

ARTÍCULO ORIGINAL

Sintomatología sugestiva de vejiga hiperactiva: prevalencia y factores de riesgo asociados. Resultados del estudio PREVEGIN*

R. Usandizaga Elio¹, M. Puch¹, J.L. Pastrana², M.^aD. Sánchez Quintana³, M.^aD. González Salmerón⁴

¹Hospital Universitario «La Paz», Madrid. ²Hospital de la Axarquía. Málaga. ³Hospital de la Mujer. Hospitales Universitarios «Virgen del Rocío». Sevilla.

⁴Hospital «Torrecárdenas»

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la prevalencia de sintomatología sugestiva de vejiga hiperactiva (SSVH), su incidencia oculta, los factores pronósticos y los hábitos diagnósticos de los ginecólogos generales.

Diseño: Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico. Emplazamiento: consultas de ginecología a escala nacional.

Participantes: 1.457 mujeres de ≥ 40 años que acuden por cualquier motivo a la consulta de ginecología. Fueron evaluables 1.408 mujeres.

Mediciones principales: Datos sociodemográficos, antropométricos, ginecológicos y cuestionarios (Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga [CACV] e International Consultation on Incontinence Short-Form [ICIQ-SF]). Se realizó un análisis de estadística descriptiva para todas las variables y un análisis de regresión logística para determinar los factores pronósticos.

Resultados: La prevalencia de SSVH según el cuestionario CACV fue del 37,7% y la de incontinencia urinaria del 63,1%; la incidencia oculta de vejiga hiperactiva fue del 24,4%. Los factores pronósticos independientes para vejiga hiperactiva fueron: edad (60-70 años frente a ≥ 70 ; *odds ratio* [OR]= 0,412; IC del 95%: 0,217-0,782; *p*= 0,0067), índice de masa corporal (bajo o normopeso frente a obesidad; OR= 0,529; IC del 95%: 0,331-0,844; *p*= 0,0075), movilidad (limitación leve-grave frente a ninguna; OR= 2,457; IC del 95%: 1,206-5,004; *p*= 0,0133), prolapso (no frente a sí; OR= 0,404; IC del 95%: 0,268-0,610; *p* < 0,0001) y cirugía del prolapso (no frente a sí; OR= 0,344; IC del 95%: 0,145-0,821; *p*= 0,0161).

Conclusiones: La prevalencia de SSVH en mujeres que acuden a la consulta de ginecología por cualquier motivo

*El estudio PREVEGIN ha sido financiado por Astellas Pharma.

Dirección para correspondencia:

R. Usandizaga Elio. Correo electrónico: rusandizag ae@ seg o.es

ABSTRACT

Symptoms suggestive of overactive bladder: prevalence and associated risk factors. PREVEGIN Study Results

Objective: To assess the prevalence of symptoms suggestive of overactive bladder (SSOB), its unknown incidence, prognostic factors, and the diagnostic habits of general gynecologists.

Design: A descriptive, cross-sectional, multicenter study. Location: gynecology offices nationwide.

Participants: 1,457 women aged ≥ 40 years who present by any reason to gynecology office. 1,408 women were evaluable.

Main measurements: demographic, anthropometric, gynecological, and questionnaires (Bladder Control Self-assessment Questionnaire [B-SAQ] and International Consultation on Incontinence-Short Form [ICIQ-SF]). Descriptive statistics for all variables and logistic regression analysis to determine prognostic factors of overactive bladder.

Results: The prevalence of SSOB according to the questionnaire B-SAQ was 37.7%, and urinary incontinence 63.1%; the unknown incidence of overactive bladder was 24.4%. Independent prognostic factors for overactive bladder were age (60-70 years vs. ≥ 70 , *odds ratio* [OR] = 0.412, 95% CI: 0.217 to 0.782, *p* = 0.0067), BMI (low or normal weight versus obese; OR = 0.529, 95% CI: 0.331 to 0.844, *p* = 0.0075), mobility (mild-severe limitation versus no, OR = 2.457, 95% CI: 1.206 to 5.004, *p* = 0.0133), prolapse (not before him, OR = 0.404, 95% CI: 0.268 to 0.610, *P* < 0.0001) and prolapse surgery (yes versus no, OR = 0.344, CI 95% from 0.145 to 0.821, *P* = 0.0161).

Conclusions: Prevalence of SSOV in women who present by any reason to gynecology office.

es elevada. El envejecimiento, la obesidad, la inmovilidad y el prolapso de órganos pélvicos son factores de riesgo.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: sintomatología sugestiva de vejiga hiperactiva, prevalencia, factores de riesgo, estudio PREVEGIN.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords:

Introducción

La vejiga hiperactiva (VH) se define por la presencia de urgencia miccional, con o sin incontinencia urinaria de urgencia, y a menudo se acompaña de frecuencia y nicturia¹. Su síntoma cardinal, la urgencia, ha sido relacionado con un gran impacto en la calidad de vida, superior al de los otros síntomas que pueden formar parte de la VH: incontinencia de urgencia, frecuencia miccional y nicturia². Esta combinación de síntomas es indicativa de hiperactividad del músculo detrusor, demostrable por urodinámica, pero puede deberse a otras formas de disfunción uretrovesical. El término «vejiga hiperactiva» sólo puede utilizarse si no existe una infección probada u otra enfermedad demostrable³⁻⁵.

Si nos limitamos a las mujeres, que es el colectivo con mayor prevalencia de VH, observamos que existen pocos estudios monográficos epidemiológicos sobre esta población. Recientemente se han publicado datos de un registro epidemiológico sueco que informan de una prevalencia del 20%⁶.

En cualquier caso, estos estudios apuntan al infradiagnóstico e infratratamiento de la VH. Por otro lado, la carga de enfermedad que condiciona esta patología no es desdeñable. Su coste específico alcanza los 24,9 millones de dólares en la población adulta de Estados Unidos, y se asocia a una menor productividad laboral. Estos datos, junto con el impacto sobre la calidad de vida, subrayan la necesidad de hacer un diagnóstico precoz, así como el diagnóstico de la enfermedad oculta, para hacer posible la introducción de medidas preventivas y terapéuticas que mejoren la calidad de vida de los pacientes⁷.

Finalmente, se necesita una mayor implicación por parte de los médicos de atención primaria y los ginecólogos generales para tratar de diagnosticar cuanto sea posible la patología oculta.

Por todo ello, el objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de sintomatología sugestiva de vejiga hiperactiva (SSVH) en mujeres atendidas en las consultas de ginecología, describir el perfil de las pacientes que la presentan, los factores pronósticos asociados a la patología y los hábitos diagnósticos de los ginecólogos generales.

Material y métodos

Se trata de un estudio epidemiológico, multicéntrico, transversal, realizado sobre una población de mujeres atendidas en las consultas de ginecología de centros repartidos por el territorio español, que consultaron por cualquier motivo relacionado con su salud ginecológica desde junio de 2008 hasta enero de 2009.

Se reclutaron 1.457 mujeres, de las que fueron evaluables 1.408 (96,6%). Para poder ser evaluadas era necesario que cumplieren todos los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) mujeres con edad igual o superior a 40 años; b) pacientes con capacidad para entender la finalidad del estudio y para rellenar los cuestionarios de evaluación (el Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga [CACV]^{8,9} y el International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form [ICIQ-SF]¹⁰), y c) pacientes que otorgasen el consentimiento informado por escrito para participar en el estudio.

Los criterios de exclusión que se aplicaron fueron: a) mujeres con cistitis, cáncer vesical, vejiga neurógena, estenosis de cuello vesical, litiasis ureteral o vesical y/o infección urinaria; b) mujeres en tratamiento con diuréticos; c) mujeres que habían realizado tratamiento con antibióticos durante los 15 días previos a la visita de inclusión en el estudio, y d) mujeres embarazadas en el momento de la visita de inclusión. Se excluyeron 49 mujeres por no cumplir alguno de los criterios de selección.

Los datos se recopilaron en una única visita, en la consulta, a través de un cuaderno de recogida de datos dirigido a cada paciente por el especialista. Se consideraron: a) datos sociodemográficos y antropométricos; b) datos sobre la historia ginecológica; c) cuestionario CACV validado al español; d) cuestionario ICIQ-SF validado al español, y e) datos relacionados con el abordaje de la sintomatología sugestiva de VH por parte del ginecólogo. El CACV es un cuestionario autocumplimentado, diseñado por un grupo europeo de expertos en disfunciones del tracto urinario inferior con dos objetivos fundamentales: 1) que las personas con VH se identifiquen como que padecen este problema y puedan solicitar ayuda médica, y 2) que las personas que padecen el problema pero

no tienen intención de declararlo por muy diversos motivos puedan ser detectadas en la consulta médica. Este sencillo cuestionario, de tan sólo ocho ítems agrupados en dos escalas («Molestias» y «Síntomas»), ha demostrado unas adecuadas propiedades psicométricas para ser empleado en la práctica clínica como instrumento de cribado de VH. Una puntuación igual o superior a 6 puntos en ambas escalas del cuestionario CACV indica unos niveles de sensibilidad y especificidad apropiados para el diagnóstico de SSVH⁹.

El ICIQ-SF es un cuestionario orientado a la detección de la incontinencia urinaria (IU) en cualquier ámbito asistencial. La versión final del cuestionario, que se ha traducido y adaptado culturalmente en diversos países, consta de tres ítems («Frecuencia», «Cantidad» y «Afectación»), así como de un grupo de ocho preguntas relacionadas con el tipo de IU que no forman parte de la puntuación del cuestionario, y que tienen únicamente una finalidad descriptiva y orientadora sobre el tipo de incontinencia de orina. La puntuación total, resultado de la suma de los tres primeros ítems, va de 0 a 21 puntos. La versión española de este cuestionario ha demostrado tener unas adecuadas propiedades psicométricas.

Se realizó un análisis de estadística descriptiva para todas las variables. Las variables cuantitativas se resumieron con medidas de tendencia central y dispersión (media, desviación estándar, mediana y valores extremos). Para las variables cualitativas se utilizaron tablas de frecuencia y porcentajes sobre el total de respuestas evaluables. En todos los casos los intervalos de confianza aplicados fueron del 95% (IC del 95%). Para todas las comparaciones y estudio de asociaciones se consideró un nivel de significación estadística de 0,05. El análisis de los factores pronósticos de SSVH se realizó mediante técnicas de análisis multivariante que incluían la regresión logística. Los datos se procesaron mediante el paquete estadístico SAS, versión 9.1.3.

El último apartado lo cumplimentaron los propios ginecólogos generales; en él se preguntaba acerca de su actitud ante esta patología: si interrogaban a las pacientes sobre esta enfermedad en caso de que ellas no hicieran referencia a la misma y cuáles eran sus actitudes diagnósticas y terapéuticas al respecto.

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y las normas de buenas prácticas clínicas. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todas las pacientes y el estudio fue evaluado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario «La Paz» de Madrid.

Resultados

Las características sociodemográficas, antropométricas y ginecológicas de la muestra de estudio se recogen en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas, antropométricas y ginecológicas de la muestra de estudio

Variable	n	Media (DE)
Datos antropométricos		
Edad (años), media (DE)	1.103	55,9 (9,7)
IMC (kg/m ²), media (DE)	1.381	26,6 (9,9)
Datos demográficos		
Nivel de estudios (%)		
Sin estudios	142	11,4
Primarios	735	59,0
Superiores	368	29,6
Situación laboral(%)		
Activa	755	53,9
Inactiva	647	46,1
Consumo de tabaco (%)		
No fumadora	931	66,6
Fumadora	209	15,0
Exfumadora	257	18,4
Consumo de café y/o té (%)		
Ninguno	351	25,2
Sólo café	794	57,0
Sólo té	63	4,5
Ambos	186	13,3
Sedentarismo (%)	547	39,0
Actividad sexual (%)	994	71,1
Datos ginecológicos		
Menopausia (%)	924	66,4
Uso de terapia hormonal sustitutiva en el momento actual (%)	87	6,4
N.º de embarazos, media (DE)	1.265	2,64 (1,29)
N.º de partos, media (DE)	1.185	2,40 (1,81)
Embarazos previos (%)	1.284	91,9
Partos previos (%)	1.239	90,6
Prolapso de órganos pélvicos de grado II o superior en la actualidad (%)	223	16,2
Cirugía ginecológica previa		
Histerectomía (%)	141	10,4
Prolapso (%)	54	4,1
Incontinencia de esfuerzo (%)	40	3,0

Tabla 2. Distribución de las respuestas del Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga (CACV)

Síntomas	n (%)	Respuesta	n (%)	Molestia
Síntoma 1	1.403 (100,0)	Total	1.367 (100,0)	Molestia 1
¿Le resulta difícil retener la orina cuando siente la necesidad urgente de orinar?	429 (30,6)	En absoluto	462 (33,8)	¿En qué medida le molesta?
	441 (31,4)	Un poco	331 (24,2)	
	367 (26,2)	Bastante	348 (25,5)	
	166 (11,8)	Mucho	226 (16,6)	
Síntoma 2	1.402 (100,0)	Total	1.369 (100,0)	Molestia 2
¿Necesita ir al lavabo con demasiada frecuencia durante el día?	405 (28,9)	En absoluto	518 (37,8)	¿En qué medida le molesta?
	370 (26,4)	Un poco	322 (23,5)	
	456 (32,5)	Bastante	329 (24,0)	
	171 (12,2)	Mucho	200 (14,6)	
Síntoma 3	1.402 (100,0)	Total	1.367 (100,0)	Molestia 3
¿Se levanta por la noche con necesidad urgente de orinar?	520 (37,1)	En absoluto	587 (42,9)	¿En qué medida le molesta?
	478 (34,1)	Un poco	314 (23,0)	
	307 (21,9)	Bastante	266 (19,5)	
	97 (6,9)	Mucho	200 (14,7)	
Síntoma 4	1.401 (100,0)	Total	1.371 (100,0)	Molestia 4
¿Tiene pérdidas de orina?	517 (36,9)	En absoluto	521 (38,0)	¿En qué medida le molesta?
	543 (38,8)	Un poco	275 (20,1)	
	246 (17,6)	Bastante	312 (22,8)	
	95 (6,8)	Mucho	263 (19,3)	

Las pacientes incluidas tenían una edad media de 55,9 (9,7) años y un índice de masa corporal (IMC) medio de 26,6 (9,9) kg/m², y la mayoría de ellas habían tenido embarazos y partos previos (91,9 y 90,6%, respectivamente).

La prevalencia de SSVH, definida como ≥ 6 puntos en el cuestionario CACV de síntomas, fue del 37,7% (IC del 95%: 35,2-40,2). Afectaba a 531 pacientes, con un tiempo de evolución medio de 5,1 (5,3) años.

La tabla 2 muestra la distribución de las respuestas del cuestionario CACV. La incidencia oculta de SSVH (casos nuevos detectados durante el estudio) fue del 24,4% (IC del 95%: 22,2-26,7), afectando a 344 pacientes. La prevalencia de IU, definida en función del número de mujeres que respondieron afirmativamente a la pregunta 4 del cuestionario CACV, fue del 63,1% (IC del 95%: 60,6-65,6), afectando a 884 pacientes. La distribución de las respuestas al cuestionario ICIQ-SF para este subgrupo de pacientes se recoge en la tabla 3. La puntuación media fue de 10,86 (4,4) puntos. Casi la mitad de las encuestadas (n= 375; 43,4%) fueron clasificadas como pacientes con IU grave o muy grave (tabla 4); si consideramos también los casos de IU moderada, el porcentaje de mujeres afectadas alcanza el 88,7% (n= 767).

Se observaron diferencias significativas en distintas variables demográficas y ginecológicas entre el grupo de mujeres con una puntuación en la escala «Síntomas» del CACV ≥ 6 y las que presentaron una puntuación < 6 . En el primer grupo, hubo un mayor porcentaje de mujeres no activas laboralmente (59,7 frente a 37,9%), un consumo superior de cigarrillos al día (media de 15,7 frente a 13,3), un mayor porcentaje de sedentarismo (45,4 frente a 35,1%) y limitación de movilidad (13,1 frente a 3,6%), un porcentaje superior de inactividad sexual (40,1 frente a 22,2%), una mayor frecuencia de menopausia (77,0 frente a 59,9%), un mayor porcentaje de mujeres con embarazos previos (93,9 frente a 90,8%) y con una media de embarazos más elevada (2,9 frente a 2,5), un mayor porcentaje de mujeres con partos previos (93,0 frente a 89,2%) y con una media de partos más elevada (2,6 frente a 2,3), un mayor porcentaje de mujeres con prolapso en la visita de estudio (26,0 frente a 10,1%) y un mayor porcentaje de mujeres con cirugía previa de prolapso (6,9 frente a 2,4%).

De las pacientes que presentaban SSVH según el cuestionario CACV, el 42,1% no habían consultado antes por estos síntomas, mientras que en un 22,3% de las pacientes éstos constituían uno de los motivos de la visita. El 46,1% de las mujeres que no habían consultado reconocieron no haberlo hecho por atribuir la clínica a un fenómeno fisiológico del

Tabla 3. Distribución de las respuestas del International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF)

Pregunta	Respuesta	n (%)
1. ¿Con qué frecuencia pierde orina?	Total	857 (100,0)
	Nunca	0 (0,0)
	Una vez a la semana o menos	170 (19,8)
	Dos o tres veces a la semana	204 (23,8)
	Una vez al día	125 (14,6)
	Varias veces al día	335 (39,1)
	Continuamente	23 (2,7)
2. Cantidad de orina que pierde habitualmente	Total	862 (100,0)
	No se me escapa nada	0 (0,0)
	Muy poca cantidad	565 (65,5)
	Una cantidad moderada	256 (29,7)
3. Afectación a su vida diaria	Mucha cantidad	41 (4,8)
	Total	868 (100,0)
	0	31 (3,6)
	1	52 (6,0)
	2	67 (7,7)
	3	109 (12,6)
	4	81 (9,3)
	5	120 (13,8)
	6	69 (7,9)
	7	102 (11,8)
	7,5	1 (0,1)
8	118 (13,6)	
9	48 (5,5)	
10	70 (8,1)	
4. ¿Cuándo pierde orina?	Total	884 (100,0)
	Nunca pierde orina	0 (0,0)
	Pierde orina antes de llegar al wc	556 (62,9)
	Pierde orina cuando tose o estornuda	590 (66,7)
	Pierde orina cuando duerme	82 (9,3)
	Pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicio	486 (55,0)
	Pierde orina cuando acaba de orinar y ya se ha vestido	181 (20,5)
	Pierde orina sin un motivo aparente	181 (20,5)
Pierde orina de forma continua	21 (2,4)	

Tabla 4. Gravedad de la incontinencia urinaria según la puntuación total del International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF)

Gravedad	Puntuación ICIQ-SF	n (%)
Total		865 (100,0%)
Leve	1-5	98 (11,3%)
Moderada	6-12	392 (45,3%)
Grave	13-18	344 (39,8%)
Muy grave	19-21	31 (3,6%)

envejecimiento. Cuando se preguntó sobre las medidas adoptadas para prevenir/afrentar los síntomas, las más habituales fueron el uso de pañales/compresas (39,5%) y el cambio frecuente de la ropa interior (37,1%). La media de absorbentes utilizados diariamente fue de 3,0 (1,6) por mujer. Los datos de la regresión logística univariante para cada posible factor de riesgo asociado con sintomatología sugestiva de VH se recogen en las tablas 5 y 6.

Las variables independientes relacionadas significativamente con la presencia de SSVH, identificadas en el análisis multivariante, fueron las siguientes: edad (60-70 años frente a >70; *odds ratio* [OR]= 0,412; IC del 95%: 0,217-0,782; *p*= 0,0067), IMC (IMC bajo o normopeso frente a obesidad; OR= 0,529; IC del 95%: 0,331-0,844; *p*= 0,0075), movilidad (limitación leve-grave frente a ninguna; OR= 2,457; IC del 95%: 1,206-5,004; *p*= 0,0133), prolapso (no frente a sí; OR= 0,404; IC del 95%: 0,268-0,610; *p* < 0,0001) y cirugía del prolapso (no frente a sí; OR= 0,344; IC del 95%: 0,145-0,821; *p*= 0,0161).

Discusión

En este estudio se ha analizado la prevalencia de SSVH, en mujeres que acuden a la consulta de ginecología por cualquier motivo, utilizando un cuestionario para cumplimentar por las propias pacientes y que proporciona puntuación de síntomas y molestias. La prevalencia observada supera el 37%. En España hemos identificado dos estudios epidemiológicos: en uno, realizado en sujetos de más de 40 años¹¹, se cifró la prevalencia en el 21,5%, siendo mayor entre las mujeres (25,6%) que entre los varones (17,4%); en el otro, de base poblacional¹², se observó una prevalencia del 11,2% en el grupo de mujeres de 55-64 años y del 5,5% en hombres de la misma franja de edad.

Anteriormente a estos trabajos, se habían publicado los resultados de un estudio epidemiológico¹³ realizado en 16.776 individuos mayores de 40 años de seis países europeos, y que incluía datos de España. Según este estudio, la prevalencia de sintomatología de VH en nuestro país era

Tabla 5. Análisis univariante de variables sociodemográficas y antropométricas pronóstico de sintomatología sugestiva de vejiga hiperactiva (SSVH)

Variable		n	OR	IC del 95%	Valor de p
Edad	40-50 frente a >70	1.102	0,1826	(0,1141-0,2923)	<0,0001
	50-60 frente a >70		0,2854	(0,1817-0,4483)	<0,0001
	60-70 frente a >70		0,4664	(0,2892-0,7521)	<0,0001
Peso		1.382	1,0471	(1,0357-1,0586)	<0,0001
Talla		1.379	0,9953	(0,9798-1,0110)	0,5572
IMC	Bajo y normopeso frente a obesidad II-IV	1.378	0,2957	(0,2165-0,4038)	<0,0001
	Obesidad grado I frente a obesidad II-IV		0,7183	(0,5323-0,9692)	<0,0001
Zona donde vive	Rural/intermedia frente a urbana	1.397	1,4139	(1,1184-1,7874)	0,0038
Estudios	Primarios frente a ninguno	1.243	0,4708	(0,3261-0,6796)	<0,0001
	Secundarios frente a ninguno		0,1645	(0,1078-0,2509)	<0,0001
Situación	Activa frente a no activa	1.398	0,4107	(0,3292-0,5125)	<0,0001
Fumador	Exfumador/fumador frente a no fumador	1.392	1,8097	(1,4246-2,2989)	<0,0001
Bebedor	Exbebedor/bebedor frente a no bebedor	1.392	0,7294	(0,4731-1,1247)	0,1533
Café/té	Café/té frente a ninguno	1.389	1,3311	(1,0400-1,7038)	0,0231
Movilidad	Leve-grave frente a ninguna	1.398	4,0542	(2,6143-6,2872)	<0,0001
Sedentarismo	No frente a sí	1.399	0,6500	(0,5213-0,8105)	0,0001
Actividad sexual	No frente a sí	1.394	2,3441	(1,8503-2,9697)	<0,0001

Para cada posible factor asociado, se realizó una regresión logística para determinar su asociación con la respuesta. OR: razón de verosimilitudes para presencia de SSVH entre el nivel considerado y la categoría de referencia.

IC: intervalo de confianza; IMC: índice de masa corporal; OR: odds ratio.

Tabla 6. Análisis univariante de variables ginecológicas pronóstico de sintomatología sugestiva de vejiga hiperactiva

Variable		n	OR	IC del 95%	Valor de p
Menopausia	No frente a sí	1.389	0,4464	(0,3496-0,5701)	<0,0001
Terapia hormonal	No frente a sí	1.361	0,8088	(0,5209-1,2557)	0,3444
Embarazos previos	No frente a sí	1.394	0,6340	(0,4144-0,9698)	0,0356
Partos previos	No frente a sí	1.365	0,6236	(0,4172-0,9321)	0,0213
Prolapso	No frente a sí	1.342	0,3193	(0,2373-0,4296)	<0,0001
Histerectomía	No frente a sí	1.358	0,7268	(0,5105-1,0348)	0,0767
Cirugía de prolapso	No frente a sí	1.321	0,3331	(0,1895-0,5856)	0,0001
Cirugía por incontinencia	No frente a sí	1.314	0,3106	(0,1606-0,6008)	0,0005

Para cada posible factor asociado, se realizó una regresión logística para determinar su asociación con la respuesta. OR: razón de verosimilitudes para presencia de sintomatología sugestiva de VH entre el nivel considerado y la categoría de referencia.

IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio

del 22% y, en el conjunto de los países del estudio, del 16,6%.

Las cifras de prevalencia de otros estudios consultados varían desde el 11,8% de un trabajo llevado a cabo en Canadá, Alemania, Italia, Suecia y Reino Unido¹⁴ hasta el 29,9% de un estudio realizado en once países de Asia¹⁵, pasando por el 12,4% de Japón¹⁶, el 13,9 y el 18,1% de

dos estudios en Canadá^{17,18}, el 16,9% de Taiwán¹⁹ y el 18,9% de Brasil²⁰.

Estas cifras aumentan si nos centramos en población que recibe asistencia sanitaria. Así, se sabe que en el ámbito de atención primaria²¹ alcanza el 48,3% entre las mujeres y el 60,5% entre los hombres. Nuestros datos, cercanos al 40%, se aproximan a los de este último estudio, lo que no

Puntos clave

Lo conocido sobre el tema

Según los datos obtenidos utilizando la definición actual de VH (ICS 2002), la prevalencia de síntomas sugestivos de VH entre las mujeres de la población general oscila entre el 10 y el 20%, en función de la edad.

La edad avanzada y la obesidad son factores de riesgo para padecer VH.

Qué aporta este estudio (3 frases)

La prevalencia de VH en mujeres en el ámbito de la consulta especializada es del 37,7%. Su incidencia oculta es del 24,4%.

Son factores pronósticos independientes de VH la edad, el IMC, la inmovilidad, el prolapso de órganos genitales y la cirugía del prolapso. CACV e ICIQ-SF.

ESQUEMA DEL ESTUDIO

Pacientes incluidas: 1.457

Pacientes excluidas por no cumplir los criterios de selección: 49

Pacientes evaluables: 1.408

Cuestionarios de autoevaluación para el control de la vejiga:

Estudio descriptivo transversal para conocer la prevalencia de sintomatología compatible de vejiga hiperactiva, su incidencia oculta y los factores pronósticos de la misma, realizado en mujeres de ≥ 40 años de edad que acuden a la consulta de ginecología por cualquier motivo

es de extrañar, por tratarse también de un medio asistencial. No obstante, llama la atención el hecho de que en el ámbito de la asistencia primaria la prevalencia supere la registrada en la consulta especializada, sobre todo teniendo en cuenta que los criterios de inclusión de la población del estudio mencionado no contemplaban a pacientes cuyo motivo de consulta estuviese relacionado con enfermedades del aparato genitourinario.

Al margen de los posibles factores de confusión potencialmente asociados a cada una de las poblaciones de los anteriores estudios, al explicar las diferencias encontradas con nuestros datos hay que tener presente la metodología de recolección de los datos (instrumentos de medida diferentes). Los datos de nuestra muestra se recogieron mediante la aplicación del cuestionario CACV. Este cuestionario fue diseñado por un grupo europeo de expertos en disfunciones del tracto urinario inferior, con el objetivo de que a través de la autocomplimentación del cuestionario las personas con VH se identifiquen como que padecen este problema y puedan solicitar ayuda médica, o puedan ser detectadas en la consulta médica mediante este instrumento.

Otro aspecto destacable es el infradiagnóstico. En el estudio publicado por Milsom et al.¹³, del total de la población estudiada algo más de la mitad (60%) de los sujetos entrevistados que presentaban sintomatología habían consulta-

do a un especialista y, de ellos, sólo el 27% recibían tratamiento. En nuestro caso, el 42% de las pacientes no habían consultado antes al médico sobre sus síntomas. Asimismo, en el 20% de los casos en que la paciente presentaba SSVH según el cuestionario CACV, los ginecólogos reconocieron que no habrían preguntado de forma específica a sus pacientes respecto a esta patología si ellas no lo hubieran mencionado. De las pacientes que no habían consultado a su ginecólogo, casi la mitad asociaban la sintomatología a un fenómeno fisiológico propio del envejecimiento.

El análisis de las variables pronóstico asociadas con un riesgo mayor para padecer síntomas de VH indica las siguientes: la edad, el IMC, la movilidad, la presencia de prolapso y la cirugía previa del prolapso. A mayor edad, IMC e inmovilidad, mayor es el riesgo de que aparezca sintomatología compatible con VH. Así, las mujeres de edad avanzada con un aumento del IMC superior a su valor normal y que realizan poca actividad física constituyen el perfil de mayor riesgo para la aparición de clínica asociada a VH. La edad avanzada y la obesidad ya se habían señalado como factores de riesgo para VH en otros estudios anteriores²¹. Pese a que en nuestro análisis cada una de las variables mencionadas se relaciona independientemente y de manera significativa con los síntomas de VH, es necesario reflexionar sobre el círculo vicioso que en ocasiones se establece entre obesidad, inmovilidad y edad avanzada. Así como

sobre la progresión de la edad no podemos intervenir, desde el punto de vista de la prevención el control de peso y la actividad física deberían ser motivo de intervención mucho antes del inicio de los síntomas.

Como conclusión, nuestros datos muestran que los síntomas de VH son frecuentes entre las mujeres de edad superior a 40 años, con una incidencia oculta notable, sobre la que es necesario incidir tanto en lo que atañe a los factores pronósticos potencialmente modificables (IMC elevado, inmovilidad) como en lo referente a la educación sanitaria, para sensibilizar a la población acerca del beneficio que puede reportar su consulta.

Agradecimientos

Los autores desean manifestar su agradecimiento a todos los investigadores que han participado en el estudio PRE-VEGIN. También agradecen la colaboración de RPS en las tareas de estadística y *medical writing*. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez Agulló E. Terminología de la función del tracto urinario inferior. *Actas Urol Esp.* 2005; 29: 5-7.
- Coyne KS, Payne C, Bhattacharyya SK, Revicki DA, Thompson C, Corey R, et al. The impact of urinary urgency and frequency on health-related quality of life in overactive bladder: results from a national community survey. *Value Health.* 2004; 7: 455-463.
- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21: 167-178.
- Grupo Español de Urodinámica y de la SINUG. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior. *Actas Esp Urol.* 2005; 29: 16-30.
- España M. Incontinencia de orina en la mujer. *Med Clin.* 2003; 120: 464-472.
- Wennberg AL, Molander U, Fall M, Edlund C, Peeker R, Milsom I. A longitudinal population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in women. *Eur Urol.* 2009; 55: 792-793.
- Sexton CC, Coyne KS, Vats V, Kopp ZS, Irwin DE, Wagner TH. Impact of overactive bladder on work productivity in the United States: results from EpiLUTS. *Am J Manag Care.* 2009; 15(4 Supl): S98-S107.
- Basra R, Artibani W, Cardozo L, Castro-Díaz D, Chapple C, Cortés E, et al. Design and validation of a new screening instrument for lower urinary tract dysfunction: the Bladder Control Self-Assessment Questionnaire (B-SAQ). *Eur Urol.* 2007; 52: 230-237.
- España M, Puig M, Rebollo P. Validación en España del Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga (CACV). Un instrumento útil para detectar y evaluar el síndrome de vejiga hiperactiva en el primer nivel asistencial. *Actas Urol Esp.* 2006; 30: 1.017-1.024.
- Klønning A, Avery K, Sandvik H, Hunskaar S. Comparison of two questionnaires for assessing the severity of urinary incontinence: the ICIQ-UI SF versus the incontinence severity index. *Neurourol Urodyn.* 2009; 28: 411-415.
- Castro D, España M, Prieto M, Badia X. Prevalencia de la vejiga hiperactiva en España. Estudio poblacional. *Arch Esp Urol.* 2005; 58: 131-138.
- Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Bachhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, et al.; Grupo de Estudio Cooperativo EPICC. Prevalence of urinary incontinence and hyperactive bladder in the Spanish population: results of the EPICC study. *Actas Urol Esp.* 2009; 33: 159-166.
- Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thüroff J, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int.* 2001; 87: 760-766.
- Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol.* 2006; 50: 1.306-1.314.
- Moorthy P, Lapitan MC, Quek PL, Lim PH. Prevalence of overactive bladder in Asian men: an epidemiological survey. *BJU Int.* 2004; 93: 528-551.
- Homma Y, Yamaguchi O, Hayashi K. Neurogenic Bladder Society Committee. An epidemiological survey of overactive bladder symptoms in Japan. *BJU Int.* 2005; 96: 1.314-1.348.
- Herschorn S, Gajewski J, Schulz J, Corcos J. A population based study of urinary symptoms and incontinence: the Canadian Urinary Bladder Survey. *BJU Int.* 2008; 101: 52-58.
- Corcos J, Schick E. Prevalence of overactive bladder and incontinence in Canada. *Can J Urol.* 2004; 11: 2.278-2.284.
- Yu HJ, Liu CY, Lee KL, Lee W C, Chen TH. Overactive bladder syndrome among community-dwelling adults in Taiwan: prevalence, correlates, perception, and treatment seeking. *Urol Int.* 2006; 77: 327-333.
- Teloken C, Caraver F, W eber FA, Teloken PE, Moraes JF, Sogari PR, et al. Overactive bladder: prevalence and implications in Brazil. *Eur Urol.* 2006; 49: 1.087-1.092.
- Cheung WW, Khan NH, Choi KK, Bluth MH, Vincent MT. Prevalence, evaluation and management of overactive bladder in primary care. *BMC Fam Pract.* 2009; 10: 8.