.7		< 0.001*
Índice de masa corporal (kg/m ²)	24.6 ± 4.00		27.0 ± 5.50		< 0.001*
Antecedentes obstétricos					
Número de embarazos, Md (25°-75°)	2 (0-2)		2 (1-4)		< 0.001‡
Número de partos, Md (25°-75°)	2 (1-3)		2 (1-4)		0.027‡
Número de cesáreas, Md (25°-75°)	1 (1-2)		2 (1-2)		0.075‡
Número de abortos, Md (25°-75°)	1 (1-1)		1 (1-1)		0.480‡
Estado menstrual					
Premenopáusico	354	82.7	272	73.1	< 0.001†
Posmenopáusico	74	17.3	100	26.9	< 0.001†
Índice de masa corporal					
Normal (18.5-24.9)	235	54.9	123	33.1	< 0.001†
Sobrepeso (25-29.9)	154	36.0	166	44.6	0.013†
Obesidad					
Tipo I (30-34.9)	28	6.5	56	15.1	< 0.001†
Tipo II (35-39.9)	10	2.3	22	5.9	0.010†
Tipo III (> 40)	1	0.2	5	1.3	0.079§
Ocupación					
Trabaja medio tiempo	122	28.5	96	25.8	0.393†
Trabaja tiempo completo	182	42.5	135	36.3	0.072†
Ama de casa	142	33.2	205	55.1	< 0.001†
Retirada	11	2.6	5	1.3	0.217†
Estudiante	41	9.6	15	4.0	0.002†
Desempleada	9	2.1	11	3.0	0.440†
Escolaridad					
Ninguna	0	0.0	4	1.1	0.046§
Primaria	29	6.8	60	16.1	< 0.001†
Secundaria	39	9.1	58	15.6	0.005†
Preparatoria	32	7.5	29	7.8	0.865†
Carrera técnica	113	26.4	101	27.2	0.811†
Carrera universitaria	169	39.5	98	26.3	< 0.001†
Posgrado	46	10.7	22	5.9	0.014†

Prueba: * t de Student; † χ^2 ; ‡ U de Mann-Whitney; § exacta de Fisher.

saban con puerperio menor a seis meses; pacientes con problemas neurológicos o secundarios a radioterapia; enfermas con cirugía pélvica radical por patología pélvica, así como aquellas que se encontraban en un programa de rehabilitación del piso pélvico, bajo tratamiento médico o quirúrgico o en espera de algún procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la incontinencia urinaria.

La definición de la incontinencia urinaria y sus variantes fue la establecida por la Sociedad Internacional de Continencia.³

De acuerdo a la información evaluada con el ICIQ-IU-SF, la frecuencia de la pérdida de orina se dividió 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 la pérdida de orina se dividió en: no se escapa nada, muy poca cantidad, una cantidad moderada y mucha cantidad. Los episodios de incontinencia evaluados a través del ICIQ-IU-SF se refieren a los ocurridos durante las cuatro últimas semanas.

El índice de masa corporal (IMC) se determinó por el peso y estatura reportados en la encuesta (el peso en kilogramos divididos por el cuadrado de la estatura en centímetros). Se consideró un IMC normal al que se encontraba entre 18.5 y 24.9 kg/m², sobrepeso entre 25 y 29.9 kg/m², obesidad tipo I entre 30-34.9 kg/m², obesidad tipo II entre 35-39.9 kg/m² y obesidad tipo III ≥ 40 kg/m².

El estado menstrual se determinó con base en la fecha de la última menstruación, considerando al estado menopáusico como la ausencia de menstruación de un año en relación con la fecha de realización de la encuesta y la fecha de última menstruación referida por la paciente.

Análisis estadístico. Con base en la información obtenida del cuestionario ICIQ-IU-SF, las mujeres fueron divididas en pacientes continentales y en enfermas con incontinencia urinaria.¹³ Este último grupo fue subdividido de acuerdo con los diferentes tipos de incontinencia urinaria (esfuerzo, urgencia o mixta).

Se empleó estadística descriptiva para caracterizar el total de la muestra en pacientes con y sin incontinencia urinaria. La prueba t de Student para analizar las diferencias entre las variables continuas, tales como los grupos de edad. La prueba de

χ^2 para analizar las diferencias entre las variables categóricas, tales como el estado menstrual, los diferentes tipos de IMC, el número de embarazo (ninguno, de uno a tres, de cuatro a seis y más de siete), el estado ocupacional, el grado escolar y el tipo de incontinencia. La prueba U Mann-Whitney para analizar las diferencias entre el número de embarazos, partos, cesáreas y abortos. La prueba exacta de Fisher para analizar las diferencias entre las variables categóricas en las cuales el valor esperado de alguna celdilla fue menor de 5. Se consideró como nivel de significancia estadística un valor de $p < 0.05$. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 14 para Windows (SPSS Inc, Chicago, Ill).

RESULTADOS

El cuestionario se aplicó en 800 pacientes. Las características de la muestra se presentan en el *cuadro IV*.

La prevalencia promedio reportada de incontinencia urinaria fue 46.5%.

La media de edad en las mujeres con incontinencia urinaria fue 41.5 ± 12.7 años, en comparación con las mujeres continentales 36.3 ± 11.3 años ($p < 0.001$).

La *figura 1* muestra la incidencia por grupos de edad. Se observa que aumenta con la edad, muestra una meseta de 54 y 57.8% en las pacientes de

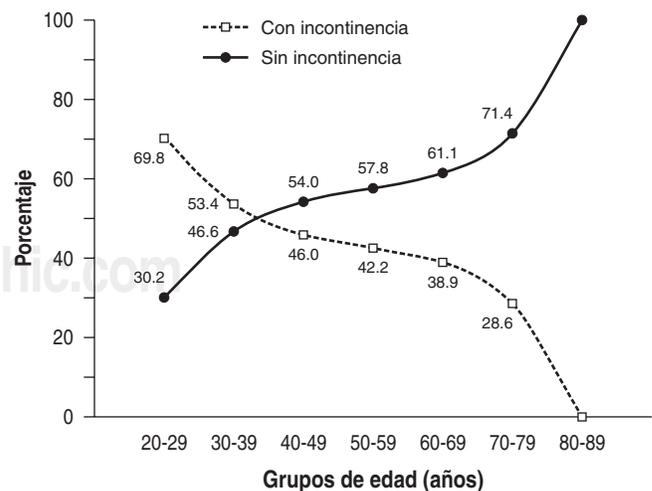


Figura 1. Prevalencia de la incontinencia urinaria por décadas de la vida.

40-49 años y de 50-59 años, respectivamente, para después incrementarse hasta 71.4% en la población de 70-79 años.

Las mujeres con incontinencia urinaria presentan mayor índice de masa corporal (IMC) que las mujeres continentales ($24.6 \pm 4.0 \text{ kg/m}^2$ versus $27 \pm 5.5 \text{ kg/m}^2$, $p < 0.001$). También presentan mayor incidencia de sobrepeso y de obesidad (*Cuadro IV*).

Las pacientes con incontinencia urinaria tuvieron mayor cantidad de embarazos que las mujeres continentales, al igual que mayor número de partos. En cambio, las nulíparas presentaron menor incidencia de incontinencia urinaria (70.5% versus 29.5%, $p < 0.001$) (*Cuadro IV*).

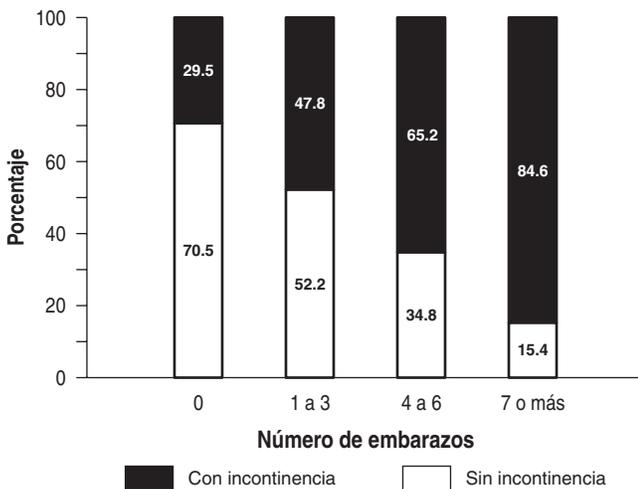


Figura 2. Prevalencia de la incontinencia urinaria de acuerdo con el número de embarazos.

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

	Pacientes	
	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	4.0
Total	372	100.0

Las mujeres con cuatro a seis embarazos presentaban mayor incidencia de incontinencia urinaria que las pacientes continentales (34.8% versus 65.2%, $p < 0.001$). Lo mismo ocurrió en las que tenían siete o más embarazos (15.4% versus 84.6%, $p < 0.05$) como se muestra en la *figura 2*.

La escolaridad de las pacientes continentales y de las incontinentes se muestra en el *cuadro IV*. Las mujeres que se dedicaban al hogar tuvieron mayor prevalencia de incontinencia urinaria que las mujeres continentales (33.2% versus 55.1%, $p < 0.001$). Las que se encontraban en estado menstrual premenopáusico reportaron menor incidencia de incontinencia urinaria (57.5% versus 43.5%, $p < 0.001$).

Las mujeres con incontinencia urinaria reportaron un índice de calidad de vida del ICIQ-IU-SF de 8.8 ± 3.3 (rango 0-21).

La frecuencia de pérdida urinaria se muestra en el *cuadro V*. La más frecuente fue una vez por semana. El 84.1% de las enfermas con incontinencia consideraron que la cantidad de pérdida urinaria fue muy poca, 13.2% indicaron que la cantidad fue moderada y sólo 2.7% señalaron que fue mucha cantidad.

El *cuadro VI* muestra la distribución de las pacientes de acuerdo al grupo de edad y al tipo de incontinencia urinaria. La más común fue la de esfuerzo (54.2%).

DISCUSIÓN

En el presente estudio la prevalencia de incontinencia urinaria referida por las pacientes a quienes se les practicó el cuestionario fue de 46.5%. Esta tasa es similar a la reportada por Melville y colaboradores¹⁴ en un estudio poblacional efectuado en los Estados Unidos (45%), pero menor a la notificada en el estudio británico de Swithinbank y su grupo (69%).¹⁵ El estudio de Hannestad y colaboradores⁶ realizado en Noruega y el de Martínez Espinoza y asociados¹⁰ efectuado en la zona metropolitana de Guadalajara reportaron cifras de prevalencia más bajas: 25 y de 27.8%, respectivamente; la diferencia tal vez se deba a los criterios diagnósticos aplicados y probablemente a que la población estudiada tenía menor incidencia de factores de riesgo (como la obesidad) que nuestra pobla-

Cuadro VI. Prevalencia de los tipos de incontinencia urinaria de acuerdo a los grupos de edad.

Grupos de edad (años)	Incontinencia urinaria							
	De esfuerzo		De urgencia		Mixta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
20-29	25	36.8	22	32.3	21	30.9	68	100.0
30-39	57	54.8	33	31.7	14	13.5	104	100.0
40-49	58	56.9	16	15.7	28	27.4	102	100.0
50-59	46	68.7	8	11.9	13	19.4	67	100.0
60-69	11	50.0	6	27.3	5	22.7	22	100.0
70-79	2	40.0	1	20.0	2	40.0	5	100.0
80-89	2	66.7	1	33.3	0	0.0	3	100.0
Total	201	54.2	87	23.4	83	22.4	371	100.0

ción y que la de los otros trabajos (norteamericano y británico).

En los estudios en los que la prevalencia reportada fue mayor se debió a que su población de mayor edad y sus criterios diagnósticos se referían a cualquier pérdida urinaria durante el último año.^{16,17} En nuestro estudio se utilizó un cuestionario estandarizado que consideró a la incontinencia urinaria como cualquier pérdida urinaria que hubiera ocurrido durante las últimas cuatro semanas.

El incremento progresivo de incidencia de la incontinencia urinaria se relacionó directamente con la edad, como también lo han demostrado otros estudios.^{6,10,14,18-20} De igual forma, la incontinencia urinaria se ha asociado con otros factores: menopausia,¹⁴ IMC con sobrepeso y obesidad,^{6,10,14,16,20} mayor número de embarazos^{16,19-22} y partos.^{10,14}

Se ha postulado que el daño ocasionado a la inervación de los músculos del piso pélvico tiene implicaciones sobre el desarrollo de incontinencia urinaria, como es el caso del parto vaginal;²³ incluso existen estudios que hacen énfasis en el posible rol protector de la cesárea.^{24,25} A pesar que nuestro estudio apoya lo antes mencionado, la prevalencia de la incontinencia urinaria en las mujeres nulíparas (29.5%) de esta serie fue mayor a la reportada por Melville y colaboradores (13.3%);¹⁴ sin embargo, casi la totalidad (58 de 61 pacientes nulíparas incontinentes) cuantificaron su pérdida urinaria en “muy poca cantidad”.

La gran mayoría de las pacientes con incontinencia urinaria reportaron síntomas de esfuerzo (54.3%), prevalencia similar a la reportada por Martínez Espinoza¹⁰ (58%), Hannestad⁶ (53%) y Hunskaar⁷ (Alemania 40%, España 39%, Inglaterra 41%); pero difiere de la notificada por Melville¹⁴ y Peyrat²⁶ en cuyos estudios se registró mayor prevalencia de los síntomas mixtos (50 y 49%, respectivamente).

Las mujeres con incontinencia urinaria se caracterizaron por no tener ninguna educación escolar o por haber cursado hasta la primaria o secundaria. En contraste, las mujeres continentales presentaban mayor grado de escolaridad, lo que denota la importancia del factor cultural en el desarrollo de esta patología al modificar variables como la paridad y la obesidad.

El índice de calidad de vida registrado en la calificación de ICIQ-IU-SF (8.8 ± 3.3) fue menor que el notificado en el estudio de Avery y colaboradores (7.2 ± 6.6). Esto se explica en parte por las diferencias culturales y porque el estudio citado se realizó en centros especializados en problemas uroginecológicos, donde la severidad de los síntomas difiere de lo observado en población abierta.

Las limitaciones de nuestro estudio se debieron a que los cuestionarios aplicados, a pesar de estar estandarizados y validados, no contemplan la terapia hormonal de reemplazo en mujeres menopáusicas, a pesar de las controversias actuales alrede-

dor de su eficacia,¹² estados comórbidos como ciguías pélvicas asociadas (histerectomía), tabaquismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades neurológicas y trastornos metabólicos como la diabetes. Otra limitación fue el no haber determinado una muestra estratificada para cada delegación política del Distrito Federal.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio demuestra que la incontinencia urinaria tiene elevada prevalencia como sucede en otros países. El empleo de instrumentos de evaluación que incluyen la perspectiva de los pacientes, a partir de cuestionarios estructurados y probados, permiten una valoración integral de la situación en el contexto determinado de la enfermedad que se expresa en una persona concreta.

Es necesario implementar medidas, ya que este padecimiento es un problema de salud pública que no debemos subestimar por las repercusiones en la salud y en la calidad de vida de las pacientes que la padecen.

BIBLIOGRAFÍA

- Hunskar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Mallett VT. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2000; 11 : 301-319.
- Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. 2nd International Consultation on Incontinence. 2nd ed. Plymouth: Health Publication, 2002: 165-201
- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U. 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: 116-126.
- 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: 473-480.
- Hunskar S, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Hjalmas K, Lapitan MC. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology* 2003; 62 (suppl 4A): 16-23.
- Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 1150-1157.
- Hunskar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU International* 2004; 93 (3): 324-330.
- 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; 14 (2): 183-205.
- Hunskar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Mallett VT. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvis Floor Dysfunct* 2000; 11: 301-319.
- Martínez CJ, Flores O, García de Alba JE, Velázquez PI, González MI, Márquez R. Prevalencia de incontinencia urinaria y anal en mujeres de la zona metropolitana de Guadalajara. *Ginecol Obstet Mex* 2006; 74: 300-305.
- Kinchen KS, Burgio K, Diokno AC, Fultz NH, Bump R, Obenchain R. Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. *J Womens Health* 2003; 12 (7): 687-698.
- ACOG Practice Bulletin No 63. Urinary incontinence in women. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 1533-1545.
- Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2004; 23 (4): 322-330.
- Melville, JL, Katon, W, Delaney, K, Newton, K. Urinary Incontinence in US women. A population-based study. *Arch Intern Med* 2005; 165: 537-542.
- Swithbank LV, Donovan JL, du Heume JC. Urinary symptoms and incontinence in women: relationships between occurrence, age and perceived impact. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 897-900.
- 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: 1230-1238.
- 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.
- 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: 428-434.
- 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: 1459-1462.
- Zvetanka S, Millsom I, Kullendorff AM, Molander JU, 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: 546-531.
- 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.
- Dolan LM, Casson K, McDonald P, Ashe RG. Urinary incontinence in Northern Ireland: A prevalence study. *BJU International* 1999; 83: 760-766.
- Snooks SJ, Setcell M, Swash M, Henry MM. Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *Lancet* 1984; 2: 546-550.
- Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskar S. Norwegian EPICONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348: 900-907.
- Allen RE, Gosker GL, Smith ARB, Warrel DW. Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 770-779.
- Peyrat L, Haillot O, Bruyère F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *BJU Int* 2002; 89: 61-66.