



FIGURA 1. Infusión. Cortesía de Soultea (<http://www.soultea.de>). Foto: André Helbig (<http://andrehelbig.de>), licencia CC.

Consumo de infusiones y su relación con la incontinencia urinaria

Maria Antònia Vila-Coll ^{a, b}

Maria Jesús Gallardo Guerra ^{a, c}

Montserrat Fortuny Roger ^{a, d}

Maria Rosa Pou Vila ^{a, b}

Maria del Mar Forés Chacorri ^{a, e}

Rosa Viñas Vidal ^{a, e},

Mènciac Benítez Camps ^{a, b}

^a Grupo Incontinencia Urinaria de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC)

^b Àrea Bàsica de Salut (ABS) Gòtic, Barcelona

^c ABS Jaume Soler, Cornellà de Llobregat (Barcelona)

^d ABS Barcelona 2B - Via Roma, Barcelona

^e ABS Amadeu Torner, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Dirección de contacto:

Dra. Maria Antònia Vila Coll

ABS Gòtic Barcelona

Passatge de la Pau 1

08002 Barcelona

E mail : mvilac@meditex.es

Resumen

El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre el consumo de infusiones de plantas medicinales y la presencia de incontinencia urinaria (IU), así como establecer cuáles son las plantas más frecuentemente utilizadas y si existe alguna asociación entre éstas y los distintos tipos de IU. Se diseñó un estudio descriptivo, transversal, multicéntrico en cinco Centros de Salud Urbanos del área metropolitana de Barcelona. Participaron 392 mujeres, elegidas sistemáticamente a partir de la consulta diaria. Las variables de estudio fueron: edad, antecedentes patológicos y farmacológicos y actividad física. Se utilizó un cuestionario autoadministrado de frecuencia de consumo de infusiones y un cuestionario validado para evaluar presencia y tipo de incontinencia. **Resultados:** un 33,6% de las mujeres participantes en el estudio padecía IU, de ellas un 29,7% presentaban IU de esfuerzo, IU de urgencia un 32,8% e IU mixta un 31,3%. La infusión más consumida fue la de manzanilla (44,9%). La ingesta de café fue superior en las mujeres incontinentes pero no alcanzó significación estadística. El consumo de infusiones se asoció significativamente con la IU (44,3% frente a 24,9%, $p < 0,0001$). La IU más frecuente entre las consumidoras fue la de urgencia. Se encontró una relación entre la frecuencia de consumo de poleo y la presencia de IU, mientras que con la salvia aparecía una relación inversa. El análisis multivariante mostró que el consumo de infusiones y el número de plantas distintas fueron los factores más relacionados con la presencia de IU (OR de toma de infusiones: 2,7; IC95%: 1,69; 4,40). **Conclusiones:** La manzanilla es la infusión más utilizada. El consumo de infusiones se asocia con mayor frecuencia de incontinencia. El consumo de poleo y tila aumenta la frecuencia de incontinencia, mientras que el de salvia la disminuye. El tipo de IU más relacionado con la toma de infusiones de plantas medicinales es la IU de urgencia.

Palabras clave

Incontinencia urinaria; infusión, plantas medicinales, fitoterapia, atención primaria.

Consumo de infusões e a sua relação com a incontinência urinária

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre o consumo de infusões de plantas medicinais e a presença de incontinência urinária (IU), assim como estabelecer quais as plantas mais frequentemente utilizadas e se existe alguma associação entre elas e os distintos tipos de IU. Foi desenhado um estudo descritivo, transversal, multicêntrico, em cinco Centros de Saúde Urbanos da área metropolitana de Barcelona. Participaram 392 mulheres, selecionadas sistematicamente a partir da consulta diária. As variáveis do estudo foram: idade, antecedentes patológicos e farmacológicos e atividade física. Foi utilizado um questionário autoadministrado para avaliar a frequência do consumo de infusões e um questionário validado para avaliar a presença e tipo de incontinência. **Resultados:** 33,6% das mulheres participantes no estudo sofriam de IU, das quais 29,7% apresentavam IU de esforço, 32,8% IU de urgência e 31,3% IU mista. A infusão mais consumida foi a de camomila (44,9%). A ingestão de café foi maior nas mulheres incontinentes, mas não alcançou significado estatístico. O consumo de infusões associou-se significativamente com a UTI (44,3% vs 24,9%, $p < 0,0001$). A IU mais comum entre as consumidoras foi a de urgência. Observou-se uma relação entre a frequência de consumo de poejo e a presença de IU, enquanto que com a salvia aparecia uma relação inversa. A análise multivariada mostrou que o consumo de infusões e o número de plantas diferentes foram os fatores mais relacionados com a presença de IU (OR de toma de infusões: 2,7; IC 95%: 1,69; 4,40). **Conclusões:** A infusão de camomila é a mais utilizada. O consumo de infusões está associado com o aumento da frequência de incontinência. O consumo de poejo e tília aumenta a frequência de incontinência, enquanto a salvia a diminui. O tipo de IU mais associado com a toma de infusões é a de urgência.

Palavras-chave

Incontinência urinária, infusões, plantas medicinais, fitoterapia, cuidados primários.

Introducción

Según la International Continence Society (ICS), la incontinencia urinaria (IU), es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra y constituye un problema social e higiénico a quien la padece ⁽¹⁾. Su prevalencia es alta, pudiendo llegar a un 49,2% ⁽²⁻⁵⁾. En España en un meta-análisis

Herbal tea consumption and its relationship to urinary incontinence

Abstract

The aim of this study was to evaluate the relationship between the consumption of herbal teas and the presence of urinary incontinence (UI), and establish which plants are most frequently used and whether any association exists between them and the different types of UI.

A descriptive, cross-sectional, multicenter study was performed in five urban Health Centers of greater Barcelona. Participants were 392 women, systematically selected from daily practice. The study variables were: age, pathological and pharmacological history and physical activity. A self-administered questionnaire on herbal tea consumption frequency and a validated questionnaire to assess the presence and type of incontinence were used.

Results: 33.6% of the women in the study suffered from IU, of which 29.7% was stress UI, 32.8% urge UI and 31.3% mixed UI. The most consumed herbal tea was chamomile (44.9%). Coffee intake was higher in incontinent women but did not reach statistical significance. Tea consumption was significantly associated with UTI (44.3% vs. 24.9%, $p < 0.0001$). Urge UI was the most common UI among herbal tea consumer women. A relationship between the frequency of pennyroyal consumption and the presence of UI was found, while an inverse relationship was found the case of sage. Multivariate analysis showed that herbal tea consumption and the number of different plants were the factors most related to the presence of UI (OR for herbal tea consumption: 2.7; 95% CI: 1.69; 4.40).

Conclusions: Chamomile tea is the most widely used. Herbal tea consumption is associated with to an increased frequency of UI. Pennyroyal and lime flower consumption increases UI frequency, whereas sage decreases it. Urge UI is the UI type most associated with herbal tea consumption.

Keywords

Urinary incontinence, herbal tea, medicinal plants, herbal medicine, primary care.

realizado por Salinas *et al.*, se estimó que la prevalencia global de la IU para la mujer es de un 24%, aumentando al 30-40% en las mujeres de mediana edad y de hasta un 50% en las mujeres ancianas ⁽⁶⁾. Es más frecuente en el sexo femenino y aumenta con la edad ⁽⁷⁾. La IU se clasifica en varios tipos (TABLA 1).

Tipo de insuficiencia urinaria (IU) Síntomas	
De esfuerzo (IUE)	Pérdida de orina con el esfuerzo, el ejercicio al toser o estornudar, se produce cuando la presión intraabdominal supera la presión intrauretral. Es debida a una alteración en el mecanismo de cierre de la uretra.
De urgencia (IUU)	Percepción de pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia. Se debe a una contractilidad aumentada de la vejiga urinaria, que en condiciones normales sólo se contrae cuando voluntariamente decidimos orinar.
Mixta	Con características de ambas (esfuerzo y urgencia).
De rebosamiento	Asociada a una vejiga distendida, que se produce cuando la presión intravesical supera la máxima presión uretral, pero sin actividad del detrusor.

TABLA 1. Tipos de insuficiencia urinaria (IU).

El consumo de ciertos fármacos y sustancias constituye uno de los factores de riesgo para desarrollar IU. En una revisión publicada por Holroyd ⁽⁸⁾ se observó una asociación independiente entre el consumo de diuréticos, antidepresivos, hipnóticos, benzodiacepinas y la presencia de IU. El estudio de Arya ⁽⁹⁾ encontró que la ingesta de cafeína, superior a 400 mg/día, después de ajustar por edad y consumo de tabaco, estaba asociada a IUU.

Ciertas infusiones de plantas medicinales como la cola de caballo, el diente de león o la arenaria tienen efecto diurético, y otras, como la manzanilla, el espino blanco, la melisa, la pasiflora o la valeriana tienen efectos sedantes y anti-espasmodicos.⁽¹⁰⁾

El consumo de infusiones de plantas medicinales está muy extendido en nuestra cultura, ya sea por motivos terapéuticos o como alternativa a otras bebidas y al café. En el estudio publicado por INFITO (Centro de Investigación en Fitoterapia) en enero de 2007 sobre plantas medicinales en España, se observa que un 33% de la población las consume habitualmente, siendo en su mayoría mujeres (71,4%) ⁽¹¹⁾ y en el estudio de Bent este consumo era de un 25% ⁽¹²⁾.

En la mayoría de las guías de práctica clínica sobre el abordaje de la IU, el consumo de infusiones se preconiza como un factor de riesgo, sobre todo para la IUU ⁽¹³⁾, pero no existen estudios que avalen esta afirmación.

Es por ello que se decidió valorar la relación existente entre el consumo de infusiones de plantas medicinales y la aparición de incontinencia urinaria y se decidió hacerlo mediante una encuesta de frecuencia de consumo. Este tipo de encuestas han sido utilizadas desde hace tiempo en estudios poblacionales para valorar los hábitos de una población determinada, en valoraciones geriátricas o para evaluar el impacto de la dieta en algún tipo de patologías.

El presente estudio se realizó con los siguientes objetivos:

1. Evaluar la relación entre el consumo de infusiones y la aparición de incontinencia urinaria (IU).
2. Establecer cuales son las infusiones más frecuentemente consumidas.
3. Valorar si existe alguna correlación entre el tipo de infusión y los distintos tipos de IU.

Material y métodos

Emplazamiento: Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal multicéntrico, en 5 áreas básicas de atención primaria urbanas del área metropolitana de Barcelona, entre los meses de febrero y mayo del 2006.

El tamaño muestral fue de 400 mujeres, se calculó considerando una prevalencia de incontinencia urinaria de un 20% ⁽⁵⁾ y un consumo de infusiones del 25% ⁽¹⁰⁻¹¹⁾ con un riesgo alfa del 5% y beta del 20% y una probabilidad de pérdidas del 20%.

Las pacientes fueron seleccionadas de las consultas diarias de Atención Primaria, mediante un muestreo sistemático, de manera que se seleccionaba a 1 de cada 5 mujeres atendidas en un mismo día. Estas mujeres respondieron a un cuestionario sobre la frecuencia de consumo de infusiones elaborado a partir de los criterios de Ramon Torella *et al.* ⁽¹⁴⁾ y la presencia de incontinencia y sus tipos según cuestionario validado por Vila *et al.* ⁽¹⁵⁾.

Las variables recogidas fueron: edad, nivel de actividad física habitual, antecedentes patológicos y quirúrgicos a nivel abdominal, consumo de alcohol, número de partos y tipo, historial farmacológico y consumo actual de medicamentos; presencia o no de IU, tipo y el tiempo de evolución de ésta; tratamiento recibido para la IU y tiempo del mismo. Consumo y tipo de infusiones, frecuencia de consumo de las

Variable	Descripción
Edad	Fecha de nacimiento de las pacientes
Nivel de actividad física	Clasificada en 4 categorías: - Muy leve (actividades mayoritariamente sedentarias: estar sentado, escribir a máquina, conducir, etc.) - Leve (caminar en plano, reparaciones domésticas, trabajar en cocina, golf, vela, etc.) - Moderada (andar rápido, jardinería, actividades domésticas como fregar, bicicleta, tenis, bailar, etc.) - Fuerte (leñador, albañil, baloncesto, natación, alpinismo, fútbol, etc.).
Antecedentes patológicos	Centrados en los que se relacionan habitualmente con la IU. Enfermedades pulmonares que cursan con tos crónica, Enfermedades neurológicas: E Parkinson, EM, AVC...) Diabetes Mellitus Alcoholismo (registrado en historia clínica)
Antecedentes farmacológicos	Consumo de fármacos relacionados con la IU: diuréticos, AINEs, neurolépticos, ansiolíticos, antagonistas de los canales del calcio
Presencia de IU	Si tienen o no IU
Tiempo de evolución de la IU	Calculada en años
Tipo de IU	Esfuerzo, De urgencia, mixta
Tratamiento para la IU	Farmacológico, rehabilitador, mixto o no reciben tratamiento
Tiempo de evolución de la IU	Calculado en años

TABLA 2. Descripción de las variables del estudio.

mismas y dosis diaria, semanal o mensual así como tamaño del recipiente en que las consumían (pequeño, mediano o grande). En las TABLAS 2 y 3 se definen las variables y se muestra la encuesta sobre el consumo de infusiones elaborada a partir de los trabajos de Ramón Torrella *et al.*⁽¹⁴⁾.

Las variables fueron recopiladas en una base de datos Access y el análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 12.0 (español). Para la comparación de proporciones se usó Chi-cuadrado, para las medias t-student y la regresión logística para el análisis multivariante.

Resultados

De las 400 encuestas inicialmente recogidas, 7 se invalidaron por tener los datos incompletos.

La media de edad de las mujeres fue de 60,1 años (DE: 18,6). El 27,3% (IC 95%:23;32) consumían alcohol de forma habitual; un 10,7% (IC 95%:8;14) padecían diabetes y un 11,2% (IC95%:8;14) estaban diagnosticadas de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El 39%(IC 95%:34;44) había sufrido una intervención quirúrgica a nivel abdominal. El

27,2% (IC 95%: 23;32) habían tenido 2 partos. Respecto a los antecedentes farmacológicos, un 28,8% (IC 95%:24;33) tomaba ansiolíticos, un 27,3% (IC 95% 23;32) diuréticos y un 21,1% (IC 95%: 17;25) antiinflamatorios no esteroideos. El 47,3% (IC 95% 42;52) realizaba un nivel de actividad física leve. El 33,6% (IC 95%: 32;41) de las mujeres presentaba IU, con predominio de la IUU (32,8% IC 95%:28;37). Las mujeres que presentaban IU eran de media 7 años mayores que las que no ($p < 0,0001$ IC 95% para la diferencia: 3,6;10,8).

Un 44,8% (IC 95%: 40;50) afirmaba tomar infusiones, con una media de 2 plantas distintas por persona ($P_{25} : 1$; $P_{75} : 4$). Las plantas más habitualmente consumidas se presentan en la (TABLA 4).

Se observó una mayor prevalencia de consumo de infusiones entre las mujeres que presentaban IU (44,3% frente a 24,9% $p < 0,00001$; [IC 95% de la diferencia:10,1;28,8]).

El cuestionario se diseñó para evaluar la frecuencia de consumo de cada tipo de planta medicinal a fin de dividir el consumo por terciles y valorar así la influencia que te-

Apellidos y nombre:						
					Sí	No
¿Se le escapa la orina?						
Incontinencia de esfuerzo (positivo para o cuatro o más respuestas afirmativas)						
¿Tiene sensación de peso en la zona genital?						
¿Se le escapa la orina cuando sube o baja escaleras?						
¿Se le escapa la orina cuando ríe?						
¿Se le escapa la orina si estornuda?						
¿Se le escapa la orina cuando tose?						
Incontinencia de urgencia (positivo para tres o más respuestas afirmativas)						
¿Si está en la calle y tiene ganas de orinar, entra en un bar, y si el lavabo está ocupado se le escapa la orina?						
¿Cuando abre la puerta de su casa, ha de correr para ir al lavabo?						
¿Si tiene ganas de orinar, tiene la sensación que es urgente y ha de correr al lavabo?						
¿Al salir del ascensor debe ir deprisa al servicio porque sino se le escapa la orina?						
Incontinencia urinaria						
Tipo:						
¿Toma habitualmente infusiones?						
¿de que plantas?						
Planta	Frecuencia			Tamaño		
	Díaria	Semanal	Mensual	Bol	Taza café con leche	Taza café
Poleo						
Manzanilla						
Té						
Café						
Tila						
Tomillo						
Romero						
Valeriana						
Cola de caballo						
Laurel						
Salvia						
Pasiflora						
Maria Luisa						
Otros						

TABLA 3. Encuesta sobre incontinencia y consumo de infusiones de plantas medicinales.

Planta	%
Manzanilla	44,9%
Té	38,8%
Romero	38,5%
Poleo	37,5%
Salvia	29,1%
Cola de caballo	28,7%

TABLA 4. Frecuencia de consumo de diferentes tipos de infusiones de plantas medicinales.

nía la frecuencia de consumo en la aparición de IU, pero al analizar los datos se desestimó porque las personas consumidoras de infusiones medicinales lo son diariamente o no las suelen consumir, también se desestimó el tamaño del recipiente porque las consumidoras de infusiones, las consumían en taza grande.

El tipo de IU más frecuente entre las mujeres que tomaban infusiones fue la IU de urgencia, sin diferencias estadísticamente significativas 56,9% frente a 52,2% $p = 0,256$. Sin embargo, sí existían diferencias significativas entre la planta consumida en infusión y la presencia de IU. Mientras que el poleo y la tila guardaban una relación directa con la presencia de IU (49,6% frente a 36,2%; $p = 0,027$ [IC 95% de la diferencia: 1,5;25,2] y 48,9% frente a 26,2%; [IC 95% de la diferencia: 11,3;34,2] $p < 0,0001$ respectivamente), el consumo de la cola de caballo y la salvia presentaron una relación inversa. Las mujeres que consumían más estas últimas, presentaban menos IU. Algo similar se observó con las mujeres que consumían romero, aunque las diferencias no llegaron a ser estadísticamente significativas (44,3% frente a 56,9%; $p = 0,051$) (TABLA 5 y FIGURA 2).

Al realizar el análisis multivariante, observamos que los factores más estrechamente relacionados con la presencia

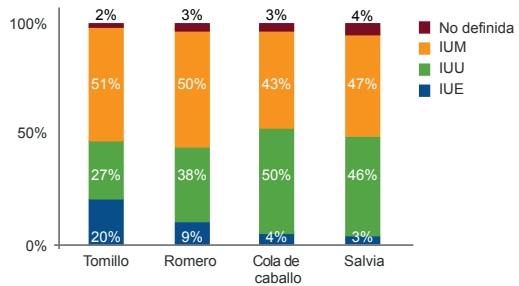


FIGURA 2. Frecuencia de los distintos tipos de insuficiencia urinaria en las consumidoras de las infusiones de plantas medicinales más frecuentes.

de IU, fueron el consumo de infusiones y el número de plantas distintas consumidas. Las mujeres que tomaban infusiones tenían una probabilidad 3 veces mayor de presentar IU que las que no las consumían (OR:2,7 IC95%:1,69; 4,40). Y en aquellas que tomaban más de 2 plantas medicinales distintas, la probabilidad de presentar IU era casi el doble frente a las que tomaban una (OR:1,85 IC 95%:1,08;3,19) (TABLA 6).

Discusión

En la mayoría de las guías de práctica clínica ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ sobre el manejo de la incontinencia se hace énfasis en que el consumo de infusiones favorece la IU, sobre todo la de urgencia, pero hemos encontrado pocos estudios que avalen este concepto. Estas recomendaciones suelen basarse en opiniones de expertos (nivel de evidencia D) pero no se fundamentan ni en estudios observacionales ni en ensayos clínicos.

Tampoco hemos encontrado estudios que usen la encuesta de frecuencia de consumo semi-cuantitativa para poder valorar la influencia del consumo de infusiones en la presentación de IU.

Las encuestas de frecuencia de consumo han sido utilizadas desde hace tiempo en estudios poblacionales ⁽¹⁹⁻²¹⁾ sobre

	Poleo		Tila		Cola de caballo		Salvia	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Incontinencia urinaria	49,6%	50,4%	48,9%	51,1%	30,8%	69,2%	32,0%	68,0%
No incontinencia urinaria	36,2%	63,8%	26,27%	3,8%	46,8%	53,2%	49,2%	50,8%
<i>p</i>	<i>p</i> = 0,027		<i>p</i> < 0,0001		<i>p</i> = 0,023		<i>p</i> = 0,019	

TABLA 5. Relación entre el consumo de infusiones de diferentes plantas y la presencia de incontinencia urinaria.

Factores influyentes en la presentación IU	OR	IC del 95%	p
Edad	1,01	0,99-1,03	0,277
Consumo de café	1,54	0,95-2,50	0,08
Consumo de otras infusiones	2,72	1,69-4,40	< 0,0001
Consumo de alcohol	0,93	0,54-1,61	0,802
Diabetes mellitus	0,80	0,37-1,73	0,574
Enfermedades neurológicas	2,79	1,02-7,66	0,045
Enfermedad obstructiva crónica	1,09	0,52-2,28	0,826
Intervenciones quirúrgicas abdominales	1,43	0,88-2,32	0,154
Toma de ansiolíticos	0,76	0,44-1,30	0,315
Toma de diuréticos	1,68	0,94-2,99	0,079
Toma de neurolépticos	2,37	0,85-6,66	0,101
Toma de antagonistas de los canales del calcio	1,70	0,76-3,79	0,194
Toma de AINEs	0,73	0,41-1,32	0,297
Partos	1,43	0,83-2,46	0,203
Toma de infusiones de diferentes plantas	1,85	1,08-3,19	0,026

TABLA 6. Factores relacionados con la presentación de IU. OR: cociente de probabilidades (Odds ratio). IC: intervalo de confianza. *p*: probabilidad.

todo para evaluar el impacto de la dieta en un población determinada, o para evaluar el consumo de calcio y vitamina D ⁽²²⁾, o la aparición de factores de riesgo cardiovascular y afectación de órgano diana según el consumo de grasas saturadas ⁽²³⁾, también para conocer el factor protector de la dieta y algún tipo de cáncer ⁽²⁴⁻²⁶⁾. Existen algunos estudios que valoran la relación de los macronutrientes (grasas tanto saturadas como no saturadas) en la aparición de IU de urgencia ⁽²⁷⁾ o la protección que hace el consumo de vegetales en síntomas urinarios ⁽²⁸⁾. También se ha publicado recientemente un artículo que apunta que el consumo de café podría aumentar la incontinencia de urgencia en la población japonesa adulta. ⁽²⁹⁾

En nuestro estudio observamos que el consumo de infusiones se correlaciona significativamente con la IU (44,3% frente a 24,9%, $p < 0,0001$ IC: 95%), dando lugar a una frecuencia tres veces mayor de aparición de IU.

Tal y como se recoge en la literatura vemos que entre las personas consumidoras de infusiones la incontinencia que se presenta más es la urgencia.

Si comparamos a las personas consumidoras con las no consumidoras y ajustando por el resto de variables vemos

que las infusiones que más favorecen la aparición de IU son el poleo y la tila, mientras que la cola de caballo y la salvia podrían ejercer un efecto protector, aunque quizás el resultado se ha visto condicionado por el escaso número de consumidoras de estas plantas y por el tamaño de la muestra de nuestro estudio.

Se podría pensar que lo importante es, no el consumo de infusiones sino la cantidad de líquido ingerido, por ello en las encuestas se preguntó por el tipo de taza usada: pequeña, normal o grande, sin embargo este dato no resultó valorable porque la mayoría referían tomar las infusiones en taza grande; tampoco se valoró el número de tazas consumidas, ni la cantidad de líquido ingerido diariamente en las no consumidoras de infusiones; aunque existe un dato indirecto que iría a favor de que la cantidad de líquido ingerido guarda relación con la IU y es el hecho de que las pacientes que tomaban dos o más infusiones distintas presentaban casi el doble de probabilidad de presentar IU.

En conclusión este estudio corrobora el concepto de que el consumo de infusiones de plantas medicinales puede favorecer la incontinencia sobre todo la de urgencia, pero que no todas ellas se comportan igual. Así la manzanilla, que

es la planta medicinal más consumida, no parece aumentar el riesgo de padecer IU, a diferencia del poleo y la tila sí aumentan el riesgo, mientras que la cola de caballo y la salvia, al menos en nuestro estudio, podrían tener un efecto protector. Esto nos hace aconsejar que cuando se realice una historia clínica en una persona incontinente, además de preguntarle si consume infusiones y/o café, tendríamos que preguntar cuales toma, ya que existen diferencias cualitativas entre ellas. En según que casos, por ejemplo en la manzanilla, quizás, no necesitaríamos recomendar que cesara en su consumo de forma general como es ahora práctica clínica habitual.

Referencias bibliográficas

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. Standardisation of terminology. *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 167-178.
- Jiménez Cidre MA. Incontinencia urinaria: epidemiología, aspectos sociológicos y calidad de vida. Disponible en: <http://www.uroland.com/portada.html>
- Hunnskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in woman in four European countries. *BJU Int* 2004; 93 (3): 324-30.
- Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstet Gynecol* 2008; 111 (2 Pt 1): 324-31
- Modroño Freire MJ, Sánchez Cougil MJ, Ganosos Diz P, Valero Paternain M, Blanco Ramos M, Cuña Ramos FO. Estudio de prevalencia de IU en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. *Aten Primaria* 2004; 34: 134-9.
- Salinas Casado J, Díaz Rodríguez A, Brenes Bermudez F, Cancelo Hidalgo MJ, Cuenllas Díaz A, Verdejo Bravo C. Prevalencia de la Incontinencia urinaria en España *Urod A* 2010; 23 (1): 52-6
- Rebollo P, Espuña M. Situación actual del diagnóstico y tratamiento de la incontinencia de orina en España. *Med Clin* 2004; 122(8): 288-92.
- Holroyd-Leduc JM, Starus SE. Management of Urinary Incontinence in women. *JAMA* 2004; 291(8): 986-995.
- Arya LA, Myers DL, Jackson ND. Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: a case-control study. *Obstet Gynecol* 2000; 96:85-8.
- Madridejos Mora R, Amado Guirado E. Hierbas medicinales. *FMC* 2008;15:384-5.
- Instituto de Estudios sobre Fitoterapia en España INFITO. Estudio Infito sobre el Consumo de Plantas Medicinales en España 2007. Primer análisis hábitos de consumo. Disponible en: <http://www.fitoterapia.net>.
- Bent S, Ko R. Commonly used herbal medicines in the United States: a review. *Am J Med* 2004; 116 (7): 478-85.
- Burgio KL. Current perspectives on management of urgency using bladder and behavioural training. *J Am Acad Nurse Pract* 2004;16 (10 Suppl): 4-7.
- Ramon Torrella JM. Encuestas alimentarias: Clasificación y tipos. *Aten Primaria*. 1990; 7: 458-10
- Vila Coll MA, Fernández Parcés MJ, Florensa Claramunt E, Orejas López V, Dalfó Baqué A, Romea Lecumberri S. Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria .. *Aten Primaria* 1997; 19: 121-6.
- Zunzunegui Pastor MV, Rodríguez-Laso A, García de Yébenes MJ, Aguilar Conesa MD, Lázaro y de Mercado P. Otero Pulme A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en hombres y mujeres mayores de 65 años. *Aten Primaria* 2003; 32: 337-42
- Thüroff J W, Abrams P, Artibani W Haab F et al. Clinical Guidelines for the Management of Incontinence. 1st International consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee, Monaco 1998.
- Andrew J, Kasahack D, Colling J, De Lancey J, Keelys Ch, Louhghery et al. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. *Clinical Practice guidelin*. Rockeville: Department of Health and Human Services 1996; update 2:18-27
- Cade J, Thompson R, Burley V, Warm D. Development, validation and utilisation of food-frequency questionnaires-a review. *Public Health Nutr* 2002;5:567-87.
- Dennis LK, Snetselaar LG, Nothwehr FK, Stewart RE. Developing a scoring method for evaluating dietary methodology in reviews of epidemiologic studies *J Am Diet Assoc*. 2003; 103:483-7.
- Serra-Majem LI, Ribas Barba L, Salvador Castell E, Román Viñas B, Castell Abat C, Cabezas Peña C et al Tendencias del estado nutricional de la población española: resultados del sistema de monitorización nutricional de Cataluña (1992-2003) *Rev Esp Salud Pública* 2007; 81: 559-57.
- Blalock SJ, Norton LL, Patel RA, Cabral K, Thomas CL. Development and assessment of a short instrument for assessing dietary intakes of calcium and vitamin D. *J Am Pharm Assoc* 2003; 43: 685-93.
- Merchant AT, Kelemen LE, de Koning L, Lonn E, Vuksan V, Jacobs R, et al. Share –AP investigators interrelation of daured fat, trans fat, alcohol intake and subclinical atherosclerosis. *Am J Clin Nutr* 2008; 87: 168-74
- Ferrucci LM, Sinha R, Graubard BI, Mayne ST, Ma X, Schatzkin A, Schoenfeld PS, Cash BD, Flood A, Cross AJ. Dietary Meat Intake in Relation to Colorectal Adenoma in Asymptomatic Women. *Am J Gastroenterol* 2009; 104 (5): 1231-40.
- Huxley RR, Ansary-Moghaddam A, Clifton P, Czernichow S, Parr CL, Woodward M. The impact of dietary and lifestyle risk factors on risk of colorectal cancer: A quantitative overview of the epidemiological evidence. *Int J Cancer* 2009; 125 (1): 171-80.
- Van Duijnhoven FJ, Bueno-De-Mesquita HB, Ferrari P, Jenab M, Boshuizen HC, Ros MM, Casagrande C, et al Fruit, vegetables, and colorectal cancer risk: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Am J Clin Nutr* 2009; 89 (5): 1441-52.
- Dallosso H, Matthews R, McGrother C, Donaldson M. Diet as a risk factor for the development of stress urinary incontinence: a longitudinal study in women *Eur J Clin Nutr* 2004; 58 (6): 920-6.
- Koskimäki J, Hakama M, Huhtala H, Tammela TL. Association of dietary elements and lower urinary tract symptoms. *Scand J Urol Nephro*. 2000; 34 (1): 46-50.
- Fumi Hirayama, Andy H. Lee. Is Caffeine Intake Associated With Urinary Incontinence in Japanese Adults? *J Prev Med Public Health* 2012; 45 (3): 204-208.