

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. REVISIÓN

QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH URINARY INCONTINENCE OF EFFORT. REVIEW

VALENTINA ARAQUE¹

*Estudiante de pregrado programa de Fisioterapia, Fundación Universitaria María Cano,
valentinaaraquedelvalle@fumc.edu.co*

NATALIA GAVIRIA¹

*Estudiante de pregrado programa de Fisioterapia, Fundación Universitaria María Cano,
nataliaisabelgaviriaescobar@fumc.edu.co*

LENIN PUETAMAN¹

*Estudiante de pregrado programa de Fisioterapia, Fundación Universitaria María Cano,
leninsantiagopuetamanramirez@fumc.edu.co*

Resumen

“Una de cada 12 mujeres sufren de incontinencia urinaria, las herramientas epidemiológicas simples, como un cuestionario, pueden revelar la incontinencia urinaria de forma subjetiva. (Brijesh Kumar Agarwal, 2017); así como el grado de afectación de la calidad de vida. El propósito de este artículo es realizar la revisión sistemática de la bibliografía sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) desde el ámbito de la calidad de vida y la función del fisioterapeuta de piso pélvico para contribuir con la divulgación científica. Para tal efecto se efectuó la búsqueda sistemática de los temas relacionados al piso pélvico y la calidad de vida y la fisioterapia relacionadas a la incontinencia urinaria y se

¹ Documento resultado de trabajo de grado, modalidad diplomado, director: FT. Marco Antonio Chavez García. 2019

procedio a su análisis y posterior presentación. La incontinencia urinaria de esfuerzo es una afección que impide el control voluntario de los movimientos de la vejiga, así como la adecuada micción de la orina. Esta condición se presenta principalmente en mujeres mayores y está ligada a factores como el parto, la obesidad, las infecciones urinarias, la inestabilidad del detrusor; y en los hombres a los problemas de próstata. La IUE afecta la calidad de vida de los individuos que la padecen; sin embargo, existen técnicas y ejercicios de carácter no invasivo que determinan una mejora en la condición del paciente. Por ello es de gran importancia el análisis de los factores que contribuyen al mejoramiento de la condición de salud.

Palabras Clave: incontinencia urinaria de esfuerzo, calidad de vida, fisioterapia, piso pélvico

Abstract

"Almost 1 in 12 women suffer from urinary incontinence. Simple epidemiological tools, such as a questionnaire, can reveal urinary incontinence subjectively. (Brijesh Kumar Agarwal, 2017); as well as the degree of affectation of the quality of life. The purpose of this article is to carry out a systematic review of the literature on stress urinary incontinence (SUI) from the field of quality of life and the function of the pelvic floor physiotherapist to contribute to scientific dissemination. For this purpose, the systematic search of the topics related to the pelvic floor and the quality of life and physiotherapy related to urinary incontinence was carried out and its analysis and subsequent presentation were made. Stress urinary incontinence is a condition that prevents the voluntary control of the movements of the bladder, as well as the proper urination of the urine. This condition occurs mainly in older women and is linked to factors such as childbirth, obesity, urinary infections, instability of the detrusor; and in men to prostate problems. SUI affects the quality of life of the individuals who suffer from it; However, there are techniques and non-invasive exercises that

determine an improvement in the patient's condition. Therefore, it is very important to analyze the factors that contribute to the improvement of the health condition.

Keywords: Incontinence, Urinary, Effort; quality of life, physiotherapy, pelvic floor.

1. INTRODUCCIÓN

Se conoce como incontinencia urinaria al esfuerzo (IUE) a aquella pérdida de orina de forma involuntaria ante los esfuerzos físicos que provocan que haya un aumento de la presión intraabdominal (PIA), como por ejemplo: estornudar, toser, reír, movimientos, relación sexual, actividad física o ejercicio, entre otras (Incontinencia de esfuerzo, 2019).

Esto se da en el momento en que la presión intravesical supera la presión uretral como resultado ante algunas fallas en el mecanismo de resistencia uretral, dado por dos causas, sea por hipermovilidad uretral, donde el mecanismo que sujeta la uretra y la mantiene en su posición adecuada falla provocando su descenso y alterando su posición anatómica; o sea como deficiencia esfinteriana intrínseca, en la cual hay una mala coaptación de las paredes de la uretra y esto provoca disminución de la resistencia uretral.

“La bibliografía sobre la incidencia de la IU es aún escasa. Sin embargo la incidencia anual de IU en mujeres oscila entre el 2 y el 11 %, dándose las tasas más elevadas durante el embarazo. Las tasas de remisión completa de la IU oscila entre el 0 y el 13 %. La incidencia anual de vejiga hiperactiva (VHA) oscila entre el 4 y el 16 % con tasas anuales de remisión de VHA entre el 2 y el 13%. Se ha calculado que la pérdida de orina afecta al 5 – 69 % de las mujeres y al 1 – 39 % de los varones. (...) en general, la IU es el doble de frecuente en las mujeres que en los hombres”. (Thüroff, 2011)

Dentro de las principales manifestaciones o síntomas de la incontinencia urinaria al esfuerzo se tienen los escapes de orina al toser, estornudar y reír; escapes de orina durante las relaciones sociales o las actividades físicas; o escapes de orina en el embarazo, en época postmenopausica o en los prolapsos. Otros posibles síntomas son evidencias de irritación en la piel, la cual se irrita y se quema; así como evidencia de laceraciones, inflamación y enrojecimiento o infecciones urinarias (Astudillo, M.P.Pinto-García, & J.Laguna-Sáez, 2015)

Dichas manifestaciones se dan con frecuencia en personas de edad avanzada del sexo femenino (periodo posmenopáusico) y por el contrario, se considera una afección muy rara en el sexo masculino. La incontinencia urinaria de esfuerzo afecta entre el 10 y 20 % de las mujeres, la mayor parte de la población femenina refiere incontinencia urinaria de esfuerzo independientemente de su edad. Dentro de las mujeres incontinentes, las que padecen incontinencia urinaria de esfuerzo oscilan entre los 50 años con un porcentaje de 28% a 65% y el porcentaje restante oscila entre los 60 años.

El propósito de este artículo realizar la revisión bibliográfica para determinar los factores que afectan la calidad de vida de personas con incontinencia Urinaria de esfuerzo. Dado que la incontinencia urinaria llega a comprometer el ámbito social de quien la padece, entre otros ámbitos, se estima importante conocer aquellos componentes que inciden en la calidad de vida de los afectados. Este artículo se presenta para optar al grado en el diplomado en rehabilitación de columna y pelvis.

2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA O TEMA

La incontinencia de esfuerzo se produce cuando los músculos (del suelo pélvico) junto con otros tejidos que ayudan al sostén de la vejiga y los músculos que regulan la liberación de la orina (esfínter urinario) se debilitan, al expandirse la vejiga con el llenado de la orina, normalmente los músculos similares a la vulva en la uretra permanecen cerrados mientras la vejiga realiza su expansión y así evitan la pérdida de la orina; cuando estos músculos se debilitan cualquier fuerza ejercida sobre los músculos abdominales y pélvicos, por ejemplo, estornudar, inclinarse, levantarse, o reírse puede ejercer presión sobre la vejiga y provocar pérdida de la orina. ... “La frecuencia de IU fue de 15,6% (IC 95% 10,7-20,5) en hombres y 55,6% (IC 95% 49,8-61,9) en mujeres. En los hombres, se encontró asociación significativa de la IU con la edad (OR > de 65 años = 66,91; IC 95% 8,6-526,8; $p < 0,001$) y tener problemas de próstata (OR ajustada por edad = 4,2; IC 95% 1,54-11,69; $p = 0,005$). Los factores asociados a la IU en mujeres (ajustados por edad), fueron el sobrepeso (OR = 2,7; IC 95% 1,47-4,92; $p = 0,001$) y la obesidad (OR = 2,5; IC 95% 1,28-4,67; $p = 0,007$), el estreñimiento crónico (OR = 2,3; IC 95% 1,20-4,32; $p = 0,01$), las infecciones urinarias de repetición (OR = 2,26; IC 95% 1,01-5,09; $p = 0,048$), los desgarros durante el parto (OR = 1,9; IC 95% 1,03-3,65; $p = 0,039$), y la menopausia (OR = 2,3; IC 95% 1,06-5,09; $p = 0,036$ ”). (Astudillo, M.P.Pinto-García, & J.Laguna-Sáez, 2015)

Otro de los mecanismos por los cuales hay pérdida de fuerza muscular es el parto dado que en las mujeres se puede producir una función deficiente de los músculos del suelo pélvico o del esfínter por una lesión a los nervios o tejido durante el parto. Esto se puede generar inmediatamente después del parto o puede ocurrir años más tarde.

Así mismo la cirugía de próstata en los hombres se considera el factor más frecuente que provoca la incontinencia de esfuerzo es la extracción quirúrgica de la glándula prostática (prostatectomía) para tratar el cáncer de la próstata. Debido a que el esfínter se encuentra directamente debajo de la glándula prostática y rodea a la uretra, esto puede generar debilidad del esfínter. Y la

Hiperreflexia del detrusor que es producida por la presencia de contracciones involuntarias del detrusor debidas a trastornos de origen neurológico.

Por otra parte, la inestabilidad del detrusor es una de las causas más frecuentes de la IUE, debido a contracciones involuntarias del detrusor (pubovesical) de origen no neurológico con una prevalencia en aumento conforme avanza la edad. Es de suma importancia recordar los hábitos miccionales y por ende llevar un registro cotidiano de varios días a una semana para valorar la función vesical femenina. Es difícil hacer la diferencia entre la incontinencia urinaria de esfuerzo genuina y la inestabilidad del detrusor por el interrogatorio o con el diario miccional exclusivamente. El aumento de la frecuencia urinaria, la urgencia y la nicturia son los síntomas más frecuentes de la incontinencia urinaria de urgencia. Aunque se desconoce el mecanismo por el que el prolapso de órganos pélvicos puede causar inestabilidad del pubovesical (detrusor), la inestabilidad se resuelve con la corrección quirúrgica en 17 a 85% de las pacientes.

Las causas antes citadas deterioran la calidad de vida de los individuos que padecen la IUE, de allí la importancia de analizarlos y determinar los procedimientos mas adecuados para contrarestar sus efectos.

3. REVISIÓN DE LITERATURA

En el artículo *el papel del fisioterapeuta pélvico* B. Berghmans (2006), establece que “La fisioterapia pélvica se centra en la prevención y el tratamiento de todos los tipos de trastornos funcionales de la región abdominal, pélvica y lumbar en mujeres, varones, niños y ancianos. Las estructuras óseas de la pelvis, los ligamentos suspensorios, como los ligamentos pubouretrales, el tejido conjuntivo como el arco tendinoso de la fascia de la pelvis, el suelo pélvico y los órganos pélvicos tienen todos ellos una influencia mutua”.

El mismo autor establece que “los recursos del fisioterapeuta pélvico se basa en un conocimiento y unas habilidades específicas e incluyen intervenciones como el diagnóstico fisioterapéutico, la educación e información de los pacientes, el entrenamiento de la musculatura (del suelo pélvico - EMSP), el entrenamiento de la vejiga (EV), el entrenamiento con conos vaginales, la estimulación eléctrica, la biorretroalimentación, el entrenamiento con globo rectal, etc.

Además establece dos fases; la fase diagnóstica terapéutica y la fase de intervención. En la fase diagnóstica fisioterapéutica, de acuerdo con el diagnóstico médico del médico remitente, el fisioterapeuta comienza su proceso diagnóstico fisioterapéutico. El objetivo es valorar, analizar y evaluar la naturaleza e intensidad del problema de incontinencia urinaria a menudo poco claras y determinar si puede ser eficaz, y en qué medida, una intervención fisioterapéutica. Una exploración física del paciente es importante para verificar y respaldar el perfil del paciente obtenido de la historia clínica. Para realizar la exploración física, el fisioterapeuta tiene disponibles diversas pruebas diagnósticas. La intensidad de la incontinencia de esfuerzo, de urgencia o mixta depende no sólo del estado del suelo pélvico y la vejiga, sino también de la postura, la respiración, el movimiento, así como del estado físico y psicológico general. En la fase de intervención las modalidades de tratamiento fisioterapéutico para la incontinencia urinaria de esfuerzo son el *EMSP* con o sin retroalimentación, la estimulación eléctrica y/o los conos vaginales. (Berghmans, 2006)

Peña Outeriño JM y otros, en Tratamiento de la Disfunción del Suelo Pélvico; estudio realizado en 2007; afirmaron que ... el periné está formado por elementos musculo – aponeuróticos que se integran bajo el control del sistema nervioso. Su alteración es responsable de patologías uroginecológicas, coloproctológicas y sexuales (Pena Outeriño JM, 2007). Para estos autores el tratamiento de la disfunción del suelo pélvico se agrupa en una serie de técnicas y conservadores procedimientos como cambios en hábitos de vida, terapia conductual electroestimulación, biofeedback y

entrenamiento con ejercicios musculares del suelo pélvico; todos orientados a mejorar o conseguir la continencia urinaria.

En el año 2008, Lorenzo Gomez MF y otros, presentaron el estudio “Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con biofeedback perineal con electrodos de superficie”; donde analizan los resultados del tratamiento de los musculos perineales mediante biofeedback (BFB) con electrodos de superficie en mujeres diagnosticadas con Incontinencia Uninaria al Esfuerzo (IUE). Según dicho estudio .. “El éxito del tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo grados 1 y 2 mediante un programa de biofeedback perineal con electromiografía con electrodos de superficie sin electroestimulación es similar o superior a los publicados en tratamientos más invasivos. El tratamiento con ejercicios del suelo pélvico con electroestimulación vaginal puede conseguir resultados similares, aunque puede presentar efectos secundarios. Ambos tratamientos conservadores son eficaces y factibles” (Lorenzo Gómez MF, 2008).

En el estudio Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria, Herrera Perez y otros tiene como objetivo describir la calidad de vida en mujeres postmenopáusicas según el tipo de incontinencia urinaria. Los autores realizaron un estudio descriptivo transversal en el año 2006 en el que participaron 46 mujeres postmenopáusicas, mayores de 50 años con diagnóstico clínico y urodinámico de IU, vida sexual activa en los últimos 3 meses. Según este estudio “la IU afecta la calidad de vida y la función sexual siendo la IUM la que presenta mayor grado de afectación, en comparación a los otros dos tipos. Debido a que la IU es una condición altamente tratable, es necesaria una evaluación integral de estos pacientes, bajo un modelo bio-psico-social, teniendo como paradigma central, mejorar la calidad de vida, considerando la propia percepción del paciente” (Herrera Pérez A, 2008).

Según Elsa María Rodríguez Adams durante la edad mediana se producen cambios fisiológicos naturales del climaterio, tal y como lo expresa en su artículo: factores de riesgo no obstréctico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria, realizado en 2014. Según la autora, dichos cambios se refieren a síntomas diversos y tiene una gran repercusión en la calidad de vida. Este estudio consistió en una 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. de 168 pacientes evaluados en consulta, 79 fueron mujeres en edad mediana (47 %), con edad de $49,6 \pm 5,5$ años. Para la autora 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; lo cual afecta la calidad de vida de la muestra en estudio. 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 (Adams, 2014)

4. METODOLOGÍA

El enfoque metodológico de este proyecto de investigación es cuantitativo, de tipo descriptivo; con respecto a la disponibilidad de datos se presenta en una investigación retrospectiva fundada en datos preexistentes del manejo de pacientes con sintomatología de incontinencia urinaria al esfuerzo.

La búsqueda se realizó bajo palabras clave como: incontinencia urinaria de esfuerzo, calidad de vida, fisioterapia, piso pélvico; y en bases de información como scielo. Los artículos que contenían todos los criterios de búsqueda que fueron ofrecidos por el sistema fueron 57 de los cuales se seleccionaron siete.

Para la selección final de los artículos de soporte, en los criterios de inclusión de los mismos se seleccionaron los que contuvieran estudios de población y datos estadísticos; se tuvo en cuenta que cada texto relacionara la fisioterapia, la calidad de vida y la IUE; y que tuvieran una vigencia no mayor a 10 años; es decir dentro de los años 2009 – 2019 (con excepción de algunos de carácter descriptivo), además se aceptaron artículos en idioma inglés y español y se excluyeron artículos de carácter publicitario o los que eran simplemente informativos de la enfermedad y no de su contexto. Además se procedió a la lectura y segmentación de la información que luego fue analizada e integrada en el texto.

5. ANALISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Hallazgos o fenómenos observados

“La pérdida de orina es un trastorno muy frecuente en la mujer, la prevalencia de incontinencia urinaria (IU) es muy heterogénea, ya que oscila entre el 5 y el 69%, aunque la mayoría de estudios señalan una prevalencia de cualquier tipo de IU del 25-45%¹. La IU tiene un gran impacto sobre la calidad de vida (CV), porque puede despertar sentimientos de vergüenza y aislamiento social e incluso llevar a limitar o abandonar la participación en diversas actividades sociales, como el ejercicio y la actividad física” (T - Rial, 2015).

Para justificar el anterior planteamiento, se realizó un estudio para valorar si un programa de técnica hipopresiva produce cambios en el impacto de la IUE tiene en la calidad de vida. En el estudio “un total de 197 mujeres (edad media de 45 años) con síntomas de IU fueron distribuidas en tres grupos: un grupo recibió tratamiento 1 día por semana (GH1), otro lo recibió 2 días (GH2) y el tercero fue un grupo control

(GC). Los grupos GH1 y GH2 realizaron durante 12 semanas sesiones de 30 minutos de ejercicios hipopresivos, 1 o 2 días semanales, respectivamente” (T - Rial, 2015).

Se evaluaron, antes y después del tratamiento, los síntomas de IU a través del cuestionario ICIQ-SF y el impacto que de la IU sobre la calidad de vida mediante el cuestionario Potenziari-2000. A partir del análisis de resultados de los cuestionarios, se constataron mejoras significativas entre los grupos de intervención GH1 y GH2 y el GC ($p < 0,001$). Así como se notó que no hubo diferencias significativas entre GH1 y GH2 ($p = 1,00$) (T - Rial, 2015). Del estudio se concluye que la técnica hipopresiva puede ser una alternativa complementaria para mejorar la calidad de vida relacionada con la IU.

En otro estudio, calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria (2014), realizado por C. Serna y otros; se obtuvo que los resultados revelaron diferencias significativas en la calidad de vida entre las mujeres que informaron que la pérdida de orina era leve versus moderada, leve versus severa y moderada versus severa ($\chi^2 (2) = 29.61, p < .001$). Las mujeres con una mayor calidad de vida fueron las que informaron que los síntomas de pérdida de orina eran leves o moderados” (Serna, 2015).

Tal estudio reveló que las ...diferencias significativas en la satisfacción sexual entre las mujeres que informaron pérdida de orina como leve versus grave ($\chi = 7.38, p < .05$), uso de la religión ($\chi = 7.67, p < .05$) y culpa propia ($\chi = 6.81, p < .05$). Por lo tanto, cuanto menos graves son los síntomas de la pérdida de orina, mayor es la satisfacción sexual, así como el menor uso de la religión y la auto-culpa como estrategias de afrontamiento. También se encontraron diferencias en la expresión de los sentimientos en mujeres que informaron pérdida de orina como moderada versus grave ($\chi = 7.57, p < .05$). (Serna, 2015)

Además de lo anterior, las mujeres que informaron que la pérdida de orina era grave utilizaron más la expresión de sentimientos para lidiar con la IU. Finalmente, hubo diferencias entre las mujeres que informaron que la pérdida de orina era leve versus grave y moderada versus grave en el uso de la negación (χ

= 14.64, $p < 0,1$) y el uso de la distracción como estrategias de afrontamiento ($\chi = 15.60$, $p < .001$). Por lo tanto, las mujeres que perciben los síntomas de pérdida urinaria como graves usan más la negación y la distracción como estrategias de afrontamiento. (Serna, 2015)

En el estudio de Rodríguez Adams, 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 %). 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. (Adams, 2014)

Otro estudio: calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopausicas con incontinencia urinaria, realizado por Herrera perez (2008), en donde “la muestra fue constituida por 46 mujeres. La mediana de la edad fue de 56 años; con un límite inferior de 50 un límite superior de 73 años. De acuerdo al tipo de IU se encontró que el 43,5% presentó IUM, el 37% IUE y el 19,6% IUU. En relación al puntaje total del KHQ según el tipo de IU se observó que la IUE *presentó una mediana de 41 puntos, la IUU 57 puntos y la IUM 56 puntos*”. Entre la IUE/IUU se observaron diferencias estadísticamente significativas en los dominios de “impacto en su vida” y “emociones” ($p < 0,05$). Entre la IUE/IUM estas diferencias se

encontraron en los dominios “percepción de mujer”, “impacto en su vida”, “limitación de roles”, “limitación física”, “limitación social” y “sueño/energía”. No se encontraron diferencias significativas entre los dominios de la IUU y IUM ($p > 0,05$). Con respecto al dominio “impacto de la IU en su vida” se observó que la IUM fue la que presentó mayor grado de afectación. De acuerdo a puntajes totales del IFSF según tipo de IU se encontró una mediana de 27,2 puntos para la IUE; 27,6 puntos para la IUU y 23,6 puntos para la IUM (Herrera Pérez A, 2008)

En el estudio *Impact of the urinary incontinence on quality of life among rural women* realizado por T. Ganapathy en 2018 se obtuvieron datos relacionados con la prevalencia de la IU, los factores de riesgo asociados, entre otros. Tales resultados fueron:

La prevalencia de incontinencia urinaria. De las 611 mujeres examinadas, $n = 163$ mujeres presentaron diversos tipos de incontinencia urinaria. Veintidós mujeres se retiraron del estudio debido a limitaciones de tiempo. Los análisis finales consistieron en $n = 141$ (23,08%) mujeres con incontinencia urinaria. Entre ellos, se encontró que la mayoría ($n = 77$; 54,61%) tenía incontinencia por esfuerzo seguida de incontinencia urgente ($n = 39$; 27,66%) e IM ($n = 25$; 17,73%).

Factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria. La prevalencia de incontinencia urinaria fue común en mujeres mayores de 40 años ($n = 84$; 59,57%) en comparación con mujeres menores de 40 años ($n = 57$; 40,43%). Se observó una tendencia similar entre las mujeres multíparas ($n = 107$; 75,89%); aquellos que tuvieron partos instrumentales ($n = 61$; 43,26%), y aquellos con antecedentes de tos crónica ($n = 99$; 70,21%), y aquellos con antecedentes de estreñimiento ($n = 101$; 71,63%). Las variables sociodemográficas como la educación ($P = 0,731$), el estado económico ($P = 0,419$), la actividad física ($P = 0,419$) y el índice de masa corporal (IMC) por encima de $25 \text{ kg} / \text{m}^2$ ($P = 0,402$) no se asociaron significativamente con el tipo de IU

Problemas con la incontinencia urinaria. Respecto a los problemas con la incontinencia urinaria, casi el 98,58% de las mujeres reportaron frecuencia, enuresis nocturna (68,09%), nicturia (66,66%), pérdida de orina con tos, risa o cualquier forma de actividad física (54,61%) y deseo de controlar el deseo para orinar (urgencia) (48,94%) perturbando mucho su CVRS. La incontinencia urinaria durante las actividades sexuales

fue reportada por el 47,52% de las mujeres, casi el 37,59% reportó infecciones del tracto urinario y el 34,75% se quejó de dolor al vaciar

Asociación de puntuaciones medias globales en diferentes dominios de calidad de vida de la incontinencia urinaria con variables sociodemográficas. La asociación de puntuaciones globales en diferentes dominios de la calidad de vida de la incontinencia urinaria con variables sociodemográficas seleccionadas mostró una asociación significativa en mujeres con edad avanzada ($P = 0.016$), puntuación obstétrica multiparosa ($P = 0.021$), historia de partos instrumentales ($P = 0.003$) y aquellos con tos crónica ($P = 0.026$) y estreñimiento ($P = 0.019$). Hubo una asociación insignificante entre la educación ($P = 0.513$), el estado socioeconómico ($P = 0.627$), el IMC ($P = 0.683$), la actividad física ($P = 0.337$) y los puntajes de dominio de la calidad de vida en SUI, incontinencia de urgencia y MUI.. (Ganapathy, 2018)

Peña Outeiriño JM, (2007) realizó un estudio sobre la importancia de la terapia como parte del tratamiento de la IU. En casos de incontinencia urinaria de urgencia nuestra misión es reforzar las fibras del esfínter estriado cuya contracción voluntaria, coincidiendo con los episodios de urgencia, activen el reflejo inhibitorio perineo-detrusoriano. Cumplieron el año de seguimiento 271 pacientes. Los resultados exitosos y aceptables se igualaron en torno al 38-40% cada uno. Los fracasos se incrementaron al 21,5%. Si analizamos los resultados obtenidos en función al grado o severidad de la incontinencia se observó que las tres cuartas partes de pacientes con incontinencia leve tuvieron éxito con la rehabilitación. En casos de incontinencia moderada los resultados aceptables, con un 51%, superaron ligeramente a los éxitos. En incontinencias severas los fracasos dominaron con cerca del 70% de casos, siendo los éxitos menores al 3%. Cuando en esta misma relación sólo se incluyen pacientes que realizan bien los ejercicios los porcentajes de éxitos se incrementan en todos los grados de incontinencia, sobre todo en las leves y moderadas que pasan del 74 al 95% y de 42 al 56% respectivamente. Si valoramos la calidad de vida y el estado de ánimo de nuestras pacientes en relación a la incontinencia urinaria antes y después de la rehabilitación perineal, observamos una mejoría de la calidad de vida y autoestima en todos los grupos analizados (Pena Outeiriño JM, 2007).

En el estudio, *Urinary incontinence: prevalence, risk factors, impact on quality of life and treatment seeking behaviour among middle aged women*, Brijesh (2017), en el que .. “de 464, se seleccionaron 236 mujeres para este estudio. 28 mujeres tuvieron incontinencia urinaria. La prevalencia general de incontinencia urinaria en nuestro estudio fue de alrededor del 12%. Hubo asociación significativa entre el aumento de la edad y la presencia de incontinencia urinaria. La incontinencia urinaria tiene un impacto en la calidad de vida de una mujer que tiene incontinencia urinaria. El impacto de los factores personales no tiene mucho impacto en la incontinencia urinaria. El 22% de las mujeres tenía incontinencia urinaria de esfuerzo, el 38% tenía incontinencia de urgencia y el 38% tenía un tipo mixto de incontinencia urinaria”. (Brijesh Kumar Agarwal, 2017)

5.2. Discusión y análisis de resultados

A partir de los estudios que respaldan esta investigación se logro determinar que la IUE llega a afectar la calidad de vida de aquellos que la padecen, dado que lesionan su capacidad de relacionarse con los demás, menoscaba la autoestima y deteriora la actividad física. “La incontinencia urinaria, en cualquiera de sus formas, afecta intensamente la calidad de vida de las mujeres. Los síntomas se perciben como una mala salud que, en última instancia, afecta el bienestar holístico. Las mujeres evitan las reuniones sociales y pierden la confianza en sí mismas, lo que tiene un impacto proporcional en sus interacciones sociales y en su salud sexual y psicológica” (Ganapathy, 2018).

Además se encontró que la IU es una condición que se presenta con frecuencia aunque generalmente 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 (Adams, 2014).

Sumado a las consecuencias sociales y emocionales, la IUE constituye un factor de riesgo para el apareamiento de otras enfermedades y afecciones físicas; además que representa una carga financiera para el grupo familiar. Por otra parte, se evidenció que la práctica de ejercicios hipopresivos contribuye a la reducción de los efectos negativos de la IUE; por lo tanto es un factor clave en la afectación positiva de la calidad de vida de los pacientes. (T - Rial, 2015)

Desde el punto de vista del tratamiento, el fisioterapeuta pélvico está especializado en las intervenciones conservadoras, esto es, no quirúrgicas y no farmacológicas para la vejiga y el suelo pélvico. La naturaleza no invasiva y discreta de la fisioterapia pélvica colocan al fisioterapeuta a la cabeza de los diferentes profesionales sanitarios que valoran a los pacientes con problema funcionales de salud de la vejiga y el suelo pélvico. (Berghmans, 2006)

Aproximadamente entre el 9 y el 72% de las mujeres son incontinentes. Este margen tan sumamente amplio se justifica a partir de las distintas definiciones de incontinencia urinaria utilizadas en los diferentes estudios, los cuales difieren también en la frecuencia de episodios considerada, la gravedad, el grado de molestia, el tipo de incontinencia estudiado, la población diana, el medio de recogida de datos, etc.

Por otra parte, “Casi 1 de cada 12 mujeres sufren de incontinencia urinaria. Las herramientas epidemiológicas simples, como un cuestionario, pueden revelar la incontinencia urinaria de forma subjetiva. Se deben hacer más esfuerzos para mejorar la calidad de vida y minimizar la incontinencia urinaria al buscar tratamiento” (Brijesh Kumar Agarwal, 2017)., desde tal punto de vista se valida la utilización de herramientas de recolección de información como cuestionarios, encuestas, entre otros; para lograr determinar las afectaciones en la calidad de vida de los pacientes con IU.

Para mejorar la calidad de vida pueden implementarse modificaciones en el estilo de vida, ellas “consisten en una serie de medidas higiénicodietéticas, que incluyen: mantener un peso adecuado para reducir la sobrecarga del suelo pélvico, evitar ejercicios intensos con aumentos de la presión intraabdominal, disminuir la ingesta de xantinas (café, té), regularizar el ritmo intestinal, modificar el entorno para facilitar la micción”. Este sea posiblemente el menos conocido y el menos utilizado de los tratamientos conductuales de la disfunción del suelo pélvico, aunque ningún terapeuta duda que la incontinencia lleva asociados importantes trastornos psicológicos del tipo de ansiedad, depresión e incluso histeria. Estas pacientes tienen también con frecuencia disfunciones sexuales. (Pena Outeiriño JM, 2007)

Todo lo anterior permite establecer que la IUE es una enfermedad que deteriora el libre desarrollo del individuo llegando a deteriorar sus capacidades interpersonales y menoscabando su libertad y pleno desenvolvimiento.

A partir de la información analizada pudo establecerse que La mayoría de los estudios publicados en los últimos años, coinciden que estos dos tipos de IU son los más afectados, produciendo incomodidad en grado similar, indicando que es el síntoma de urgencia, el que produce un mayor deterioro en la calidad de vida, en términos de impacto, debido a que las personas no pueden predecir su incontinencia, por no poseer control sobre su vejiga (Herrera Pérez A, 2008).

6. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Esta investigación permitió la revisión bibliográfica de la incontinencia urinaria desde el punto de vista de la afectación de la calidad de vida y a partir de allí se concretó que las mujeres mayores son la principal población afectada ya que varios factores obstétricos contribuyen a la IU y que puede llegar a menoscabar todas las esferas del comportamiento de quien la padece, por lo que se convierte en un problema de salud importante en la sociedad que conduce a la restricción en las actividades sociales y sexuales. Diversas publicaciones han señalado mejoras en la CV de las mujeres sometidas a tratamientos conservadores de suelo pélvico para tratar la IU. De modo similar, distintos programas de ejercicios centrados en el trabajo postural y respiratorio parecidos al utilizado en nuestro estudio, como la reeducación postural global y el pilates, han demostrado ser eficaces para mejorar la IU en mujeres adultas. Por ello, los programas de ejercicio global con pautas posturales marcadas pueden ser una opción preventiva e integradora para la IU.

Este estudio presentó limitaciones por la escasa información que relaciona la incontinencia urinaria con la calidad de vida; es por ello que es posible que existan sesgos de información dado lo específico de la temática. A manera de recomendación se pide que se incentive la investigación sobre este importante tema, desde el desarrollo de estudios analíticos y experimentales que tengan en cuenta las variables de la presente revisión.

REFERENCIAS

- Adams, E. M. (marzo de 2014). Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. En *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 40(1). Recuperado el 07 de Junio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000100013
- Astudillo, E. G., M.P.Pinto-García, & J.Laguna-Sáez. (2015, Julio-agosto). Incontinencia Urinaria: frecuencia y factores asociados. En *Sciencedirect*. Recuperado el 07 de Junio de 2019, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211563814001370>
- Berghmans, B. (2006). El papel del fisioterapeuta pélvico. En *Actas Urológicas Españolas*. Recuperado el 9 de junio de 2019, de <http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v30n2/v30n2a02.pdf>
- Brijesh Kumar Agarwal, N. A. (2017). Urinary incontinence: prevalence, risk factors, impact on quality of life and treatment seeking behaviour among middle age women. En *International Surgery Journal*. Recuperado el 10 de junio de 2019, de <https://www.ijurgery.com/index.php/ij/article/view/1479>
- Clinica Mayo. (2019). Incontinencia de esfuerzo. Recuperado el 10 de junio de 2019, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/stress-incontinence/symptoms-causes/syc-20355727>
- Ganapathy, T. (2018). Impact of the urinary incontinence on quality of life among rural women. *Muller Journal of Medical Sciences and Research*. Recuperado el 9 de Junio de 2019, de <https://go.galegroup.com/ps/anonymou?id=GALE%7CA581020941&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=09759727&p=AONE&sw=w>
- Herrera Pérez A, A. H. (2008). Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopausicas con incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas*. Recuperado el 7 de junio de 2019, de <http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v32n6/v32n6a08.pdf>
- Lorenzo Gómez MF, S. A. (junio de 2008). Tratamiento de la Incontinencia urinaria de esfuerzo con biofeedback perineal y electrodos de superficie. En *Actas Urológicas Españolas*. Recuperado el 6 de junio de 2019, de <http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v32n6/v32n6a09.pdf>
- Pena Outeiriño JM, R. P. (2007). Tratamiento de la disfuncion del suelo pélvico. En *Actas Urológicas Españolas*. Recuperado el 2 de junio de 2019, de <http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v31n7/v31n7a04.pdf>
- Serna, C. P. (Marzo-Abril de 2015). Calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. En *Revista da Associação Médica Brasileira*. Recuperado el 10 de Junio de 2019, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302015000200178&script=sci_arttext
- T - Rial, C.-M. T. (2015). ¿Puede un programa de ejercicios basado en técnicas hipopresivas mejorar el impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer? En *Suelo*

pélvico. Recuperado el 6 de Junio de 2019, de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/60929/1/2015_Rial_et_al_SueloPelvico.pdf

Thüroff, J. (2011). Guías de incontinencia urinaria. En *Actas Urológicas Españolas*. Recuperado el 6 de junio de 2019, de <https://uroweb.org/wp-content/uploads/Th%C3%BCroff-JW-et-al-Act-Urol-Esp-2011-357373.-EAU-Guidelines-on-urinary-incontinence.pdf>