

# Tema 8

## Epidemiología de la incontinencia urinaria y prolapsos urogenitales

CRISTINA FERNÁNDEZ PÉREZ; VÍCTOR IRIARTE MOLINA; JESÚS MORENO SIERRA (\*) y ÁNGEL SILMI MOYANO (\*)

**Unidad de Apoyo a la Investigación. Servicio de Medicina Preventiva.  
(\*) Servicio de Urología. Hospital San Carlos. Universidad Complutense. Madrid.**

### Introducción

---

La incontinencia urinaria es una patología muy frecuente que ocasiona importantes costes al sistema sanitario y repercute sobre la calidad de vida de las personas que lo sufren.

Para diseñar estrategias para la prevención de la incontinencia urinaria, es necesario conocer la prevalencia de esta patología y sus potenciales factores de riesgo. Esta revisión examina el estado actual de conocimiento sobre la epidemiología de la incontinencia urinaria y los prolapsos urogenitales. Para ello se han examinado artículos de base poblacional que abordan diferentes aspectos de la epidemiología de la incontinencia urinaria: historia natural, prevalencia, incidencia, potenciales factores de riesgo asociados.

### Metodología

---

Se realizó una búsqueda de la literatura utilizando Medline, con las palabras clave “incontinencia urinaria”, “prevalencia”, “epidemiología”, “prolapso genitourinario”.

Se localizaron inicialmente más de 100 estudios sobre epidemiología de la incontinencia. Se encontraron otros estudios examinando las referencias bibliográficas de los artículos localizados. Se incluyeron en la revisión estudios de base poblacional sobre incontinencia urinaria en mujeres. En el caso del prolapso de órganos genitales se incluyeron estudios realizados en consulta debido a la escasez de estudios de base poblacional. Los estudios que hacían referencia a pacientes institucionalizados y los publicados en idiomas diferentes a inglés y castellano fueron excluidos.

De cada estudio se extrajo información sobre el autor, año de publicación, tamaño muestral, tasa de respuesta, tipo de encuesta, edad, sexo, definición de incontinencia urinaria, tipo de incontinencia y variables asociadas.

## Epidemiología de la incontinencia urinaria en mujeres

---

### 1. Prevalencia

---

La prevalencia de la incontinencia oscila ampliamente entre diferentes estudios publicados. Estas diferencias se deben a la utilización de distintas definiciones de incontinencia, a los diferentes instrumentos de medida utilizados y a diferencias en la población de estudio. En la tabla 1 se muestran las cifras de prevalencia encontradas por los principales estudios de base poblacional.

En EE.UU. la mayor parte de los estudios publicados corresponden a población anciana y pacientes institucionalizados, existiendo pocos estudios de base poblacional que evalúen la prevalencia de esta patología en mujeres. Melville et al.<sup>(1)</sup> han encontrado recientemente una prevalencia de incontinencia del 45% en mujeres mayores de 30 años.

En Europa se han publicado numerosos estudios sobre epidemiología de la incontinencia urinaria, la mayoría de los cuales proceden de los países nórdicos y del Reino Unido. En este país, Brocklehurst et al.<sup>(2)</sup>, refieren una prevalencia en mujeres mayores de 30 años del 9% en el último año. En otro estudio realizado posteriormente con 5544 mujeres mayores de 40 años, la prevalencia de incontinencia fue del 39%<sup>(3)</sup>. Hannestad et al.<sup>(4)</sup> en el estudio EPICONT, realizado en Noruega, con un tamaño muestral de 27.936 personas, encontraron una prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres mayores de 20 años del 25%. En Suecia Hägglund et al. han encontrado cifras muy similares<sup>(5)</sup>. Bartolotti et al.<sup>(6)</sup> en Italia encontraron una prevalencia en mujeres mayores de 40 años del 11%.

En España se han realizado tres estudios de prevalencia de base poblacional en ancianos, uno de ellos en el medio rural y el dos en población urbana. El primero de estos dos estudios, fue llevado a cabo por Gavira Iglesias et al.<sup>(7)</sup> en Cabra (Córdoba), encontrándose una prevalencia del 42%. En los otros dos estudios, realizados en población urbana mayor de 65 años, Damian et al.<sup>(8)</sup> en población anciana mayor de 65 años no institucionalizada y Zunzunegui et al.<sup>(9)</sup> en mujeres, encontraron una prevalencia de incontinencia del 16 y 30%, respectivamente.

# Epidemiología de la incontinencia urinaria y prolapsos urogenitales

**Tabla 1. Prevalencia de Incontinencia urinaria en mujeres**

Estudio	Año	Lugar	N	Edad	Definición	Encuesta	%	Prevalencia
Brocklehurst <sup>(2)</sup>	1993	Reino Unido	2.124	30+	≥1vez/año	Personal	–	<b>9%</b>
Schulman <sup>(11)</sup>	1997	Bélgica	2.770	30+	Habitualmente	Postal	–	<b>16%</b>
Swichinbank <sup>(12)</sup>	1999	Reino Unido	2.075	18+	≥1vez/mes	Postal	80	<b>69%</b>
Hägglund <sup>(5)</sup>	1999	Suecia	3.493	18-70	Habitualmente	Postal	88	<b>26%</b>
Hannestad <sup>(4)</sup>	2000	Noruega	27.936	20+	Habitualmente	Postal	74	<b>25%</b>
Moller <sup>(13)</sup>	2000	Dinamarca	2.860	40-60	≥1vez/sem	Postal	72	<b>28%</b>
Perry <sup>(3)</sup>	2000	Reino Unido	5.544	40+	Alguna vez	Postal	70	<b>39%</b>
Bartolotti <sup>(6)</sup>	2000	Italia	2.767	40+	≥1vez/año	Teléfono	100	<b>11%</b>
Hunnskaar <sup>(14)</sup>	2004	España Francia Alemania Reino Unido	29.500	18+	≥1vez/último mes	Postal	–	<b>23%</b> <b>44%</b> <b>41%</b> <b>42%</b>
Melville <sup>(1)</sup>	2005	EE.UU.	3.536	30-90	Alguna vez	Postal	64	<b>45%</b>
Yan-feng <sup>(10)</sup>	2005	China	4.694	20+	≥1vez/mes	Postal	78	<b>19%</b>

En Asia Song et al. <sup>(10)</sup> ha encontrado una prevalencia de incontinencia urinaria del 19%.

La mayor parte de los estudios han encontrado un incremento en la prevalencia de incontinencia con la edad. En la Tabla 2 se muestran las cifras de prevalencia encontradas por los principales estudios de base poblacional en mujeres mayores de 60 años.

**Tabla 2. Prevalencia de Incontinencia Urinaria en mujeres mayores de 60 años**

Estudio	Año	Lugar	N	Edad	Definición	Encuesta	%	Prevalencia
Diokno <sup>(15)</sup>	1986	EE.UU.	1.150	60+	≥1vez/mes	Personal	66	<b>22%</b>
Brocklehurst <sup>(2)</sup>	1993	Reino Unido	840	60+	≥1vez/año	Personal	–	<b>12%</b>
Brown <sup>(16)</sup>	1996	EE.UU.	7.949	65+	≥1vez/mes	Personal	–	<b>41%</b>
Nygaard <sup>(17)</sup>	1996	EE.UU.	2.025	65+	Alguna vez	Personal	85	<b>55%</b>
Damian <sup>(8)</sup>	1998	España	589	65+	Habitualmente	Personal	71	<b>16%</b>
Hannestad <sup>(4)</sup>	2000	Noruega	8.004	60+	Habitualmente	Postal	74	<b>30%</b>
Bartolotti <sup>(6)</sup>	2000	Italia	1.301	60+	≥1vez/año	Teléfono	100	<b>13%</b>
Iglesias <sup>(7)</sup>	2000	España	486	65+	Alguna vez	Personal	95	<b>42%</b>
Maggi <sup>(18)</sup>	2001	Italia	1.531	65+	Alguna vez	Personal	–	<b>22%</b>
Zunzunegui <sup>(9)</sup>	2002	España	566	65+	Alguna vez	Personal	75	<b>30%</b>

Algunos estudios han evaluado los distintos tipos de incontinencia. En la Tabla 3 se muestra la distribución de los tipos de incontinencia. En la mayoría de ellos la incontinencia de esfuerzo es más frecuente que la de urgencia. Recientemente Castro et al. <sup>(19)</sup> han encontrado una prevalencia de incontinencia de urgencia en mujeres mayores de 40 años del 17%.

**Tabla 3. Proporciones de los diferentes tipos de incontinencia urinaria en mujeres**

Primer autor	Año	Lugar	N	Edad	Esfuerzo	Urgencia	Mixta
Diokno <sup>(15)</sup>	1986	EE.UU.	1.150	60+	29%	10%	61%
Damian <sup>(6)</sup>	1998	España	589	65+	13,5%	12,3%	61,8%
Hannestad <sup>(4)</sup>	2000	Noruega	27.936	20+	52%	37%	11%
Bartolotti <sup>(6)</sup>	2000	Italia	2.767	40+	61%	26%	13%
Yan-feng <sup>(10)</sup>	2005	China	4.694	20+	16,6%	10%	7,7%

Los estudios que utilizan una definición más amplia de incontinencia urinaria encuentran cifras de prevalencia mayores. De esta forma los estudios que utilizaron definiciones de incontinencia en las que se preguntaba acerca de la existencia de pérdidas de orina habitualmente, presentan unas cifras de prevalencia menores. Los estudios europeos muestran cifras de prevalencia menores que los americanos. La utilización de cuestionarios validados en muchos de los estudios europeos y la edad de la población de estudio, mayor en los estudios americanos, puede explicar esta diferencia.

## 2. Potenciales factores de riesgo

### Edad

La mayoría de los estudios publicados han encontrado un aumento de prevalencia de incontinencia urinaria con la edad. En el estudio EPICONT <sup>(4)</sup> se observó un incremento gradual hasta los 50 años. A partir de esta edad las cifras de prevalencia se estabilizaban hasta los 70 años, produciéndose un nuevo incremento a partir de esta edad. En otro estudio realizado en Australia <sup>(20)</sup> en 40.155 mujeres la prevalencia de incontinencia urinaria aumentaba desde un 13% en el grupo de edad de 18-23 años hasta un 36% en el grupo de 45-50 años, no encontrándose diferencias entre el grupo de mediana edad y las mujeres del grupo de 70-75 años.

Moller et al. encontraron un aumento progresivo de la prevalencia de incontinencia de esfuerzo entre los 40 y los 55 años, produciéndose una disminución a partir de esta edad. En el caso de la incontinencia de urgencia, existía un aumento prácticamente lineal con la edad <sup>(13)</sup>. En el estudio EPICONT se produce un incremento en la severidad de ambos tipos de incontinencia con la edad, que es más acusado en la incontinencia de urgencia.

## Factores obstétricos

Thomas et al. observaron que la incontinencia urinaria era más frecuente en las mujeres que habían tenido hijos que en las nulíparas<sup>(21)</sup>. Otros estudios han encontrado una relación lineal entre el número de hijos y la incontinencia urinaria<sup>(22)</sup>. Chiarelli et al.<sup>(20)</sup> encontraron que tener hijos estaba fuertemente asociado con la incontinencia urinaria en las mujeres más jóvenes (18 a 23 años). En las mujeres de 45-50 años esta asociación era muy leve y en las mujeres mayores de 70-75 años esta asociación desaparecía. El estudio EPICONT ha encontrado también esta interacción entre edad y paridad<sup>(24)</sup>.

Algunos estudios han encontrado una asociación entre la edad en el momento del primer parto y la incontinencia urinaria (24, 25) Foldspang et al.<sup>(26)</sup> encontraron asociación con la edad en el momento del último parto.

Viktrup et al. estudiaron de forma prospectiva la incontinencia urinaria antes, durante y después del embarazo en una cohorte de 305 primíparas, encontrando que el parto por cesárea era un factor de protección para el desarrollo de incontinencia urinaria<sup>(27)</sup>. Otros estudios han encontrado posteriormente resultados similares<sup>(28, 29)</sup>.

Diversos estudios han evaluado con diferentes resultados la utilización de fórceps o ventosas en el parto, la realización de episiotomía y el peso al nacimiento. Foldspang et al.<sup>(26)</sup> no encontraron asociación entre estas variables y la presencia de incontinencia urinaria. Hojberg et al. sólo encontraron asociación con un peso al nacimiento mayor de 4.000 gramos y la realización de episiotomía mediolateral<sup>(30)</sup>. Otros estudios no han encontrado asociación con ninguna de estas variables<sup>(31, 32)</sup>.

## Menopausia

Diversos estudios han evaluado el papel de la menopausia en el desarrollo de incontinencia urinaria con resultados muy dispares. Rekers et al. observaron que se producían formas más severas de incontinencia en mujeres postmenopáusicas<sup>(33)</sup>. Yang-feng et al.<sup>(10)</sup> han encontrado recientemente un mayor riesgo de incontinencia de urgencia en mujeres después de la menopausias [OR = 1.6 (1.1-2.4)]. Parazzini et al. no encuentran relación con la edad de menopausia, pero si encuentran un menor riesgo entre las mujeres en tratamiento hormonal sustitutorio<sup>(34)</sup>. Por otra parte, Hendrix SL et al. en un ensayo clínico realizado en 27.347 pacientes en el que evaluó la terapia hormonal sustitutoria (THS) para el tratamiento de la incontinencia urinaria, encontraron que el THS aumentaba el riesgo de todos los tipos de incontinencia urinaria, siendo el incremento mayor en el caso de la incontinencia de esfuerzo<sup>(35)</sup> [RR = 1.87 (1.61-2.18)].

## Obesidad

En el estudio EPICONT la prevalencia de incontinencia urinaria aumentaba con el IMC desde un 17% en aquellas mujeres con un IMC < 25 hasta un 31% en las que tenían un IMC mayor de 30<sup>(36)</sup>. Otros estudios epidemiológicos apoyan el papel de la obesidad en el desarrollo de IU<sup>(1, 10, 32, 34)</sup>.

## Histerectomía

Varios estudios apoyan el papel de la histerectomía en el desarrollo de incontinencia urinaria <sup>(32, 34, 37)</sup>.

McPherson et al. <sup>(38)</sup> en un estudio de cohortes realizado en 25.000 mujeres, encontraron un mayor riesgo de incontinencia urinaria severa en aquellas mujeres que habían sido sometidas a histerectomía para el tratamiento de una metrorragia en comparación con las mujeres en las que se habían realizado cirugías menos agresivas [OR = 1,59 (1,35-1,87)].

## Deterioro funcional y cognitivo

Se ha encontrado relación entre el deterioro funcional y cognitivo y el desarrollo de IU en diversos estudios <sup>(9, 18, 15)</sup>. Los pacientes con limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) tienen una mayor frecuencia de incontinencia. Existe controversia en cuanto a la interpretación de esta asociación. Por una parte la incontinencia urinaria podría ser el resultado de las dificultades que tienen estos pacientes en llegar al baño y quitarse la ropa. Por otra parte el deterioro funcional y cognitivo podría predisponer al desarrollo de incontinencia urinaria. Se requieren estudios prospectivos para determinar el sentido de esta asociación.

## Estreñimiento

Algunos estudios han encontrado un mayor frecuencia de incontinencia urinaria en mujeres con estreñimiento <sup>(10, 20)</sup>. Moller et al., por otra parte, encontraron el estreñimiento estaba inversamente asociado a la incontinencia urinaria <sup>(32)</sup>.

## Tabaco

En el estudio EPICONT no se encontró asociación entre la incontinencia urinaria y el tabaco. Sin embargo si existía una débil asociación en la incontinencia severa. Al examinar la relación entre incontinencia y el número de cigarrillos, se observó que los fumadores actuales y los exfumadores de más de 20 cigarrillos tenían un mayor riesgo de presentar incontinencia severa que los no fumadores, presentando un OR de 2.1 (1.5-2.8) y 2.5 (1.8-3.5), respectivamente <sup>(36)</sup>. Otros estudios también han encontrado esta asociación (39).

## Dieta, consumo de café, té, bebidas alcohólicas y bebidas carbohidratadas

El estudio EPICONT no encontró asociación entre la incontinencia urinaria y el consumo de café <sup>(36)</sup>. Las mujeres que consumían más de tres tazas de té al día en el estudio EPICONT presentaban un mayor riesgo de incontinencia urinaria que las que no tomaban té [OR = 1.3 (1.2-1.5)]. En este estudio no se encontró asociación entre la incontinencia urinaria y el consumo de bebidas alcohólicas. Daloso et al. han relacionado la incontinencia con el consumo de bebidas carbohidratadas <sup>(39)</sup>. En este mismo estudio el consumo de verduras, pan y pollo tenían un efecto protector.

## Ejercicio físico

La realización de ejercicio físico moderado tenía un efecto protector en el estudio EPICONT. Las mujeres que hacían ejercicio físico más de tres horas a la semana presentaban un 20% menos de riesgo de presentar incontinencia urinaria que las que hacían menos de una hora de ejercicio a la semana. Este efecto protector no se observaba en la incontinencia de urgencia.

## Enuresis infantil

Kuth et al., en un estudio de cohortes, encontraron que aquellas niñas que a los 6 años presentaban enuresis, tenían un mayor riesgo de presentar incontinencia urinaria severa en la edad adulta, sobre todo incontinencia de urgencia<sup>(24)</sup>.

## Historia familiar de incontinencia urinaria

Las mujeres cuyas madres tienen incontinencia tienen un 30% más de riesgo de sufrir incontinencia que las que no tienen este antecedente<sup>(40)</sup>.

## Prolapso uterino

Hendrix et al. encontraron una fuerte asociación entre cistocele e incontinencia urinaria<sup>(36)</sup>.

El prolapso de órgano pélvico y la incontinencia urinaria frecuentemente coexisten. No parece existir una relación causal entre ambos procesos sino que comparten factores etiológicos<sup>(41)</sup>.

## Otros factores

Otros posibles factores de riesgo evaluados son las infecciones del tracto urinario<sup>(34)</sup>, utilización de diuréticos<sup>(42)</sup>, diabetes<sup>(43)</sup>, determinadas profesiones<sup>(44)</sup> (azafatas de vuelo).

## Epidemiología de la incontinencia urinaria en hombres

---

La epidemiología de la incontinencia urinaria en el hombre no ha sido investigada en la misma extensión que la de la mujer. La mayoría de los estudios han encontrado una prevalencia de incontinencia menor. Tanto el tipo de incontinencia como la distribución por edades y los factores de riesgo son diferentes en hombres y en mujeres.

### 1. Prevalencia

---

En mayor parte de los estudios publicados se observa un incremento de la prevalencia de incontinencia urinaria con la edad que aparece más tarde y es más acusado que en las mujeres. Sin

embargo, en todos los estudios de base poblacional analizados, la prevalencia de incontinencia urinaria era mayor en la mujer en todos los grupos de edad. En el hombre predomina la incontinencia de urgencia, seguida por la incontinencia mixta y la incontinencia de esfuerzo.

Este incremento en la frecuencia de incontinencia con la edad se debe fundamentalmente a la incontinencia de urgencia<sup>(6)</sup>. En la Tabla 4 se muestran las cifras de prevalencia de los principales estudios publicados.

**Tabla 4. Prevalencia de Incontinencia urinaria en hombres**

Estudio	Año	Lugar	N	Edad	Encuesta	Prevalencia
Diokno <sup>(15)</sup>	1986	EE.UU.	1.955	60+	Personal	<b>19</b>
Brocklehurst <sup>(2)</sup>	1993	Reino Unido	2.124	30+	Personal	<b>3,8</b>
Hunter <sup>(44)</sup>	1996	España	2.002	65+	Personal	<b>6,1</b>
Schulman <sup>(45)</sup>	1997	Bélgica	2.499	30+	Postal	<b>5,2</b>
Malmsten <sup>(46)</sup>	1997	Suecia	7.738	45+	Postal	<b>9,2</b>
Damian <sup>(8)</sup>	1998	España	589	65+	Personal	<b>14,5</b>
Iglesias <sup>(7)</sup>	2000	España	341	65+	Personal	<b>29</b>
Bartolotti <sup>(6)</sup>	2000	Italia	2.721	40+	Teléfono	<b>3,4</b>
Perry <sup>(3)</sup>	2000	Reino Unido	4.682	40+	Postal	<b>28,5</b>
Ueda <sup>(47)</sup>	2000	Japón	3.500	40+	Postal	<b>10,5</b>
Maggi S <sup>(18)</sup>	2001	Italia	867	65+	Personal	<b>11,2</b>
Zunzunegui <sup>(9)</sup>	2002	España	584	65+	Personal	<b>14</b>
Boyle <sup>(48)</sup> (EUREPIK)	2003	Francia Holanda Reino Unido Corea	4.979	40-79	Postal	<b>7,3</b> <b>16,3</b> <b>14,4</b> <b>4,3</b>
Castro <sup>(19)</sup>	2005	España	824	40+	Teléfono	<b>10,4</b>

## 2. Potenciales Factores de riesgo

### Edad

Prácticamente todos los estudios publicados encuentran esta asociación. En el estudio de Ueda et al., la prevalencia de incontinencia se incrementaba desde un 1% en los hombres de 40-49 años hasta un 4% en los mayores de 60 años<sup>(47)</sup>. Malmsten et al. encontraron un incremento en la prevalencia de incontinencia a partir de los 60 años, alcanzándose unas cifras de prevalencia del 20% a los 80 años y del 28% a los 90 años<sup>(46)</sup>. En el estudio NOBLE realizado en EE.UU. con la finalidad de conocer la prevalencia de vejiga hiperactiva e incontinencia urinaria de urgencia se encontró que mientras que la prevalencia de incontinencia en las mujeres aumentaba a partir de los 44 años, en los hombres este incremento se producía a partir de los 64 años<sup>(49)</sup>.



## Deterioro cognitivo y funcional

Damian et al. encontraron una menor frecuencia de incontinencia urinaria a medida que mejoraba la movilidad<sup>(6)</sup>. Asimismo, Ueda et al. encontraron una mayor prevalencia de incontinencia urinaria a medida que aumentaban las limitaciones sobre las actividades de la vida diaria<sup>(47)</sup>.

## Patología neurológica

Determinadas patologías como las lesiones espinales, el mielomeningocele, la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple cursan con hiperreactividad del detrusor, originando incontinencia urinaria. Otras patologías como la cauda equina y la diabetes pueden cursar con arreflexia del detrusor y originar incontinencia urinaria.

Ueda et al. encontraron un riesgo de incontinencia siete veces mayor en los hombres que habían tenido un ictus<sup>(47)</sup>. Otros estudios han encontrado una mayor frecuencia de incontinencia entre los que tenían antecedentes de ictus<sup>(6)</sup>.

## Prostatectomía

La incontinencia urinaria es una complicación frecuente de la prostatectomía radical. La prevalencia de incontinencia urinaria postprostatectomía varía ampliamente según los estudios, alcanza su máximo entre 1-2 años de la cirugía y disminuye con el tiempo. Varios estudios han encontrado prevalencias de incontinencia urinaria después de la realización de una prostatectomía radical, en torno al 8% a los 18 meses de la cirugía<sup>(50, 51)</sup>. Otros estudios han encontrado cifras de prevalencia en torno al 20-21%<sup>(53, 54)</sup>. Penson et al. han evaluado la presencia de incontinencia urinaria a los 5 años de la prostatectomía en 1.288 hombres, encontrando que el 14% presentaba incontinencia<sup>(55)</sup>.

Catalona et al. encontraron que la edad en el momento de la cirugía estaba estadísticamente asociada con la presencia de incontinencia, duplicándose el riesgo de incontinencia por cada incremento de 10 años en la edad<sup>(50)</sup>.

## Búsqueda de ayuda médica

---

La incontinencia urinaria permanece con frecuencia como un problema oculto. A pesar de la repercusión que los síntomas tienen en la vida de las personas, la mayoría de los estudios refieren bajos porcentajes de búsqueda de ayuda profesional. En el estudio EPICONT<sup>(4)</sup> solamente un 26% de las mujeres habían consultado a su médico. En España, en el estudio realizado por Gavira Iglesias et al., sólo un 28% de las pacientes con incontinencia habían comunicado el problema a los sanitarios<sup>(7)</sup>. Algunos autores<sup>(56, 57)</sup> han analizado los factores que condicionan la búsqueda de ayuda médica en pacientes con síntomas urinarios. La falta de conciencia sobre la naturaleza del problema y el desconocimiento de los tratamientos disponibles, son los aspectos referidos más ha-

bitualmente. Otros factores que condicionan la demanda de atención médica por el paciente son el miedo o la vergüenza a hablar sobre el tema, la creencia de que los síntomas urinarios forman parte del proceso normal de envejecimiento y el miedo a las pruebas e intervenciones.

## Prolapso uterino

### 1. Prevalencia

Existen pocos estudios sobre el prolapso de órganos pélvicos en comparación con la incontinencia urinaria, ya que esta patología no permite la utilización de técnicas tradicionales de encuesta. Existe una gran variabilidad en las cifras de prevalencia como consecuencia de diferencias en la población de estudio y en las técnicas de estadiaje.

En un estudio realizado en Italia en 21.449 mujeres que acudían a una consulta de menopausia no histerectomizadas, el 5,5% presentaba prolapso uterino. De éstas, el 65,3% presentaba prolapso grado I y el 34,7% prolapso grado II-III<sup>(58)</sup>. En otro estudio transversal realizado en Suecia en 5.489 mujeres mediante la administración de un cuestionario validado de cinco preguntas se encontró que el 8,3% presentaba un prolapso sintomático (Tegerstedt)<sup>(59)</sup>. Hendrix et al. en un estudio transversal de las mujeres que habían sido reclutadas para el “Women’s Health Initiative Hormona Replacement Therapy Clinical Trial”, observaron que el 41% de las mujeres no histerectomizadas presentaban un prolapso de órgano pélvico. Un 14,2% presentaban prolapso uterino, un 34,3% cistocele y un 18,6% rectocele<sup>(60)</sup>.

En la Tabla 5 se resumen las características de los principales estudios.

**Tabla 5. Prevalencia de prolapso uterino**

País	Suecia	Italia	EE.UU.	EE.UU.
<b>Autores</b>	Tegerstedt <sup>(59)</sup>	Progetto Study <sup>(58)</sup>	Woodman <sup>(61)</sup>	Hendrix <sup>(60)</sup>
<b>Año</b>	2005	2000	2005	2002
<b>N</b>	5.489	21.449	1.004	16.616
<b>Edad</b>	30-79	Perimenopausia	18-83	50-79
<b>Prevalencia</b>	8,3	5,5	76%	41%
<b>Estadios</b>				
<b>0</b>	–	94,5	24	–
<b>1</b>	–	3,6	38	–
<b>2</b>	–	1,9	35	–
<b>3</b>	–	–	2	–
<b>4</b>	–	–	–	–

## 2. Potenciales Factores de riesgo

Los factores de riesgo se analizan en la tabla 6.

**Tabla 6. Factores de riesgo de incontinencia urinaria y prolapso urogenital**

Factores de riesgo		Incontinencia urinaria	Prolapso urogenital
Edad		2	2
Factores obstétricos	Número de hijos	1	1
	Cesárea	1	–
	Edad de la madre	2	–
	Peso al nacer	2	2
	Forceps, ventosas	3	3
Obesidad		2	2
Menopausia/THS		3	3
Prostatectomía		1	–
Histerectomía		1	–
Raza		3	3
Enfermedades neurológicas/ ictus		2	–
Deterioro funcional y cognitivo		2	–
Estreñimiento		3	3
Tabaco		3	–
Consumo de café, té, alcohol		3	–
Dieta		3	–
Ejercicio físico		3	–
Enuresis infantil		3	–
Historia familiar de incontinencia		3	–
Prolapso uterino		3	–
Infecciones del tracto urinario		3	–
Diuréticos		3	–
Diabetes		3	–
Riesgo ocupacional (azafatas)		3	3

1. Evidencia procedente de estudios prospectivos y numerosos estudios transversales.
2. Evidencia procedente de numerosos estudios transversales.
3. Evidencia procedente de escasos estudios transversales.

### Edad

En el estudio PROGETTO (58), realizado en Italia, el OR de prolapso uterino era de 1.3 (1,1-1,5) y 1.7 (1,5-2,0), respectivamente, para las mujeres de 52-55 años y mayores de 55 años en comparación con las mujeres menores de 51 años<sup>(58)</sup>. Tergerstedt et al. también encuentran esta asociación<sup>(59)</sup>.

## Parto

Algunos estudios han evaluado la asociación entre el parto vaginal y el desarrollo de prolapso uterino, encontrando que el riesgo de prolapso aumentaba con el número de partos<sup>(58, 60, 62, 63)</sup>. Diversos estudios han encontrado asociación con el peso del recién nacido. En el estudio italiano se encontró una asociación estadísticamente significativa con el peso al nacer.

Otros factores obstétricos evaluados con resultados dispares son la utilización de forceps o ventosa, la duración del parto y la episiotomía.

## Obesidad

Woodman et al. encontraron un mayor riesgo de prolapso uterino entre las mujeres con un mayor IMC<sup>(60)</sup>. En el estudio PROGETTO<sup>(58)</sup>, en comparación con las mujeres que tenían un IMC menor de 23.8, las mujeres con valores de IMC comprendidos entre 23.8 y 27.2 y aquellas con IMC mayor de 27.2, tenían un OR de 1.4 (95% CI: 1.2-1.7) y 1,6 (95% CI: 1.3-1,9), respectivamente<sup>(58)</sup>. Hendrix et al.<sup>(60)</sup> también encontraron un mayor riesgo de prolapso uterino en las mujeres con un IMC mayor de 30 [OR =1.4 (1.24-1.59)].

## Menopausia

Pocos estudios han evaluado el papel de la menopausia, con resultados contradictorios. Woodman et al. encontraron un aumento del riesgo con la menopausia<sup>(61)</sup>. El estudio italiano, anteriormente mencionado, no encuentra esta asociación. Handa et al. en el estudio prospectivo previamente comentado "Women's Health Initiative Hormona Replacement Therapy Clinical Trial" encontraron una incidencia anual de cistocele, prolapso uterino y rectocele de 9.3, 5.7, 1.5 casos/100 mujeres año, respectivamente<sup>(64)</sup>.

## Raza

Hendrix et al. encontraron que las mujeres afroamericanas presentaban un menor riesgo y las mujeres de origen hispano el mayor riesgo de prolapso uterino<sup>(60)</sup>.

## Estreñimiento

Kahn MA en el estudio realizado en EE.UU. en 1.004 pacientes que acudían rutinariamente a consultas de ginecología, encontraron asociación entre estreñimiento y prolapso genitorinario<sup>(66)</sup>. El estudio de Hendrix et al. no ha encontrado esta asociación.

## Riesgos ocupacionales

En un estudio transversal realizado por Woodman et al. en 1.004 mujeres que acudían a revisiones ginecológicas se encontró que las mujeres que tenían trabajos en fábricas y que tenían menores ingresos económicos, presentaban formas más severas de prolapso<sup>(61)</sup>.

Otros estudios han asociado el prolapso genital al levantamiento de pesos<sup>(65)</sup>.

## Conclusiones

Los estudios publicados muestran cifras muy dispares de prevalencia de incontinencia urinaria. La incontinencia urinaria está asociada en la mayor parte de los estudios a la edad, la paridad, la obesidad, la histerectomía en la mujer y la prostatectomía radical en el hombre. Incontinencia urinaria y prolapso genital están frecuentemente asociados y comparten etiología. La mayoría de los estudios publicados hasta ahora son transversales y han sido casi siempre realizados en países occidentales. Son necesarios estudios longitudinales que permitan conocer la incidencia de incontinencia y prolapso genitourinario así como sus factores de riesgo. Asimismo, es necesaria la realización de estudios en países en desarrollo. En un futuro sería deseable la utilización de cuestionarios validados y una misma definición de incontinencia para poder hacer comparaciones entre estudios. La identificación de factores de riesgo permitirá desarrollar estrategias de prevención en determinados colectivos.

## Bibliografía

1. Melville J, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary Incontinence in US women. *Arch Intern Med* 2005; 165:537-542.
2. Brocklehurst JC. Urinary incontinence in the community- analysis of a MORI poll. *BMJ* 1993; 306:832-836.
3. Perry S, Assassa RP, Dallosso H, Shaw C, Williams K, Uzman U, et al. An epidemiological study to establish the prevalence of urinary symptoms and felt need in the community: The Leicestershire MRC incontinence study. *J Public Health Med* 2000; 22:427-434.
4. Hannestad YS, Rosveit G, Snadvik H, Huskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. J Clin Epidemiol* 2000; 53(11):1150-7.
5. Hägglund D, Olsson H, Leppert J. Urinary incontinence: an unexpected large problem among young females. Results from a population-based study. *Family Practice* 1999; 16:506-509.
6. Bartolotti A; Bernardini B; Colli E; Diabenedetto P; Nacci GG. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. *Eur. Urol* 2000; 37:30-35
7. Gavira FJ, Caridad JM, Pérez del Molino J, Valderrama E, López M, Romero et al. Prevalence and psychosocial impact of urinary incontinence in older people of a Spanish rural population. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000; 55:207-214.
8. Damian J, Martín-Moreno JM, Lobo F, Bonache J, Cerviño J, Redondo-Márquez L, et al. Prevalence of urinary incontinence among Spanish older people living at home. *Eur Urol* 1998; 34:333-338.
9. Zunzunegui P; Rodríguez-Laso A; García de Yébenes MJ; Aguilar Conesa MD; Lázaro y de Mercado P; Otero Puime A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en hombres y mujeres mayores de 65 años. *Atención Primaria* 2003; 32:337-342.
10. Yan-feng; Wen-ju. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Fuzhou Chinese women. *Chin Med J* 2005; 118(11):887-892.
11. Schulman C, Claes H, Matthijs. Urinary incontinence in Belgium: a population-based epidemiological survey. *Eur Urol.* 1997; 32(3):315-20.

12. Swithinbank LV, Donovan JL, Du Heaume JC, Rogers CA, James MC, Yang Q, Abrams P. Urinary symptoms and incontinence in women: relationships between occurrence, age, and perceived impact. *BrJ Gen Pract.* 1999 Nov; 49(448):897-900.
13. Moller L, Lose G, Jorgensen T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79:298-305.
14. Hunskar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int.* 2004 Feb; 93(3):324-30.
15. Diokno AC, Brock BM, Brown MB, Herzog AR. Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. *J Urol.* 1986 Nov; 136(5):1022-5.
16. Brown JS, Seeley DG, Fong J et al. Urinary incontinence in older women: who is at risk? *Obstet Gynecol* 1996; 87:715-721.
17. Nygaard IE, Lemke JH. Urinary incontinence in rural older women: Prevalence, incidence and remission. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44:1049-1054.
18. Maggi S, Minicuci N, Langlois J, Pavan M, Enzi G, Crepaldi G. Prevalence rate of urinary incontinence in community-dwelling elderly individuals: the Veneto study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Jan; 56(1):M14-8.
19. Castro D, Espuna M, Prieto M, Badia X. Prevalencia de la vejiga hiperactiva en España. UN estudio de base poblacional. *Arch Esp Urol.* 2005 Mar; 58(2):131-8.
20. Chiarelli P; Brown W; Mclduff P. Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women. *Neurourol Urodyn* 1999; 18:567.
21. Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *Br Med J.* 1980 Nov 8; 281(6250):1243-5.
22. Samuelsson E, Victor A, Svardsudd K. Determinants of urinary incontinence in a population of young and middle-aged women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000 Mar; 79(3):208-15.
23. Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunsdaar S. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Obstet Gynecol* 2001; 98(6):1004-10.
24. Kuh D, Cardozo L, Hardy R. Urinary incontinence in middle aged women: childhood enuresis and other lifetime risk factors in a British prospective cohort. *J Epidemiol Community Health.* 1999 Aug; 53(8):453-8.
25. Persson J, Wolner-Hanssen P, Rydhstroem H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. *Obstet Gynecol.* 2000 Sep; 96(3):440-5.
26. Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC. Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth, and obstetric techniques. *Am J Public Health.* 1999 Feb; 89(2):209-12.
27. Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed K. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstet Gynecol.* 1992 Jun; 79(6):945-9.
28. Goldberg RP, Kwon C, Gandhi S, Atkuru LV, Sorensen M, Sand PK. Urinary incontinence among mothers of multiples: the protective effect of cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 Jun; 188(6):1447-50; discussion 1450-3.
29. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskar S; Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med.* 2003 Mar 6; 348(10):900-7.
30. Hojberg KE, Salvig JD, Winslow NA, Lose G, Secher NJ. Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of station. *Br. J. Obstet. Gynaecol* 1999. 842.
31. Samuelsson E, Victor A, Svardsudd K. Determinants of urinary incontinence in a population of young and middle-aged women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000 Mar; 79(3):208-15.

32. Alling Moller L, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstet Gynecol* 2000; 96(3):446-51.
33. Rekers H, Drogendijk AC, Valkenburg HA, Riphagen F. The menopause, urinary incontinence and other symptoms of the genito-urinary tract. *Maturitas*. 1992 Oct; 15(2):101-11.
34. Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, Giambanco V; VIVA Study Group. Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. *BJOG*. 2003 Oct; 110(10):927-33.
35. Hendrix SL, Cochrane BB, Nygaard IE, Handa VL, Barnabei VM, Iglesia C, Aragaki A, Naughton MJ, Wallace RB, McNeeley SG. Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence. *JAMA*. 2005 Feb 23; 293(8):935-48.
36. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence?. The Norwegian EPICONT Study. *BJOG*. 2003 Mar; 110(3):247-54.
37. Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *BJU Int*. 2002 Jan; 89(1):61-6.
38. McPherson K, Herbert A, Judge A, Clarke A, Bridgman S, Maresh M, Overton C. Self-reported bladder function five years post-hysterectomy. *J Obstet Gynaecol*. 2005 Jul; 25(5):469-75.
39. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MM; Leicestershire MRC Incontinence Study Group. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU Int*. 2003 Jul; 92(1):69-77.
40. Hannestad YS, Lie RT, Rortveit G, Hunskaar S. Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study. *BMJ*. 2004 Oct 16; 329(7471):889-91.
41. Smith PP, Appell RA. Pelvic organ prolapse and the lower urinary tract: the relationship of vaginal prolapse to stress urinary incontinence. *Curr Urol Rep*. 2005 Sep; 6(5):340-7.
42. Lewis CM, Schrader R, Many A, Mackay M, Rogers RG. Diabetes and urinary incontinence in 50- to 90-year-old women: a cross-sectional population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Dec; 193(6):2154-8.
43. Fischer JR, Berg PH. Urinary incontinence in United States Air Force female aircrew. *Obstet. Gynecol* 1999; 94:532.
44. Hunter DJ, Berra-Unamuno A, Martin-Gordo A. Prevalence of urinary symptoms and other urological conditions in Spanish men 50 years old or older. *J Urol*. 1996 Jun; 155(6):1965-70.
45. Schulman C, Claes H, Matthijs J. Urinary incontinence in Belgium: a population-based epidemiological survey. *Eur Urol* 1997; 32(3):315-20.
46. Malmsten UG, Milsom I, Molander U, Norlen LJ. Urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: an epidemiological study of men aged 45 to 99 years. *J Urol*. 1997 Nov; 158(5):1733-7.
47. Ueda T, Tamaki M, Kageyama S, Yoshimura N, Yoshida O. Urinary incontinence among community-dwelling people aged 40 years or older in Japan: prevalence, risk factors knowledge and self-perception.
48. Boyle P, Robertson C, Mazzetta C, Keech M, Hobbs FD, Fourcade R, Kiemeny L, Lee C. The prevalence of male urinary incontinence in four centres: the UREPIK study.
49. Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog AR, Corey R, Hunt TL, Wein AJ. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol*. 2003 May; 20(6):327-36.
50. Catalona WJ, Carvahal GF, Mager DE, Smith DS. Potency, continence and complication rates in 1,870 consecutive radical retropubic prostatectomies. *J Urol*. 1999 Aug; 162(2):433-8.
51. Stanford JL, Feng Z, Hamilton AS, Gilliland FD, Stephenson RA, Eley JW, Albertsen PC, Harlan LC, Potosky AL. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. *JAMA*. 2000 Jan 19; 283(3):354-60.

52. Goluboff ET, Saidi JA, Mazer S, Bagiella E, Heitjan DF, Benson MC, Olsson CA. Urinary continence after radical prostatectomy: the Columbia experience. *J Urol*. 1998 Apr; 159(4):1276-80.
53. Mettlin CJ, Murphy GP, Sylvester J, McKee RF, Morrow M, Winchester DP. Results of hospital cancer registry surveys by the American College of Surgeons: outcomes of prostate cancer treatment by radical prostatectomy. *Cancer*. 1997 Nov 1; 80(9):1875-81.
54. Benoit RM, Naslund MJ, Cohen JK. Complications after radical retropubic prostatectomy in the medicare population. *Urology*. 2000 Jul; 56(1):116-20.
55. Penson DF, McLerran D, Feng Z, Li L, Albertsen PC, Gilliland FD, Hamilton A, Hoffman RM, Stephenson RA, Potosky AL, Stanford JL. 5-year urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy: results from the prostate cancer outcomes study. *J Urol*. 2005 May; 173(5):1701-5.
56. Gavira FJ, Caridad JM, Pérez del Molino J, Valderrama E, López M, Romero et al. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud. *Atención Primaria* 2001; 28(2):97-104.
57. Shaw C, Tansey R, Jackson C, Hyde C and Allan R. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Family Practice* 2001; 18:48-52.
58. Progetto Menopausa Italia Study Group. Risk factors for genital prolapse in non-hysterectomized women around menopause. Results from a large cross-sectional study in menopausal clinics in Italy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2000 Dec; 93(2):135.
59. Tegerstedt G, Maehle-Schmidt M, Nyren O, Hammarstrom M. Prevalence of symptomatic pelvic organ prolapse in a Swedish population. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2005 Nov-Dec; 16(6):497-503. Epub 2005 Jun 29.
60. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 Jun; 186(6):1160-6.
61. Woodman PJ, Swift SE, O'boyle AL, Valley MT, Bland DR, Kahn MA, Schaffer JI. Prevalence of severe pelvic organ prolapse in relation to job description and socioeconomic status: a multicenter cross-sectional study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2005 Nov 1; 1-6.
62. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997 May; 104(5):579-85.
63. Samuelsson EC, Arne Victor FT, Tibblin G, Svardsudd KF. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol*. 1999 Feb; 180(2 Pt 1):299-305.
64. Handa VL, Garrett E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Jan; 190(1):27-32.
65. Jorgensen S, Hein HO, Gyntelberg F. Heavy lifting at work and risk of genital prolapse and herniated lumbar disc in assistant nurses. *Occup MED* 1994; 41:289-82.
66. Kahn MA, Breitkopf CR, Valley MT, Woodman PJ, O'Boyle AL, Bland DI, Schaffer JI, Grady JJ, Swift SE. Pelvic Organ Support Study (POSST) and bowel symptoms: straining at stool is associated with perineal and anterior vaginal descent in a general gynecologic population. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 May; 192(5):1516-22.