



## ORIGINALES

### Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid

Prevalence and factors associated with urinary incontinence in the east area of health of Valladolid

Cristina Martín Tuda<sup>1</sup>

María Pilar Carnero Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Fisioterapeuta. Servicio de Rehabilitación. Hospital Clínico Universitario. Área de Salud Valladolid Este. España. [crismartu@gmail.com](mailto:crismartu@gmail.com)

<sup>2</sup> Matrona Titular de E.A.P. Centro de Salud Gamazo. Área Salud Valladolid Este. España.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.19.1.368611>

Recibido: 14/03/2019

Aceptado: 4/07/2019

#### RESUMEN:

**Introducción:** La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina que constituye un problema social o higiénico importante y es demostrable de forma objetiva. Es un síntoma común que aparece en muchas enfermedades, afectando a todos los grupos de edad y a ambos sexos. En España se estima una prevalencia global de 24% en la mujer y 7% en el hombre, aumentando con la edad hasta el 50% y 29% respectivamente. A pesar de su repercusión en la calidad de vida se encuentra infradiagnosticada por diversos motivos.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de la IU y sus factores asociados.

**Material y Método:** En este estudio epidemiológico observacional retrospectivo se recogieron datos de las historias clínicas de pacientes con IU de la Unidad de Suelo Pélvico del Área de Salud Este de Valladolid.

**Resultados:** Los tipos de incontinencia más frecuentes fueron: de esfuerzo (43,13%) y mixta (39,21%). Los factores de riesgo y patología asociada más importantes fueron episiotomía (57,1%) y cistocele (32,6%) en las mujeres y adenocarcinoma de próstata (60%) en los hombres. Tras tratamiento rehabilitador en un intervalo de 2 a 3 meses mejoraron las respuestas en los cuestionarios de incontinencia urinaria (ICIQ-SF).

**Conclusiones:** Los datos recopilados están en consonancia con estudios revisados, y viendo los avances en prevención y tratamiento de IU resulta coherente su abordaje multidisciplinar.

**Palabras clave:** prevalencia, incontinencia urinaria, prevención, tratamiento.

#### ABSTRACT:

**Introduction:** Urinary incontinence (UI) is the involuntary loss of urine that is a major social or hygienic problem and is objectively provable. It is a common symptom that appears in many diseases, affecting all age groups and both sexes. In Spain it is estimated a prevalence of 24% in women and 7% in men, increasing with age up to 50% and 29% respectively. Despite its impact on quality of life, it is underdiagnosed for various reasons.

**Objective:** To determine the prevalence of UI and its associated factors.

**Material and method:** In this retrospective longitudinal epidemiological study data were collected from the medical histories of patients with UI belonging to the Pelvic Floor Unit of the East Health Area in Valladolid.

**Results:** The most frequent types of incontinence were: effort (43,13%) and mixed (39,21%). The most important risk factors and associated diseases were episiotomy (57.1%) and cystocele (32.6%) in women and adenocarcinoma of prostate (60%) in men. Responses in the questionnaires of urinary incontinence (ICIQ-SF) improved after 2-3 months of rehabilitation treatment.

**Conclusions:** The collected data are consistent with studies reviewed, and seeing the progress in prevention and treatment of UI, multidisciplinary approach is coherent.

**Key words:** prevalence, urinary incontinence, prevention, treatment.

## INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina que constituye un problema social o higiénico importante y es demostrable de forma objetiva.

La IU es un síntoma común que aparece en muchas enfermedades, afectando a todos los grupos de edad y a ambos sexos, y en el anciano se considera uno de los síndromes geriátricos <sup>(1)</sup>. Se estima una prevalencia global de la IU en la mujer del 24% en España, aumentando al 30- 40% en las de mediana edad, y alcanza el 50% en edad geriátrica. La prevalencia de la IU en el varón se estima que es del 7%, llegando al 14-29% en los varones de más de 65 años, y hasta el 50% en mayores de 85 años e institucionalizados <sup>(2)</sup>.

En resumen, alrededor del 15,8% de la población española podría presentar IU, afectando aproximadamente a unas 6.510.000 personas. La IU tiene un importante impacto negativo sobre la calidad de vida, tanto en el entorno social, como en el físico, sexual, psicológico, laboral y doméstico <sup>(3,4)</sup>. Además, la IU comporta un coste alto para la sanidad, al menos el 2% del presupuesto sanitario en los países desarrollados <sup>(5,6)</sup>. El 90% de este presupuesto se debe a accesorios (absorbentes, pañales, sondas, etc.), el 2% a diagnóstico y tratamiento y el 8% a estancias hospitalarias y cuidados básicos <sup>(7)</sup>. (Tabla 1)

**Tabla 1.** Repercusiones de la incontinencia.

Esfera	Repercusiones
Física	Irritación e infecciones de la piel Ulceras por presión Infecciones urinarias Predispone a las caídas
Psíquica	Depresión Ansiedad Trastornos del sueño Pérdida de la autoestima Sentimientos negativos: desesperanza, soledad, vergüenza, miedo a oler mal, etc.
Social	Restricción actividad social Alteración relación con el cónyuge Alteración relaciones sexuales Aislamiento Mayor necesidad de apoyo familiar Mayor necesidad recursos sociosanitarios Predispone a la institucionalización

Económica	Coste global IU: 2% presupuesto sanitario Absorbentes: más del 3% del gasto farmacéutico del Sistema Nacional de Salud Carga para la economía personal y familiar
Vida diaria	Restricción de actividades de la vida diaria Limitación actividad física Cambio tipo de ropa (más oscura) Renuncia actividades de recreación y ocio Estar pendiente ubicación cuarto de baño Tener que ir con frecuencia al servicio Cambio frecuente de ropa interior Sentirse mojada

La IU, a pesar de ser una afección muy frecuente, se encuentra infradiagnosticada por diversos motivos, a veces por el propio paciente (estigmatización), la búsqueda de ayuda para solucionar su problema oscila entre el 9-69% entre mujeres incontinentes, comúnmente con un gran retraso; otras por la escasa sensibilización de los profesionales sanitarios hacia esta enfermedad, que no es grave, pero que sí autolimita de forma importante la vida de las personas que la presentan <sup>(8,9)</sup>.

Los factores de riesgo asociados con la incontinencia son numerosos, se resumen en la tabla 2.

**Tabla 2.** Factores de riesgo asociados con la incontinencia urinaria.

Embarazo/Parto vaginal/Episiotomía	Fármacos
Depleción de estrógenos	Diabetes
Debilidad musculatura pélvica	Enuresis nocturna en la infancia
Actividad física de alto impacto	Raza
Obesidad mórbida	Impactación fecal
Ictus	Inmovilidad/Enf. crónica degenerativa
Deterioro cognitivo	Delirium
Baja ingesta de líquidos	Barreras ambientales

Destaca como el de mayor importancia en la mujer adulta las lesiones de suelo pélvico relacionadas con el parto vaginal. Al aumentar la edad, el déficit estrogénico, las enfermedades crónicas (diabetes y enfermedades degenerativas del aparato locomotor) y los problemas neurológicos cobran un mayor protagonismo. En la mujer anciana con frecuencia la etiología de la IU es multifactorial, como consecuencia de la interrelación de múltiples procesos.

Factores como fármacos, las restricciones ambientales, el delirium, las infecciones urinarias, poliuria, la impactación fecal...pueden producir incontinencia urinaria transitoria de forma aguda, en la que generalmente no existen lesiones estructurales del tracto urinario inferior y la continencia se recupera una vez corregido el factor responsable. Sin embargo, los factores reversibles de IU transitoria también pueden contribuir a las formas establecidas, crónicas o persistentes de IU. El límite temporal

en torno a las cuatro semanas distingue entre incontinencia transitoria o aguda y persistente o establecida.

La IU establecida no está relacionada con una enfermedad o proceso agudo y persiste a lo largo del tiempo. Clínicamente se clasifica en varios tipos: IU de esfuerzo (IUE), IU de urgencia (IUU), IU mixta y disfunción de vaciamiento.

Las causas de incontinencia persistente o establecida pueden ser urológicas (cistocele), ginecológicas y obstétricas (parto, menopausia, pre y postcirugía, prolapsos genitales, cicatrices dolorosas), proctológicas (estreñimiento terminal, rectocele), neurológicas, psicológicas, ambientales, farmacológicas, funcionales, por lo que se precisa un abordaje multidisciplinar para su adecuada valoración y tratamiento <sup>(10,11)</sup>

Como la prevalencia de la IU es muy elevada y en muchos casos se encuentra infradiagnosticada, para la detección de IU se recomienda la realización de un cribado oportunista, al menos, una vez a lo largo de la vida en mujeres asintomáticas mayores de 40 años y en varones asintomáticos mayores de 55 años, por parte del personal sanitario de Atención Primaria (AP). Si existen factores de riesgo de IU se realizará anualmente, tanto en varones como en mujeres asintomáticas, a partir de las edades referidas con anterioridad. El cribado consistirá en preguntar sobre 3 cuestiones:

1. La presencia en alguna ocasión de pérdidas involuntarias de orina.
2. En el caso de que existan pérdidas involuntarias, si son frecuentes y abundantes.
3. Si los escapes o pérdidas representan algún problema en este momento en su vida.

Si las respuestas a estas 3 cuestiones son afirmativas se debe realizar una evaluación diagnóstica para conocer el tipo de incontinencia y su repercusión en la calidad de vida <sup>(9-14)</sup>.

La patología del suelo pélvico puede ser evaluada a través del diagnóstico clínico, basado en la historia clínica del paciente. Sin embargo, hay quien defiende que este diagnóstico puede variar según el médico que evalúa al paciente. Asimismo, hay que tener en cuenta que los pacientes se muestran reacios a consultar al clínico acerca de un tema tan delicado como puede ser la incontinencia urinaria o anal. Por ello, otra forma más válida de medir la presencia y severidad de patología de suelo pélvico consistiría en la utilización de un instrumento en forma de cuestionario auto-contestado, de sencillo uso y formalmente validado <sup>(15, 16)</sup>. Lukacz et al, desarrollaron y validaron en Estados Unidos, el cuestionario "Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire-EPIQ" <sup>(17)</sup>.

La versión española es equivalente, semánticamente, a la original en inglés. El cuestionario EPIQ, en el contexto de mujeres con patología del suelo pélvico, se situaría no como un instrumento diagnóstico, sino un instrumento que permite hacer un cribado global de toda la patología del suelo pélvico en su conjunto. Los objetivos que se pretenden son sensibilizar al médico de AP y ayudarlo a la evaluación diagnóstica, clasificación y tratamiento de la IU, y definir cuáles son los criterios de derivación y mejorar el flujo del paciente en una vigilancia compartida entre AP y urología.

La versión española del cuestionario EPIQ muestra adecuadas factibilidad, validez y fiabilidad para ser utilizado en la práctica clínica como instrumento de cribado de la patología de suelo pélvico <sup>(16-18)</sup>.

Una vez detectadas las distintas patologías, se debería proceder a la confirmación diagnóstica, ya sea mediante diagnóstico clínico o con pruebas complementarias. En la práctica clínica si lo que se pretende es sólo saber si existe o no un determinado problema, el EPIQ puede ser suficiente. En investigación de resultados, se ha de completar con cuestionarios específicos de cada patología, que evalúen no solo la existencia o no del problema, sino que puedan utilizarse como escalas para analizar los resultados de los tratamientos aplicados <sup>(16,17)</sup>.

Aunque existen cuestionarios de síntomas y calidad de vida para pacientes con IU, como el cuestionario King's Health <sup>(19)</sup>, adecuadamente validado en nuestro país, su utilidad como instrumentos para la detección de la IU en la práctica clínica general está limitada por su extensión y el tiempo que requiere para su cumplimentación; en cambio son de gran utilidad en investigación.

Según el tipo de IU diagnosticada se establecen los distintos tratamientos: conservador (ejercicios de Kegel, perineómetro, conos vaginales, absorbentes de incontinencia, cateterismo vesical); farmacológico (facilitadores de la continencia urinaria: anticolinérgicos, alfa-adrenérgicos, relajantes musculares, espasmolíticos, terapia hormonal sustitutiva (THS) o facilitadores de la micción: colinérgicos beta-bloqueantes y alfa-bloqueantes) y/o tratamiento quirúrgico (malla transvaginal TVT)<sup>(20)</sup>.

Este estudio tiene como objetivos:

- Determinar la prevalencia de incontinencia urinaria según sexo y edad en el área de salud este de Valladolid.
- Identificar los factores asociados a la incontinencia urinaria.
- Demostrar la importancia del tratamiento de fisioterapia en el abordaje de la incontinencia urinaria.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio epidemiológico observacional retrospectivo de ámbito local, en el que se consultaron los datos registrados en los Servicios de Ginecología y Urología, y en la Unidad de Suelo Pélvico del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV), durante el período 1 de enero de 2014 a 30 de junio de 2015 (tiempo que lleva activa la citada Unidad de Suelo Pélvico). Se seleccionaron los datos correspondientes a pacientes ingresados en el HCUV con diagnóstico secundario de IU, que requerían intervención quirúrgica por su patología principal. Asimismo se obtuvieron los datos de los sujetos incluidos en la Unidad de Suelo Pélvico para la realización de tratamiento conservador dirigido a mejorar los síntomas de su IU diagnosticada.

Los datos se recogieron acudiendo a la Unidad de Codificación y al Servicio de Rehabilitación del HCUV, mediante acceso a las historias clínicas de los pacientes registrados, respetando la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre) y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de

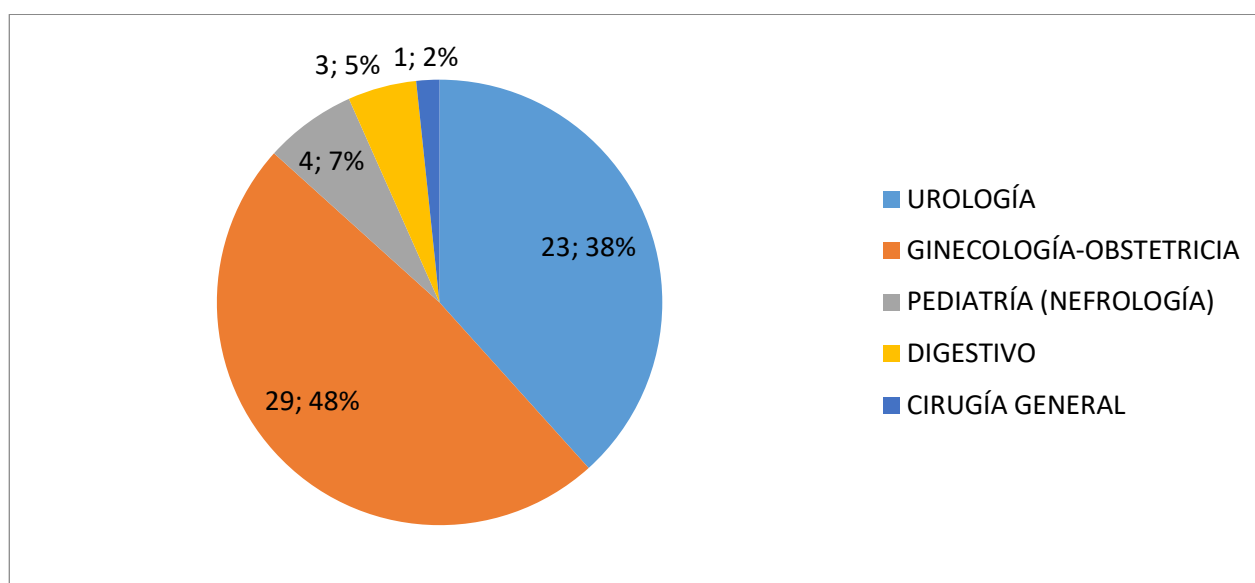
información y documentación clínica. Asimismo se obtuvo la aprobación del Comité de ética del HCUV.

Se han considerado las siguientes variables para exponer su distribución de frecuencias: edad; sexo; factores de riesgo, (desencadenantes, contribuyentes y asociados), y tipo de tratamiento.

## RESULTADOS

Se han registrado 59 pacientes (48 mujeres y 11 hombres) que fueron remitidos a la Unidad de Suelo Pélvico principalmente por los servicios de Urología y Ginecología, y en Pediatría por Nefrología pediátrica (figura 1). La edad media fue de 54 años y hubo 6 sujetos menores de 18 años.

**Figura 1.** Distribución de pacientes según servicio de derivación.



La IUE y mixta fueron los tipos de IU más frecuentes en esta muestra de sujetos (tabla 3).

**Tabla 3.** Tipos de incontinencia

TIPO DE INCONTINENCIA	59 (100%)
IU Mixta	20 (34%)
IU de esfuerzo	22 (37%)
IU de urgencia	9 (15%)
<b>INCONTINENCIA FECAL</b>	<b>8 (14%)</b>

Entre los pacientes con IUU, solo una presentó IUU sensorial, siendo el resto de IUU de tipo motor. Cuatro pacientes presentaron a la vez diagnóstico de IU y fecal. Un paciente varón con dolor pélvico crónico (de dos años de evolución) fue diagnosticado de neuropatía del nervio pudendo. Una paciente, a pesar de sus pérdidas de orina,



negaba los síntomas y diagnóstico de IU. De los pacientes estudiados, 2 pediátricos y 2 adultos no acudieron a su cita en la Unidad de suelo pélvico.

En la tabla 4 se exponen los principales factores de riesgo y patologías asociadas.

**Tabla 4.** Factores de riesgo y patología asociada.

Feto macrosómico ♀	8 (16,3%)
Parto instrumentado ♀	7 (14,2%)
Episiotomía ♀	28 (57,1%)
Cistocele ♀	16 (32,6%)
Uretrocele ♀	4 (8,2%)
Rectocele ♀	9 (18,3%)
Prolapso ♀	5 (10,2%)
Tumor de colon ♀♂	3 (5%)
Histerectomía ♀	6 (12,2%)
Adenocarcinoma de próstata ♂	6 (60%)
Sobrepeso-Obesidad ♀	5 (10,2%)
Dificultad defecación ♂ ♀	10 (16,9%)
Qx Previa ♂ ♀	16 (27,1%)
Enuresis infancia	3 (5%)
HTA ♂ ♀	8 (13,5%)

♂: hombre. ♀: mujer

Además el 25,42% de los sujetos tenían diagnóstico de depresión nerviosa, (33,3 % eran hombres, 66,6% mujeres), y el 20,4% de las mujeres presentaban patología tiroidea. Una paciente presentó diagnóstico previo de síndrome medular transversal agudo, y hubo dos casos de fractura de pelvis.

La tabla 5 hace referencia a los tratamientos impartidos, incluyendo en fisioterapia el siguiente protocolo de suelo pélvico de un mes de duración como promedio: 4 sesiones de ejercicios de Kegel e hipopresivos, 8 sesiones de electroestimulación o biofeedback (BFB) o electroestimulación con BFB. Y en ciertos casos neuromodulación del nervio tibial posterior y punción seca de puntos gatillo.

**Tabla 5.** Tipos de tratamiento en incontinencia urinaria.

TIPO DE TRATAMIENTO	
Fisioterápico	59 (100%)
Electroterapia (BFB-EMG, electroestimulación)	24 (40,6%)
Farmacológico	16 (27,1%)

EMG: Electromiografía.

Además de técnicas comportamentales y pautas para domicilio. Según la pérdida urinaria, frecuencia y cantidad se incrementan el número de sesiones y se personalizan las técnicas de fisioterapia. En nuestro estudio 3 pacientes repitieron

tratamiento por reactivación de su incontinencia, y el resto fueron dados de alta por resolución o mejoría de su sintomatología.

Los tratamientos farmacológicos más empleados en los pacientes fueron Vesicare, Toviaz, Detrusitol y Betmiga 50, además de los medicamentos pautados para su patología general (HTA, diabetes, enfermedades tiroideas, depresión, etc.).

En esta Unidad de Suelo Pélvico se valoró la afectación de la calidad de vida con el Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-SF). Tras tratamiento rehabilitador en un intervalo de 2 a 3 meses mejoraron los resultados de los ICIQ-SF o fueron negativos, disminuyendo de forma importante el número de veces de pérdidas de orina al día, pasando incluso de varias veces al día a pérdidas de dos o tres veces por semana.

## DISCUSIÓN

Aunque la población estudiada fue pequeña, los resultados de nuestro trabajo están en línea con diferentes artículos consultados sobre la patología objeto de estudio.

La pérdida del control de las heces así como la urinaria tiene un impacto físico, psicológico y social en la persona que la padece.

La prevalencia de la incontinencia fecal en la población general es de 0,5-1,5%, aumentando a un 13 por mil en mujeres mayores de 65 años.

En general se admite que la incontinencia urinaria de esfuerzo afecta predominantemente a mujeres entre los 20 y 50 años de edad y que los síntomas de incontinencia por urgencia son más frecuentes conforme aumenta la edad de las pacientes, especialmente a partir de los 65 años. Un 60% de IUU acaba en mixta.

La IUE y mixta se presentan con mayor frecuencia en mujeres con mayor número de hijos <sup>(14)</sup>. La incidencia de IU es claramente mayor en el sexo femenino. Los antecedentes obstétricos son determinantes. Alrededor de un 13% de los pacientes presentan algún tipo de incontinencia tras el primer parto. La prevalencia media de IU en mujeres en España, considerando cualquier tipo y gravedad, se estima en un 40,6%. De ellas sólo entre el 15 y el 40% buscan ayuda médica para este problema<sup>(15)</sup>.

La OMS estimó que en 2003 el número de pacientes con IU en España era de más de tres millones doscientas mil personas. El coste que supone esta patología no es fácilmente cuantificable, pero se calcula que el gasto en absorbentes para nuestro sistema nacional de salud viene a ser el 3,2% del total de la prestación farmacéutica (unos 210 millones de euros en 2001). A esto se debería de sumar el gasto en medicamentos, en consultas y tratamientos debidos a patologías derivadas por estas patologías como depresiones, traumatismos por caídas, infecciones urinarias, etc...<sup>(13)</sup>.

Las variaciones en las cifras de prevalencia son debidas, en gran parte, a los diferentes métodos empleados para su diagnóstico, entre otros, cuestionarios no validados formalmente<sup>(10)</sup>; a las diferentes definiciones utilizadas y a las características de la muestra de la población estudiada <sup>(17)</sup>.



Cualquier estrategia que pretenda mejorar la atención a este problema de salud ha de plantear en primer lugar aumentar su detección. En este cometido, los profesionales de la salud tienen un papel fundamental, pero precisan de instrumentos útiles que no supongan una sobrecarga importante en el quehacer diario <sup>(14)</sup>. Una vez el paciente es remitido a la unidad de Suelo Pélvico en nuestro estudio, la primera sesión incluyó una valoración detallada mediante cuestionarios y exploración física. El ICIQ-SF es un cuestionario que está orientado a la detección de la IU en cualquier ámbito asistencial. La aproximación terapéutica a patologías de suelo pélvico ha tenido "mala prensa" desde tiempo inmemorial debido a los malos resultados funcionales que las cirugías ofrecían a estas pacientes. En opinión de profesionales del servicio de Urología del Hospital Río Hortega de Valladolid, esto puede ser debido a varias causas:

- Inadecuada indicación quirúrgica motivada por diagnósticos erróneos.
- Tratamientos mal revisados (estudios retrospectivos sesgados).
- Cirugías "esporádicas" realizadas por profesionales con poca experiencia en el tema debido a que no poseían suficiente casuística.
- Ausencia de una investigación básica o experimental.

Debido a esto, se ha calculado que el 33% de las intervenciones quirúrgicas por disfunciones del suelo pélvico son reintervenciones por malos resultados de procedimientos quirúrgicos previos <sup>(21)</sup>.

El tratamiento farmacológico se centra fundamentalmente en las alteraciones del vaciado vesical y en la IUU. No existe actualmente una medicación ideal que pueda solucionar todas las disfunciones de suelo pélvico. Es importante resaltar que la importancia de dichos fármacos queda supeditada a los efectos secundarios que en la mayoría de los casos suelen ser frecuentes e intensos <sup>(9)</sup>.

Por todas estas circunstancias se han ido formando las unidades del suelo pélvico en algunos centros hospitalarios de nuestro país. Su objetivo principal es el abordaje integral de las disfunciones del suelo pélvico. Para ello, además del personal médico (urólogos, ginecólogos, colo-proctólogos/cirujanos, rehabilitadores, anestesiólogos y radiólogos) deben contar con enfermeras, matronas, fisioterapeutas y psicólogos/sexólogos.

Las actividades de estas unidades abarcan consultas médicas, estudios urodinámicos, procedimientos quirúrgicos, técnicas de vanguardia como la neuromodulación sacra, consultas de cateterismos (enfermería), tratamientos como fisioterapia, procedimientos como (Neuromodulación del nervio tibial, administración de fármacos mediante corriente eléctrica, etc.). En la Unidad de Suelo Pélvico del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, el médico rehabilitador prescribe el tratamiento correspondiente, y el fisioterapeuta especializado en Suelo Pélvico realiza una primera sesión de valoración mediante cuestionarios (que incluye el ICIQ-SF) y exploración física, previa firma del consentimiento informado por parte del paciente, ya que se llevan a cabo maniobras y técnicas intracavitarias. Además se informa al paciente de la importancia de elaborar su diario miccional y se le entrega un cuestionario para cumplimentarlo durante 3 días.

Los objetivos del tratamiento de fisioterapia son: eliminar o disminuir el dolor, conseguir una estática pélvica equilibrada, normalizar la función ano-rectal, lograr una sexualidad no dolorosa y satisfactoria y mejorar la calidad de vida.

Pero no sólo es importante la labor asistencial, sino que debe complementarse con acciones formativas de otros sanitarios (médicos residentes, estudiantes de enfermería y matronas, entre otros) y de educación sanitaria y prevención de la población general. Por último, y no menos importante, deben llevarse a cabo estudios retrospectivos y ensayos prospectivos dentro de la unidad a fin de mejorar la asistencia sanitaria y aumentar el estándar de calidad de dicha unidad. El beneficio para la sociedad es claro en términos económicos y de morbilidad <sup>(21)</sup>.

## CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria, fecal o de gases inciden de forma importante en la vida cotidiana de las personas disminuyendo su calidad de vida, sobre todo en los aspectos emocionales. Esto último puede ser uno de los motivos de la baja tasa de consulta por incontinencia urinaria.

Las disfunciones de suelo pélvico tienen un aumento importante en mujeres menopáusicas y progresa con la edad más avanzada por encima de los 60 años.

Dentro de las incontinencias urinarias la más frecuente es la IUE.

Las patologías asociadas más frecuentes son: obesidad, depresiones nerviosas, enuresis en la infancia, enfermedad de tiroides e hipertensión.

Nota a destacar el número de pacientes que precisan rehabilitación de suelo pélvico después de intervenciones quirúrgicas como: próstata, neoplasias de colon y prolapsos.

Importante a resaltar es que las mujeres en rehabilitación de suelo pélvico presentan partos de fetos grandes, partos eutócicos con episiotomías o partos instrumentales (evidencia clínica de daño suelo pélvico demostrada).

De las historias analizadas en nuestro estudio hay pacientes que continúan en tratamiento y otros que aún no han iniciado tratamiento (en lista de espera).

Existen un bajo porcentaje de recidivas o personas que vuelven a la unidad por empeoramiento de su incontinencia y una minoría que no presentan ningún resultado favorable.

A pesar de la población reducida observada en el período de nuestro estudio, consideramos, en base a los artículos contrastados, que como medida preventiva sería útil realizar educación para la salud desde la infancia en los centros educativos, y charlas divulgativas dirigidas hacia la población general para descubrir esta zona del cuerpo poco conocida y como consecuencia a menudo maltratada.

## REFERENCIAS

(1) Salinas J, Díaz A, Brenes F, Cancelo MJ, Cuenllas A, Verdejo C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. Uro A. 2010; 23: 52-66.

(2) Damián J, Brenes F, Pastor-Barriuso R, Salinas JI. Estimación de la prevalencia de incontinencia urinaria en España a partir de estudios publicados recientes. Póster

- presentado en el LXXIII Congreso Nacional de Urología. Barcelona, 13 al 16 de Jun de 2008.
- (3) Kelleher C. Quality of life and urinary incontinence. En: Cardozo L, Staskin D. Textbook of female urology and urogynecology, Isis Medical Media Ltd., United Kingdom. 2001: 47-58.
- (4) Espuña M. Incontinencia de orina en la mujer. *Med Clin*. 2003; 120: 464-472.
- (5) Hu TW. Impact of urinary incontinence on health-care costs. *J Am Geriatr Soc*. 1990; 38: 292-295.
- (6) Ekelund P, Grimby A, Milsom I. Urinary incontinence. Social and financial costs high. *BMJ*, 1993; 306: 1344.
- (7) Torre EJ, Montilla M, Higuera F, Sierra M, Jaramillo I, Aguado C. Características de la población que precisa el uso de accesorios para la incontinencia urinaria en un centro de salud urbano. *Medicina de Familia*. 2002; 1: 15-23.
- (8) Wallner LP, Porten S, Meenan RT, O’Keefe MC, Calhoun EA, Sarma AV. Prevalence and severity of undiagnosed urinary incontinence in women. *Am J Med*. 2009; 122: 1037-1042.
- (9) Brenes FJ, Cozar JM, Esteban M, Fernández-Pro A y Molero JM. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria *Aten Primaria*. 2013; 45(5): 263-273.
- (10) Brescó P. Suelo Pélvico e Incontinencia. Pulso Ediciones. Arbora & Ausonia. Ed. 2011.
- (11) Monz B, Chartier-Kastler E, Hampel C, Samsioe G, Hunskaar S et al. Patient Characteristics Associated with Quality of Life in European Women Seeking Treatment for Urinary Incontinence: Results from PURE. *Eur Urol*. 2007; 51(4):1073-81.
- (12) Papanicolau S, Hunskaar S, Lose G and Sykes D. Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and the UK. *BJU Int*. 2005; 96(6):831-8.
- (13) Martínez E, Ruiz JL, Gómez L, Ramírez M, Delgado M, Rebollo P, González-Segura D, Arumi D. Prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española: Resultados del estudio EPICC. *Actas Urol Esp*. 2009; 33 (2): 159-166.
- (14) Modroño MJ, Sánchez MJ, Gayoso P, Valero M, Blanco M, Cuña FO. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. *Aten Primaria* 2004; 34(3):134-9.
- (15) Espuña M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española de International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2004; 122(8):288-92
- (16) Espuña M, Fillol M, Pascual MA, Rebollo P, Prieto M. Validación de la versión en español del cuestionario “Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire-EPIQ”. *Actas Urol Esp*. 2009; 33(6):646-653.
- (17) Lukacz ES, Lawrence JM, Buckwalter JG, Burchette RJ, Nager CW, Luber KM. Epidemiology of prolapse and incontinence questionnaire: validation of a new epidemiologic survey. *Int Urogynecol J*. 2005; 16(4):272–284.
- (18) Barber MD. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007; 18(4):461-465.
- (19) Badia X, Castro D, Conejero J. Validez del cuestionario King’s Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med clín*. 2000; 114 (17): 641-680.
- (20) Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ et al. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp*. 2011; 35(7): 373-388.
- (21) Martínez-Sagarra JM, Rodríguez LA. ¿Por qué una unidad del suelo pélvico? *Arch. Esp. Urol*. 2010; 63 (9): 752-754.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia