

Caracterización de mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador*

Characterization of middle-aged women suffering from urinary incontinence and their response to rehabilitation treatment

Dra. Jacqueline del Carmen Martínez Torres

Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: en las mujeres entre 40 y 59 años se producen fisiológicamente algunos cambios biológicos, psicológicos y sociales. Entre los primeros están los del aparato genitourinario que pueden favorecer la incontinencia urinaria.

Objetivos: caracterizar las mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria que realizan tratamiento con agentes físicos y ejercicios y la respuesta terapéutica.

Métodos: investigación descriptiva, prospectiva, intervención incluyendo todas las mujeres entre 40 y 59 años con diagnóstico de incontinencia urinaria que acudieron a consulta de suelo pélvico del CIMEQ, 2007-2012, a las que se aplicó tratamiento rehabilitador: magnetoterapia, electroterapia estimulativa perineal y quinesioterapia reeducativa, evaluando los resultados mediante test muscular y de la compresa.

Resultados: de 168 pacientes con incontinencia urinaria de ambos sexos, 47 % fueron mujeres en edad mediana, 40 % su incontinencia urinaria estuvo asociada a otra disfunción del suelo pélvico, 25 % de esfuerzo y 34 % mixta, 53,2 % tenían un escape de orina diaria, y 32,9 % pocas veces a la semana. Postratamiento fueron evaluadas 28 mediante test muscular y prueba de la compresa de 1 h y la respuesta al tratamiento: 22 curadas (78,5 %) y 6 mejor (21, 5 %). Ninguna se mantuvo igual ni empeoró ($p= 0,000$ y $0,002$ sig).

Conclusiones: la mayor cantidad padece incontinencia urinaria asociada a otra afección de suelo pélvico, tienen pérdidas diarias, antecedentes ginecobstétricos de embarazos, partos y episiotomías. La evolución postratamiento fue hacia la curación y mejoría.

Palabras clave: mujer en edad mediana, incontinencia urinaria, tratamiento rehabilitador.

ABSTRACT

Introduction: some physiologically biological, psychological and social changes occur in women between 40 and 59 years of age. Changes in their genitourinary tract are among these changes that can produce urinary incontinence.

Objectives: to characterize the middle-aged women suffering urinary incontinence undergoing treatment with physical agents and performing exercises, and therapeutic response.

Methods: a descriptive, prospective, intervention research was conducted including all women between 40 and 59 years of age diagnosed with urinary incontinence who were assisted at pelvic floor consultation at CIMEQ Hospital from 2007 to 2012. Rehabilitation treatment was applied: magnet therapy, stimulative perineal electrotherapy, and re-educative physiotherapy, evaluating results by muscle and compress test.

Results: out of 168 patients suffering urinary incontinence in both sexes, 47 % were middle-aged women, 40 % had their urinary incontinence associated with other pelvic floor dysfunction, 25 % due to effort and 34 % had mixed causes, 53.2 % had daily urine leak, and 32.9 % had it few times a week. Post-treatment: 28 were evaluated by muscle test and an hour compress testing. Response to treatment: 22 were cured (78.5 %) and 6 improved (21.5 %). None remained the same or worsened ($p = 0.000$ and 0.002 sig).

Conclusions: most suffer from urinary incontinence associated with another condition of pelvic floor having daily losses, gynecological and obstetric history of pregnancies, deliveries, and episiotomies. The aftercare evolved towards healing and recovery.

Keywords: middle age women, urinary incontinence, rehabilitation treatment.

INTRODUCCIÓN

Se considera mujer en edad mediana al grupo de personas del sexo femenino comprendido en las edades entre 40 y 59 años.¹ Durante este periodo de la vida, la mujer sufre cambios que se producen en tres aspectos diferentes e interrelacionados: en el terreno biológico, donde se producen cambios por el efecto del cese de la función ovárica y que se mantienen en ajuste continuo durante esta etapa; en lo psicológico, como mediador entre el medio externo o entorno y en lo social, como expresión compleja del mundo de las relaciones que se establecen en el escenario donde las mujeres desarrollan su vida cotidiana.¹

Los cambios biológicos que se producen durante el climaterio, no del todo conocidos, unidos con la función social que desempeñan las mujeres en etapa de climaterio en su microsistema familiar y laboral signado de manera especial por el desempeño de múltiples roles, la calidad y el nivel de compromiso con que lo hacen, la inequidad en el acceso y control de los recursos, la invisibilidad de sus

tiempos, a lo que se adiciona la inadecuada asimilación cultural del envejecimiento, hace que las mujeres de edad mediana constituyan un grupo altamente vulnerable en términos de salud.²

Durante el climaterio las mujeres refieren diversos tipos de síntomas, los más frecuentes son: las crisis vasomotoras, atribuidas a la deficiencia de estrógenos, unido o no al aumento de gonadotropinas y cambios en los neurotransmisores hipotalámicos que provocan inestabilidad del centro termorregulador, aumentan la temperatura cutánea y vasodilatación, produciendo un incremento de la sudoración que favorece el descenso de la temperatura central, ocurriendo en el 80 % de las mujeres cubanas.¹

Las alteraciones psicológicas, expresadas como cambios en el estado de ánimo y manifestadas por irritabilidad, ansiedad y depresión afectan el 30-40 % de las mujeres.³

En las alteraciones gínitourinarias, la sintomatología es diversa. Suelen referirse: sequedad vaginal, dispareunia, tenesmo vesical, polaquiuria, disuria e incontinencia urinaria. Experimentalmente se identifica como causa de estas manifestaciones, la insuficiente estimulación de los receptores de estrógeno y progesterona de la uretra y el trigono vesical, además la participación de los plexos venosos submucosos que contribuyen a la función del cierre uretral y el tejido submucoso rico en colágeno, la atrofia que se produce en la mucosa vaginal, también influida por los estrógenos, por lo que puede afirmarse, la interrelación que existe entre el aparato genital, urinario y la actividad de las hormonas sexuales.³

Se disminuye el tono muscular del suelo pélvico y se acorta la uretra favoreciendo la aparición de la incontinencia urinaria, el síndrome uretral y el incremento de las infecciones urinarias. Todos esos síntomas afectan la calidad de vida de la mujer sobre todo en lo relacionado con la salud sexual, ya que pueden asociarse a disfunciones sexuales de origen orgánico.⁴

La presencia de prolapso uterino, la relajación vaginal con cistocele, rectocele y el empeoramiento de los desgarros perineales previos, así como las distrofias vulvares, son expresiones del proceso de envejecimiento y no consecuencias del déficit estrogénico y su frecuencia de aparición es variable. La evaluación y decisión quirúrgica de estas afecciones requiere del especialista un criterio técnico individual, a partir del examen físico y del grado de percepción de molestias que refiera la mujer.⁴

Por lo que se ha conocido durante la investigación en la literatura nacional e internacional se hace referencia a los temas relacionados con las disfunciones del suelo pélvico, donde se incluyen las incontinencias urinaria y fecal, los prolapsos, los dolores pélvicos crónicos, y otros trastornos de esta esfera⁵ y su influencia sobre la calidad de vida de las pacientes que lo refieren, pero la autora considera que están pobremente abordados, posiblemente por desconocimiento de los investigadores sobre el diagnóstico y las posibilidades de manejo terapéutico de estos problemas.

El objetivo del presente estudio fue caracterizar las mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria que realizan tratamiento con agentes físicos y ejercicios y la respuesta terapéutica.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva, prospectiva y de intervención para la que no se poseían antecedentes que permitieran realizar el cálculo del tamaño de la muestra y se incluyeron en ella a todas las mujeres en edades entre 40 y 59 años que acudieron con el diagnóstico de incontinencia urinaria a la consulta de Suelo pélvico del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, remitidas de la consulta de Urología, en el periodo comprendido desde el 3 de enero de 2007 hasta el 30 de diciembre de 2012.

Se confeccionó la historia clínica especializada por una médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación especializada y dedicada al manejo de ese trastorno, que recogía datos como la edad, la historia de la enfermedad actual, los factores de riesgo, el examen físico del suelo pélvico, los complementarios y sus resultados, el diagnóstico, el tratamiento realizado así como las pruebas funcionales y sus resultados. Dentro del examen físico se realizó el *test* muscular clínico según la escala de Oxford modificada,⁵ de acuerdo a la siguiente escala:

- 0: Ausencia de contracción (ausencia de cualquier aumento de tono muscular).
- 1: Leve (indicios de contracción; no existe desplazamiento muscular, pero sí aumento del tono).
- 2: Débil (contracción percibida con desplazamiento muscular, pero sostenida menos de 5 s sin resistencia).
- 3: Moderada (contracción sostenida más de 5 s sin resistencia).
- 4: Buena (contracción de 5 s, con resistencia, repetida 5 veces).
- 5: Intensa (contracción de más de 5 s, con resistencia, repetida más de 5 veces).

Se realizó además la Prueba de la compresa de 1 h⁶ que incluía:

Orinar e ingerir inmediatamente 500 mL de agua.

Subir y bajar escaleras de un piso durante 15 min.

Caminar durante 30 min.

Otras actividades en los últimos 15 min (sentarse y levantarse 10 veces, toser fuerte 10 veces, recoger objetos del suelo, lavarse las manos 1 min).

Evaluación de la prueba

Se mide el peso de la compresa al inicio y al final de la prueba, la valoración se realiza por la siguiente escala:

Menos de 2 g: negativa.

2-10 g: moderada.

10-50 g: grave o severa.

Más de 50 g: muy grave.

Las pacientes con test muscular con nota 3 o menos y prueba de la compresa de 1 h con pérdida de cualquier cantidad de orina fueron tributarias de tratamiento rehabilitador, que consistió en magnetoterapia local o regional 50 Hz 50 % con inductores ubicados en la región pelviperineal durante 15 min, electroterapia estimulativa de la musculatura perineal (corriente TENS con frecuencia mínima de 3 Hz y máxima de 75 Hz), con programas prediseñados para incontinencia de esfuerzo, de urgencia y mixta. Las pacientes transitaron por todos ellos de acuerdo con su diagnóstico y en la medida de su mejoría clínica. El tiempo de tratamiento varió según el programa específico (entre 5 y 20 min). La intensidad para la aplicación de la electroterapia de baja frecuencia dependió de la tolerancia de la paciente, situándolo en un nivel de máxima tolerancia sin sensaciones desagradables o dolorosas. Se utilizaron electrodos de superficie en región perineal y/o electrodos intracavitarios, en dependencia del objetivo a lograr en cada paciente. Estos programas se encontraban en el equipo de electroterapia clásico B de la firma comercial TECE S.A. Se utilizaron ejercicios de suelo pélvico, conocidos internacionalmente como ejercicios de Kegel, solos o en combinación con la fisioterapia.

Los tratamientos se programaron por ciclos de 10 sesiones luego de los cuales las pacientes eran reevaluadas por la misma especialista de Rehabilitación, que realizó las nuevas indicaciones, el test muscular y de la compresa de 1 h se realizaron con periodicidad mensual.

La paciente terminaba el ciclo de tratamiento cuando el test muscular es mayor o igual a 3 y la prueba de la compresa es negativa o mejor que al inicio.

Criterios de inclusión

Pacientes femeninas en edades comprendidas entre los 40 y 59 años y afectadas por incontinencia urinaria.

Test muscular menor que 3.

Incontinencia de magnitud evidenciada por el Test de la compresa de una hora con cualquier cantidad de pérdida de orina.

Pacientes que realizaron tratamiento rehabilitador y las pruebas funcionales evolutivas.

Criterios de exclusión

Otras enfermedades que cursaban con incontinencia de orina que no debían recibir tratamiento rehabilitador, como los procesos oncoproliferativos y las incontinencias por lesión neurológica aguda en proceso evolutivo.

No cooperación de la paciente, por trastorno de conducta, psicológico o temor al uso de electroterapia en la región perineal.

Otras enfermedades descompensadas que contraindicaban el uso de agentes físicos terapéuticos, como las cardiopatías, la diabetes mellitus, sepsis de la zona o general.

Criterio de abandono

No concluir al menos un ciclo de 10 sesiones de tratamiento.

Criterios de curación

Curadas: pacientes continentales, con prueba de la compresa inferior a 2 g de pérdida en 1 h, test muscular con nota 3 o más.

Mejor: paciente con disminución de la magnitud de las pérdidas medida por prueba de la compresa de 1 h y test muscular superior al que tenía al inicio del tratamiento.

Igual: paciente que mantuvo pérdidas de orina de igual magnitud que al inicio del tratamiento evidenciado por prueba de la compresa y test muscular con igual nota muscular.

Consideraciones éticas

Esta investigación fue aprobada por el Comité Científico y la Comisión de Ética del CIMEQ. Se confeccionó un modelo de consentimiento informado donde se explicó a la paciente el procedimiento a seguir y se hizo hincapié en la ética, el respeto, la privacidad, confidencialidad y profesionalidad del equipo de trabajo que realizó las acciones terapéuticas. Tanto el área de consulta como la de tratamiento tuvieron el confort y la privacidad requeridos para la evaluación y el tratamiento de las pacientes.

La información fue tomada de las historias clínicas de las pacientes, introducida en una base de datos en formato Excel, procesada en el sistema estadístico SPSS 13.0. Se realizó un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se calcularon los promedios y la desviación estándar. Como medida de comparación se utilizaron los test de significación estadística de Fisher, test de Wilcoxon. Las pruebas se realizaron a un nivel de significación de 0,05.

Los resultados se resumieron en tablas y figuras para su mejor comprensión.

RESULTADOS

Fueron atendidos en consulta especializada de suelo pélvico un total de 168 pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de todas las edades y ambos sexos en el período de enero 2007 a diciembre de 2012. De ellos, 79 correspondieron a mujeres en edad mediana, lo que representó el 47 % del total de los pacientes atendidos. La edad promedio fue de 49,7 años con una desviación estándar de 5,4 años. Los grupos de edades se distribuyeron en 40-44 años (18,9 %), 45-49 (31,6 %), 50-54 (24 %) y 55-59 (25,3 %).

Estudios con similares características a este, donde se evaluaron pacientes en edad mediana de la vida, con incontinencia urinaria que acudieron a consulta especializada de suelo pélvico no se encontró en la literatura consultada. Llamó la atención que en esta serie el 47 % de los pacientes atendidos, independientemente de la edad y sexo, correspondieron al grupo de estudio, por lo que se pudo concluir que en esta consulta se evaluaron y trataron con frecuencia mujeres en estas

edades. En Cuba, donde hay preocupación y ocupación del personal de la salud y funcionan consultas especializadas en climaterio y menopausia, pudiera ser la razón por la que un número importante de mujeres, acuden por ayuda especializada y se abordan estos temas poco estudiados y evidenciados en general. Debemos destacar que la mujer cubana en esta etapa, se encuentra en plenitud de desarrollo integral sociolaboral y con supuesta estabilidad familiar, se ve limitada en su desempeño social y en su rol de género, por lo que significa para su autoestima, la afectación biológica y funcional que padece. Añadir a esto que fue y es un tema tabú poco abordado por, incluso, los profesionales de la salud, con poco conocimiento y desinterés para abordar el problema, considerado por tradición y no por hecho real como una condición normal de la mujer en esta etapa de la vida.

Según algunos autores consultados, las disfunciones de suelo pélvico y en especial la incontinencia urinaria, es un problema frecuente, que afecta de forma notoria la calidad de vida de al menos de un tercio de las mujeres adultas, con una gran repercusión sanitaria, social y económica. Hay escasez de datos epidemiológicos en relación con la incidencia, la prevalencia y los factores de riesgo específicos. Desde el punto de vista de la atención que reciben las pacientes, los trastornos del suelo pélvico se conciben como de baja prioridad en relación con otros problemas de salud, simplemente porque no son una amenaza para la vida, y los tratamientos que se aplican tienen resultados limitados, en parte debido a una visión sesgada del especialista a quien consulta la mujer.⁷

En un estudio realizado en Brasil se encontró prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres pre y posmenopáusicas con índices que varían de 46-64 % asociado a modificaciones de la estática pélvica producido por cambios hormonales durante la menopausia. El hipoestrogenismo en la posmenopausia predispone a la mujer a incontinencia urinaria y contribuye con síntomas urinarios como aumento de la frecuencia, urgencia y disuria.⁸

Un estudio observacional, transversal y descriptivo, en las 16 delegaciones políticas del Distrito Federal en México donde se empleó el cuestionario de la consulta internacional de la incontinencia urinaria en su forma corta (ICIQ-IU-SF) para estimar la prevalencia, reportó una prevalencia promedio de 46,5 %. La incidencia es de 30,2 % en el grupo de 20-29 años; después aumenta y muestra una meseta de 54 % y 57,8 % entre la población de 40-49 y 50-59 años.⁹ En este estudio se encontró una prevalencia del 47 %, similar a lo reportado por los investigadores mexicanos, y coincidió también con el rango de edades más frecuentes: el 50 % entre 40-49 años y el otro 50 % entre 50-59 años.

Otro estudio epidemiológico realizado en Venezuela comunicó una edad promedio en mujeres de $47,72 \pm 11,88$ años. El grupo mayor de 40 % entre 41 a 50 años.¹⁰ El promedio de edad de las mujeres en nuestra casuística fue ligeramente superior ($49,7 \pm 5,4$ años) y se distribuyeron por igual en 41-50 y 51-60 años.

La Fig. 1 muestra la distribución de las pacientes según el diagnóstico, se observa que el 40 % de las mujeres presentó incontinencia urinaria asociada a otra disfunción del suelo pélvico (incontinencia fecal, dolor pélvico crónico, prolapso, periné descendido, entre otros,) seguida de incontinencia de esfuerzo (25 %) y mixta (24 %). Estos resultados fueron precisos porque la paciente en esta consulta se evaluó integralmente y durante el interrogatorio y examen físico se conocieron otras disfunciones que la paciente portaba y que no fue el principal problema de remisión o asistencia a consulta.

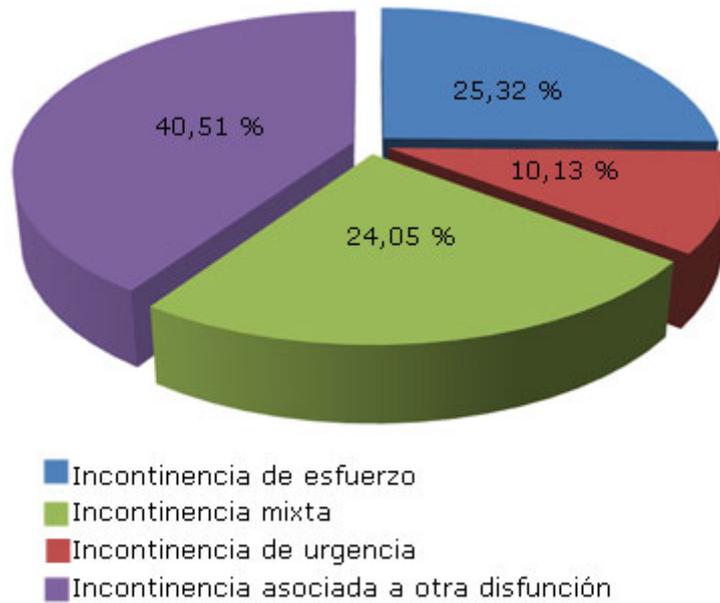


Fig. 1. Distribución de las pacientes según diagnóstico.

Estos resultados coincidieron con lo reportado por la autora en otro estudio anterior, realizado en el total de los pacientes con incontinencia urinaria que acudieron a la consulta especializada del CIMEQ, independientemente de la edad y sexo, se demostró que existe una mayor prevalencia en el sexo femenino en edades relativamente tempranas de la vida (promedio de edad de 53,9 años). Las mujeres presentaron todos los tipos descritos de incontinencia, predominó la asociada a otras patologías de suelo pélvico, seguida de la incontinencia mixta, lo que constituye un comportamiento diferente a lo reportado en otros estudios donde la incontinencia de esfuerzo y de urgencia son las más frecuentes en este sexo.¹¹

Difiere también de un estudio realizado en Madrid , donde se reportó una prevalencia de incontinencia urinaria del 15,4 % (un 2,6 % de esfuerzo, un 10,6 % de urgencia y un 2,1 % mixta)¹² y de los resultados de otro estudio realizado en Cali, Colombia, donde se reporta que la mayoría de las pacientes tuvieron incontinencia por estrés (49 pacientes 49 %), la incontinencia de urgencia se presentó en 25 pacientes (25 %) y 26 pacientes (26 %) presentaron incontinencia mixta.¹³ Otro estudio en Costa Rica, reporta incontinencia urinaria de esfuerzo en 49 %, de urgencia 22 %, y mixta 29 %, ¹⁴ coincide con reportes internacionales y discrepando de los obtenidos en esta investigación.

La Fig. 2 muestra la distribución de las pacientes según frecuencia de la incontinencia. En este estudio prevalecieron las mujeres que tenían al menos un escape de orina al día (53,2 %) seguidas de las que tenían escapes de orina pocas veces a la semana (32,9 %).

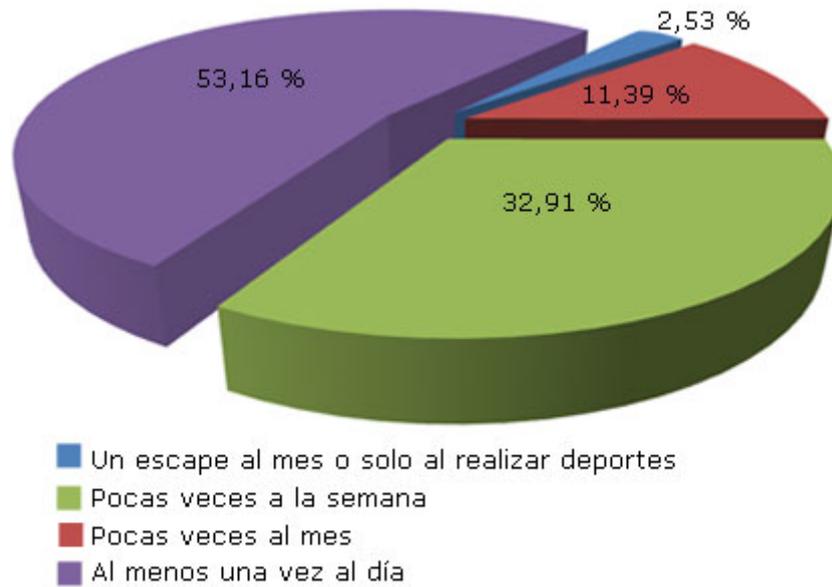


Fig. 2. Evolución de los pacientes según frecuencia de incontinencia.

Estos resultados difieren de otros estudios realizados que reportan que la incontinencia urinaria de grado leve es la que justifica las altas tasas de prevalencia, estas mujeres tendrían una frecuencia de escapes de una vez al mes o menos, y/o la pérdida de muy escasa cantidad. Es interesante observar que esta variabilidad en la cifras de prevalencia se reduce entre los distintos estudios cuando se investiga la prevalencia de incontinencia urinaria diaria en la población general. En estos estudios las cifras oscilan entre el 4 y el 7 % en mujeres de menos de 60 años y entre un 4 y un 14 % en las mayores de 65 años. Otro estudio realizado en población general estima que aproximadamente el 50 % de mujeres sufren de incontinencia urinaria ocasional, un 10 % sufre incontinencia urinaria frecuente y un 20 % de las mujeres entre 70 y 75 años padecen incontinencia urinaria diaria. En otro estudio se concluye que alrededor del 18 % de las mujeres jóvenes (19 a 44 años de edad) y del 28 % de las mujeres mayores de 65 años de edad experimentan incontinencia urinaria diariamente, mientras que el 30 % de las mujeres mayores de 65 años y el 27 % de las mujeres de mediana edad reportan incontinencia urinaria severa. La severidad de la incontinencia influye en la calidad de vida y en las decisiones de tratamiento.^{7,15,16}

La autora coincide con otros autores en que la severidad de la incontinencia influye en las decisiones de tratamiento, ya que en estas mujeres el 53,2 % tenía al menos un escape de orina al día y que esta condición deteriora la calidad de vida, dado por las relaciones personales, de pareja, familiares y sociolaborales con toma de decisiones en ocasiones de abandono de su rol social, para confinarse al hogar donde le esperan un gran grupo de responsabilidades propias de su rol de género a las que tiene que enfrentarse cotidianamente, desatendiendo su problema de salud, lo que limita aún más su autoestima y su enfrentamiento a su problema de salud. Felizmente las mujeres participantes en este estudio, decidieron acudir a consulta para resolver esta situación compleja por la que estaban atravesando.

La Fig. 3 muestra la distribución de las pacientes según historia ginecobstétrica. De las 79 mujeres en estudio, 77 (97,4 %) tenían antecedentes de embarazos, con un rango de 1 a 11 embarazos y un promedio de 3,6 embarazos por mujer. Solo 2 mujeres no tuvieron embarazos; 71 (89,8 %) realizaron partos vaginales, con un rango de 1 a 5 partos por mujer y un promedio de 1,8 partos por mujer. A 9 se les practicó cesárea (11,3 %), 5 como único modo de obtener el producto de la

concepción y 4 que además tuvieron otros partos vaginales en otro momento de la vida. El 18,9 % necesitó el uso de fórceps o ventosas, 32,9 % tuvo un parto demorado y al 73,4 % se le realizó episiotomía. Refirieron episodios transitorios de incontinencia urinaria durante los embarazos y partos, 6 pacientes. A 24 pacientes les fue practicada histerectomía (30,3 %).

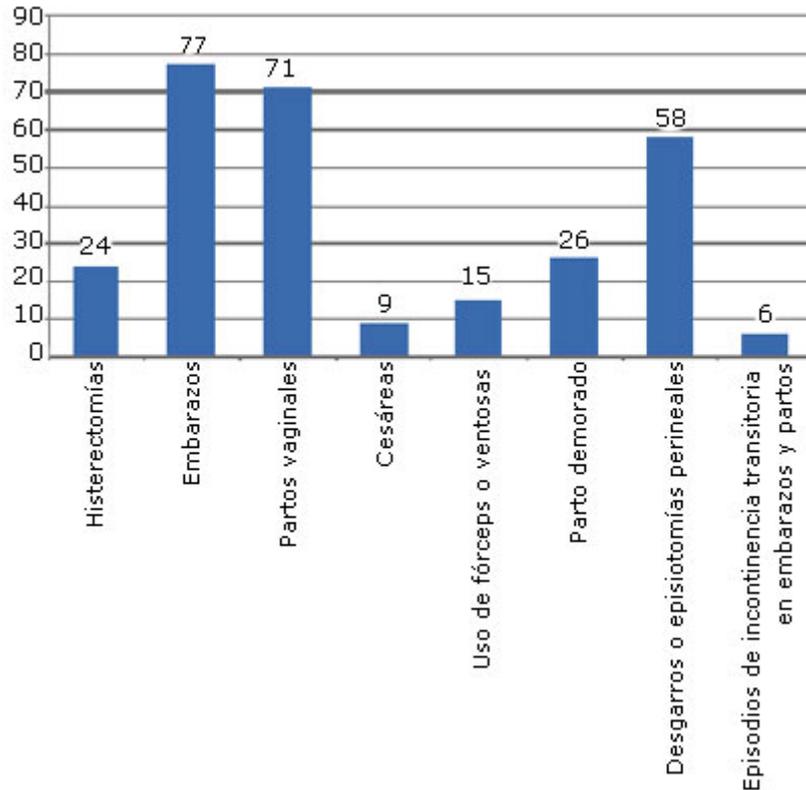


Fig. 3. Distribución de las pacientes según historia ginecobstétrica.

Se realizó un estudio similar en pacientes que se encontraban en terapia de piso pélvico en Cali donde se encontró la cirugía pélvica (principalmente histerectomía abdominal) como más frecuente en 58 pacientes (58 %), 9 pacientes (9 %) nulíparas, 17 pacientes (17 %) primíparas y 74 pacientes (74 %) multíparas; con una mediana de 3 embarazos (rango 0 - 18), una mediana de 2 partos (Rango 0 - 11), un promedio de $0,23 \pm 0,56$ cesáreas y un promedio de $0,5 \pm 1,1$ abortos. Se realizó episiotomía en 70 pacientes (70 %) y se presentó desgarro perineal en 5 pacientes (5 %).¹³

En una revisión de la literatura, se halló que el parto se asocia a una variedad de lesiones musculares y neuromusculares del piso pélvico que se relacionan con el desarrollo de incontinencia anal y urinaria, así como con prolapso de órganos pélvicos. En este contexto, la operación cesárea tiene un efecto protector, aunque no demostrado por completo. Estos hallazgos han estimulado el estudio del impacto de la rehabilitación del piso pélvico con buenos resultados.¹⁷

El 36-58 % de las mujeres (hasta el 85 % en el caso de primíparas) presenta incontinencia urinaria durante el embarazo¹⁸ y el 20 % en el posparto,¹⁹⁻²² lo que difiere de nuestro estudio donde los resultados indicaron que solo el 7,5 % (6 pacientes) presentaron episodios de incontinencia durante embarazo y post parto.

La Fig. 4 muestra la evolución de las pacientes que se realizó a través de test muscular según la escala de Oxford modificada,⁵ prueba funcional internacionalmente utilizada para evaluar la musculatura de suelo pélvico, y que siempre es realizada por la misma investigadora para evitar el sesgo que puede representar el componente subjetivo de esta, que nos permitió evaluar a las pacientes al inicio del tratamiento y al final. Esta evaluación se pudo realizar a 43 pacientes que acudieron a la consulta de reevaluación final, ya que el resto de las pacientes no acudió por encontrarse mejor, según sus criterios, por no acudir solo para dar conclusiones a una consulta que se encuentra en un hospital alejado del centro de la ciudad y por problemas personales. Llamó la atención que los hombres, a diferencia de las mujeres, fueron más disciplinados en las evaluaciones y la asistencia a consulta y tratamiento.

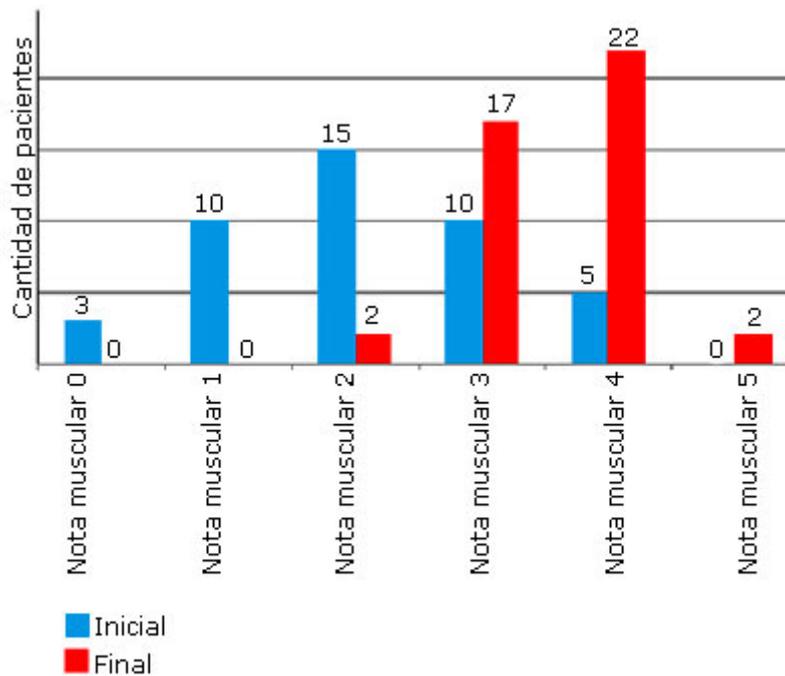


Fig. 4. Evolución de las pacientes según test muscular (evaluadas).

Los resultados demuestran que existió una mejoría estadísticamente significativa en las pacientes reevaluadas ($p = 000$).

Este resultado pudo haberse logrado porque la estimulación eléctrica genera cambios histológicos musculares, dados por un aumento de las fibras rápidas y disminución de las fibras lentas con frecuencias $> 20\text{Hz}$ con mejoría de la incontinencia urinaria de esfuerzo, así como se disminuye la frecuencia urinaria y mejora además los síntomas de urgencia,²³ unido al hecho de que al ejercitar los músculos del suelo pélvico, el efecto final será incrementar el número de fibras, la excitación y el aumento en la masa muscular. Finalmente el éxito del trabajo se basa en la conciencia que las mujeres tengan de su periné y la motivación para mejorar.²

La Fig. 5 muestra la evolución de las pacientes según test de la compresa. Este es el único test cuantitativo de valoración de la incontinencia. Mide la diferencia entre el peso de la compresa antes y después de su uso por la paciente. Existen test cortos, homologados por la *Internacional Continence Society*, y largos de 24-48 h de duración. En este estudio se utilizó el test de la compresa de 1 h,⁶ elegido por el equipo de investigación, debido a ser fácil de realizar por el paciente, es

supervisado por el terapeuta, necesita pocos recursos materiales para su realización, puede ser reproducible para mediciones posteriores en igualdad de condiciones para el paciente.

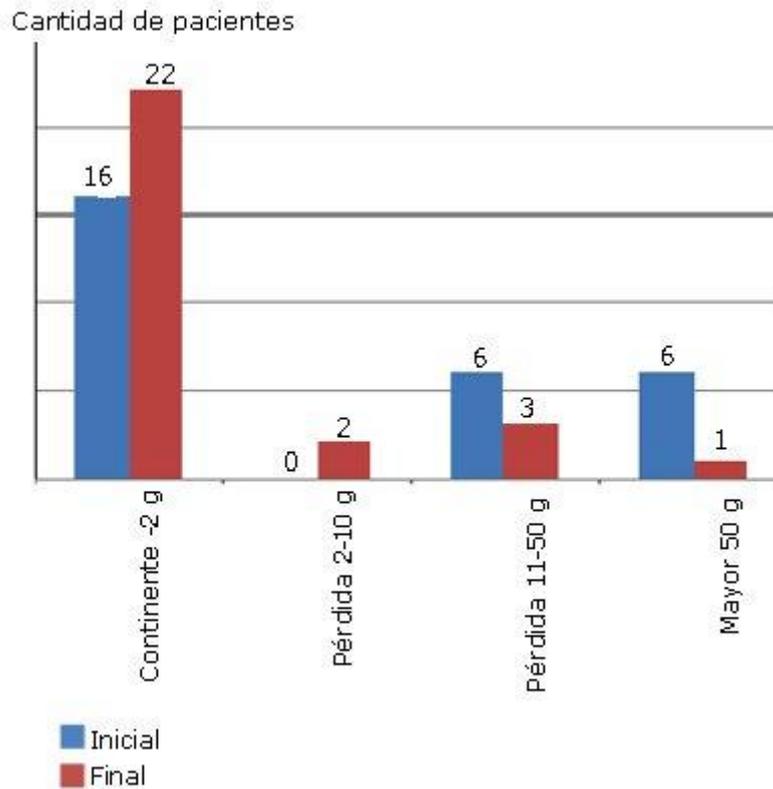


Fig. 5. Evolución de las pacientes según test de la compresa.

En el inicio de la consulta no se contaba con una pesa que realizara las mediciones en g para poder realizar el estudio según el formato estandarizado internacionalmente, por lo que no se pudo realizar este estudio hasta 3 años después de comenzada la investigación. Esta es la razón por la que solo 28 pacientes pudieron ser evaluadas al inicio y final del tratamiento. Vale señalar que la evolución fue muy favorable, con una significación estadística de $p = 0,002$.

Por todo lo anterior se pudieron evaluar según los criterios de inclusión y exclusión a un total de 28 pacientes, a los que se les realizó test muscular y test de la compresa. Como dato interesante de las evaluadas puede señalarse que todas tuvieron embarazos, con un promedio de 3,5 embarazos y un rango de 1 a 8 embarazos por mujer; todas realizaron partos vaginales, con un promedio de 1,8 partos por mujer y un rango de 1 a 4 partos por mujer. A ninguna se le practicó cesárea, el 21,4 % necesitó el uso de fórceps o ventosas, 35,7 % presentó parto demorado y al 82,1 % se le realizó episiotomía. Refirieron episodios de incontinencia urinaria transitoria en embarazos y partos, 3 pacientes, todo lo cual evidencia que lo referido en la literatura consultada sobre estos factores de riesgo como productores-mantenedores de incontinencia urinaria, están presentes en estas pacientes.

La Fig. 6 muestra la evolución de las pacientes según el tipo de incontinencia al finalizar el tratamiento rehabilitador. Es importante señalar que todas las pacientes tuvieron una respuesta al tratamiento muy favorable, con 22 curadas (78,5 %) y 6 pacientes mejor (21,5 %). Ninguna paciente se mantuvo igual ni empeoró.

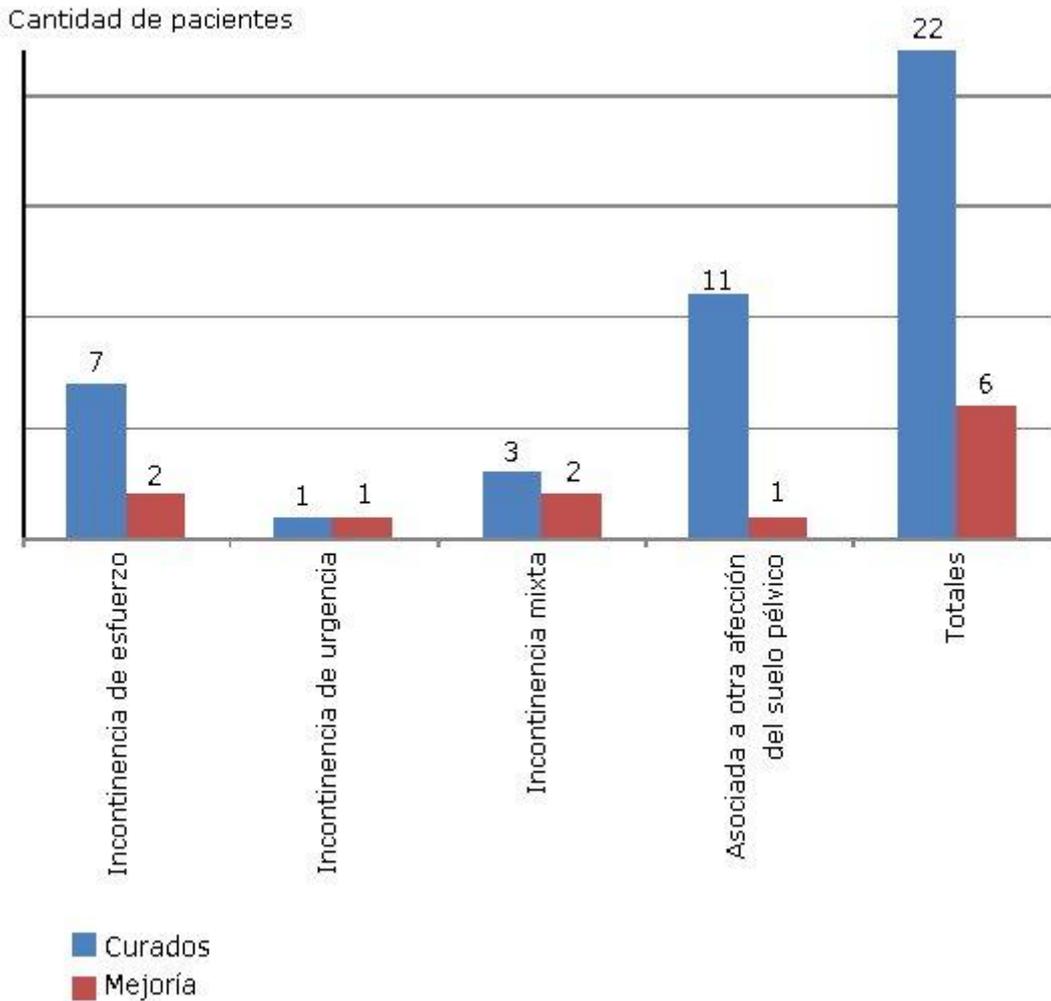


Fig. 6. Evolución de las pacientes según tipo de incontinencia.

DISCUSIÓN

Dos metanálisis: el de *Neumann* y otros reporta tasa de curación 73 %, así como mejoría clínica en 97 % de las pacientes con terapia física sola o adicionando Biofeedback, estimulación eléctrica o conos vaginales, se encontró que no hay diferencias estadísticamente significativas al aplicar estos elementos a un programa de fisioterapia del piso pélvico bien estructurado²⁵ y el de *Dumoulin* refiere que hay evidencia que demuestra que la terapia de piso pélvico *versus* placebo presenta mejoría clínica principalmente en pacientes jóvenes (40-50 años) en incontinencia urinaria de estrés con un programa supervisado y al menos 3 meses de tratamiento.²⁶

Este último coincide con los resultados mostrados en nuestro estudio en relación con que un programa de terapia de piso pélvico supervisada y realizada por al menos 3 meses, puede ser útil en la mejoría-curación de la incontinencia urinaria , y difiere por el hecho que en nuestras pacientes predominó la incontinencia asociada a otras patologías del piso pélvico.

Para otros investigadores el principal objetivo del tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico radica en la restauración de una anatomía funcional y en el mantenimiento de la continencia y función sexual, sin olvidar que la satisfacción de las pacientes se relaciona más con el alivio de los síntomas que con la reparación anatómica. En una reciente y exhaustiva revisión solo se identificaron 24 estudios cuyo objetivo estaba dirigido al manejo integral de las disfunciones del suelo pélvico. El primer abordaje terapéutico de las disfunciones del suelo pélvico suele ser el tratamiento conservador, que debe incluir de forma imprescindible medidas educacionales, consejos para mejorar la continencia, revisión de la dieta y de la ingesta de líquidos, tratamiento farmacológico, cinesiterapia, Biofeedback y electroestimulación neuromuscular, efectivos en muchas mujeres, aunque la mejoría en la incontinencia es más frecuente que su remisión total,^{7,27} lo que difiere de estos resultados donde prevalecieron las pacientes curadas y se coincide con los autores en que una terapia integral conservadora pudiera ser la clave para la mejoría curación de estas pacientes.

Como parte del tratamiento integral propuesto por este servicio se utilizan los ejercicios de la musculatura del piso pélvico, descritos por *Arnold Kegel*.²⁸

En 4 ensayos clínicos controlados debidamente realizados se compararon ejercicios del piso pélvico contra ningún tratamiento en 422 mujeres (211 con tratamiento) con incontinencia urinaria de esfuerzo y se consideraron estudios de buena calidad. El número de contracciones variaron de 8-12, tres veces al día, hasta 20 contracciones, cuatro veces al día. La duración del tratamiento fue de 3 meses en la mayoría de los estudios. La curación subjetiva, éxito, curación objetiva y disminución de la pérdida fueron significativos en todos los estudios para el grupo que realizó ejercicios del piso pélvico. (Nivel de evidencia II a, Grado de recomendación B). Para otro autor, el entrenamiento muscular del suelo pélvico es la primera opción de tratamiento para pacientes femeninas con incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia y mixta.²⁹

La curación subjetiva a corto plazo para incontinencia de esfuerzo es de aproximadamente 21 % y la mejoría de 69 % (55-85 %), aunque si los ejercicios se realizan con supervisión directa y un programa establecido, los índices de mejoría y curación son mucho mejores. (Nivel de evidencia II a, Grado de recomendación B), de esta última manera es como se realizan en este servicio,³⁰ donde se enseña a la paciente la reeducación muscular, primero digitalmente para que la paciente aprenda a contraer adecuadamente la musculatura sin utilizar otros músculos. Posteriormente, se le indica realizar contracciones rápidas (contraer y relajar para fortalecer las fibras de acción rápida) y contracciones lentas (contraer contar hasta 10, relajar contar hasta 20, para fortalecer las fibras musculares lentas), comenzando por 10 repeticiones de cada una 1 vez al día durante 1 semana, aumentando progresivamente la cantidad de contracciones por semana, que se refuerzan durante la realización del tratamiento con la electroterapia superficial y/o intracavitaria. Se utilizan para todos los tipos de incontinencia urinaria, ya que la base común es la debilidad muscular, y se indican para realizar diariamente en el hogar, aún después de concluido el tratamiento en nuestro servicio. Con esto se logra que el fortalecimiento muscular que se obtenga durante el tratamiento se mantenga evolutivamente en el tiempo, ya que estamos reeducando una musculatura estriada que si no mantiene el entrenamiento logrado, se debilita y la sintomatología puede volver a aparecer, no por fracaso del tratamiento sino por no mantener el entrenamiento muscular, que es muy fácil de realizar.

Las limitaciones de esta investigación están dadas por la cantidad de pacientes, aún insuficiente, la imposibilidad real de realización de estudios evolutivos al total de las pacientes tratadas por limitaciones de recursos materiales al inicio de la

investigación y otras causas ajenas al equipo de investigación, entre las que se encuentran la no asistencia de la paciente a la consulta de reevaluación final por considerarse mejor según sus criterios, por no acudir solo para dar conclusiones a una consulta que se encuentra en un hospital alejado del centro de la ciudad y por problemas personales.

A pesar de ello es un estudio útil, que ha permitido conocer la situación de esta problemática de salud en la población, de la cual no se tienen estudios anteriores y la posibilidad de manejo terapéutico y de una solución sanitaria al problema en Cuba.

En la consulta de disfunciones del suelo pélvico del CIMEQ es mayoritaria la demanda de atención por incontinencia urinaria y en particular por mujeres de edad mediana. El mayor grupo de las mujeres de edad mediana con incontinencia la presentan asociadas a otras disfunciones del suelo pélvico y en menor grado, en magnitud similar, las de esfuerzo y las mixtas; más de la mitad de ellas presentan al menos un escape al día y otra tercera parte al menos una vez a la semana. Los antecedentes obstétricos fuertemente comunes en estas mujeres con incontinencia urinaria son, el embarazo, el parto y las episiotomías, con mayor incidencia en las pacientes tratadas y evaluadas. Los resultados del tratamiento fueron muy satisfactorios por la evolución clínica y más objetivamente por la magnitud de disminución de los escapes e integralmente la mayoría curó y absolutamente todos mejoraron.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sarduy Nápoles M, Lugones Botell M (eds.) II Consenso cubano sobre climaterio y menopausia. La Habana: Edit. CIMEQ; 2007. p 16.
2. Artilles L, Manzano BR, Alfonso J, Ortega L. Determinación de la raza en el síndrome climatérico ¿Bases culturales o biológicas? En: Artilles L, Navarro D, Manzano B. Climaterio y menopausia. Un enfoque desde lo social. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007. p. 67-86.
3. Manzano BR, Ulloa V. Aspectos ginecológicos prevalentes en el climaterio. En: Artilles L, Navarro D, Manzano B. Climaterio y menopausia, Un enfoque desde lo social. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007. p. 216-22.
4. Thuroff JW, Abrams P, Anderson KE, Artibanil W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. Actas urológicas españolas. 2011;35:373-88.
5. Hagen S, Stara D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev. 2011;7:12. CDOO3882.
6. Rioja Toro J, González Rebollo A, Estévez Poy P. Pruebas de Evaluación en la Incontinencia Urinaria Femenina. Rehabilitación. Rev Soc Esp Rehab Med Fis. 2005;39:358-71.
7. Lacima G, Espuña M. Progresos en Gastroenterología. Patología del suelo pélvico. Gastroenterol Hepatol. 2008;31(9):587-95.
8. Higa R, Baena de Moraes M, Reis M. Factores de riesgo para incontinencia urinaria en la mujer Rev. esc. enferm. USP. 2008;42:1.

9. Velázquez-Magaña M. Incontinencia urinaria en mujeres An Med (Mex). 2007;52(1):14-21.
10. Obregón L, Saunero A. Disfunción del piso pélvico: epidemiología Rev Obstet Ginecol Venez. 2009;69:3.
11. Martínez Torres JC, Rodríguez Adams EM, Díaz Acosta D, Abreu Pérez Y, García Delgado JA, Pérez Coronel P. Evaluación del efecto de la magnetoterapia, la electroterapia y los ejercicios del suelo pélvico como tratamiento rehabilitador en la incontinencia urinaria. Rev haban cienc méd. 2009;8(1).
12. Nieto Blanco E, Camacho Pérez J, Dávila Álvarez V, Ledo García MP, Moriano Bejar P, Pérez Lorente M, et al. Epidemiología e impacto de la incontinencia urinaria en mujeres de 40 a 65 años de edad en un área sanitaria de Madrid. Aten Primaria. 2003;32(7):410-4.
13. Rodas M, García HA. Una aproximación a la terapia de piso pélvico en el manejo de la incontinencia urinaria femenina en la ciudad de Cali. Urol colomb. 2010;19(3):49-58.
14. Murillo Morales M. Incontinencia urinaria femenina. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2012;602:225-230.
15. Robledo M. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Máster. 2010;2(1):273-88.
16. Shamliyan TA, Kane RL, Wyman J, Wilt TJ. Systematic Review: Randomized, Controlled Trials of Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Women. Ann Intern Med; 2008.
17. Pérez-Martínez C, Vargas-Díaz IB. Utilidad de la perineometría para evaluar la incontinencia urinaria de esfuerzo. Rev Mex Urol. 2010;70(1):2-5.
18. Leroy L, Baena de Moraes M. Urinary incontinence in the puerperium and its impact on the health-related quality of life. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012;(20):2.
19. Ruiz de Viñaspre Hernández R, Tomás Aznar C. Incontinencia urinaria en gestación: prevalencia y factores asociados. Metas Enferm. 2010;13(10):66-72.
20. Serati M, Salvatore S, Khullar V, Uccella S, Bertelli E, Ghezzi F et al. Prospective study to assess risk factors for pelvic floor dysfunction after delivery. Acta Obstet Gynecol. 2008;87:313-8.
21. Thom DH, Rortveit G. Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. Acta Obstet Gynecol. 2010;89:1511-22.
22. Solans-Domènech M, Sánchez E, Espuña-Pons M. Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum. Obstet Gynecol. 2010;115(3):618-28.
23. Pena JM, Rodríguez AJ, Villodres A, Mármol S, Lozano JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. Actas Urol Esp. 2008;31(7):719-31.
24. Schröder A. Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology; 2010.

25. Neumann P, Grimmer K, Deenadayalan Y. Pelvic floor muscle training and adjunctive therapies for the treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review. *BMC Women's Health*. 2006;6: 11-38.
26. Hay-Smith EJC, Dumoulin C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD005654. DOI: 10.1002/14651858.CD005654
27. Schmidt A, Sanches P, Silva D, Ramos J, Nohama P. A new pelvic muscle trainer for the treatment of urinary incontinence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2009;105:21822.
28. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol*. 1948;56:238-48.
29. Hay Smith J, Herderschee R, Dumoulin C, Hrebison P. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women: an abridged Cochrane systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2012;48(4):689-705.
30. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia Diagnóstico y manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo *Ginecol Obstet Mex*. 2009;77(10):277-329.

*Síntesis de la tesis presentada en opción al título académico de Máster en Investigaciones en Climaterio y Menopausia. Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo". Tutor: Dr. José Ángel García Delgado. MSc. Asesor: Dr. Miguel Sarduy Nápoles. Dr. C.

Recibido: 15 de septiembre de 2013.
Aprobado: 30 de septiembre de 2013.

Jacqueline del Carmen Martínez Torres. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Calle 216 y 11 B. Reparto Siboney, Playa. La Habana, Cuba. Correo electrónico: jacquemar@infomed.sld.cu