

Artículo Original

Caracterización de la Paciente con Incontinencia Urinaria que Consulta al Hospital General San Juan de Dios

*Dr. Julio Lau**, *Dr. Leonardo Mazariegos***, *Dr. Walter Mora****, *Dr. Rodolfo Andrino*****

Resumen

Objetivo

Describir las características de las pacientes con incontinencia urinaria que consultan al Hospital General San Juan de Dios y de esta forma poder conocer un perfil físico, epidemiológico y médico de estas pacientes.

Diseño del estudio: Se seleccionó aleatoriamente 67 pacientes de la clínica de uroginecología, con diagnóstico de incontinencia urinaria, durante el período de enero de 2006 a mayo de 2007.

A estas pacientes se les entrevistó utilizando una boleta de recolección de datos. Se tabularon los datos para describir las características las pacientes con incontinencia urinaria, ingresándolos dos veces en el programa Epi-Info.

Resultados

La edad promedio fue de 50.3 años (desviación estándar de 11.1 años). La incontinencia urinaria mixta fue la más frecuente (56.7%), seguida por la de esfuerzo (31.3%) y de urgencia (11.9%). 40.2% (n=27) tenían un IMC entre 25 a 29.9 kg/m² y el 44.7% (n=30) un IMC mayor de 30 kg/m². El promedio de partos fue de 4.358 (rango de 1 a 13). 55.2% (n=37) eran post menopáusicas. El 46.3% (n=31) tenían antecedentes de cirugías pélvicas. 40.3% (n=27) recibían tratamiento médico.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, esfuerzo, mixta, urgencia, características.

Introducción

La incontinencia urinaria es una condición común que afecta por lo menos al 14% de las mujeres de 30 años o más, y es definida por la International Continence Society como cualquier descarga involuntaria de orina (1).

La incontinencia urinaria puede ser el resultado de múltiples procesos patológicos. El tracto urinario inferior consiste de dos componentes sinérgicos que son la vejiga, para el almacenamiento, y la uretra, para el control y paso de orina. La relación entre estas dos unidades esta bajo un control neurológico complejo, es la base de la función del tracto urinario inferior y por lo tanto la continencia (1-2). Se estima que en la población la prevalencia de incontinencia urinaria varía de 10 a 40%, pero sólo el 7 a 12% lo percibe como un problema. La mitad de las mujeres que consultan refieren incontinencia por estrés, 11% de urgencia y 36% incontinencia mixta. La prevalencia

Abstract

Objective

The purpose of this study was to describe the characteristics of the patients treated for urinary incontinence at the Hospital General San Juan de Dios, and know a physical, epidemiological and medical profile of these patients.

Study design: 67 patients were randomized chosen at the urogynecology clinic from January 2006 to May 2007, they had urinary incontinence diagnosis. The patients were interviewed using a recollection data form. The information was tabulated, using the Epi-Info program, to describe the urinary incontinence patients characteristics.

Results

The median age was 50.3 years (SD of 11.1 years). 56.7% had mixed urinary incontinence, 31.3% stress incontinence and 11.9% urge incontinence. In relation to the body mass index, 40.2% (n=27) had BMI between 25 to 29.9 kg/m² and 44.7% (n=30) had more than 30 kg/m². The deliveries mean was 4.358 (range 1 to 13). 55.2% (n=37) were postmenopausal. 46.3% (n=31) had previous pelvic surgeries. 40.3% (n=27) received medical treatment.

Key words: Urinary incontinence, stress, mixed, urge, characteristics.

de incontinencia urinaria tiene su pico a la edad de 45-55 años, posteriormente disminuye ligeramente y aumenta de nuevo después de los 70 años

(1-3).

The Royal College of Physicians reportó que alrededor del 15% de amas de casa, 40% de mujeres que viven en asilo y el 60% de las mujeres hospitalizadas por largo tiempo, presentan incontinencia urinaria (1).

Además se ha observado diferencias raciales significativas en la incidencia y prevalencia de incontinencia urinaria. El 46% de mujeres caucásicas tienen incontinencia urinaria, comparado con el 22% de pacientes afro-americanas (1).

La incontinencia urinaria es un problema que afecta a gran parte de mujeres adultas a nivel mundial, y este problema no excluye a la mujer guatemalteca. Según datos del estudio realizado por Bradley, et al. la edad promedio de las pacientes fue de 56 años, con un índice de masa corporal de 26.6, paridad de 2 gestas, con respecto a la raza el 1.7% son asiáticas, 21.4% negras, 2.6% hispanas y 72.6% caucásicas; con respecto al nivel educativo de las pacientes el 1.7%

*Dr. Julio Lau Ginecólogo y Obstetra,

**Dr. Leonardo Mazariegos Ginecólogo y Obstetra

***Dr. Walter Mora Jefe de Uroginecología

**** Dr. Rodolfo Andrino Jefe de Sección Servicio de Ginecología. Hospital General San Juan de Dios, Ciudad de Guatemala.

estudió hasta los 12 años, 35.0% realizaron diversificado, 38.5% tuvieron un nivel universitario y el 23.9% tenían un post grado. Además el 52.1% fueron mujeres post menopausia y el 35.0% tenían antecedente de histerectomía (4-5).

El objetivo de este estudio fue describir las características de las pacientes con incontinencia urinaria que consultan al Hospital General San Juan de Dios en la Ciudad de Guatemala, y de esta forma poder conocer un perfil físico, epidemiológico y médico de estas pacientes, para poder identificar a las pacientes que tienen riesgo de presentar incontinencia urinaria, tomar medidas para la prevención de este problema y brindar un mejor tratamiento a estas pacientes.

Materiales y Métodos

La población del estudio corresponde a pacientes femeninas con incontinencia urinaria, que consultaron a la clínica de uroginecología del Hospital General San Juan de Dios en la Ciudad de Guatemala, las cuales fueron seleccionadas aleatoriamente durante el período entre enero de 2006 a mayo de 2007.

Se revisaron los registros médicos de las pacientes diagnosticadas con incontinencia urinaria que asistieron a consulta a esta clínica. Cada día se seleccionó los registros médicos de las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

Posteriormente se entrevistó a la paciente seleccionada, solicitándoles su consentimiento de palabra y explicándoles el propósito del estudio.

Se obtuvieron los datos generales como nombre, edad, origen y lugar de residencia. Luego se obtuvo la talla de la paciente en metros, utilizando un metro y midiéndola descalza. Además se obtuvo el peso de la paciente en kilogramos, utilizando una única balanza, y se pesó a la paciente con bata. Se calculó el índice de masa corporal utilizando la fórmula (peso en kilogramos) / (altura en metros)².

El grupo étnico se determinó en base a como se consideraba la paciente. Para determinar la escolaridad de la paciente se le preguntó hasta que grado cursó. Se le preguntó a la paciente la duración de los síntomas desde que inició la sintomatología y cuando decidió consultar.

Se le preguntó a la paciente los antecedentes médicos, poniendo énfasis en historial de diabetes mellitus, hipertensión arterial, patología a nivel de columna vertebral; antecedentes psiquiátricos, farmacológicos y toxicomaniacos como fumar, consumo de alcohol o uso de otro tipo de drogas.

Luego se interrogó sobre antecedentes obstétricos como cuantas gestas, partos, cesáreas, abortos tuvo y fecha de última menstruación.

Además de donde fueron atendidos los partos y cuanto pesaron los recién nacidos, tomando en cuenta el de mayor peso.

Se buscó en el registro médico de la paciente los siguientes datos: el tipo de incontinencia urinaria, ya sea esta de urgencia, esfuerzo, mixta u otra, que haya sido diagnosticada por el médico especialista de la clínica de uroginecología; si recibió o no tratamiento farmacológico para la incontinencia urinaria, si era afirmativo, cual era el medicamento; antecedente de cirugías pélvicas previas, si la respuesta era afirmativa, que tipo de cirugía; antecedente de cirugías para corrección de incontinencia urinaria, si fue afirmativo, que tipo

y hace cuanto tiempo; antecedente de prolapso de órgano pélvico como rectocele, cistocele, enterocele, prolapso uterino, prolapso de cúpula.

La información obtenida se trasladó a la boleta de recolección de datos. Por último se tabularon los datos para describir las características las pacientes con incontinencia urinaria, ingresándolos dos veces en el programa Epi-Info.

Resultados

Se encuestaron 67 pacientes de la clínica de uroginecología con diagnóstico de incontinencia urinaria, con edad promedio de 50.3 años con una desviación estándar de 11.1 años. El grupo más afectado fue el de 40 a 49 años de edad con un 37.3% (n=25).

El 94.02% (n=63) de las pacientes se dedican a tareas del hogar. El 97% (n=65) de las pacientes encuestadas se consideraban como del grupo étnico ladino. En cuanto a la escolaridad de las pacientes el 89.5% (n=60) tiene una escolaridad primaria o nula.

El 40.2% (n=27) de las pacientes tiene un índice de masa corporal de entre 25kg/m² a 29.9kg/m², que indica sobrepeso, y el 44.7% (n=30) de más de 30kg/m², que indica obesidad. Ninguna de las pacientes tiene índice de masa corporal menor a 18kg/m².

Con relación a la paridad de las pacientes, el promedio de gestas es 5.149 con un rango entre 1 hasta 16 gestas, siendo 4 gestas lo más frecuente 25.4% (n=17). Las pacientes con un número de gestas entre 1 a 5 fue el grupo donde se acumula el mayor número de pacientes, con un porcentaje acumulado de 67.2% (n=45). No hubo pacientes nulíparas.

El número de partos de las pacientes en promedio fue de 4.358, con un rango de 1 hasta 13 partos, siendo 4 partos lo más frecuente 23.9% (n=16). Las pacientes con un número de partos de 1 a 5, fue el grupo donde se acumula el mayor número de pacientes, con un porcentaje acumulado de 76.1% (n=51). El promedio de pacientes que tuvo parto eutósico simple fue de 4.164, siendo 3 partos eutósicos lo más frecuente 25.4% (n=17). El 13.4% (n=9) de las pacientes tuvo antecedentes de algún parto distósico, siendo 1 parto distósico lo más frecuente 10.4% (n=7). El 38.8% (n=26) de las pacientes indicó tener antecedente de abortos, con un promedio de 0.582, lo más frecuente fue el antecedente de 1 aborto 28.4% (n=19). El 10.4% (n=7) de las pacientes presentó antecedente de cesáreas, con un promedio de 0.224, lo más frecuente fue el antecedente de 1 cesárea 6% (n=4).

Al evaluar el lugar donde fueron atendidos los partos, el 62.7% (n=42) por médico, el 7.5% (n=5) por comadrona y el 29.9% (n=20) por médico o por comadrona. El promedio del peso de los recién nacidos fue de 8.135 libras, con una desviación estándar de 1.431, un peso mínimo de 6.0 libras y un máximo de 12.4 libras.

Respecto al estado menstrual de las pacientes, el 55.2% (n=37) de ellas era post menopáusicas y el 44.8% (n=30) pre menopáusicas.

El 38.8% (n=26) de las pacientes tenían antecedentes médicos, 11.9% (n=8) tenía diabetes mellitus y el 31.3% (n=21) tenía hipertensión arterial, las cuales no son excluyentes entre sí.

El 50.7% (n=34) tuvo los síntomas alrededor de 1 a 5 años, el 41.8% (n=28) mayor de 5 años y el 7.5% (n=5) menor de 1 año. El 40.3% (n=27) recibían tratamiento médico y, el 96.3% (n=26) del tratamiento era oxibutinina.

El 46.3% (n=31) de las pacientes tenía antecedente de cirugía pélvica, de las cuales el 93.5% (n=29) fueron histerectomías. El 70.1% (n=47) de las pacientes tuvo antecedentes de prolapso de órgano pélvico, siendo el más frecuente entre éstas el cistocele 97.9% (n=46), seguido de rectocele 27.7% (n=13), prolapso uterino 10.6% (n=5) y enterocele 2.1% (n=1), sin ser excluyentes uno del otro.

El 3% (n=2) de las pacientes tenía antecedentes toxicomaniacos, de ellas 2 son fumadoras y ninguna consume alcohol. (Ver tabla 1).

El tipo de incontinencia urinaria más frecuente fue la incontinencia urinaria mixta, en el 56.7% de las pacientes; seguida de la incontinencia de esfuerzo en el 31.3% y luego, la incontinencia de urgencia en el 11.9%.

En relación a la edad, el tipo de incontinencia y el promedio de edad, se encontró que la incontinencia de esfuerzo predominaba en las pacientes de menor edad (promedio 44.6 años), mientras que la incontinencia de urgencia se presentaba en las pacientes de mayor edad (promedio 57.2 años), encontrando evidencia estadísticamente significativa ($p=0.006181$)

Con respecto al tipo de incontinencia y el índice de masa corporal, se encontró un índice de masa corporal mayor en las pacientes con incontinencia de urgencia (32.1kg/m²), no se encontró evidencia estadísticamente significativa.

Al evaluar la relación del tipo de incontinencia con el número de gestas, las pacientes con incontinencia urgencia presentaban mayor número de gestas con un promedio de 6.1, no se encontró evidencia estadísticamente significativa.

Tomando en cuenta el antecedente de cirugía a nivel pélvico, el 61.3% presentaba incontinencia urinaria mixta, no se encontró evidencia estadísticamente significativa (Ver Tabla 2).

Discusión

La incontinencia urinaria es una condición que afecta por lo menos al 14% de las mujeres mayores de 30 años, casi siempre se atribuye a traumatismo obstétrico, cambios relacionados con el deterioro del envejecimiento, hipoestrogenismo y disminución de la capacidad vesical (6,7).

La mayor parte de los estudios indican que la prevalencia de incontinencia urinaria se relaciona con la edad. Según el estudio Epicont, el incremento es progresivo hasta los 65 años y muestra un pico entre los 45 y 59 años. Estos datos se correlacionan con los resultados de las encuestas realizadas ya que se encontró un intervalo mayor de incontinencia urinaria en el grupo etario entre 40 a 59 años (64.1%) (7,8).

En el estudio Epicont se encontró un aumento de la incontinencia urinaria mixta (IUM) y disminución de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) a mayor edad de las pacientes. En el estudio realizado se encontró relación estadísticamente significativa entre la edad y el tipo de incontinencia urinaria, las pacientes con IUE eran más jóvenes y las pacientes con incontinencia urinaria de urgencia (IUU) eran de mayor edad, y de edad intermedia para las de IUM

($p=0.006181$) (8).

Según el estudio de Velásquez, las mujeres con incontinencia urinaria se caracterizan por no tener ninguna educación escolar o por haber cursado hasta la primaria o secundaria, en contraste las mujeres continentes, pues presentaban mayor grado de escolaridad, lo que denota la importancia del factor cultural, educativo y socioeconómico en el desarrollo de esta patología al modificar variables como la paridad y la obesidad. Los datos encontrados demuestran que el 31.3% de las pacientes no tiene escolaridad y el 58.2% posee escolaridad primaria; además, el 94.02% son amas de casa (7). Existen pocos datos disponibles con respecto a las diferencias raciales en relación con la prevalencia de incontinencia urinaria en la población general, debido a la dificultad en definir la raza. En un estudio realizado por Grodstein ese encontró baja prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres asiáticas, hispanas y negras, en comparación con mujeres blancas, probablemente debido a las diferencias en el tejido conectivo y los músculos y, al largo de la uretra. En este estudio, el 97% de las pacientes se consideraban como de raza ladina y sólo el 3% de raza indígena. Probablemente debido al factor cultural, la paciente de raza indígena no consulta por este problema o no lo percibe como un problema (9).

La obesidad es uno de los factores de riesgo asociados con la incontinencia urinaria en mujeres mayores. Un índice de masa corporal alto se correlaciona con una mayor prevalencia de IUE e IUM, así como con la severidad de la incontinencia urinaria. De acuerdo con el estudio de Moller, el aumento del índice de masa corporal elevó en 4.2 veces el riesgo de IUE y 2.2 veces el de IUU. En el presente estudio se encontró que el 40.4% de las pacientes presentaban sobrepeso y el 44.7% obesidad (10,11).

El parto es un factor establecido de riesgo de IUE e IUM entre las mujeres jóvenes y de mediana edad. Se ha sugerido que el parto vaginal es el factor contribuyente más importante, posiblemente por lesiones neurológicas o musculares asociadas. En un estudio realizado por Samuelsson, encontraron incontinencia urinaria en las pacientes con un parto odd ratio de 1.38 y en las pacientes con más de tres partos el odd ratio fue de 2.71. En el presente estudio, el 91.0% tuvo más de dos partos (10,12,13).

La atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pelviano así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral. En el estudio realizado por Sandvick no demostraron que la menopausia por sí misma sea un factor de riesgo independiente de la edad. En el estudio realizado por Thom no se encontró diferencia en la prevalencia de incontinencia urinaria entre las mujeres pre y post menopausia. En nuestro estudio el 55.3% de las pacientes se encontraba en estado post menopausia, y el 94.5% de ellas no recibía terapia de reemplazo hormonal. (10,14,15).

Existe relación entre la disfunción del tracto urinario inferior y la diabetes. La incapacidad de la contractilidad del músculo detrusor y la retención urinaria está asociada con diabetes. Brown y Sampsel han reportado un aumento del 40 al 70% en la prevalencia de incontinencia urinaria en pacientes con diabetes. En este estudio, el 11.9% de las pacientes tenía antecedente de diabetes mellitus (16-18).

Muchas mujeres con incontinencia urinaria toman medicamentos antihipertensivos, varios de estos medicamentos tienen efectos secundarios en el tracto urinario inferior. Los bloqueadores alfa adrenérgicos producen incontinencia urinaria al relajar el músculo liso que normalmente sirve para relajar la uretra y el cuello vesical. Por otro lado, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina producen tos como efecto adverso en el 5% a 20% de las pacientes, siendo más frecuente en mujeres. En ocasiones la tos puede ser tan severa que puede producir pérdidas involuntarias de orina.

En el presente estudio, el 31.3% de las pacientes tenía antecedente de hipertensión arterial y, el 25.3% de las pacientes tomaba algún antihipertensivo (19).

La histerectomía puede producir daño de los nervios pélvicos y estructuras pélvicas de soporte, lo que aumenta el riesgo de incontinencia urinaria. Un metaanálisis realizado por Brown encontró asociación entre histerectomía e incontinencia urinaria a largo plazo, sobretodo en mujeres mayores de 60 años en las que el riesgo aumentaba hasta 60%. Sin embargo, en el estudio realizado por Contreras no se encontró esta asociación. En este estudio, el 46.3% de las pacientes tenía cirugías a nivel pélvico, de las cuales el 93.5% fue histerectomías (20,21).

Los síntomas urinarios comúnmente coexisten con prolapso de órgano pélvico. El prolapso puede causar incontinencia IUE al presionar la pared posterior de uretra; al mismo tiempo el prolapso puede causar obstrucción mecánica de la uretra. Con el tiempo la obstrucción uretral puede causar cambios en el músculo detrusor llevando detrusor hiperactivo e incontinencia. En un estudio realizado por Cannon, se encontró que mujeres con cistocele tenían hipermovilidad del cuello vesical e incontinencia por estrés en mayor proporción de las pacientes con rectocele y prolapso uterino. En el presente estudio se encontró que, el 97.9% de las pacientes con prolapso de órgano pélvico tenía cistocele (22).

Tabla 1. Características de la muestra

Característica	%	n
Edad		
20-29 años	1.49%	(1)
30-39 años	13.43%	(9)
40-49 años	37.31%	(25)
50-59 años	26.86%	(18)
60-69 años	14.92%	(10)
70-79 años	5.97%	(4)
Ocupación		
Ama de casa	94.02%	(63)
Comerciante	1.49%	(1)
Cultura de Belleza	1.49%	(1)
Dependiente de Mostrador	1.49%	(1)
Locutora	1.49%	(1)
Grupo étnico		
Ladina	97%	(65)
Indígena	3%	(2)
Escolaridad		
Ninguna	31.3%	(21)
Primaria	58.2%	(39)
Secundaria	3.0%	(2)
Diversificado	6.0%	(4)
Universitaria	1.5%	(1)
Índice de masa corporal (kg. m²)		
normal (15.5-27.9)	14.9%	(10)
sobrepeso (25-29.9)	40.4%	(27)
obesidad (>30)	44.7%	(30)
Antecedentes obstétricos		
Número de embarazos	5.149	(promedio)
Número de partos	4.358	(promedio)
Número de cesáreas	0.224	(promedio)
Número de abortos	0.582	(promedio)
Atención del Parto		
Médico	62.7%	(42)
Comadrona	7.5%	(5)
Ambos	29.9%	(20)
Estado Mestrua		
Premenopaúsico	44.7%	(30)
Posmenopaúsico sin Terapia de reemplazo Hormonal	52.4%	(35)
Posmenopaúsico con Terapia de reemplazo Hormonal	2.9%	(2)
Antecedentes Médicos		
Hipertensión Arterial	31.3%	(21)
Diabetes Mellitus	11.9%	(8)
Duración de los Síntomas		
Menor de 1 año	7.5%	(5)
1 a 5 años	50.7%	(34)
mayor de 5 años	41.8%	(28)
Cirugía Pélvica	46.3%	
Colapso órgano pélvico	70.1%	(47)
Cistocele	68.6%	(46)
Enterocele	1.5%	(1)
Rectocele	19.4%	(13)
Prolapso uterino	7.5%	(5)

Tabla 2. Características de las pacientes de acuerdo al tipo de incontinencia.

Característica	Esfuerzo	Mixta	Urgencia	P
Frecuencia	31.3%	56.7%	11.9%	
Edad	44.6 años	51.9 años	57.2 años	0.006181
IMC	28.6 kg./m ²	30.0 Kg./m ²	32.1 Kg./m ²	0.094128
Gestas	4.4	5.3	6.1	0.338630
Cirugía	25.8%	61.35	12.9%	0.663013

REFERENCIAS

- Parsons M, Cardozo L. The classification of urinary incontinence. Reviews in Gynaecological Practice. 2003; 57-64.
- Viktrup L, Summers K, Dennett S. Clinical Urology Guidelines for the Initial Assessment and Treatment of Women with Urinary Incontinence: A Review. European Urology Supplements. 2005; 4:38-45.
- Nelson R, Furner S. Risk factors for the development of fecal and urinary incontinence in Wisconsin nursing home residents. Maturitas. 2005.
- Bradley C, Rovner E, Morgan M, et al. A new questionnaire for urinary incontinence diagnosis in women: Development and testing. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005; 192:66-73.
- Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. J Am Geriatr Soc. 1998; 46:473-480.
- Parsons M, Cardozo L. The classification of urinary incontinence. Reviews in Gynaecological Practice. 2003; 57-64.
- Velásquez M, Bustos H, Rojas G, et al. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Ginecol Obstets Mex. 2007; 75:347-356.
- Hannstead Y, Rortveit G, Sandvik H, et al. A community based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian Epincont Study. J Clin Epidemiol. 2000; 53:1150-1154.
- Grodstein F, Fretts R, Lifford K, et al. Association of age, race, and obstetric history with urinary symptom among women in the Nurses' Health Study. Am J Obstet Gynecol. 2003; 189: 428-434.
- Robles J E. La incontinencia urinaria. Anales Sis San Navarra. 2006; 29:219-231.
- Moller L, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years old. Obstet Gynecol. 2000; 96:446-452.
- Rortveit G, Hannestad Y, Daltveit A, et al. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Obstet Gynecol. 2001; 98:1004-1110.
- Samuëlsson E, Victor A. Determinants of urinary incontinence in a population of young and middle-aged women. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000; 79:208-215.
- Sandvick H, Seim A, Vanvik A, et al. A severity index for epidemiological survey of female urinary incontinence: Comparison with 48-hour pad-weighting tests. Neurourol Urodyn. 2000; 19:137-145.
- Thom D, Brown J. Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: a review of clinical and epidemiologic literature. J Am Geriatric Soc. 1998; 46:1411-1417.
- Lewis C, Schrader R, Many A, et al. Diabetes and urinary incontinence in 50- to 90-year old women: A cross sectional population based study. Am J Obstet Gynecol. 2005; 93:2154-8.
- Brown J, Seeley D, Fong J, et al. Urinary Incontinence in older women: who is at risk?. Obstet Gynecol. 1996; 87:715-721.
- Sampselle C, Harlow S, Skurnick J, et al. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. Obstet Gynecol. 2002; 100: 1230-1238.
- Menefee S, Chesson R, Wall L. Stress Urinary incontinence due to Prescription Medications: Alpha Blockers and Angiotension Converting Enzyme Inhibitors. Obstet Gynecol. 1998; 91:853-854.
- Brown JS, Sawaya G, Tom DH, et al. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. Lancet. 2000; 356: 535-539.
- Contreras O. Stress urinary incontinence in the gynecological practice. Int J Urogynecol J. 2000; 11:336-340.
- Cannon T, Damaser M. Pathophysiology of the Lower Urinary Tract: Continence and Incontinence. Clin Obstet Gynecol. 2004; 47:28-35.

Urginal® UD
Oxibutina 10 mg

Brindándole una oportunidad
a su paciente de no sufrir por la
Incontinencia Urinaria

**LABORATORIOS
PANALAB**
Surgente Tecnológica de Boveres y Salud