



Actas Urológicas Españolas

www.elsevier.es/acuro



Original-Disfunción miccional

Impacto de la incontinencia urinaria y del síndrome de vejiga hiperactiva en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes de mediana edad laboralmente activos y mayores de 65 años institucionalizados

E. Martínez Agulló^a, J.L. Ruíz Cerdá^a, L. Gómez Pérez^b, P. Rebollo^{c,*}, M. Pérez^d, J. Chaves^e y Grupo de Estudio Cooperativo EPICC

^aServicio de Urología, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

^bServicio de Urología, Hospital Universitario de San Juan, Alicante, España

^cBAP Health Outcomes Research, S. L., Oviedo, España

^dDepartamento Médico, Laboratorios Almirall S. A., Barcelona, España

^eDepartamento Médico, Pfizer S. A., Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de julio de 2009

Aceptado el 7 de septiembre de 2009

On-line el 27 de marzo de 2010

Palabras clave:

Incontinencia urinaria

Vejiga hiperactiva

Calidad de vida

Edad adulta

Ancianos

R E S U M E N

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es considerada por los pacientes con síntomas urinarios como el principal indicador de resultados. Se presentan datos descriptivos de la CVRS de sujetos con incontinencia urinaria (IU) y/o vejiga hiperactiva (VH), que servirán de marco de referencia poblacional para comparaciones.

Material y métodos: Datos extraídos del estudio EPICC, estudio epidemiológico, observacional, multicéntrico y de ámbito nacional. Se analizaron los datos de muestras representativas de cuatro grupos de la población: mujeres y varones de entre 50-64 años, laboralmente activos, y mujeres y varones mayores de 65 años, institucionalizados, con nivel cognitivo conservado. Además de datos sociodemográficos y clínicos, se analizaron los datos de los cuestionarios de CVRS: cuestionario sobre vejiga hiperactiva OAB-q SF y cuestionario de salud SF-12.

Resultados: Del total de incluidos en el estudio EPICC, el 26,53% respondió los cuestionarios de CVRS. Los pacientes que presentaban síntomas de VH y de IU, respecto de los que tenían síntomas de VH o de IU, tuvieron peores puntuaciones en la dimensión física del cuestionario de salud SF-12 (41,34 vs. 47,17 y 45) y en la dimensión mental del cuestionario de salud SF-12 (46,01 vs. 49,04 y 47,78) y en síntomas (32,21 vs. 19,19 y 16,65) y calidad de vida (82,32 vs. 86,72 y 89,45) del OAB-q SF. El impacto de la VH y la IU sobre la CVRS fue superior en varones de más de 65 años respecto a las mujeres de la misma edad (76,76 vs. 82,79).

Conclusiones: La presentación conjunta de síntomas de VH y de IU ocasiona mayor impacto en la CVRS que la presentación aislada de VH o IU. El impacto sobre la CVRS es similar en varones y mujeres en la mediana edad pero superior en varones de más de 65 años.

© 2009 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pablo@baphealth.com (P. Rebollo).

Impact of urinary incontinence and overactive bladder syndrome on health-related quality of life of working middle-aged patients and institutionalized elderly patients

A B S T R A C T

Keywords:

Urinary incontinence
Overactive bladder
Quality of life
Middle-aged
Elderly

Introduction: Health-related quality of life (HRQoL) is considered by patients with urinary symptoms as the main outcome variable. Descriptive data about HRQoL in patients with urinary incontinence (UI) and/or overactive bladder (OAB) are reported. These data may serve as a reference for comparison purposes.

Materials and methods: Data were taken from EPICC, a national, multicenter, observational, epidemiological study. Data from representative samples of four population groups were analyzed: working patients of both sexes aged 50-64 years, and institutionalized elderly patients of both sexes with no cognitive impairment. In addition to demographic and clinical data, HRQoL data from the Overactive Bladder Questionnaire (OAB-q SF) and the SF-12 Health Survey were also analyzed.

Results: Of the total patients in the EPICC study, 26.53% completed the HRQoL questionnaires. Patients with both UI and OAB symptoms had poorer scores than those with OAB or UI respectively in the PCS (41.34 vs. 47.17 and 45) and MCS (46.01 vs. 49.04 and 47.78) of the SF-12, and in the symptom (32.21 vs. 19.19 and 16.65) and quality of life (82.32 vs. 86.72 and 89.45) dimensions of the OAB-q SF. Impact of OAB and UI on HRQoL was higher in men over 65 years of age as compared to women of the same age (76.76 vs. 82.79).

Conclusions: Concurrent symptoms of both UI and VH have a greater impact on HRQoL than those of either UI or VH alone. Impact on HRQoL is similar in middle-aged men and women, but higher in elderly men.

© 2009 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se refiere a la evaluación subjetiva de la influencia de la salud sobre la capacidad del individuo para tener un grado de funcionamiento que le permita realizar aquellas actividades importantes para él y que afectan a su bienestar¹. La valoración de la CVRS, habitualmente realizada con cuestionarios estandarizados, es un elemento imprescindible para la toma de decisiones clínicas adecuadas, mediante la determinación de la eficacia de las intervenciones médicas y para la valoración de la calidad de los cuidados, especialmente en el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas¹.

Por otro lado, la incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable, y el síndrome de vejiga hiperactiva (VH) es definido por la presencia de urgencia, con o sin IU de urgencia, a menudo acompañada de frecuencia y nocturia². Ambas patologías por sí mismas no implican un pronóstico de gravedad; sin embargo, numerosos estudios han demostrado el importante impacto que causan sobre la calidad de vida³⁻⁸. De hecho, un estudio comparativo del impacto de diferentes patologías sobre la calidad de vida, a nivel poblacional, demuestra que la artrosis de cadera o rodilla, la depresión, los problemas de espalda y la IU son las enfermedades crónicas que mayor pérdida de CVRS producen⁹.

Más recientemente se ha demostrado que diferentes síntomas urinarios, además de asociarse a peor CVRS, son predictores de ansiedad y depresión tanto en mujeres¹⁰⁻¹²

como en varones^{10,12}. También se ha demostrado la asociación de la presencia de VH con la presencia de disfunción eréctil y la disminución de actividad sexual, en varones^{12,13} y en mujeres^{12,14}, y la asociación de la presencia de IU con problemas relevantes en la vida sexual en mujeres¹⁵.

En personas de más de 65 años institucionalizadas, según un estudio realizado en 11 centros residenciales europeos, el 45% de los varones y el 47% de las mujeres tienen IU¹⁶, lo que proporciona una idea de la importancia que tiene en este grupo de población. En este grupo de edad, la presencia de IU en el momento del ingreso en una institución es predictor de desarrollo posterior de dependencia para las actividades de la vida diaria¹⁷. Por otro lado, la gravedad de los síntomas urinarios en sujetos de edad avanzada parece ser similar en ambos sexos a pesar de las diferencias en cuanto al tipo de síntomas. En un estudio realizado en 89 pacientes de edad avanzada¹⁸, se concluye que los síntomas de vaciado son más frecuentes en varones que en mujeres, al contrario que los de llenado, aunque la gravedad de los síntomas urinarios es similar en ambos sexos, como también se afirma en otro trabajo¹⁹.

Este importante impacto de la IU y la VH en la CVRS es variable de unas personas a otras y debe ser evaluado de manera individual en cada caso y desde el punto de vista del paciente, en el momento de decidir qué estrategia terapéutica aplica el médico responsable; de hecho, parece claro que los médicos infraestiman, respecto al propio paciente, los cambios relevantes en la sintomatología urinaria²⁰. Además, hay que tener en cuenta que la CVRS es

considerada el principal indicador de resultados cuando se consulta a los pacientes con IU²¹.

En nuestro país son escasos los estudios sobre la CVRS de los pacientes con IU y/o VH y están realizados sobre muestras seleccionadas de pacientes, casi siempre incluidos en ensayos clínicos o estudios de efectividad de alternativas terapéuticas. El disponer de datos descriptivos de la CVRS de los sujetos que padecen IU y/o VH sería de extraordinaria utilidad para poder disponer de un marco de referencia poblacional con el que establecer comparaciones cuando se realizan estudios en muestras seleccionadas de pacientes, con el objeto de evaluar o comparar diferentes estrategias terapéuticas.

Material y métodos

Recientemente se han presentado los resultados del estudio EPICC²², estudio institucional de la Asociación Española de Urología, que se realizó con el objetivo de detectar signos y síntomas de IU, enuresis nocturna y VH siguiendo las definiciones de la ICS en la población general para conocer la prevalencia de estas patologías en España. Se recogieron por separado datos en muestras representativas de cuatro grupos de la población: 1) mujeres, laboralmente activas, con edades comprendidas entre 25–64 años; 2) varones, laboralmente activos, con edades comprendidas entre 50 y 64 años; 3) niños de edades comprendidas entre 6–11 años en ciclo de enseñanza primaria, y 4) personas mayores de 65 años institucionalizadas con nivel cognitivo conservado (para conocer detalles sobre la población entrevistada y las variables recogidas consultar la referencia ya publicada del estudio). Además de variables sociodemográficas, preguntas sobre la existencia de síntomas urinarios y datos epidemiológicos sobre la prevalencia de IU y VH, ya presentados previamente, se recogieron datos de CVRS en las muestras estudiadas. En el presente trabajo se analizan los datos de CVRS en el subgrupo de mujeres de entre 50–64 años laboralmente activas, de los varones de la misma edad y de las personas de ambos sexos, mayores de 65 años, institucionalizadas.

En el citado estudio EPICC se proponía a los sujetos incluidos que respondieran el cuestionario sobre VH OAB-q SF y el cuestionario de salud SF-12. Hay que considerar que no todos los sujetos respondieron a los cuestionarios y que el estudio de estos datos constituía un objetivo secundario del estudio.

A partir de las respuestas de los sujetos sobre la presencia o no de determinados síntomas urinarios (deseo molesto de orinar, sensación repentina e imperiosa de orinar, frecuencia urinaria mayor de 8, despertarse por la noche más de una vez para orinar, orinar más de 2 veces durante la noche y presencia de escapes de orina durante el último año) éstos fueron incluidos en cada uno de los grupos siguientes: 1) grupo IU: sujetos a los que en el último año se les escapó la orina en más de una ocasión y la frecuencia con que se producían las pérdidas era de al menos 3 veces al año; 2) grupo VH: sujetos que referían sensación repentina e imperiosa de orinar y la frecuencia con que se producía esta sensación era de al menos 3 veces al año; 3) grupo «otros síntomas urinarios»: sujetos que referían algún otro síntoma

urinario diferente de los dos anteriores (deseos molestos de orinar, frecuencia urinaria mayor de 8 veces al día, despertarse por la noche más de una vez para orinar y orinar más de 2 veces durante la noche), y 4) grupo «sin síntomas urinarios»: sujetos que no referían ninguno de los síntomas urinarios anteriores.

El cuestionario sobre VH OAB-q SF es la versión corta del cuestionario OAB-q²³, desarrollada por Rash Analysis (metodología que utiliza la teoría de respuesta al ítem). Consta de 6 preguntas sobre el grado de molestia que ocasionan algunos síntomas (dimensión «síntomas») y 13 preguntas que evalúan la repercusión de la VH en la CVRS (dimensión «calidad de vida»). Este cuestionario ha sido incluido en el módulo que evalúa el impacto de la VH en la vida del paciente del «International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire (ICIQ-OAB)». El cuestionario OAB-q SF fue validado retrospectivamente utilizando los datos de 919 sujetos participantes en una encuesta transversal y 865 pacientes participantes en un ensayo clínico. El cuestionario ha demostrado adecuadas fiabilidad, validez concurrente y discriminante y sensibilidad al cambio²⁴. La puntuación puede variar entre 0–100 para ambas dimensiones, indicando una mayor puntuación en la dimensión «síntomas», una mayor molestia o gravedad de los síntomas y en la dimensión «calidad de vida» una mejor CVRS.

El cuestionario de salud SF-12²⁵, instrumento genérico de medida de la CVRS que constituye la versión corta del cuestionario de salud SF-36 consta de solo 12 ítems que constituyen una muestra del contenido de los conceptos de salud incluidos en las 8 subescalas del SF-36: dos elementos pertenecientes a las subescalas de funcionamiento físico, rol físico, rol emocional y salud mental y un elemento de las restantes 4 subescalas, dolor corporal, salud general, vitalidad y funcionamiento social. Estudios realizados sobre las propiedades psicométricas del cuestionario SF-12 han evidenciado que, aunque éste proporciona una menor validez y fiabilidad en comparación con el SF-36 a la hora de asignar puntuaciones a los individuos, dichas diferencias entre el SF-12 y el SF-36 pierden importancia cuando se trata de estudios con muestras grandes ($n \geq 500$), por la influencia del tamaño de la muestra sobre la amplitud de los intervalos de confianza de los estimadores. Por tanto, en estudios de poblaciones o grupos basados en grandes tamaños de muestras, el SF-12 es un cuestionario útil para emplearlo como sustituto del SF-36. La puntuación de las dos dimensiones está normalizada a una distribución de media 50 y una desviación estándar 10, indicando una puntuación de entre 45 y 55, similar CVRS a la de la media poblacional española, por debajo de 45 puntos, peor CVRS, y por encima de 55, mejor CVRS que la media poblacional española.

Análisis estadístico

Para el proceso de los datos se aplicaron la doble entrada de datos por parte del personal independiente y la generación de filtros de consistencia. Se realizó una depuración lógica de datos. Todo ello se realizó con programas de gestión de datos validados por las agencias reguladoras (Oracle[®] Clinical) y los

análisis estadísticos y tablas se generarán mediante el programa SPSS versión 12.0.

Se calcularon, de todas las variables, los parámetros descriptivos: media, desviación estándar y tamaño en las cuantitativas, que se ajustaron a Gauss (test de Shapiro-Wilk). Las variables cualitativas se expresaron mediante las frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Para establecer la comparación de las puntuaciones de los cuestionarios OAB-q SF y SF-12 se utilizó la prueba ANOVA para el análisis entre los grupos sintomáticos considerados, y la t de Student

para muestras independientes para el análisis entre sexos en cada uno de los dos grupos de edad considerados.

Resultados

Del total de sujetos adultos incluidos en el estudio general, el 26,53% respondió los cuestionarios de CVRS. En estos sujetos se centra el presente análisis con los siguientes subgrupos: 1) 312 mujeres, laboralmente activas, de edad

Tabla 1 – Descripción de la muestra de mujeres entre 50 y 64 años

	Mujeres 50–64 años (n=312)					
	Válidos					
Edad, media (DE)	312	56,63 (4,23)				
Estado civil, %	307	Soltera	Casada	Viuda	Divorciada	
		6,19	79,15	8,47	6,19	
Nivel de estudios, %	311	Sin estudios	Primarios	Secundarios	Universitarios	
		3,86	57,88	21,22	17,04	
Actividad profesional, %	289	Ama casa	Prof. liberal	Directivo	Empleado	Obrero
		48,1	5,19	2,77	42,56	1,38
Situación laboral, %	259	Actividad		En paro		
		95,37		4,63		
Número de hijos, media (DE)	298	2,26 (1,22)				
Menopausia, %	307	87,95				
Edad menopausia, media (DE)	272	49,6 (4,04)				
Prolapso vaginal, %	296	11,82				
Tratamiento hormonal, %	292	6,85				
N.º de vasos bebidos, media (DE)	309	7,51 (2,94)				

DE: desviación estándar; HBP: hiperplasia benigna de próstata.

Tabla 2 – Descripción de la muestra de varones entre 50 y 65 años

	Varones 50–64 años (n=191)				
	Válidos				
Edad, media (DE)	191	56,49 (4,41)			
Estado civil, %	189	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado
		10,05	83,60	2,12	4,23
Nivel estudios, %	187	Sin estudios	Primarios	Secundarios	Universitarios
		4,28	45,45	23,53	26,74
Actividad profesional, %	117	Prof. liberal	Directivo	Empleado	Obrero
		11,3	12,43	58,75	17,51
Situación laboral, %	145	Actividad		En paro	
		95,86		4,14	
Trastornos de próstata, %	182	Sí	HBP	Prostatitis	Cáncer de próstata
		21,98	12,07	11,43	1,73
N.º de vasos bebidos, media (DE)	183	7,93 (3,84)			

DE: desviación estándar.

comprendida entre los 50-64 años; 2) 191 varones, laboralmente activos, de edad comprendida entre los 50-64 años; 3) 298 mujeres de 65 o más años, institucionalizadas, y 4) 92 varones de 65 o más años, institucionalizados.

Las características principales de la muestra estudiada, de manera separada para los diferentes subgrupos, se muestran en las tablas 1-4.

En las figuras 1 y 2 se presentan, comparando los diferentes subgrupos estudiados, las frecuencias relativas de los principales síntomas urinarios considerados en el estudio y de los grupos de pacientes formados de acuerdo a ellos. Todos

los síntomas, excepto el aumento de frecuencia miccional, son más frecuentes en los grupos de edad avanzada de ambos sexos. El deseo molesto de orinar, la urgencia y orinar más de 2 veces durante la noche, son síntomas con frecuencia similar en varones y en mujeres, para los dos grupos de edad estudiados. El aumento de frecuencia miccional y el síntoma de IU son más frecuentes en mujeres que en varones, tanto entre los sujetos de 50-64 años como en los de 65 y más años. Sin embargo, el síntoma de nocturia es más frecuente en mujeres cuando se considera el grupo de sujetos de entre 50-64 años, pero más frecuente en

Tabla 3 – Descripción de la muestra de mujeres de 65 o más años institucionalizadas

	Mujeres 65 o más años (n=298)				
	Válidos				
Edad, media (DE)	298	82,72 (7,31)			
Estado civil, %	297	Soltera 25,25	Casada 11,45	Viuda 60,94	Divorciada 2,36
Nivel de estudios, %	288	Sin estudios 25,35	Primarios 57,99	Secundarios 14,24	Universitarios 2,43
Actividad profesional, %	271	Ama de casa 41,7	Prof. liberal 17,34	Empleada 38,37	Obrera 2,58
Situación laboral, %	274	Actividad 1,09	Incap. laboral 1,82	En paro 0,36	Jubilada 96,72
Número de hijos, media (DE)	279	1,79 (1,96)			
Menopausia, %	298	91,61			
Edad menopausia, media (DE)	273	49,08 (9,68)			
Prolapso vaginal, %	276	6,16			
Tratamiento hormonal, %	265	1,13			
N.º de vasos bebidos, media (DE)	287	5,95 (2,37)			

DE: desviación estándar.

Tabla 4 – Descripción de la muestra de varones de 65 o más años institucionalizados

	Varones 65 o más años (n=92)				
	Válidos				
Edad, media (DE)	92	80,55 (7,99)			
Estado civil, %	91	Soltero 25,27	Casado 27,47	Viudo 40,66	Divorciado 6,59
Nivel de estudios, %	91	Primarios 50,55	Secundarios 15,38	Universitarios 8,79	Sin estudios 25,27
Actividad profesional, %	90	Prof. liberal 23,33	Directivo 6,67	Empleado 54,45	Obrero 15,56
Situación laboral, %	81	Actividad 0	Incap. laboral 0	En paro 1,23	Jubilado 98,77
Trastornos de próstata, %	85	Sí 55,29	HBP 69,35	Prostatitis 5,71	Cáncer de próstata 2,86
N.º vasos bebidos, media (DE)	83	6,33 (2,31)			

DE: desviación estándar; HBP: hiperplasia benigna de próstata.

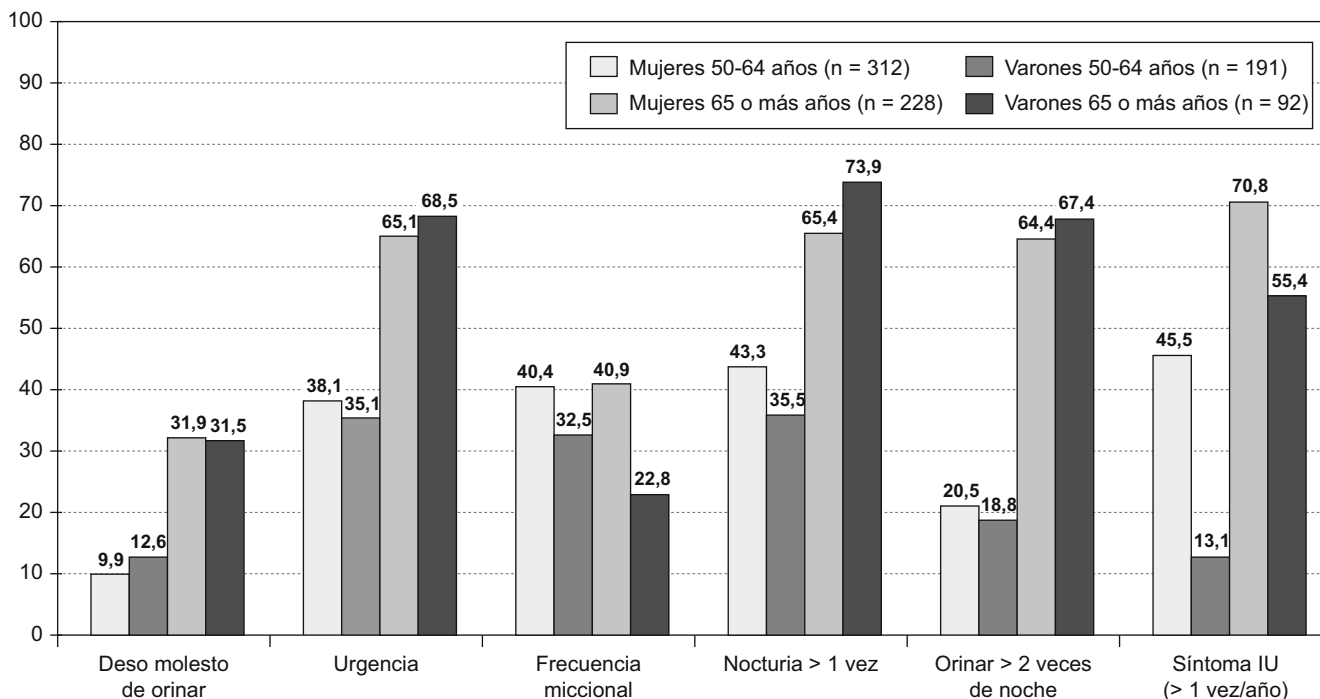


Figura 1 – Frecuencias relativas de los principales síntomas urinarios, para los subgrupos de pacientes según edad y sexo.

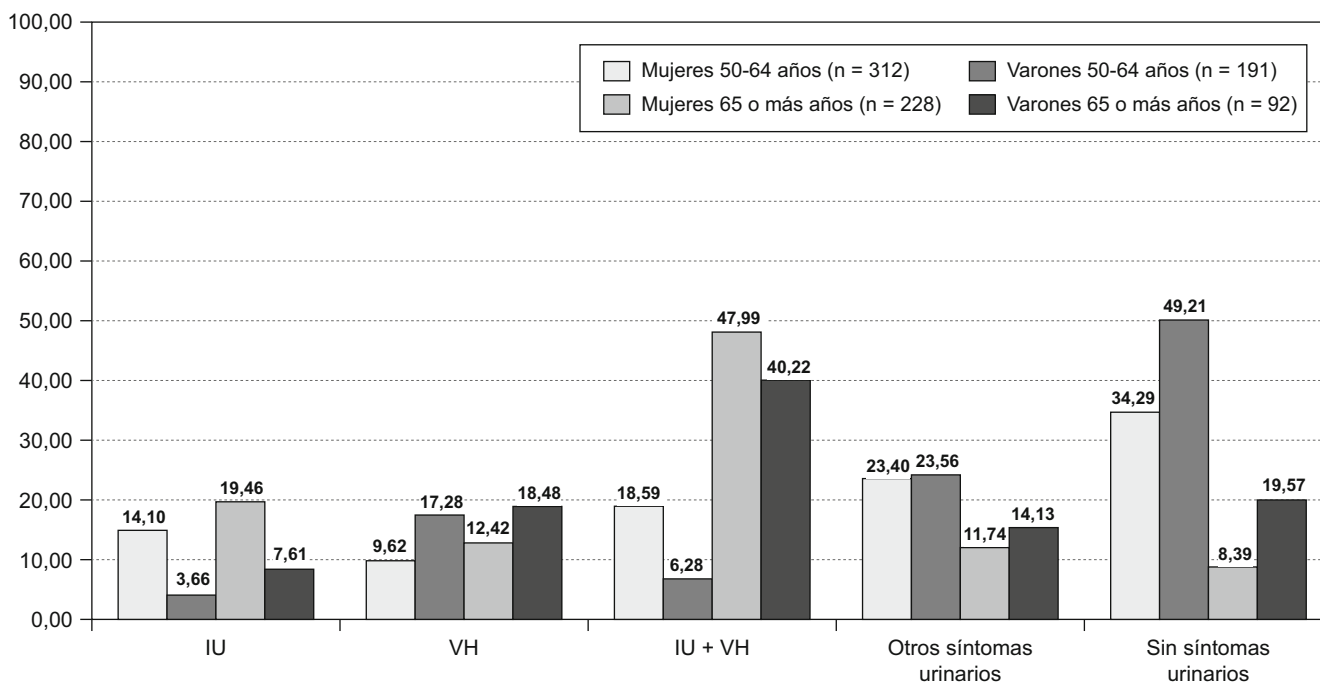


Figura 2 – Frecuencias relativas de principales grupos sintomáticos, para los subgrupos de pacientes según edad y sexo.

varones cuando se considera el grupo de edad avanzada. Respecto a los grupos sintomáticos, la IU es más frecuente en mujeres y la VH es más frecuente en varones, para ambos grupos de edad. La presentación conjunta de VH e IU sucede con mayor frecuencia en mujeres, para ambos grupos de edad.

En la tabla 5 se presentan las puntuaciones medias en las dimensiones física (PCS) y mental (MCS) del cuestionario de

salud SF-12 y en las dimensiones «síntomas» y «calidad de vida» del cuestionario OAB-q. De manera global, la puntuación de la dimensión «síntomas» del cuestionario OAB-q, que evalúa la molestia de los síntomas urinarios, es mayor (mayor molestia) en los sujetos con VH e IU; las puntuaciones en la dimensión «calidad de vida» del mismo cuestionario y en las dimensiones PCS y MCS del SF-12, mantienen la relación inversa con los grupos sintomáticos,

Tabla 5 – Puntuaciones medias y desviaciones estándares de las dimensiones física y mental del cuestionario de salud SF-12 y de las dimensiones síntomas y calidad de vida del cuestionario OABq. Comparación entre grupos sintomáticos

Dimensiones	IU (n=177)		VH (n=159)		IU+VH (n=306)		Otros síntomas urinarios (n=248)		Sin síntomas urinarios (n=491)		p*
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
SF-12 PCS	45,00	11,49	47,17	10,00	41,34	10,94	49,26	8,87	50,95	8,89	<0,001
SF-12 MCS	47,78	10,99	49,04	11,03	46,01	12,17	50,27	9,22	50,59	8,80	<0,001
OABq síntomas	16,65	16,64	19,19	16,27	32,21	22,77	9,20	9,94	6,20	12,58	<0,001
OABq calidad de vida	89,45	15,26	86,72	12,44	82,32	17,72	92,94	8,02	94,78	13,24	<0,001

DE: desviación estándar; IU: incontinencia urinaria; MCS: dimensión mental del cuestionario de salud SF-12; PCS: dimensión física del cuestionario de salud SF-12; VH: vejiga hiperactiva.

* One way ANOVA.

Tabla 6 – Puntuaciones medias y desviaciones estándares de las dimensiones física y mental del cuestionario de salud SF-12 y de las dimensiones síntomas y calidad de vida del cuestionario OABq. Comparación entre sexos para los sujetos que presentaron incontinencia urinaria, vejiga hiperactiva o ambos síntomas a la vez

Dimensiones	Varones 50–64 años (n=52)		Mujeres 50–64 años (n=132)		p*
	Media	DE	Media	DE	
PCS	51,18	7,78	46,80	9,98	0,002
MCS	51,49	9,26	48,28	10,56	0,044
OABq síntomas	18,56	15,77	22,14	18,12	0,219
OABq calidad de vida	86,18	15,61	86,74	12,49	0,821
Dimensiones	Varones 65 o más años (n=61)		Mujeres 65 o más años (n=237)		p*
	Media	DE	Media	DE	
PCS	41,25	11,11	36,93	8,94	0,006
MCS	44,42	12,26	45,68	13,13	0,483
OABq síntomas	35,34	26,12	30,55	22,46	0,162
OABq calidad de vida	76,76	22,63	82,79	16,76	0,03

DE: desviación estándar; MCS: dimensión mental del cuestionario de salud SF-12; PCS: dimensión física del cuestionario de salud SF-12.

* Student T test.

pero hay que recordar que una menor puntuación indica peor CVRS. Así, las personas que muestran mayor gravedad de los síntomas según la dimensión correspondiente del cuestionario OAB-q mostraron un mayor impacto en la CVRS medida por la dimensión «calidad de vida» del mismo cuestionario y por las dos dimensiones del SF-12.

En la tabla 6 se presentan los resultados de las comparaciones según sexo de las puntuaciones de los cuestionarios de CVRS empleados, para los dos grupos de edad considerados por separado. En este análisis se comparan exclusivamente los sujetos que presentaban IU, VH o ambos síntomas a la vez, pero no se incluyen los sujetos con otros síntomas urinarios ni aquellos que no presentaban ningún síntoma. Como puede verse en esta tabla, para el grupo de mediana edad no existen diferencias estadísticamente significativas entre los 2 sexos para las puntuaciones del cuestionario OAB-q. En el grupo de 65 o más años el impacto de los síntomas urinarios considerados

en la CVRS es superior para los varones (menor puntuación en la dimensión «calidad de vida» del cuestionario OAB-q). Respecto a las PCS y MCS del cuestionario de salud SF-12, en la misma tabla 6 se puede ver que son inferiores (peor CVRS) para las mujeres de mediana edad, diferencia que se mantiene en el grupo de mayor edad para la PCS.

Discusión

Según los resultados del presente análisis, la presentación conjunta de síntomas de VH junto con síntomas de IU ocasiona mayor impacto en la CVRS que la presentación aislada de VH o IU. El mayor grado de molestia ocasionada por los síntomas urinarios, medido por la dimensión «síntomas» del cuestionario OAB-q SF, se asocia a mayor impacto en la CVRS medida tanto por un cuestionario genérico (PCS y MCS

del SF-12) como por uno específico (dimensión «calidad de vida» del OAB-q SF). El impacto de la VH y la IU sobre la CVRS es similar en varones y mujeres de mediana edad (entre 50 y 64 años) pero superior en varones de más de 65 años respecto a las mujeres de la misma edad.

Los resultados presentados son fruto del análisis de una submuestra de pacientes incluidos en un estudio epidemiológico español realizado previamente²², para los que se disponía de datos del cuestionario sobre VH OAB-q SF (cuestionario específico de CVRS) y del cuestionario de salud SF-12 (cuestionario genérico de CVRS). Representan una cuarta parte de los pacientes incluidos en el estudio general, todos los que quisieron contestar a los cuestionarios de CVRS, pero constituyen una muestra suficiente para los análisis realizados: el tamaño del menor grupo, el de varones de edad igual o superior a 65 años (n=92), permite detectar diferencias de 9 puntos en la dimensión «síntomas» del OAB-q SF, de 7 puntos en la dimensión «calidad de vida» del cuestionario OAB-q SF y de 5 puntos en las dimensiones del cuestionario de salud SF-12, con un poder del 90% y un nivel de significación del 95%. En el citado estudio se había incluido a mujeres de entre 25-64 años y para el presente análisis se seleccionaron exclusivamente aquéllas con edad comprendida entre los 50-64 años, para poder establecer comparaciones ajustadas por edad, con el sexo masculino.

Las frecuencias relativas de presentación de los diferentes síntomas urinarios estudiados fueron superiores en los grupos de pacientes de mayor edad, para ambos sexos, excepto en el caso del síntoma de frecuencia miccional aumentada, que fue similar para las mujeres y mayor para los varones de mediana edad (50-64 años) respecto a los de 65 o más años. Este hecho es llamativo, sobre todo si se tiene en cuenta que despertarse por la noche más de una vez para orinar (nocturia) y orinar más de 2 veces durante la noche fueron síntomas más frecuentes en sujetos de mayor edad, para ambos sexos. Podría ser debido a que el aumento del número de micciones diarias es fácilmente percibido por los sujetos de mediana edad cuando empieza a suceder y notan la incomodidad que causa y, sin embargo, más adelante ya no es percibido por haberse habituado el sujeto. Respecto a los grupos sintomáticos, se reproducen en el presente análisis los resultados del estudio global ya publicados con anterioridad²².

Considerados de manera conjunta los diferentes grupos de edad y sexo (tabla 5), la molestia (dimensión «síntomas» del OAB-q SF) ocasionada por la presentación conjunta de síntomas de VH y de IU fue muy superior a la ocasionada por estos síntomas de manera individual. Considerados de manera separada, la molestia causada por los síntomas de VH fue similar a la de la IU. Por otro lado, la CVRS según la dimensión «calidad de vida» del OAB-q SF fue peor en los pacientes que manifestaron tener síntomas de VH y de IU a la vez, seguidos de los que tenían síntomas de VH aislada y de los que manifestaron síntomas de IU. La CVRS de estos tres grupos de pacientes fue claramente inferior a la de los pacientes con otros síntomas urinarios y a la de los pacientes sin síntomas urinarios, confirmando un evidente impacto de la VH y la IU sobre la calidad de vida del paciente³⁻⁸. De acuerdo al cuestionario genérico SF-12, también el grupo de pacientes con VH e IU mostró las peores PCS, que además

reflejan un impacto importante en la CVRS (su puntuación es la única inferior a 45 puntos). Este deterioro importante de la CVRS ya fue previamente evidenciado en otro estudio que utilizó cuestionarios genéricos de CVRS⁹. La mayor gravedad de los síntomas de este grupo de pacientes con VH e IU a la vez justificaría este mayor impacto en la CVRS, medido tanto por el cuestionario específico de CVRS como por el genérico.

Según los resultados de la comparación entre sexos, de manera separada para los dos grupos de edad considerados en el análisis, que se presenta en la tabla 6 la única diferencia relevante es la existente en la puntuación de la dimensión «calidad de vida» del OAB-q SF, que indica peor CVRS para los varones de 65 o más años, respecto a las mujeres de su edad. Así, la gravedad de los síntomas urinarios, medida por la dimensión «síntomas» del OAB-q SF, resultó ser similar en varones y mujeres de edad avanzada, como ya había sido descrito^{18,19}, aunque el impacto en la CVRS resultó ser mayor en los varones que en las mujeres de este grupo de edad. Respecto a las diferencias existentes entre ambos sexos en las PCS y MCS del SF-12, cabe decir que son las existentes en la población general²⁶, a favor de los varones y de los sujetos de menor edad, dado que estas puntuaciones están referidas a la media poblacional no ajustada por edad y sexo.

Aparte de la limitación al principio planteada sobre la selección de la muestra analizada, otra limitación del presente estudio es la imposibilidad de plantear análisis comparativos entre los diferentes grupos sintomáticos, para cada grupo de edad y sexo, dada la insuficiencia del tamaño muestral en algunos de estos grupos. A pesar de estas limitaciones, los resultados del presente trabajo pueden servir de referencia para futuros estudios que persigan comparar diferentes estrategias terapéuticas aplicadas a muestras seleccionadas de pacientes con síntomas de VH y/o IU.

Grupo de estudio cooperativo EPICC

P. Arañó Bertrán, S. Arlandis Guzmán, S. Armengol, D. Castro Díaz, J. Conejero Sugrañes, I. Expósito, M. Giménez-Cidre, J.M. Pena Outeriño, C. Rioja Sanz.

Conflicto de intereses

Agradecemos la colaboración de Laboratorios Almirall S. A. y de Pfizer S. A. por facilitarnos la infraestructura necesaria para que el estudio EPICC pudiese llevarse a cabo.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de todos los médicos que han participado en el estudio EPICC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rebollo P, Valderas JM, Ortega F. Progress in Spain of the described barriers to the use of perceived health status

- measures in the clinical practice. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:703-5.
2. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61:37-49.
 3. Herrera PA, Arriagada HJ, González EC, Leppe ZJ, Herrera NF. Quality of life and sexual function in postmenopausal women with urinary incontinence. *Actas Urol Esp*. 2008;32:624-8.
 4. Corcoles MB, Sánchez SA, Bachs GJ, Moreno DM, Navarro PH, Rodríguez VJ. Quality of life in patients with urinary incontinence. *Actas Urol Esp*. 2008;32:202-10.
 5. Ragins AI, Shan J, Thom DH, Subak LL, Brown JS, Van den Eeden SK. Effects of urinary incontinence, comorbidity and race on quality of life outcomes in women. *J Urol*. 2008;179:651-5.
 6. Nicolson P, Kopp Z, Chapple CR, Kelleher C. It's just the worry about not being able to control it! A qualitative study of living with overactive bladder. *Br J Health Psychol*. 2008;13(Pt 2):343-59.
 7. Teunissen D, Van Den BW, Van WC, Lagro-Janssen T. "It can always happen": The impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scand J Prim Health Care*. 2006;24:166-73.
 8. Dmochowski RR, Newman DK. Impact of overactive bladder on women in the United States: Results of a national survey. *Curr Med Res Opin*. 2007;23:65-76.
 9. Saarni SI, Harkanen T, Sintonen H, Suvisaari J, Koskinen S, Aromaa A, et al. The impact of 29 chronic conditions on health-related quality of life: A general population survey in Finland using 15D and EQ-5D. *Qual Life Res*. 2006;15:1403-14.
 10. Coyne KS, Wein AJ, Tubaro A, Sexton CC, Thompson CL, Kopp ZS, et al. The burden of lower urinary tract symptoms: Evaluating the effect of LUTS on health-related quality of life, anxiety and depression: EpiLUTS. *BJU Int*. 2009;103:4-11.
 11. Sung VW, West DS, Hernández AL, Wheeler TL, Myers DL, Subak LL. Association between urinary incontinence and depressive symptoms in overweight and obese women. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200:557.
 12. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher CJ, Milsom I. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU Int*. 2008;101:1388-95.
 13. Irwin DE, Milsom I, Reilly K, Hunskaar S, Kopp Z, Herschorn S, et al. Overactive bladder is associated with erectile dysfunction and reduced sexual quality of life in men. *J Sex Med*. 2008;5:2904-10.
 14. Coyne KS, Margolis MK, Jumadilova Z, Bavendam T, Mueller E, Rogers R. Overactive bladder and women's sexual health: what is the impact? *J Sex Med*. 2007;4:656-66.
 15. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*. 2008;112:970-8.
 16. Sorbye LW, Finne-Soveri H, Ljunggren G, Topinkova E, Garms-Homolova V, Jensdottir AB, et al. Urinary incontinence and use of pads—clinical features and need for help in home care at 11 sites in Europe. *Scand J Caring Sci*. 2009;23:33-44.
 17. Wang J, Kane RL, Eberly LE, Virnig BA, Chang LH. The effects of resident and nursing home characteristics on activities of daily living. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009;64:473-80.
 18. Okamura K, Hasegawa T, Nojiri Y, Kobayashi M, Murase T, Yanagihara T, et al. Diagnosis and treatment of lower urinary tract symptoms in the elderly by general practitioners. *Geriatr Gerontol Int*. 2008;8:119-25.
 19. Stenzelius K, Westergren A, Mattiasson A, Hallberg IR. Older women and men with urinary symptoms. *Arch Gerontol Geriatr*. 2006;43:249-65.
 20. Tannenbaum C, Brouillette J, Corcos J. Rating improvements in urinary incontinence: Do patients and their physicians agree? *Age Ageing*. 2008;37:379-83.
 21. Herbison P, Hay-Smith J, Paterson H, Ellis G, Wilson D. Research priorities in urinary incontinence: results from citizens' juries. *BJOG*. 2009;116:713-8.
 22. Martínez AE, Ruiz Cerda JL, Gómez PL, Ramírez BM, Delgado OF, Rebollo P, et al. Prevalence of urinary incontinence and hyperactive bladder in the Spanish population: Results of the EPICC study. *Actas Urol Esp*. 2009;33:159-66.
 23. Coyne K, Revicki D, Hunt T, Corey R, Stewart W, Bentkover J, et al. Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: The OAB-q. *Qual Life Res*. 2002;11:563-74.
 24. Coyne KS, Lai JS, Zyczynski H, Kopp Z, Avery K, Abrams P. An overactive bladder symptom and quality of life short form: Development of the overactive bladder questionnaire short form. Presentation at the 34th Joint Meeting of the International Continence Society and the 34th International Urogynecological Association; 2004 Ago; París; 2004.
 25. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretation of SF-36 and SF-12 questionnaires in Spain: Physical and mental components. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:726-35.
 26. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: A decade of experience and new developments. *Gac Sanit*. 2005;19:135-50.