

# **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: CALIDAD DE VIDA Y SU PERCEPCIÓN EN PACIENTES ALTERACIONES DE PISO PÉLVICO**

## **BIBLIOGRAPHIC REVIEW: QUALITY OF LIFE AND ITS PERCEPTION IN PATIENTS WITH PELVIC FLOOR ALTERATIONS**

**RAFAEL SUAREZ**

*Estudiante de pregrado del programa de Fisioterapia. Fundación universitaria María Cano [rafadanc19@hotmail.com](mailto:rafadanc19@hotmail.com)*

**JESSICA GIRALDO**

*Estudiante de pregrado del programa de Fisioterapia. Fundación universitaria María Cano. [jgiraldob96@gmail.com](mailto:jgiraldob96@gmail.com)*

### **Resumen**

La calidad de vida es considerada como la sensación de bienestar que puede ser experimentado por las personas, esta incluye factores socioeconómicos, psicológicos, nivel de educación, estado civil, edad, ambiente, familia, entre otros. Se llevó a cabo una búsqueda de la bibliografía en diversas bases de datos como Scielo, ELSEVIER y Medline, para lo cual se utilizaron palabras claves como “calidad de vida en mujeres con disfunción de piso pélvico” lo cual arrojó 2.000 resultados, posteriormente se realizó un filtro basados en el título de cada uno de ellos, teniendo en cuenta que incluyera vida sexual, actividades de la vida diaria y/o ámbito psicosocial, obteniendo así 50 artículos; de estos se seleccionaron 17 posterior a la lectura del resumen de cada uno de ellos para finalmente tener en cuenta 3 artículos para el análisis de la información, debido a que cumplían con los criterios de inclusión. En estos artículos se evidenció que la forma de medir CV fue impartida por diferentes test como: Lickert, PISQ-12, Pelvic Floor Impact Questionnaire versión reducida (PFIQ-7); y en otras ocasiones instrumentos específicos validados para evaluar CV y sus Efectos. La CV tiene un concepto muy amplio y variable, por más métodos que existan para evaluarla como los cuestionarios SF-36, Saint George, WHOQOL\_BREF, phq-9, pruebas t-pareada y wilcoxon, Kansas city, Cardiomyopathy, Questionnaire y EuroQol-5D, no se alcanza a abarcar todos los componentes que constituyen este concepto ya que la CV para cada individuo depende de muchos factores como los socioeconómicos, psicológicos, familiares, laborales, ambientales, entre otros.

**PALABRAS CLAVE:** calidad de vida, alteraciones de piso pélvico, sexualidad, actividades de la vida diaria (AVD), psicosocial.

**SUMMARY:** The quality of life is considered the sensation of wellbeing that can be experienced by persons, this includes socioeconomic, psychological factors, level education, marital status, age, environment, family, others. A

bibliography search was carried out in databases like Scielo, ELSEVIER and Medline, and use key words like “ quality of life in women with malfunction of pelvic flat ” which threw 2.000 results, later a filter was realized based on the title of each them, it was including sexual life, activities of daily life and/or pscicosocial enviroment, obtaining this way 50 articles; of these there were selected later 17 to the lecture of the summary of each them, after the arrested lecture of the finished texts of the latter 17, it bore in mind 3 articles for the analysis of the information, because they were expiring with inclusion criterion. In these articles it was demonstrated that the way of measuring QL was given for different test or scales as: Lickert, PISQ-12, Pelvic Floor Impact Questionarie limited version (PFIQ-7); and in other occasions specific instruments validated to evaluate and Effects of QL. QL has a very wide and variable concept, for more methods that exist to evaluate it as the questionnaires SF-36, Saint George, WHOQOL\_BREF, phq-9, you try t-pareada and wilcoxon, Kansas city, Cardiomyopathy, Questionnaire and EuroQol-5D, there are not managed to include all the components that constitute this concept since QL for every individual depends on many factors like the socioeconomic, the psychological , the familiar, the labor, the environmental ,others.

**KEY WORDS:** quality of life, pelvic floor alterations, sexuality, activities of daily living (ADL), psychosocial.

## 1. INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es considerada como la sensación de bienestar que puede ser experimentado por las personas, esta incluye factores socioeconómicos, psicológicos, nivel de educación, estado civil, edad, ambiente, familia, entre otros (Varela, L 2016). Esta trasciende a las diferentes esferas del ser humano, independiente de las expectativas de vida que cada individuo se platee, por lo cual se vuelve un determinante influyente en las acciones y percepciones de bienestar del cualquier ser humano.

Este concepto, se ha relacionado mucho con la salud, ya que la aparición de enfermedades puede alterar la calidad de vida (CV) de estos pacientes interfiriendo en su ritmo habitual de vida, uno de los campos más afectados fue la salud psíquica gracias a la contribución a todos los factores que se entrelazaban para afectar su percepción de calidad de vida, donde encontramos que el 46,6 % de las mujeres presentaba afectación severa en su CV por deficiencias asociadas a la incontinencia Urinaria. (Flores E & Pizarro B, 2012)

Este artículo es un producto de resultado del diplomado en rehabilitación de columna y pelvis para optar a título de grado “CALIDAD DE VIDA Y SU PERCEPCION EN PACIENTES ALTERACIONES DE PISO PÉLVICO”, y se realizó con el fin de conocer como es la calidad de vida en estas mujeres, llevando a cabo una revisión bibliográfica de estudios realizados en pacientes con estas patologías y adquirir información sobre cómo se ve alterada la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en dicha población.

Tras el rastreo de la información se encontró una afectación entre moderada y severa en la percepción de CV, teniendo en cuenta que dichas mujeres debían hacer cambios en sus hábitos de vida que no lograban generar óptimas condiciones de seguridad en sí mismas, por ejemplo la alimentación donde se reduce ingerir líquidos para evitar incontinencia, vestirse con ropa interior apretada o ponerse pañales, no salir por miedo de lo que pueda pasar, dificulta para sostener posiciones sexuales o pérdida del apetito sexual, entre otros.

## **2. ANTECEDENTES**

Según la OMS la calidad de vida es “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (Berlin, Springer-Verlag, 1994.)

Se inicia la revisión de literatura definiendo en primer lugar el concepto que se tiene a nivel mundial sobre Calidad de Vida tanto para hombres como para mujeres, pero en este caso incluiremos el concepto de calidad de vida unido al tema de alteraciones de piso pélvico (incontinencia urinaria y prolapso) y de cómo éste afecta desde la sexualidad, las actividades de la vida diaria y aspectos psicosociales.

La OMS define la salud sexual como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”. («OMS | Salud sexual», 2002)

Kielhofner en 2004 define actividades de la vida diaria como “Las tareas vitales típicas necesarias para el cuidado de sí mismo y el automantenimiento, tales como el aseo, el baño, la alimentación, la limpieza de la casa y la lavandería”. (Manrique, 2018)

Los riesgos psicosociales son factores probables de daño a la salud, son negativos y pueden afectar tanto a la salud física como a la psicológica. Son factores de estrés que pueden alterar y desequilibrar los recursos y las capacidades de la persona para manejar y responder al flujo de la actividad derivada del trabajo (Moreno Jiménez, 2011).

Como alteraciones del piso pélvico, la incontinencia urinaria es cuando pierde control de su vejiga. Quiere decir que se fuga orina de la vejiga es más común a medida que la gente va envejeciendo. Es un problema que afecta a uno de cada tres norteamericanos a partir de los 60 años de edad (Carter, 2012). Como tipos de incontinencia se encuentran:

En primer lugar, está la incontinencia de esfuerzo y es cuando la fuga de orina ocurre cuando levanta cosas, hace ejercicios, tose, estornuda o ríe. Es causada porque los músculos de la pelvis están demasiado relajados. Es un problema común en las mujeres. Los músculos de la pelvis se pueden haber estirado o desgarrado durante los partos o por una operación en la pelvis. También, durante los primeros 3 meses de embarazo, el útero crece y hace presión

sobre la vejiga, posiblemente causando fuga de orina. Frecuentemente este problema disminuye después del cuarto mes de embarazo, porque el útero comienza a sobresalir de la pelvis y no pone tanta presión sobre la vejiga. Más adelante, cuando el bebé va bajando, la fuga de orina puede volver a ser un problema. (Carter, 2012)

En segundo lugar, tenemos la incontinencia de urgencia, ocurre cuando tiene una necesidad urgente de orinar y no puede mantener la orina hasta llegar al baño. Ocurre con frecuencia en personas con el mal de Parkinson, que han tenido accidentes cerebrovasculares o sufren de esclerosis múltiple. Pero también la tienen personas saludables. Cuando no se puede encontrar la causa, el problema se puede llamar vejiga irritable o hiperactiva. (Carter, 2012)

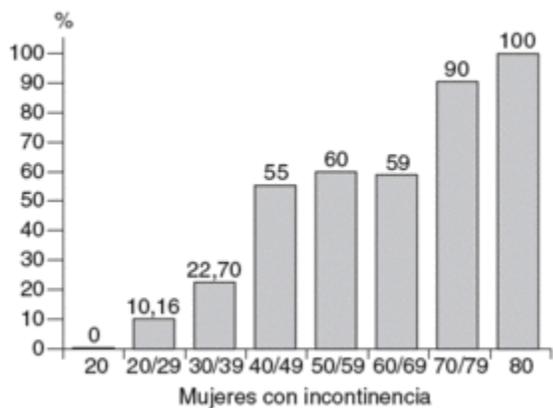
Tercer, la incontinencia por desborde es más común en personas mayores, sobre todo en hombres, cuando la próstata se agranda. La próstata agrandada hace presión contra la uretra, que es el tubo que drena la orina de la vejiga. La vejiga nunca se vacía por completo y se llena con frecuencia. Esto hace que se fuguen pequeñas cantidades de orina. (Carter, 2012)

El cuarto es la incontinencia funcional que ocurre cuando una persona no puede llegar a tiempo al baño para orinar debido a problemas como el mal de Alzheimer o artritis severa. (Carter, 2012)

La incontinencia puede ser causada o agravarse por un problema como: estreñimiento, infección, una piedra en la vejiga, usar diuréticos ("píldoras de agua"), tejidos que se hacen más finos por falta de estrógeno después de la menopausia en las mujeres, debilitando el músculo de la uretra.

Los síntomas son fuga de orina mientras hace ejercicios, ser ríe, tose, estornuda o levanta cosas, la orina frecuentemente se fuga en pequeños chorros, problemas en mantener la orina lo suficiente como para llegar al baño, chorritos de orina que salen después de haber orinado, olor a orina en la ropa y en la casa.

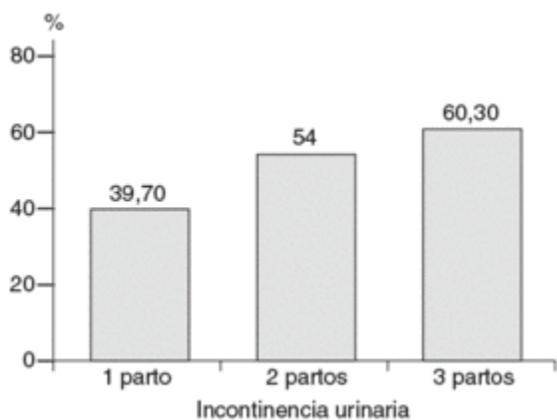
Según la edad se realizó una gráfica ( ver figura 1) donde se muestra como la edad avanzada es un factor definitivo de la incontinencia urinaria, en primer lugar se encuentran las mujeres de 80 años en adelante y se muestra que el 100% de ellas sufre de algún tipo de incontinencia y esto debido al déficit estrogénico que determina disminución de la celularidad y atrofia del epitelio (Rodríguez, 2005) . En segundo lugar se encuentran las mujeres de edades entre 70 y 79 años donde un 90% de ellas padece la enfermedad, esta alta incidencia en adultos mayores se correlaciona también a la pérdida de coordinación, de procesos cognitivos y neuromusculares (Prieto, 2006.). En tercer lugar, se encuentran las mujeres de 60 a 69 años de edad con un 59% el cual por motivos desconocidos supera un 1% a las mujeres que se encuentran en el cuarto lugar con un valor de 60% en edades de 50 a 59 años.



**Figura 1.** Mujeres con incontinencia

**Figure 1.** Women with incontinence

Encontramos de igual manera (ver figura 2) que las mujeres que han sido madres tienen un mayor riesgo de padecer la enfermedad, entre más partos hayan tenido mayor es el porcentaje de padecimiento. En la gráfica encontramos en primer lugar a las madres que han tenido 3 partos con un porcentaje de 60,30%, en segundo lugar, con 54% mujeres que han tenido 2 partos y en tercer y último lugar madres con sólo un parto con un porcentaje de 39,70%. Como dato adicional, las mujeres que practican abortos inseguros tienen igual riesgo que las madres que han tenido solo un parto de padecer la condición de incontinencia urinaria. (Álvarez. 2014)



**Figura 2.** Incontinencia urinaria

**Figure 2.** Urinal incontinence

El prolapso de órganos pélvicos se encuentra agrupado dentro de las disfunciones del piso pélvico junto a la incontinencia urinaria y fecal (1). Podemos hablar del prolapso en forma anatómica como el descenso de alguno de los órganos pélvicos (vejiga, útero, cúpula vaginal, recto) dentro o más allá de la vagina, periné o canal anal (2). Estas son patologías comunes en la población general femenina. (López, G& J, 2002.)

A cada componente del prolapso de órganos pélvicos se le atribuye una etapa o grado que va de 0 a 4, en tanto la paciente puja. Los componentes a que hace referencia la puntuación son: retrocele, cistocele, histerocele, prolapso de cúpula, enterocele y rectocele.

ETAPA Ó GRADO 0 No se demuestra prolapso de órganos pélvicos. ETAPA Ó GRADO I La porción más distal del prolapso está a más de 1 cm por arriba del nivel del himen. ETAPA Ó GRADO II La porción más distal del prolapso está entre -1 cm y +1 cm medidos desde el nivel del himen. ETAPA Ó GRADO III La porción más distal del prolapso está a más de 1 cm por abajo del plano del himen, pero no más de 2 cm. ETAPA Ó GRADO IV La porción distal del prolapso está a más de 2 cm sobre el plano del himen. Para el desgarro perineal crónico se tiene (5): 0 Normal (no más que el desgarro del himen). 1 Desgarro de la mitad anterior del rafe central del perineo. 2 Desgarro del rafe central, pero no del esfínter anal. 3 Desgarro que incluye el esfínter anal. 4 Desgarro que incluye la mucosa rectal. (López & J, 2002)

La prevalencia exacta del prolapso genital se desconoce, lo que se debe en gran parte a la falta de una definición exacta de esta patología, ya que los distintos estudios de prevalencia publicados varían en la definición usada, lo que dificulta su comparación y el obtener una cifra en común.

Según Bump y Norton el prolapso es la causa más frecuente de histerectomía en mujeres de más de 50 años y constituyó el 13% de las histerectomías en todos los grupos etáreos. La razón de operaciones realizadas por prolapso de órganos pélvicos con respecto a las de incontinencia urinaria es de 2:1. La incidencia anual de admisión hospitalaria con diagnóstico de prolapso fue de 0.204%, en tanto la correspondiente de cirugía por prolapso fue de 0.162%. Se desconoce el número de mujeres con prolapso de órganos pélvicos que se atienden sin hospitalización y cirugía, y el número de las que nunca buscan atención médica; por lo tanto, se cree que hay una subestimación de la incidencia y prevalencia. No hay datos publicados sobre remisiones. Clínicamente el prolapso de órganos pélvicos parece no remitir. (Prieto, 2006.)

Para la producción de esta patología se han postulado muchos factores de riesgo que incidirían sobre el prolapso, pero sin duda el más avalado es el parto vaginal. El riesgo aumentó entre 4 a 11 veces con el parto vaginal, lo que aumenta con la paridad, en el estudio de Mant, mientras que en el estudio POSST el riesgo aumentó 1,2 veces con cada parto vaginal, sin nombrar varios otros trabajos. Otros factores son la edad, embarazo, presión intraabdominal aumentada crónicamente (obesidad, constipación crónica, tos crónica, levantar cargas pesadas en forma repetitiva), menopausia e hipoestrogenismo, trauma, factores genéticos, raza, enfermedades musculoesqueléticas, neuromusculares (espina bífida) y del tejido conectivo (Ehlers-Danlos, síndrome de Marfan), enfermedades

crónicas, fumar (EPOC), pelvis de diámetro largo y cirugías previas con disrupción del soporte natural (cirugía de prolapso, histerectomía, etc.). Se ha planteado que la etiología sería multifactorial, ya que las pacientes suelen tener múltiples factores de riesgo y variará entre las pacientes qué problema es el que prima en la producción de su prolapso. (López & J, 2002)

Los síntomas por los cuales consultan las pacientes con prolapso genital son frecuentemente sensación de peso vaginal, dolor, pesadez o tirantez en el bajo vientre o en zonas lumbares, trastornos urinarios consistentes en disuria polaquiuria o incontinencia urinaria de esfuerzo, trastornos rectales como constipación o tenesmo.

### **3. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Flores E y Pizarro B, en 2012, realizaron una investigación revisión de la literatura sobre Calidad de vida en mujeres con alteraciones del piso pélvico

Los resultados de la revisión incluyen: descripción de los instrumentos utilizados, diferencias en la calidad de vida (CV) de acuerdo a los síntomas presentados, efectos en la CV según etapa del ciclo vital y efectos en los ámbitos psicosociales. Como resultado identificaron que los síntomas generan un gran impacto en la calidad de vida afectando la función sexual (FS), actividades cotidianas y generando efectos negativos en aspectos psicosociales, como la imagen corporal y el desempeño de las mujeres. Conclusión: Es necesario generar una atención integral centrada en síntomas, función sexual, educación y apoyo emocional. (Flores E & Pizarro B, 2012)

Urdaneta M, Briceño Suárez, Cepeda de Villalobos, Ciro Montiel, Marcucci J, Contreras Benítez, Mujica A, Baabel Romero, en 2013, realizaron investigación de tipo comparativa y aplicada , con diseño cuasi experimental, prospectivo y de campo, donde se evaluó la función sexual (FS), de mujeres con diagnóstico de prolapso genital PG antes y después del tratamiento quirúrgico con técnicas convencionales, mediante el Cuestionario Sexual para Prolapso genital e Incontinencia Urinaria versión corta (PISQ-12). en la cual se seleccionó de manera intencionada y no probabilística a 30 mujeres con diagnóstico de PG atendidas en la consulta ginecológica y programadas para su intervención quirúrgica en la Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", sede de la División de Ginecología y Obstetricia del SAHUM.

Dentro de sus resultados al comparar la FS antes y después de la cirugía reparadora del PG, se determinó que tanto la puntuación total del PISQ-12 ( $15,90 \pm 6,51$  vs.  $32,17 \pm 3,62$ ) como las puntuaciones de las dimensiones respuesta sexual ( $5,87 \pm 2,80$  vs.  $10,97 \pm 2,80$ ) y limitaciones sexuales femeninas ( $4,88 \pm 3,90$  vs.  $16,77 \pm 3,00$ ) fueron significativamente más altas luego de la intervención quirúrgica ( $p < 0,001$ ), a excepción del indicador intensidad del orgasmo ( $0,80 \pm 0,71$  vs.  $0,87 \pm 0,73$ ;  $p = 0,722$ ) y la dimensión limitaciones sexuales de la pareja ( $4,37 \pm 2,14$  vs.  $3,56 \pm 2,70$ ;  $p = 0,815$ ) donde sus puntuaciones antes y después del tratamiento quirúrgico no fueron estadísticamente

significativas ( $p > 0,05$ ). Concluyen que las mujeres con PG presentan una pobre FS, la cirugía reparadora del PG por técnicas convencionales mejoró significativamente la FS de las pacientes con disfunción del piso pélvico, permitiéndoles obtener a estas mujeres una vida sexual más placentera, con mejoría de su calidad de vida. (Urdaneta M et al., 2013)

Castro, Santisteban Alba, Delgado Peruyera, Fernández Maderos, en 2017, realizaron un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal de las pacientes de edad mediana y superior atendidas en su consultorio desde septiembre de 2014 a enero de 2016. Dónde se buscó determinar la prevalencia de los defectos de suelo pélvico en las mujeres de edad mediana y su relación con la calidad de vida, en el policlínico "Héroes del Moncada". De las 376 pacientes mayores de 40 años en nuestra área fueron estudiadas 245 que accedieron formar parte de nuestro estudio, a las que fue realizado estudio clínico y aplicado el cuestionario PFIQ-7 sobre calidad de vida.

Los resultados fueron identificados defectos del suelo pélvico en 103 pacientes representando el 42 % del universo. Diversos factores de riesgo como el hábito de fumar, los trabajos con fuerza, así como la paridad se mostraron con significación estadística en relación a estos defectos. Un 59 % del universo presentó afectación de la calidad de vida entre moderada y severa dependiente de defectos del suelo pélvico.

Para concluir, existió elevada prevalencia de defectos perineales repercutiendo de forma negativa en la calidad de vida de las pacientes afectadas, las cuales convivían conscientes de su defecto sin asistir a consulta para tratamiento oportuno. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

#### **4. METODOLOGÍA**

La metodología con la que se realiza este trabajo es de tipo revisión descriptiva, esta le proporciona al lector una puesta al día sobre conceptos útiles en áreas en constante evolución. Este tipo de revisiones tienen una gran utilidad en la enseñanza y también interesará a muchas personas de campos conexos, porque leer buenas revisiones es la mejor forma de estar al día en nuestras esferas generales de interés.

Se llevó a cabo una búsqueda de la bibliografía en diversas bases de datos como Scielo, ELSEVIER y Medline, para lo cual se utilizaron palabras claves con el fin de encontrar información apropiada de acuerdo al tema de estudio.

Se realizó una revisión sistemática de la información, mediante el ingreso de palabras claves como "calidad de vida en mujeres con disfunción de piso pélvico" lo cual arrojó 2.000 resultados, posteriormente se realizó un filtro basados en el título de cada uno de ellos, teniendo en cuenta que incluyera vida sexual, actividades de la vida diaria y/o ámbito psicosocial, obteniendo así 50 artículos; de estos 50 se seleccionaron 17 posterior a la lectura del resumen de cada uno de ellos, luego de la lectura detenida de los textos completos de estos últimos 17, se tuvieron en cuenta 3 artículos para el análisis de la información, debido a que cumplían con los criterios de inclusión que son artículos en español, inglés o portugués, del año 2013 en adelante, que tengan información sobre la calidad de vida en mujeres con cualquier alteración de piso pélvico y función sexual (FS).

## **5. ANALISIS Y DISCUSIÓN**

### **5.1 Hallazgos o fenómenos observados**

En estos artículos se evidenció que la forma de medir calidad de vida fue impartida por diferentes test o escalas como: Lickert, PISQ-12, Pelvic Floor Impact Questionnaire versión reducida (PFIQ-7); y en otras ocasiones instrumentos específicos validados para evaluar calidad de vida y Efectos en la calidad de vida. Entre los principales hallazgos se encontró que los síntomas generan un gran impacto en la calidad de vida afectando la función sexual, actividades cotidianas, y generando efectos negativos. (Badia Llach, 2004)

Los síntomas de prolapso e incontinencia son el aspecto mayormente estudiado. La mayoría de los artículos revisados describen las diferencias en la severidad de síntomas según los tipos de incontinencia o el grado de prolapso. Tres artículos revisados concuerdan que el efecto global en la CV es moderado sin importar el grado de prolapso. Los estudios cualitativos, concluyen que las mujeres podrían estar más afectadas que lo que logran objetivar estos instrumentos.(Flores E & Pizarro B, 2012)

Los síntomas de incontinencia de orina mencionados son: frecuencia miccional aumentada, urgencia miccional, nicturia e incontinencia urinaria de esfuerzo. El impacto en la CV se describe como moderado a alto; este efecto se visualiza en diversas dimensiones destacando las limitaciones personales como actividad física y limitaciones del rol como realizar tareas domésticas. A mayor cantidad o severidad de los síntomas de incontinencia la CV es peor. Al separar por tipo de IO, observamos que la mixta que incluye incontinencia de esfuerzo, así como la incontinencia de urgencia (IOU) y urgencia miccional, demuestra tener peores efectos en la CV de las mujeres. Así mismo, según el síntoma de prevalencia en la incontinencia mixta, los síntomas de IOU generan mayor impacto en la CV en comparación con los síntomas de esfuerzo.(Carter.2012)

En cuanto a incontinencia fecal, la literatura muestra que estas mujeres además tienen mayores síntomas urinarios por el prolapso, no obstante, el impacto en la vida es similar a las que no tienen incontinencia fecal. Las personas afectadas por prolapso, reportan dificultad para defecar, dolor abdominal y dificultad para orinar. La frecuencia de los síntomas se asocia con peor CV, afectando la movilidad, dolor y energía de manera estadísticamente significativa. Se describen otros efectos como reacciones emocionales ansiedad y estrés, aislamiento social y alteración del sueño sin alcanzar significancia estadística.(Castro, Santisteban Alba, Delgado Peruyera, & Fernández Maderos, 2017)

En relación a diferencias étnicas, para prolapso o IO, las mujeres de raza negra tienen mayores síntomas de IOU y las de raza blanca y latinas mayores síntomas de incontinencia de esfuerzo (IOE). Un estudio demostró que las mujeres negras tenían mayor fuerza muscular que las blancas lo que podría explicar la diferencia en los síntomas.

Un estudio reportó que las mujeres con menor edad en la muestra reportaron peor calidad de vida que las mayores. Así mismo, los grupos con menor edad, reportaron estar más preocupadas por los aspectos físicos, en cambio las mayores por los aspectos sociales.

En estudios realizados en residencias de larga estadía para adultos mayores, es interesante destacar que para ellos, el tener incontinencia forma parte de su vida, sin considerarlo un factor que altere la CV, plantean además, que las mujeres refieren un "acostumbramiento" frente a estas condiciones, sin considerarlo un aspecto negativo. Los adultos mayores generan cambios en sus actividades diarias para tener una vida más cómoda.

Respecto del embarazo, se ha descrito que predominan los síntomas de IOE, sobre todo en aquellas mujeres que tuvieron incontinencia en embarazos previos. Los síntomas son más frecuentes en el tercer trimestre y el impacto en la CV es considerado como mínimo. Aquellas mujeres con incontinencia durante la actividad sexual, describen mayor impacto en la CV en la dimensión de relaciones personales, lo que se relaciona con su pareja y vida sexual en comparación con mujeres con otros síntomas urinarios pero sin incontinencia coital.(Urdaneta M et al., 2013)

Los efectos en ámbitos psicosociales se analizaron en los resultados respecto a la sexualidad, actividades cotidianas y aspectos psicológicos. El primero, en algunos grupos el impacto se ha descrito como moderado; se describen molestias en relación a la sensación de obstrucción durante la penetración, así como laxitud vaginal que genera disminución de la satisfacción sexual. Las mujeres con prolapso en etapas avanzadas (III o IV) tienen mayor probabilidad de sentirse cohibidas, menos femeninas y atractivas sexualmente que aquellas mujeres sin prolapso, además de tener dificultad en mantener algunas posiciones durante la actividad sexual, así mismo, mujeres con incontinencia describen sentirse menos deseables y describen preocupación por la respuesta de sus parejas frente al prolapso. (Flores E & Pizarro B, 2012)

Aquellas mujeres con incontinencia durante la actividad sexual, describen mayor impacto en la CV en la dimensión de relaciones personales, lo que se relaciona con su pareja y vida sexual en comparación con mujeres con otros síntomas urinarios pero sin incontinencia coital.(Urdaneta M et al., 2013)

Respecto del origen de la incontinencia, según algunas mujeres se encuentra en historias negativas del pasado, como violaciones o relaciones sexuales con su pareja sin consentimiento. Actividades cotidianas. El prolapso y la incontinencia han demostrado generar un impacto negativo en el trabajo, así como en las actividades cotidianas en el hogar. Respecto de las actividades sociales y físicas, las mujeres describen dificultad para hacer actividad física y esto genera preocupación por aumentar de peso y sentirse incompetentes, así como preocupaciones por salir de vacaciones o reunirse con amigos.

En relación a las alteraciones en las actividades diarias, las adultas mayores describen restricción en la ingesta de líquidos, así como buscar proximidad y disponibilidad de baños, lo que perjudica las actividades fuera de la casa. En cuanto a la ropa que usan, describen calzones firmes, toallas o pañales y ropa oscura, al ser la incontinencia vista como algo natural, estos cambios no generan un impacto negativo.

Existen diferencias en el impacto generado en el ámbito psicológico, pues se describe que las mujeres con prolapso han demostrado tener mayor prevalencia de depresión que mujeres sin esta condición, así mismo describen mayor impacto en la CV, sentirse menos atractivas, menos femeninas o sentirse mal consigo mismas. La incontinenia ha sido descrita como un tema privado para las mujeres.

Junto a los efectos psicosociales descritos, estudios señalan que la relación con los profesionales de salud Las mujeres refieren sentirse inseguras con la atención otorgada por el equipo de salud, describiendo ausencia de diálogo, falta de confianza, y falta de educación. Así también se describe que los médicos no evalúan la incontinenia en las adultas mayores y en este mismo sentido, las consultas a profesionales del área se realizan tardíamente. (Flores E & Pizarro B, 2012)

Al comparar la FS antes y después de la cirugía reparadora del PG, se determinó que tanto la puntuación total del PISQ-12 ( $15,90 \pm 6,51$  vs.  $32,17 \pm 3,62$ ) como las puntuaciones de las dimensiones respuesta sexual ( $5,87 \pm 2,80$  vs.  $10,97 \pm 2,80$ ) y limitaciones sexuales femeninas ( $4,88 \pm 3,90$  vs.  $16,77 \pm 3,00$ ) fueron significativamente más altas luego de la intervención quirúrgica ( $p < 0,001$ ), a excepción del indicador intensidad del orgasmo ( $0,80 \pm 0,71$  vs.  $0,87 \pm 0,73$ ;  $p = 0,722$ ) y la dimensión limitaciones sexuales de la pareja ( $4,37 \pm 2,14$  vs.  $3,56 \pm 2,70$ ;  $p = 0,815$ ) donde sus puntuaciones antes y después del tratamiento quirúrgico no fueron estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) (Urdaneta M et al., 2013)

las pacientes evaluadas tenían una edad promedio de alrededor de 46 años, una paridad en promedio de 3 hijos, siendo el peso al nacer del recién nacido de mayor peso de aproximadamente 3800 gramos, con un promedio de 18,8 años de convivencia con sus parejas actuales, asimismo, prevalecieron las mujeres unidas en concubinato y de estratos económicos muy bajos (III-V).

Los síntomas más prevalentes que motivaron la consulta de estas pacientes fueron la sensación de peso en periné, la incontinenia urinaria y la tumoración. Los factores predisponentes del PG más frecuentes fueron el parto vaginal, la menopausia y la macrosomía fetal. En cuanto al tipo de defectos diagnosticados prevalecieron los cistoceles y rectoceles, en estadios II o III de acuerdo a la clasificación por el método clínico de Baden-Walker.

Fueron identificados defectos del suelo pélvico en 103 pacientes representando el 42 % del universo. Diversos factores de riesgo como el hábito de fumar donde el (50 %), obesidad y sobre peso, los trabajos con fuerza (41,1 %), así como la paridad se mostraron con significación estadística en relación a estos defectos. Un 59 % del universo presentó afectación de la calidad de vida entre moderada y severa dependiente de defectos del suelo pélvico. La esfera que provocó mayor trastorno a la salud psíquica constituyó la esfera urinaria, donde 46,6 % de las pacientes estudiadas mostraban afectación moderada a severa de la calidad de vida. (Castro et al., 2017)

## 5.2 Discusión

A pesar de que a nivel mundial se manejan encuestas, test y definiciones similares en cuanto a calidad de vida, esta tiene un concepto muy amplio que puede ser entendido de diferentes formas según la localización, la cultura, el nivel socioeconómico, el nivel de educación y un sinnúmero de variantes que generan perspectivas distintas sobre el tema, por lo que evaluar a cada individuo y generar un resultado global se convierte en una tarea difícil. También puede verse alterado el resultado ya que estudios demuestran que las mujeres podrían tener su nivel de calidad de vida por debajo de lo que responden en las encuestas.

El uso de test o medidores de calidad de vida al ser diferentes en cada país puede dificultar la comparación de la calidad de vida con respecto a otros, se necesita una herramienta de tipo global, en la que los ítems y maneras de aplicación sean las mismas para así poder asegurar que los resultados de cada pregunta vayan dirigidos al mismo tema; así mismo que la herramienta se aplique de manera presencial y observacional para que no se encuentren irregularidades en los resultados por haberla realizado vía telefónica como una entrevista.

Dado a que los datos arrojan que un 59% de las mujeres que padecen problemas moderados y severos de piso pélvico muestran afectación en la calidad de vida, podemos afirmar que esta alteración influye de manera negativa en las actividades de la vida diaria y el ámbito psicosocial de estas mujeres a causa del malestar físico y la inseguridad. (Flores E & Pizarro B, 2012)

Se necesita más evidencia científica de cómo afecta directamente la patología en la vida de las mujeres, cómo cambia su comportamiento, su forma de interactuar con las personas, si se presenta una marcha patológica debido a el dolor, la incomodidad, irritación u otros factores influyentes. Igualmente es necesario investigar más sobre cómo esto afecta la vida sexual y personal de la paciente.

Las mujeres que son afectadas más frecuentemente por esta patología, son mujeres de edad adulta y si tuvieron varios partos, tienen mayor tendencia a padecerla; si estas se ven afectadas en el ámbito sexual tienden a manifestar una gran disminución en la calidad de vida, igualmente manifiestan una notable mejoría postoperatoria. (Castro et al., 2017)

Como estudiantes faltos de experiencia, se debe tener mayor claridad en el objetivo de la investigación, el objeto de estudio debe ser más específico para poder obtener respuestas más claras y definidas y no de una forma tan global, ya que, al hablar de calidad de vida con su morbilidad abarca muchos ítems que resultan difíciles desarrollar de manera puntual.

El proceso de investigación requiere que los estudiantes sean responsables, constantes y tengan claro cuál debe ser el filtro para la selección de las referencias, ya que algunas fuentes no cumplen con los requisitos establecidos y se deben buscar más, en diferentes idiomas, de diferentes revistas y con diferentes palabras clave para así obtener mejores resultados.

## 6. CONCLUSIONES

La calidad de vida tiene un concepto muy amplio y variable, por más métodos que existan para evaluarla como los cuestionarios SF-36, Saint George (para pacientes con EPOC), WHOQOL\_BREF, phq-9, pruebas t-pareada y wilcoxon, Kansas city, Cardiomyopathy, Questionnaire y EuroQol-5D, no se alcanza a abarcar todos los componentes que constituyen este concepto ya que la calidad de vida para cada individuo depende de muchos factores como los socioeconómicos, psicológicos, familiares, laborales, ambientales, entre otros.

Los resultados obtenidos al evaluar calidad de vida relacionada con la salud nunca van a ser los mismos para todas las personas por los factores mencionados anteriormente, por ende, se complica realizar estudios que confirmen con certeza, aunque una gran parte si lo confirma, que todas las mujeres con alteraciones de piso pélvico les cambia su calidad de vida o que mejoran cuando se hace reformas en está, ahí es donde entra el principio de individualidad para cada paciente.

En los resultados se pudo evidenciar ítems que indican que la calidad de vida se ve afectada en pacientes con algún padecimiento en cuanto a enfermedades de piso pélvico, pero hay otros aspectos que quedan entre dichos ya que están asociados más a las percepciones y contextos en los que se desenvuelve cada persona. Por ejemplo, alguien que cuente con buen estatus socioeconómico y una buena red de apoyo familiar se le facilita más convivir o corregir de manera rápida y correcta alguna de estas enfermedades, por el contrario, a un habitante de calle le será más difícil saber sobrellevar esta situación y no se encontrará dentro de las estadísticas siendo estas excluyentes.

El tipo de investigación transversal descriptiva que se utilizó para realizar la revisión bibliográfica del tema no es suficiente para dar una respuesta en cuanto a la medición de calidad de vida de estas mujeres, es necesario realizar estudios más complejos y detallados como los de cohortes que miren otros factores propios de cada persona como el ambiente, nivel socioeconómico, alimentación, entre otros. Es decir, mirar y analizar todas las variables posibles que influyen en el entorno de cada individuo para poder dar una calificación acertada sobre su óptima o desfavorable calidad de vida.

## REFERENCIAS

Álvarez. (2014) Las consecuencias del aborto inseguro. ORG L'associació drets sexuals i reproductius. Recuperado 3 de mayo de 2019, de <http://lassociacio.org/las-consecuencias-del-aborto-inseguro/>

López, G., & J, A. (2002). Prolapso de órganos pélvicos. *Iatreia*, 15(1), 56-67. Recuperado de <file:///C:/Users/Jessica/Zotero/storage/3E7WIXLV/L%C3%B3pez%20y%20J%20-%202002%20%20Prolapso%20de%20%C3%B3rganos%20p%C3%A9lvicos.pdf>

Badia Llach, X. (2004). Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. Tomado de la revista ELSEVIER. *Gastroenterología y Hepatología*, 27, 2-6. Recuperado de <http://file:///C:/Users/Jessica/Zotero/storage/2MMFYQLV/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-que-es-como-se-mide-13058924.html>

Carter, Ann. (2012) Incontinencia Urinaria. Health & Wellness Resource Center. Recuperado de <http://link.galegroup.com/apps/doc/A281570915/HWRC?u=fumc&sid=HWRC&xid=392b91ed>.

Castro, R. A., Santisteban Alba, S., Delgado Peruyera, L., & Fernández Maderos, I. (2017). Defectos del suelo pélvico y su impacto en la calidad de vida de la mujer. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(2), 171-179. Recuperado de <file:///C:/Users/Jessica/Zotero/storage/P5TE2UJY/Castro%20et%20al.%20-%202017%20-%20Defectos%20del%20suelo%20p%C3%A9lvico%20y%20su%20impacto%20en%20la%20cali.pdf>

Flores E, C., & Pizarro B, J. (2012). Calidad de vida en mujeres con alteraciones del piso pélvico: revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(3), 175-182. Recuperado de <https://doi.org/10.4067/S0717-75262012000300002>

Manrique, B. (2018, enero 29). Actividades de la vida diaria Definición y Características. Recuperado 2 de mayo de 2019, de Mi Terapia sin Fronteras website: <https://www.miterapiasinfronteras.com/actividades-de-la-vida-diaria>

OMS. Salud sexual. (2002) Tomado de la Página de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado 2 de [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](http://www.who.int/topics/sexual_health/es/)

Prieto. (2006). Incontinencia urinaria en el adulto mayor. En revista Mexicana Medigraphic Artemisa en línea. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 9. Recuperado de [https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/prolapso\\_genital\\_1.pdf](https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/prolapso_genital_1.pdf)

Rodríguez. (2005) Incontinencia Urinaria en el adulto mayor. GERONINFO.PUBLICACIÓN DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA. GERONINFO. RNPS. 2110. Vol. 1 No. 1. 2005. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/incontinencia\\_urinaria\\_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/incontinencia_urinaria_1.pdf)

Urdaneta M, J., Briceño Suárez, L. A., Cepeda de Villalobos, M., Montiel, C., Marcucci J, R., Contreras Benítez, A., ... Baabel Romero, N. (2013) Función sexual antes y después de la reparación quirúrgica del prolapso genital. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(2), 102-113. Recuperado de <https://doi.org/10.4067/S0717-75262013000200006>