

## Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria\*

### Non obstetric risk factors and quality of life in middle-aged women suffering from urinary incontinence

Lic. Elsa María Rodríguez Adams

Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** durante la edad mediana, se producen cambios fisiológicos naturales del climaterio. Se refieren síntomas diversos, dentro de estos, alteraciones génitourinarias como la incontinencia urinaria, asociada a diversos factores de riesgo con repercusión importante en la calidad de vida.

**Objetivos:** identificar factores de riesgo no obstétricos relacionados con la incontinencia urinaria y determinar las esferas de la calidad de vida que se afectan en estas mujeres.

**Métodos:** investigación descriptiva, prospectiva y de intervención incluyendo mujeres entre 40 y 59 años con diagnóstico de incontinencia urinaria que acudieron a consulta de Suelo pélvico del Centro de Investigaciones Médico quirúrgicas (CIMEQ), período 2007- 2012.

**Resultados:** de 168 pacientes evaluados en consulta, 79 fueron mujeres en edad mediana (47 %), con edad de  $49,6 \pm 5,5$  años. Los factores más identificados fueron la ingestión de café (62 %), el hábito de ingerir abundante líquido durante el día (55,7 %) y el estreñimiento (41,8 %).

**Conclusiones:** mayoritaria tendencia en la afectación de la calidad de vida global hacia puntajes bajos, lo cual demuestra el impacto del trastorno en esta esfera con expresión mayor en las dimensiones psicológicas y físicas. En las incontinencias urinarias (IU) de esfuerzo, urgencia y en la mixta, el componente físico y psíquico es el más importante, mientras que en la IU permanente es el componente psicológico y social. Los resultados evolutivos de las valoraciones del cuestionario de calidad de vida en 15 pacientes evidenciaron mejoría significativa global y en sus diversas dimensiones ( $p = 0,000$ ) demostrando el valor de la rehabilitación y la sensibilidad del instrumento para evidenciar la eficacia del tratamiento.

**Palabras clave:** calidad de vida, rehabilitación del suelo pélvico, incontinencia urinaria, factores no obstétricos.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** during middle age, the biological status of women tends to be more labile due to the menopause natural physiological changes. Women report different symptoms, such as genitourinary abnormalities including, urinary incontinence associated with various risk factors which are important impact in their quality of life.

**Objectives:** to identify some non-obstetric factors that may be related to urinary incontinence and to determine the quality of life and influence of rehabilitation.

**Methods:** a descriptive, prospective and intervention research was performed including all women between 40 and 59 years who were diagnosed with urinary incontinence in pelvic floor consultation at CIMEQ hospital from 2007 to 2012.

**Results:** out of 168 patients evaluated in consultation, 79 were climacteric-aged female (47 %), (49.6 ± 5.5 years). The identified non-obstetric factors were: coffee (62 %), or plenty of fluids intake during the day (55.7 %), and constipation (41.8 %).

**Conclusions:** the physical and mental component is the most important concerning stress, urge, and mixed UTI; while the psychosocial component is the permanent IU. Evolutionary results of the assessments related to quality of life showed significant improvement and overall dimensions ( $p = 0.000$ ) indicating the value of rehabilitation and the instrument sensitivity to determine the treatment effectiveness.

**Keywords:** quality of life, rehabilitation therapy of pelvic floor, urinary incontinence, no obstetric factors.

---

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la definición adoptada por la OMS/OPS la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Salud es, por tanto, un concepto positivo que enfatiza tanto las capacidades físicas como los recursos personales y sociales, y por ello, no es responsabilidad exclusiva del sector salud ni se limita a los estilos de vida saludables. El logro del mayor nivel alcanzable de salud es un derecho humano fundamental, consagrado desde 1946 en la constitución de la OMS.<sup>1</sup>

Se ha descrito también, como el completo bienestar físico mental y social del individuo, resultado de la necesidad de incorporar elementos sociológicos y psicológicos, y de una incipiente proyección del concepto "calidad de vida".<sup>2</sup>

Según la OMS, la calidad de vida (CV) es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".<sup>3</sup>

---

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud, reconociéndose en ella 3 dimensiones que global e integralmente pueden resumirse como: a) dimensión física, percepción del estado físico o de salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento; b) +dimensión psicológica entendida como la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye creencias personales, espirituales, religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento, y c) dimensión social, percepción del individuo de las relaciones interpersonales y rol social en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral entre otros.<sup>4</sup>

La pérdida de la salud es un hecho que preocupa al ser humano. Los sistemas sanitarios se plantean como finalidad restaurar la salud de la población enferma, procurar atenciones y consejos para evitar la enfermedad y dotar a la población de medidas y consejos que aumenten su bienestar físico, psíquico y/o social.<sup>5</sup>

A lo largo de la historia, la esperanza de vida de las mujeres se ha incrementado, pero ha sido durante el siglo pasado cuando ha experimentado su mayor crecimiento. Esta mayor expectativa de vida ha aumentado las posibilidades de realización de proyectos, haciendo que la mujer tenga un desempeño integral durante un periodo de tiempo mayor. A pesar de ello, este aumento en la esperanza de vida, no ha ido tan paralelo a una mejoría en su calidad de vida como cabría esperar, porque la esperanza de vida aumenta pero a expensas de un período en que cesa la producción de hormonas por el ovario, lo que produce cambios físicos y psíquicos que determinan que se modifique la sensación de bienestar. Por ende, a las transformaciones dependientes del envejecimiento, en el caso de la mujer, se le añaden la reducción del efecto trófico de las hormonas del ovario, además del enfrentamiento de una situación que le afecta psicológicamente.<sup>5</sup>

Para explicar esta situación es necesario contemplar junto a los factores biológicos ligados al sexo, los patrones de socialización, los roles familiares, las expectativas laborales y los tipos de ocupación, que son generadores de desigualdades sociales de género y también de desigualdades de salud.<sup>5</sup>

En una comunicación de la doctora *Artiles* se hace referencia a varios autores que plantean que: "Cuando se atraviesa la frontera de la edad mediana y la mujer se acerca a la quinta década de vida, su estado biológico tiende a ser más lábil por causa de las variaciones fisiológicas naturales del climaterio". Se incrementan las responsabilidades familiares y sociales, la sobrecarga psicotensional aumenta, por la imprescindible readecuación de conductas ante nuevas condiciones individuales, familiares y de la comunidad. En esta etapa es frecuente la postergación de necesidades propias en función de sus papeles como hija, madre, abuela o esposa; factores que unidos a los cambios fisiológicos propios de esta edad, generan una sobrecarga física y mental que favorecen los procesos deteriorantes de la salud femenina.<sup>6</sup>

Las sobrecargas de género incrementan al menos en 2 veces la percepción de síntomas climatéricos lo que repercute directamente en la calidad de vida con que viven las mujeres de edad mediana. Igualmente la cultura interviene de manera determinante en la percepción de la salud y la enfermedad a partir de sus atributos: forma y capacidad de pensar de las personas, organización social y familiar lo que se expresa en creencias, ideas, conocimientos, ideologías y filosofías para asumir el proceso de una u otra manera.<sup>7</sup>

En Cuba se han formulado estrategias para abordar los problemas de salud de la mujer, pero han estado restringidas al área reproductiva; es evidente la necesidad de atención específica de este grupo de mujeres en la edad mediana y su observación, no solo por la importancia en sí; sino también por el importante rol que tienen las mujeres para los demás miembros de la familia y la sociedad.

Durante el climaterio las mujeres refieren síntomas diversos, los más frecuentes son: las crisis vasomotoras, atribuidas a la deficiencia de estrógenos, unido o no al aumento de gonadotropinas y cambios en neurotransmisores hipotalámicos que provocan inestabilidad del centro termorregulador. Se hace referencia a alteraciones génitourinarias, con sintomatología como sequedad vaginal, dispareunia, tenesmo vesical, polaquiuria, disuria e incontinencia urinaria, identificando experimentalmente como causa de estas manifestaciones a los receptores de estrógeno y progesterona situados en la uretra y el trígono vesical, además existe participación de los plexos venosos submucosos que contribuyen a la función del cierre uretral, y del tejido submucoso rico en colágeno, también influido por los estrógenos.<sup>8</sup> Se disminuye el tono muscular de la región, se acorta la uretra favoreciendo la aparición de la incontinencia urinaria, el síndrome uretral y el incremento de las infecciones urinarias. Todos estos síntomas afectan la calidad de vida de la mujer sobre todo en el aspecto relacionado con la salud sexual, lo que conlleva a disfunciones sexuales.<sup>9</sup>

En todo el mundo la incontinencia de orina (IO) es un problema común que afecta entre el 17 % al 45 % de las mujeres adultas. El alto costo en cuidados por IO, supera el 2 % de los gastos en salud en los Estados Unidos, hace de este síndrome una preocupación en la salud pública.<sup>10</sup>

*Rodríguez Palma* en su publicación plantea que la incontinencia urinaria (IU) es una afección cada vez más frecuente en la atención de consultorio. Casuísticas diversas relatan prevalencia de 10 % a 25 % en las mujeres de 15 a 64 años, otros llegan a dos tercios de la población femenina.<sup>10</sup>

Una de las consecuencias más importantes de la incontinencia urinaria es la disminución de la calidad de vida (CV) tal y como han reflejado diversos estudios en los últimos años. Pese a ello, muchas de ellas no buscan ayuda por vergüenza o por considerarlo algo normal en el proceso de envejecimiento, el resultado es la aparición de trastornos de ansiedad y depresión.<sup>11-15</sup>

Varios artículos publicados coinciden al hacer referencia a factores de riesgo que predisponen la aparición de la incontinencia urinaria, como: género, edad, color de la piel, embarazos y partos, menopausia, obesidad, estreñimiento, tos crónica del tabaquismo, intensa actividad física, uso de medicamentos, enfermedades crónicas, cirugías realizadas en la zona abdominal y/o vaginal.<sup>4,16-20</sup> En el manejo de la incontinencia urinaria se encuentran varias opciones como son el tratamiento médico, quirúrgico y la fisioterapia pélvica, siendo esta última una intervención conservadora, ideal que sea el tratamiento de primera línea, aquí se tratan los diferentes tipos de trastornos a nivel de la esfera abdominopelviana.<sup>21</sup>

La magnitud del problema es desconocida en Cuba, pues se han realizado pocos estudios epidemiológicos que permitan evaluar su prevalencia e incidencia, además de las repercusiones psíquicas y sociales de esta afección. Inicialmente se realizó una búsqueda bibliográfica que permitiera evidenciar el estado de la temática a nivel mundial y si existían evidencias de estudios cubanos que nos permitieran conocer la magnitud del problema en el país; no se encontró ninguna referencia cubana en la literatura revisada.

En el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, se desarrolla una consulta especializada para la evaluación, diagnóstico y tratamiento rehabilitador de las disfunciones del suelo pélvico desde el 2007; dentro de estas las de mayor demanda de atención, son las incontinencias urinarias, se observa mayor frecuencia en mujeres con cierta tendencia a su incremento con el avance de la edad, por lo que la autora se propuso identificar algunos factores de riesgo no obstétricos, que pudieran influir o relacionarse con la presencia de incontinencia de orina en la muestra en estudio, así como determinar las esferas de la calidad de vida relacionadas con la salud que se afectan en estas mujeres y la influencia de la rehabilitación.

## MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva, prospectiva y de intervención para la cual no se realizó diseño muestral, pues en Cuba no se han realizado estudios anteriores sobre el tema que permitieran realizar el cálculo del tamaño muestral, por ello se incluyeron 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 y/o Ginecología en el periodo comprendido desde el 3 de enero de 2007 hasta el 30 de diciembre de 2012.

Se describieron los factores de riesgo no obstétricos y el impacto en la calidad de vida de las mujeres en edad mediana consultadas en el periodo y el impacto de la rehabilitación en la calidad de vida de las que culminaron el tratamiento y se evaluaron evolutivamente.

### *Criterios de inclusión:*

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

Estado educacional, psicológico y mental adecuado para responder la encuesta aplicada.

### *Criterios de exclusión:*

Pacientes de mediana edad con incontinencia de orina a causa de patologías de origen neurogénico.

Se revisaron las historias clínicas de las pacientes para recoger información sobre factores de riesgo no obstétricos, de estas pacientes, al llegar a la consulta y que podían influir en la aparición de síntomas de incontinencia y/o contribuir a la persistencia y agravamiento del problema, así como para revisar los cuestionarios aplicados de calidad de vida en la incontinencia urinaria. Estos cuestionarios habían sido autoadministrados en la consulta inicial para evaluar la afectación en diferentes dimensiones de la calidad de vida y al finalizar tratamiento para evaluar si hubo modificación luego de concluida la intervención.

El instrumento aplicado, validado internacionalmente fue el Cuestionario I-QOL de calidad de vida de incontinencia urinaria,<sup>22</sup> el cual consta de 22 ítems que valoran las dimensiones física, psíquica y social; con una puntuación máxima posible a alcanzar de 110 puntos, con 5 puntos máximos por cada ítem, en una escala de *liker*. La puntuación específica de cada ítem se precisaba de acuerdo al ítem marcado por el paciente, respuesta relacionada con la frecuencia individual de las

alteraciones que presentaba en cada una de las tres dimensiones de acuerdo a las siguientes posibilidades: 1. Siempre, 2. Casi siempre, 3. Moderado, 4. Un poco, 5. Nunca.

Interpretación de la prueba: el resultado se transforma al totalizar las puntuaciones de cada ítem, en una escala de 22 a 110, oscilando, entre 22 (peor situación imaginable) y 110 (óptima calidad de vida), los resultados más altos indican mejor calidad de vida relacionada con el padecimiento de incontinencia urinaria.

Dicho cuestionario se divide en tres subescalas: limitación de la actividad o conducta, efecto psicosocial y preocupación social.

Las pacientes fueron sometidas a un tratamiento rehabilitador integral que incluyó cambios de estilos y hábitos de vida, modificación del tratamiento medicamentoso de ser necesario, de acuerdo al diagnóstico definitivo previo al tratamiento que consistió en: magnetoterapia, electroterapia estimulativa de la musculatura perineal con electrodos superficiales y /o intracavitarios y reeducación muscular del piso pélvico a través de los ejercicios de *Keegel*.

La información se introdujo 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.

Para evaluar los resultados del cuestionario se tabularon los valores por cada ítem, calculando el acumulado total por paciente de acuerdo con la puntuación obtenida en los diferentes ítems, así como los promedios por ítem de todos las pacientes según fuese la elección de la paciente con respecto a la frecuencia de aparición de los diferentes eventos para las distintas dimensiones. Para determinar significación estadística y correlacionar las variables antes y después del tratamiento se realizó el *test* no paramétrico de *Wilcoxon*. Las pruebas se realizan a un nivel de significación de 0,05.

## RESULTADOS

En el período de enero 2007 a diciembre de 2012, se atendieron en consulta especializada de suelo pélvico del CIMEQ un total de 168 pacientes de todas las edades y ambos sexos con diagnóstico de incontinencia urinaria. De ellos, 79 correspondieron a mujeres en edad climática, lo que representó el 47 % del total de los pacientes atendidos. En la muestra estudiada se presentó una mayor incidencia en las edades comprendidas entre los 45-49 años (31,6 %) y entre los 55-59 (25,3 %). La edad promedio en nuestro estudio fue de 49,6 años con una desviación estándar de 5,5 años.

En este estudio dentro de los hábitos y costumbres que predisponen o pudieran ser la causa de la aparición de la incontinencia de orina, se observó un alto porcentaje de ingestión de café al estar presente en 49 pacientes (62 %), seguido del hábito de ingerir abundante líquido durante el día referido por 44 pacientes (55,7 %) y el estreñimiento detectado en 33 pacientes (41,8 %) (Fig. 1).



Fig. 1. Distribución de las pacientes según hábitos y costumbres.

La práctica de ciertas actividades físicas se identificó en 23 mujeres (29,1 %), la obesidad en 18 (22,8 %), padecer de tos crónica y hábito de fumar en 14 para un 17,7 % respectivamente.

Es llamativo el 17 % de pacientes que padecen tos crónica y fuman, aspectos que pudieran estar relacionados, aunque en este estudio no guardan relación.

Estos aspectos relacionados con el estilo de vida están descritos dentro de los factores de riesgo que pueden desencadenar la aparición de incontinencia de orina, aparecen con relativa frecuencia en esta muestra, pero no parecen ser factores relevantes. Al analizar la tabla 1 es difícil atribuir a estos factores la preponderancia de algunos relacionados con algún tipo de incontinencia específico pues estos factores se expresan en forma similar en todas ellas, además según datos de estudios realizados por el equipo de trabajo de suelo pélvico del CIMEQ, el mayor porcentaje de las pacientes diagnosticadas con incontinencia urinaria, están asociadas a otras entidades del piso pélvico (prolapsos, dolor pélvico crónico e incontinencia fecal) secundarios a secuelas de cirugías.

En la tabla 2 se observan la distribución de la población según rango de edad y tipo de incontinencia, apreciándose puntajes altos concentrados en incontinencia urinaria de esfuerzo independientemente de la edad. La edad no es un elemento discriminador para el tipo de incontinencia en nuestro estudio.

**Tabla 1.** Distribución de las pacientes según hábitos y costumbres en relación con el tipo de incontinencia

Hábitos y costumbres	Tipo de incontinencia							
	Esfuerzo		Urgencia		Mixta		Permanente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Se mantiene más de 3 h sin orinar	21	50	5	55,5	6	24	0	0
Uso de fajas o prendas ajustadas	3	7,1	0	0	2	8	0	0
Obesidad	10	23,8	3	33,3	4	16	1	33,3
Estreñimiento	22	52,3	2	22,2	8	32	2	66,6
Padece tos crónica	8	19	3	33,3	5	20	0	0
Fuma	5	11,9	1	11,1	7	28	1	33,3
Ingestión de bebidas alcohólicas habituales	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingestión de café	27	64,2	4	44,4	14	56	2	66,6
Toma abundante líquido en el día	22	52,3	1	11,1	14	56	3	100
Práctica habitual de deporte, aeróbicos, saltos, abdominales	7	16,6	5	55,5	8	32	0	0

**Tabla 2.** Distribución de la población según rango de edad y tipo de incontinencia

Rangos de edad	Tipo de incontinencia							
	Esfuerzo		Urgencia		Mixta		Permanente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
40-44	10	12,6	2	2,5	2	2,5	1	1,2
45-49	14	17,7	1	1,2	10	12,6	0	0
50-54	11	13,9	2	2,5	5	6,3	1	1,2
55-59	7	8,8	4	5,0	8	10,1	1	1,2
Total	42	53,1	9	11,3	25	31,6	3	3,7

La incontinencia urinaria, a pesar de ser una afección muy frecuente, se encuentra infradiagnosticada por diversos motivos, a veces por el propio paciente (estigmatización), otras por la escasa sensibilización de los profesionales sanitarios hacia esta enfermedad, que no es grave, pero que autolimita de forma importante la vida de las personas que la presentan. Tiene un importante impacto negativo sobre la calidad de vida, tanto en el entorno social, como en el físico, sexual, psicológico, laboral y doméstico.

La incontinencia urinaria (IU), según la definición dada por la *Internacional Continente Society (ICS)*, se produce por una deficiencia de las estructuras y de la función del sistema génitourinario, que conlleva una limitación o restricción en el desempeño de las actividades. Por tanto, no se puede contemplar esta disfunción como si afectara únicamente a la esfera física, sino que ha de acometerse su

estudio como el de una afección que abarca también las otras esferas que componen la globalidad del individuo que la padece.

En este estudio, inicialmente, un porcentaje alto de mujeres obtuvieron los puntajes más bajos en la puntuación total alcanzada en el cuestionario de calidad de vida aplicado; entre 22 y 63 el 63,29 % de todas las pacientes, todas las mujeres se mantienen con acumulados bajos. En la incontinencia urinaria mixta y en la incontinencia urinaria permanente ninguna mujer alcanzó más de 105 puntos, en la IU permanente ninguna obtuvo más de 50 puntos (tabla 3).

**Tabla 3.** Distribución de las pacientes según puntuación total alcanzada en el cuestionario de CV y tipo de incontinencia

Puntuación total en el cuestionario de CV	Tipo de incontinencia									
	Esfuerzo		Urgencia		Mixta		Permanente		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Entre 22-42	10	12,6	3	3,7	10	12,6	3	3,7	26	32,9
Entre 43-63	15	18,9	2	2,5	7	8,8	0	0	24	30,3
Entre 64-84	8	10,1	1	1,2	3	3,7	0	0	12	15,1
Entre 85-105	7	8,8	2	2,5	5	6,3	0	0	14	17,7
+ de 105	2	2,5	1	1,2	0	0	0	0	3	3,7
TOTAL	42	53,1	9	11,3	25	31,6	3	3,7	79	100

En la tabla 4 se calcularon los valores promedios de los puntajes posibles a alcanzar en las 3 dimensiones (limitación de la actividad o conducta, efecto psicosocial y preocupación social), fueron bajos en los cuatro tipos de incontinencia, pero las que no llegaron a la mitad fueron las de incontinencia permanente, en la que la limitación de la actividad o conducta y la preocupación social fueron las dimensiones de mayor impacto, pero las desviaciones estándar relativamente elevadas en algunas de las dimensiones están indicando el carácter individual de la percepción de la calidad de vida en relación con esta entidad.

**Tabla 4.** Valor promedio alcanzado en subescalas del cuestionario de CV según tipo de IU

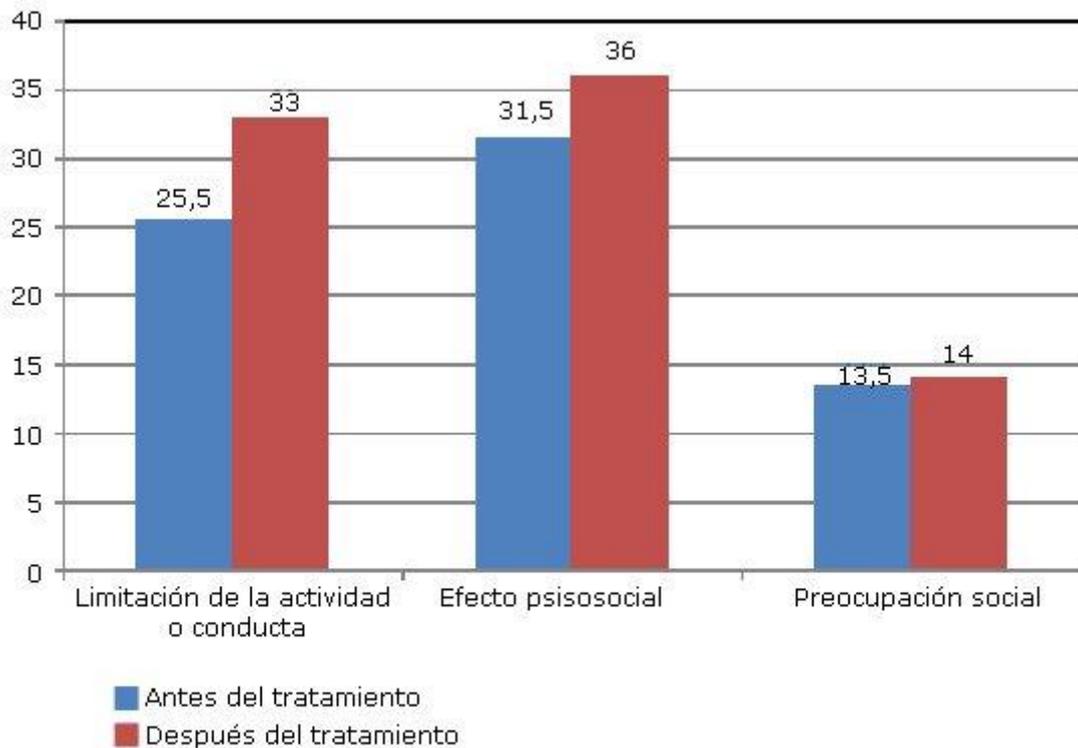
Puntajes según dimensiones	Tipo de incontinencia							
	Esfuerzo		Urgencia		Mixta		Permanente	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Limitación de la actividad o conducta	22,4/40	9,2	22,4/40	10,8	20,0/40	10,5	9,3/40	2,3
Efecto psicosocial	23,2/45	9,6	22,3/45	12,4	21,1/45	11,6	12,3/45	5,1
Preocupación social	10,6/25	5,1	11,4/25	6,1	8,7/25	5,1	4,3/25	0,57

Analizando con más detalle cada una de las incontinencias cuando se calcularon qué porcentajes representaban esas medias del total de puntos a alcanzar en la IU de esfuerzo, fue del 56 % de los puntos posibles a alcanzar en la dimensión de limitación de la actividad o conducta, 51,1 % para el efecto psicosocial y un 42 % en la preocupación social. Para la IU de urgencia el comportamiento fue algo similar: 56 % de los puntos posibles a alcanzar en limitación de la actividad o conducta, 49,5 % para el efecto psicosocial y un 45,6 % en la preocupación social. Las mujeres con IU mixta obtuvieron 50 % de los posibles puntos a alcanzar en limitación de la actividad, 46,8 % en efecto psicosocial y 34,8 % en preocupación social, mientras que las mujeres con IU permanente alcanzaron 23,25 % en limitación de la actividad o conducta, 27,3 % en efecto psicosocial y 17,2 en preocupación social.

Como puede verse los puntajes superiores en las 3 dimensiones se concentraron en el grupo con IU de esfuerzo seguida por IU de urgencia y IU mixta, predominando valores inferiores en las IU permanente lo que evidencia que hay una elevada afectación de la calidad de vida en general, pero la dimensión que más impactó, fue la preocupación social (estimando estados afectivos, repercusión de autoimagen, evitación del fracaso, inseguridad, obsesión, percepción de insatisfacción).

La utilidad de identificar y cuantificar el impacto de la IU en la calidad de vida de las pacientes que la padecen, a través de cuestionarios de calidad de vida, ha sido resaltada en múltiples estudios. Sin embargo pocos comparan los resultados de los cuestionarios después de una intervención, solo analizan las variables de los cuestionarios y la influencia de la IU en la calidad de vida.

De las 79 mujeres con las que se realizó el estudio solo se pudo evaluar a 16 al final del tratamiento, por no acudir estas a la consulta de reevaluación final. Hubo comunicación telefónica con ellas, argumentaron que se encontraban mejor y tenían en esos momentos otras prioridades personales a realizar que le impedían acudir al hospital. A juicio de la autora, esto ocurre porque cuando las mujeres se sintieron mejor, no acudieron a la consulta de reevaluación debido a su condición de género, pues priorizan otras actividades familiares, sociales, laborales antes que su salud física abandonando su auto cuidado; a las 16 pacientes les fue aplicado el mismo cuestionario evolutivamente, evidenciando objetivamente una mejoría al elevarse los puntajes alcanzados en el cuestionario con significación estadística en todas las dimensiones de la calidad de vida evaluadas con  $p = 0,000$  (Fig. 2).



**Fig. 2.** Comparación de los valores promedios obtenidos en las diferentes dimensiones antes y después del tratamiento.

## DISCUSIÓN

En este estudio el resultado en cuanto a la frecuencia del tipo de disfunción de suelo pélvico consultado, coincide con lo que plantean otros autores de la literatura revisada,<sup>22,23</sup> respecto a que en las consultas de rehabilitación ginecotorinaria los pacientes consultan fundamentalmente por incontinencia urinaria.

*Martínez Bustelo*<sup>23</sup> amplía algo más y dice que la incontinencia urinaria, la ano rectal y los prolapso uterinos son las patologías de tratamiento más comunes en la fisioterapia uroginecológica, es el posparto y la menopausia los momentos de mayor incidencia debido a que los desajustes hormonales característicos de estos períodos y el traumatismo obstétrico afectan la troficidad de la uretra y del suelo pélvico.

La incontinencia urinaria (IU) es un síntoma común que aparece en muchas enfermedades, afectando a todos los grupos de edad y a ambos sexos. Se estima una prevalencia global de la IU en la mujer del 24 % en España, aumentando al 30-40 % en las de mediana edad, y alcanza el 50 % en edad geriátrica. Alrededor del 15,8 % de la población española podría presentar IU, afectando aproximadamente a unas 6 510 000 personas.<sup>24</sup>

En un estudio descriptivo realizado en la Policlínica Bancaria de Buenos Aires, encuestaron a 133 mujeres sanas con edades entre 40 a 65 años, se evidenció un 25 % de incontinencia urinaria y otro autor dice que existe mayor incidencia de la incontinencia urinaria en la mujer entre los 20 y los 50 años.<sup>11,25</sup>

La edad media de la muestra de nuestra investigación coincide con un estudio en España de 412 mujeres con IU, la edad media fue de 49,7 difiriendo en la DS, allá fue de 10,3 y aquí de 5,5, lo cual puede estar relacionado con el tamaño muestral, el de este estudio fue más pequeño.<sup>26</sup> El comportamiento de la edad en este trabajo es inferior a otro estudio poblacional publicado donde en 673 mujeres, la edad media es de 57 años con una prevalencia de IU de 24,2 % (164 mujeres con IU, IC 95 % = 20,9, 27,5 %). Estos autores plantean que el grupo de población más afectado son las mujeres, su prevalencia aumenta con la edad, a partir de la menopausia y por paridad.<sup>20</sup>

Muchos estudios han documentado incremento de la prevalencia y severidad de la incontinencia urinaria con el avance de la edad.<sup>27</sup>

En esta investigación la edad media fue inferior a la de un estudio reciente sobre epidemiología de la disfunción del suelo pélvico en población de un Consultorio Médico de la Atención Primaria de Salud realizado en el municipio La Lisa, la totalidad de los pacientes afectados corresponden al sexo femenino. La edad media de presentación de esta condición de salud fue de 59,73, con una desviación estándar de 12,91, se presentó por encima de los 30 años, el mayor porcentaje (47,8 %) correspondió al grupo etario entre 45 a 59 años. En este estudio predominó la ingestión de café (14,5 %), el 35,7 % padecía de estreñimiento, mostrando una asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,006$ ).<sup>28</sup>

El complejo vesicoesfinteriano femenino, por su propia conformación anatómica, es expuesto a una serie de factores durante la vida que imponen un mayor riesgo de incontinencia urinaria que el masculino. Son relatados factores predisponentes (genética, raza, colágeno), promovedores (estilo de vida, nutrición, obesidad, tabaquismo, menopausia, constipación y medicaciones), descompensadores (envejecimiento, inmovilidad física, enfermedades degenerativas) e incitadores (gravidez, parto vaginal, cirugías vaginales, lesión muscular y radiación). La interacción de estos factores, en mayor o menor grado, lesiona el mecanismo esfinteriano y está asociado al surgimiento de IUE.<sup>12</sup>

La posible explicación para asociar estos factores de riesgo, es que se producen lesiones neurológicas del piso pélvico y del esfínter anal estriado con el pujo excesivo por el estreñimiento, y que este sobre esfuerzo es aún mayor en las pacientes con distopia e IO.<sup>11</sup>

El incremento en ingesta de cafeína está asociado a mayor riesgo de incontinencia urinaria de urgencia.<sup>29</sup>

La tos crónica puede debilitar el suelo pélvico a través de la denervación de la musculatura y/o lesión del tejido conectivo, así como por el aumento de la prensa abdominal con el consiguiente abombamiento perineal.<sup>19</sup>

El hábito de fumar ha sido demostrado como factor de riesgo para la incontinencia urinaria de estrés y la incontinencia urinaria de urgencia. En las mujeres fumadoras se ha reportado un incremento del riesgo del 2,5 de desarrollar la incontinencia urinaria de estrés a pesar de que el esfínter uretral está más fuerte.<sup>29</sup>

Una investigación observacional y descriptiva menciona el factor de la actividad física en mujeres incontinentes urinarias; evaluó las variables de 100 pacientes de género femenino con diagnóstico clínico y paraclínico de incontinencia urinaria en la consulta de terapia de piso pélvico en la ciudad de Cali entre enero de 2008 y abril de 2009, con 72 pacientes (72 %) presentaban síntomas relacionadas con climaterio. La actividad deportiva fue regular para 60 pacientes (60 %) con

actividades como caminar, hacer yoga, pilates, ir al gimnasio, realizar aeróbicos y natación.<sup>30</sup>

Keith<sup>31</sup> publica en un estudio que en mujeres de edad mediana el 55,5 % de las mujeres con IU de urgencia realiza algún tipo de actividad física, afirmando que es bien conocido que la incontinencia urinaria durante la actividad física se puede producir, lo que no está claro es el mecanismo causal por el cual el ejercicio desarrolla incontinencia urinaria. Ejercicios de gran impacto como el paracaidismo ha demostrado incremento del riesgo de incontinencia urinaria, presumiblemente por daño en el soporte pélvico.

Hay autores que consideran que el impacto que la IU supone para las pacientes, el igualar, e incluso ser mayor, al que provocan otras patologías crónicas como pueden ser la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la osteoartritis. Esta consideración supone reconocer que la IU presenta una repercusión negativa en la calidad de vida de las mujeres que la sufren.<sup>31</sup>

Existen variados instrumentos para evaluar la calidad de vida en la incontinencia urinaria. El EUROQOL, cuestionario de cinco dimensiones, es el más genérico de los utilizados, que deriva en escalas, compara cinco dimensiones (movilidad, actividades usuales, dolor y desconfort, ansiedad y depresión), cada una con tres niveles (no problema, algún problema y problema extremo).<sup>32</sup>

Existen otros cuestionarios específicos para la incontinencia urinaria como el *King's Health Questionnaire* (KHQ) desarrollado por *Kelleher* y otros, adaptado culturalmente al español y muy citado en los estudios sobre calidad de vida e IU a nivel internacional. Este consta de 21 ítems distribuidos en 9 dimensiones. Cada ítem tiene una escala de respuesta tipo *Liker* con 4 posibles opciones. El rango de puntuación para cada dimensión varía de 0 a 100, siendo 0 la mejor CVRS, y 100 la peor posible.<sup>33</sup>

Desde el 2007 en que comenzó la consulta especializada de suelo pélvico, se decidió utilizar el IQOL para evaluar la calidad de vida, como una herramienta más para evaluar y evidenciar la eficacia de las acciones rehabilitadoras por ser específico de la enfermedad y que se conoció a través del trabajo de *Rioja Toro*,<sup>33</sup> publicado en el monográfico de la Revista Española de Rehabilitación sobre técnicas instrumentales de diagnóstico y evaluación en rehabilitación. En esta publicación se citan las siguientes conclusiones a las que habían arribado diferentes grupos que la habían utilizado: "El estudio se ha adaptado con éxito en once idiomas y seis variantes de estos idiomas", "en un ensayo clínico, el IQOL resultó válido, reproducible y sensible para el tratamiento de IU en mujeres", "el IQOL resultó válido y reproducible como una medida de autocuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria".

Este estudio difiere de otros, donde las mujeres que informan los síntomas de IU mixtos describen incontinencia más severa y molesta, con el efecto más alto en la calidad de vida.<sup>34</sup>

Los resultados evolutivos de los cuestionarios de calidad de vida evidenciaron mejoría significativa. Este hallazgo coincide con lo referido por *Pena Outeiriño JM* y otros: según su experiencia existe mejoría de la calidad de vida y autoestima después de la rehabilitación perineal.<sup>26</sup>

Otro ensayo clínico comunitario controlado de *Nieto Blanco E* y otros,<sup>35</sup> sobre efectividad de una intervención enfermera en el tratamiento para incontinencia urinaria de urgencia, de esfuerzo, mixta, leve y moderada en mujeres, en Albacete

2006, arrojó resultados como: de las mujeres seguidas en el estudio solo el 35,9 % en grupo experimental y el 42,7 % en grupo control, lo cumplimentaron. Refieren puntuaciones asociadas a calidad de vida de 76 puntos en Grupo control contra 78,7 puntos en Grupo experimental antes de la intervención, y de 85,6 puntos en Grupo control contra 85,1 puntos en Grupo experimental después de la intervención.

Al mejorar los síntomas de la enfermedad, se reducen los gastos personales de las pacientes en compra de compresas y otros aditamentos para la contención de la incontinencia, disminuye así la afectación en la economía familiar y social. Cuando la mejoría es sostenida, se reducen los costos por servicios médicos prestados a pacientes con una enfermedad crónica, tanto de los medios diagnósticos como de medicamentos que son habitualmente indicados en estas pacientes, las que se reincorporan a su actividad laboral y social, disminuyendo el costo que por concepto de bienestar y asistencia social que le es asignado a estas trabajadoras durante su proceso de peritación-jubilación, retornando a ser personas socialmente útiles.

Se concluye que fue mayoritaria la demanda de atención por incontinencia urinaria y en particular por mujeres de edad mediana. Los factores más identificados como factores de riesgo no obstétricos fueron la ingestión de café, el hábito de ingerir abundante líquido durante el día y el estreñimiento, y con menor expresión, los ejercicios y la obesidad. Asimismo fue mayoría la tendencia en la afectación de la calidad de vida global hacia puntajes más bajos, lo cual demuestra el impacto del trastorno en esta esfera con expresión mayor de las dimensiones psicológicas y físicas. En las IU de esfuerzo, urgencia y en la mixta, el componente físico y psíquico es el más importante, mientras que en la IU permanente es el componente psicológico y social. Los resultados evolutivos de las valoraciones del cuestionario de calidad de vida evidenciaron mejoría significativa global y en sus diversas dimensiones, demostrando el valor de la rehabilitación y la sensibilidad del instrumento para evidenciar la eficacia del tratamiento.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Organización Panamericana de la Salud. Unidad Género, Etnia y Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad en género de salud. Washington, D.C: OPS/PALTEX; 2004.
2. Rodríguez Adams EM. Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. Invest Medico Quirúrg. 2012;4 (1):244-59.
3. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de salud y Servicios Sanitarios. Calidad de vida. En: Encuesta de salud para Austria Gobierno del Principado de Asturias; 2008.
4. Martínez Torres JC, Rodríguez Adams EM, García Delgado JA. Tratamiento Rehabilitador Integral de la Disfunción del Suelo Pélvico. Madrid: Editorial Académica Española; 2012.

5. Albiñana Soler A, Costa Ferrando P, Soler Alberich F. Necesidades básicas del ser humano. En: Calidad de vida y mujer de mediana edad. Valencia: Generalitat Valenciana; 2006.
6. Artiles L. Las condiciones de vida como determinantes del proceso salud-enfermedad en la mujer climatérica. En: Artiles L, Navarro D, Manzano B. Climaterio y menopausia. Un enfoque desde lo social. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007. p. 38-55.
7. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M; Lo social y lo cultural .Su importancia en la mujer de edad mediana, Revista cubana de Obstetricia y Ginecología 2008; 34(1):
8. González U, Amarillo MA, Grau J. La Calidad de vida como problema de la bioética. Particularidades en la salud humana. En: Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Editorial Acuario 2007.
9. Artiles L, Manzano BR, Alfonso J, Ortega L. Determinación de la raza en el síndrome climatérico ¿Bases culturales o biológicas? En: Artiles L, Navarro D, Manzano B. Climaterio y menopausia. Un enfoque desde lo social. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007. p. 67-86.
10. Manzano BR, Ulloa V. Aspectos ginecológicos prevalentes en el climaterio. En: Artiles L, Navarro D, Manzano B. Climaterio y menopausia, Un enfoque desde lo social. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007. p. 216-222.
11. Palma P, Drambos M, Kobelinsky M. Incontinencia Urinaria femenina. Epidemiología en Suramérica. Caracas: Uroginecología; 2006. p. 13-19.
12. Rodríguez Palma PC. Urofisioterapia. Aplicaciones clínicas de técnicas fisioterapéuticas. En: Disfunciones miccionales y de piso pélvico. 1ra. Ed. Campinas, SP: Personal LINK Comunicacoes Ltda; 2009.
13. Gasquet I, Tcherny Lessenot S, Gaudebout P, Bosio Le Goux B, Klein P, Haab F. Influence of the severity of stress urinary incontinence on quality of life, health care seeking, and treatment: A national cross sectional survey. Eur Urol. 2006;50(4):818-25.
14. Knorst MR, Resende TL, Goldim JR. Clinical profile, quality of life and depressive symptoms of women with urinary incontinence attending a university hospital. Rev Bras Fisioter. 2011;15(2):109-16.
15. Mladenoviæ Segedi L, Segedi D, Parezanoviæ Iliæ K. Quality of life in women with urinary incontinence. Med Glas Ljek komore Zenicko-doboj kantona. 2011;8(2):237-42.
16. Martínez Torres JC, Rodríguez Adams EM, Díaz Acosta D, Abreu Pérez, 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).
17. Salinas J. Epidemiología de la incontinencia de orina en la menopausia. [citado 8 nov 2011]. Disponible en: <http://www.info.encolombia.com>

18. Rebassa M. Incontinencia Urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida. *Actas Urolog Esp*; 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acuro.2012.11.004>
19. Lacima G. Patología del suelo pélvico. *Gastroenterol Hepatol*. 2008; 31(9):587-95.
20. Robles JE. La incontinencia urinaria. *Sist Sanit Nava*. 2006;29(2).
21. Obesidad y sobrepeso Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/disabilityandhealth/obesity.html>
22. Sagué Larrea JL. Incontinencia de esfuerzo en la mujer. En: *Urología*. Cap 14. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
23. Martínez Bustelo S, Ferri Morales A, Patiño Núñez S, Veñas Díaz S, Martínez Rodríguez A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. *Fisioterapia*. 2004;26(5):266-80.
24. Brenes Bermúdez FJ, Cozar Olmo JM, Esteban Fuertes M, Fernández-Pro Ledesma A, Molero García JM. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. *Aten Primaria*. 2013;45(5):263-73.
25. González Rebollo A. Tratamiento rehabilitador de la incontinencia urinaria femenina. *Rehabilitación (Madrid)*. 2003;37(2):79-85.
26. Pena Outeiriño JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas de urología española*. 2007;31(7):719-31.
27. Christopher Saigal, Mark S. Litwin. Epidemiology of Female Urinary Incontinence. En: *Female Urology and Urogynecology*. 3th edition. CRC press; 2010. p. 398-404.
28. López Segade MF. Epidemiología de la Disfunción del suelo pélvico en población de un Consultorio Médico de la Atención Primaria de Salud [Tesis para optar por el título de Especialista en Medicina Física y Rehabilitación]. La Habana: Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas; 2011.
29. Stone K, Novi JM. Urinary Incontinence in the Perimenopausal Patient I en *Invasive Management of Gynecologic Disorders*. CRC PRESS; 2008. p. 203-216.
30. Rodas, M.; García, H. A. Una aproximación a la terapia de piso pélvico en el manejo de la incontinencia femenina en la ciudad de Cali. *Urol. colomb*. 2010;19(3):49-58.
31. Brenes Bermúdez FJ, Cozar Olmo JM, Esteban Fuertes M, Fernández-Pro Ledesma A, Molero García JM. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. *Aten Primaria*. 2013;45(5):263-73.
32. Suárez Serrano CM. Afectación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria 2012. *Asociación Española de Fisioterapeutas*. Elsevier España, S.L. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2012.05>
33. Rioja Toro J. Pruebas de evaluación en la incontinencia urinaria femenina. *Rehabilitación*. 2005;39(6):35871.

34. Kafri R, Kodesh A, Shames J, Golomb J, Melzer I. Depressive symptoms and treatment of women with urgency urinary incontinence. *Int Urogynecol J*; 2013. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23673440>

35. Nieto Blanco E. Efectividad de un ensayo sobre cuidados de enfermeros para Incontinencia en mujeres. *Actas de urología española*. 2007;31(5):493-501.

\* 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. Miguel Sarduy Nápoles. Dr. C. Asesor: Dr. José Ángel García Delgado. MSc.

Recibido: 11 de octubre de 2013.  
Aprobado: 26 de octubre de 2013.

*Elsa María Rodríguez Adams*. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. (CIMEQ). Calle 216 y 11B. Siboney, Playa. La Habana, Cuba. Correo electrónico: [emradams@infomed.sld.cu](mailto:emradams@infomed.sld.cu)