

Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ)

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

**IMPACTO DE LA FISIOTERAPIA PARA LA REEDUCACION
DEL SUELO PELVICO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES
CON INCONTINENCIA URINARIA**

*Lic. Elsa M^a Rodríguez Adams, Dra. Jacqueline C. Martínez Torres**, Lic. Dayuli Díaz Acosta***, Lic. Adianez Ros Montenegro*, Téc. Yahima Abreu Pérez****

*Calle 202 núm.6528 entre 65 y 67. La Lisa. Ciudad de La Habana. Teléfono: 262 83 19.

emradams@infomed.sld.cu emrodriguez@cimeq.sld.cu

**Calle 216 entre 11 y 13. Reparto Siboney Playa. Ciudad de La Habana. Teléfono: 205 09 89.

***Calle 216 entre 11 y 13. Reparto Siboney. Playa. Ciudad de La Habana. Teléfono: 271 62 61.

*Calle 216 entre 11 y 13. Reparto Siboney. Playa. Ciudad de La Habana. Teléfono 8581205.

****Calle 216 entre 11 y 13. Reparto Siboney. Playa. Ciudad de La Habana. Teléfono: 8581205.

*Licenciada en Cultura Física Terapéutica. Instructor Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón.

**Médico especialista Segundo Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Instructor Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón.

***Licenciada en Cultura Física Terapéutica.

**** Técnico Medio Superior en Terapia Física y Rehabilitación.

RESUMEN

La incontinencia urinaria tiene elevada prevalencia, preferentemente en mujeres, con efectos en la Calidad de Vida (CV). Estimamos la CV de pacientes con incontinencia urinaria y el impacto de la fisioterapia para reeducación del suelo pélvico sobre sus indicadores. Aplicamos a 21 pacientes el cuestionario de CV para incontinencia urinaria (I-QOL), al inicio del tratamiento, al tercero, sexto mes y al alta. Utilizamos terapia integral modificadora de

estilos de vida, electroestimulación superficial y/o intracavitaria, magnetoterapia, y kinesiología educativa-reeducativa del suelo pélvico. Valoramos mejoría física por uso de colectores, test de compresa y diario miccional. Los indicadores de continencia se transformaron positivamente. Los valores del I-QOL mejoraron desde el tercer mes; se duplicaron en algunos pacientes al sexto mes y al alta. El incremento total fue de 48.5 a 83 puntos al sexto mes del tratamiento, por lo que concluimos que los mejoraron los indicadores de la calidad de vida de pacientes incontinentes.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, Calidad de Vida, Tratamiento rehabilitador.

ABSTRACT

The urinary incontinence has high prevalence preferably among women, rebound in quality of Life. We evaluated Quality of Life of patient with urinary incontinence and the impact of the physiotherapy for the pelvic floor reeducation on QL indicators. We apply I-QOL questionnaire for urinary incontinence to 21 patients, at beginning treatment, the third and sixth month and to the high one. We used integral and modifier therapy of lifestyles, superficial electrotherapy y/o intracavitary, magnetotherapy, and educational-reeducational exercises of pelvic floor. Physical improvement was considered by collectors use, compress test and miccional daily. The indicators of continence transformed positively and values of I-QOL improved from third month, being duplicated in some patients to the sixth month and the high one. Total increase was from 48.5 to 83 at six month and we concluded that improved indicators of the quality of life in incontinent patients.

Key words: Urinary incontinence, quality of life, rehabilitative treatment.

INTRODUCCION

La Disfunción de Suelo Pélvico incluye una serie de trastornos de esta región que se manifiestan clínicamente como incontinencia urinaria, prolapso de órganos pélvicos en la mujer, incontinencia fecal, síndrome doloroso de la región pelvi-perineal y disfunción sexual por debilidad de la musculatura de la región ^{1, 2} entre otras. Las incontinencias urinarias son problemas de salud más frecuentes de lo que suele considerarse porque muchas veces permanecen ocultos; se reportan altas prevalencias en distintas regiones del mundo, a pesar de

que existe subregistro^{3, 4,5} Con frecuencia los pacientes no consultan por este problema, por desconocimiento de los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles, por vergüenza y por la creencia de que forma parte del proceso normal del envejecimiento.^{3, 6,7}

Se denomina "incontinencia de orina" a la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable y de magnitud, que constituye un problema higiénico o social y varía desde la provocada por los esfuerzos, la calificada como "de urgencia" y la mixta.² Cualquiera que sea la forma clínica o el sexo, la incontinencia urinaria constituye un problema de salud que deteriora la calidad de vida, limita la autonomía y repercute en el ámbito psicosocial, laboral, afectivo y sexual.^{8, 9, 10} Al igual que otras muchas afecciones, provoca sufrimiento físico y psíquico y ello repercute en la calidad de vida de quienes la padecen.^{10, 11, 12, 13}

El termino calidad de vida es de reciente aparición y ha sido divulgado principalmente dentro de las Ciencias Médicas. Es un concepto amplio, influenciado 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.¹⁴ La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud; se reconocen en ella tres dimensiones que global e integralmente pueden resumirse como:

a) Dimensión Física. Percepción del estado físico o la 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 las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

c) Dimensión Social. Percepción del individuo de las relaciones interpersonales y las funciones sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral, entre otras.¹⁵ Para estimar estas dimensiones, que son variables complejas, se emplean instrumentos relacionados con los aspectos que podrían estar afectados. En el caso de la incontinencia urinaria, existen varios instrumentos validados internacionalmente que se usan para valorar el impacto de la enfermedad y los efectos de los tratamientos.^{16, 17, 18}

En la incontinencia urinaria, la calidad de vida se ve afectada por la connotación física, psíquica y social que tiene este trastorno para el paciente, por lo que las alternativas

terapéuticas que permitan modificar el sufrimiento y la minusvalía constituyen estrategias de elección. Una de los más empleados ha sido el farmacológico, y también las técnicas quirúrgicas, pero sus resultados no son totalmente satisfactorios.^{19, 20} Más recientemente aparecen el uso de ejercicios, la fisioterapia y el tratamiento integral reeducativo del suelo pélvico^{21, 22, 23,24} con buenos resultados, habiéndose incorporado en nuestro servicio desde hace un año y que tiene como ventajas su inocuidad y poca invasividad.

En este trabajo, se pone de manifiesto el impacto del tratamiento integral reeducativo del suelo pélvico en la calidad de vida de pacientes de ambos sexos con incontinencia urinaria de diversos orígenes.

MATERIAL Y METODO

Realizamos un estudio prospectivo observacional, en el que se evaluó la repercusión de la incontinencia urinaria de diversos orígenes en la calidad de vida de pacientes de ambos sexos y su modificación como resultado de la aplicación de un tratamiento integral reeducativo del suelo pélvico. La muestra estuvo integrada por 21 pacientes de ambos sexos con incontinencia urinaria de las diversas formas clínicas que acudieron a la consulta de disfunción de suelo pélvico del CIMEQ, 19 del sexo femenino (95%) con edad promedio de 53,9 años y 3 del sexo masculino (10,8%) con edad promedio de 66,6 años.

Se evaluaron 17 pacientes (85 %), mediante pruebas convencionales de mejoría física, como la necesidad o no del uso de colectores, el *test* de la compresa y el diario miccional^{25, 26} y se les aplicó un cuestionario I-QOL de calidad de vida validado internacionalmente^{16, 17, 18} para incontinencia urinaria. Los pacientes quedaron distribuidos en dos grupos de acuerdo con los momentos en que se les realizó la evaluación: uno, al inicio del tratamiento y al alta (Grupo 1), y otro (Grupo 2) con evaluaciones al inicio, al tercero y al sexto mes del tratamiento.

El instrumento aplicado está conformado por 22 ítems que valoran las dimensiones psíquica, física y social con una puntuación máxima posible a alcanzar 110 puntos y de 5 puntos por ítem, según la opción de respuesta escogida por el paciente. Se tabularon los valores por cada ítem, calculando el acumulado total por paciente en los diferentes momentos de la evolución de acuerdo con la puntuación obtenida por ítem, así como los promedios. Este cuestionario se anexó a la historia clínica especializada que incluye los resultados de las pruebas funcionales y lo referido por los pacientes.

El tratamiento rehabilitador incluyó electroestimulación superficial y/o intracavitaria, kinesiología educativa-reeducativa del suelo pélvico, cambio de hábitos y costumbres, educación en salud y apoyo psicológico al paciente y la familia.

El posible efecto del tipo de incontinencia en la evolución después del tratamiento y si la calidad de la evolución estaba influida por el tipo de incontinencia se valoró mediante *test* de Chi cuadrado.

RESULTADOS

Del total de pacientes que acudieron a consulta de Disfunción de suelo pélvico, 21 presentaban algún tipo de incontinencia de orina, que representa 46% de los atendidos, coincidiendo con lo reportado en la literatura, que es más frecuente en las mujeres ²⁷ y que aumenta con la edad.²⁸ De 17 encuestados al inicio, solo 9 fueron evaluados evolutivamente al mes, al 3er mes y antes del alta; se constató una mejoría en todos los tratados. (Tabla 1). El resto abandonó el estudio y no se pudo aplicar el *test* evolutivo. Predominaron los pacientes con incontinencia mixta y de esfuerzo, a pesar de que en la literatura se reporta que son más frecuentes las de urgencia. ^{28, 29} No hubo cambios significativos en la evolución atendiendo al tipo de incontinencia, por lo que este factor parece no influir en los resultados del tratamiento (Chi cuadrado=3,641, grados de libertad=6, p=0,7251). Los 3 hombres con IU presentaron una mejoría evidente de la incontinencia, lo que resulta alentador, pues era una incontinencia secundaria a prostatectomía (Tabla 1).

Tabla 1: Distribución según tipo de incontinencia, sexo y resultados de la evolución

Tipo de Incontinencia	Nº Pacientes	Fem	Masc	Promedio edad	Encuestados		Mejoría
					Inicial	Evolutivo	
Mixta	9	9		51.1	6	1	1
Esfuerzo	6	6		50.3	6	3	3
Urgencia	3	3		66.6	2	2	2
Prostatectomía	3		3	66.6	3	3	3

Total	21	18	3	54.4	17	9	9
-------	----	----	---	------	----	---	---

Chi cuadrado=3,641, grados de libertad=6, p=0,7251

La Tabla 2 muestra la evolución post tratamiento integral y se observa que, de manera general, se produjo mejoría en todos los pacientes y en aquellos con incontinencia secundaria a la prostatectomía y de urgencia, la eficacia fue de 100%. Esta mejoría no estuvo influenciada por el tipo de incontinencia, (Chi cuadrado= 2,436 grados de libertad=2 p= 2956.) La mejoría clínica coincidió con una percepción de mejoría en la calidad de vida.

Tabla 2: Evolución post tratamiento integral

Tipo de Incontinencia	Nº pacientes	Evolución			Tiempo Tto.	% Efectividad
		Curados	Favorable	En Tto		
Mixta	9	5	1	3	1-3 meses	66.6
Esfuerzo	6	3	1	2	1-3 meses	66.6
Urgencia	3	1	2		1 mes	100
Post prostatectomía	3	3			4-6 meses	100
Total	21	12	4	5		76.1

Chi cuadrado= 2,436 grados de libertad=2 p= .2956

Al valorar los resultados de estimación de la calidad de vida, puede observarse en la Tabla 3 que al inicio del tratamiento los promedios de los ítems estuvieron entre 2 y 3.65, indicador de disminución de la percepción de bienestar de los pacientes. Las puntuaciones más bajas se encontraron en ítems que estiman estados afectivos, imagen personal, percepción de insatisfacción, a pesar de que los promedios se conformaron con valores de personas que perciben de diferente manera la enfermedad y sus limitaciones. De un máximo posible de 110 puntos a acumular, el promedio fue 65.43, (59% del valor total máximo posible a alcanzar) lo que hace considerar "disminuida" su calidad de vida como consecuencia de la enfermedad.³⁰

Tabla 3. Valores promedios para los ítems del cuestionario de calidad de vida en total de pacientes con incontinencia urinaria al inicio del tratamiento.

Puntajes asignados por ítem de acuerdo con las posibles elecciones de respuestas a las afirmaciones:

Siempre: 1

Casi siempre: 2

Moderado: 3

Un poco: 4

Nunca: 5

Máximo puntaje por ítem 5. A acumular por paciente 110

Item	Inicial
Me preocupa el hecho de no ser capaz de ir al servicio a tiempo.	3
Me preocupa toser o estornudar debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	2.86
Tengo que tener cuidado al ponerme de pie después de estar sentado debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	3.43
Me preocupa dónde están los servicios en lugares nuevos.	3
Me siento deprimido debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	2.91
Debido a mis problemas urinarios o de incontinencia, no me siento capaz de salir de mi casa durante largos períodos de tiempo(viajar)	2.91
Me siento frustrada porque mis problemas urinarios o de incontinencia me impiden hacer lo que quiero.	3.26
Me preocupa que otros puedan sentir el olor de la orina en mí.	2.95
La incontinencia está siempre en mi mente.	3.04
Es importante para mí hacer viajes frecuentes al servicio.	2.0
Debido a mis problemas urinarios o de incontinencia es importante planear cada detalle con anticipación.	3.17
Me preocupan mis problemas urinarios o de incontinencia que se empeoran a medida que envejezco.	2.60
Tengo dificultad para conciliar el sueño durante toda la noche debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	3.30
Me preocupa estar avergonzado o humillado debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	3.30
Mis problemas urinarios o de incontinencia me hacen pensar que no soy una persona sana.	3.17
Mis problemas urinarios o de incontinencia me hacen sentir indefenso.	3.65

No me siento a gusto debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	2.39
Me preocupa orinarme encima.	2.60
Siento que no tengo control sobre mi vejiga.	2.69
Tengo que controlar, qué o cuánto bebo debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	3.08
Mis problemas urinarios o de incontinencia limitan mis opciones de ropa.	3.21
Me preocupan mis relaciones sexuales debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	2.82
Total puntos acumulados.	65.43

En el Grupo 1 de pacientes, 13 de los 22 ítems tienen valores muy bajos al inicio del tratamiento; se incrementó al final de la terapia, en ocasiones hasta valores cercanos a 5 (Tabla 4), incluso en aquellos que estiman estados afectivos, más difíciles de modificar por el impacto que provocan en la autoimagen y la imagen social del enfermo³¹ y el puntaje total aumentó de 59 a 88. En este grupo, sólo aparecen dos evaluaciones, porque al inicio del estudio no habíamos determinado la importancia de los cortes evolutivos parciales como indicadores de progreso en la valoración de la calidad de vida.

Tabla 4. Resultados evolutivos para los ítems del cuestionario de calidad de vida en pacientes del Grupo 1 al inicio y al finalizar el tratamiento con terapia integral rehabilitadora por Incontinencia urinaria.

Item	Inicial	Evolutivo 1
Me preocupa el hecho de no ser capaz de ir al servicio a tiempo.	2.5	3.5
Me preocupa toser o estornudar debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	2.5	4.25
Tengo que tener cuidado al ponerme de pie después de estar sentado debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	4	4
Me preocupa donde están los servicios en lugares nuevos.	2.5	4
Me siento deprimido debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	3.25	4.25

Debido a mis problemas urinarios o de incontinencia, no me siento capaz de salir de mi casa durante largos períodos de tiempo(viajar).	3.75	4.5
Me siento frustrada porque mis problemas urinarios o de incontinencia me impiden hacer lo que quiero.	3.25	4.75
Me preocupa que otros puedan sentir el olor de la orina en mí.	2.5	3.25
La incontinencia está siempre en mi mente.	2.25	4
Es importante para mí hacer viajes frecuentes al servicio	2	3.25
Debido a mis problemas urinarios o de incontinencia es importante planear cada detalle con anticipación.	2.25	4.25
Me preocupan mis problemas urinarios o de incontinencia que se empeoran a medida que envejezco.	2	3.75
Tengo dificultad para conciliar el sueño durante toda la noche debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	3	3.75
Me preocupa estar avergonzado o humillado debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	2.75	4.75
Mis problemas urinarios o de incontinencia me hacen pensar que no soy una persona sana.	2.25	3.73
Mis problemas urinarios o de incontinencia me hacen sentir indefenso.	3	4.5
No me siento a gusto debido a mis problemas urinarios o de incontinencia	1.75	4
Me preocupa orinarme encima.	2.5	4.4
Siento que no tengo control sobre mi vejiga.	2.5	4
Tengo que controlar, qué o cuánto bebo debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	2.75	3.5
Mis problemas urinarios o de incontinencia limitan mis opciones de ropa.	2.75	3.75
Me preocupan mis relaciones sexuales debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	3	3.75
Total puntos acumulados.	59	88

En pacientes que se mantienen en terapia, aumentaron los valores promedio para todos los ítems, con incrementos relevantes en, al menos, 13; mientras otros se mantuvieron igual o con modificación escasa al tercer mes de rehabilitación (Tabla 5). En el sexto mes, los cambios son sustanciales; se alcanzaron puntuaciones cercanas al máximo en 6 ítems, aún en aquellos que estiman dimensión psíquica que se relacionan con autoimagen, imagen social y angustia por la enfermedad. El puntaje total aumentó desde el tercer mes y casi se duplicó en el sexto.

Tabla 5. Resultados evolutivos para los ítems del cuestionario de calidad de vida en pacientes del Grupo 2 que están aún en tratamiento por Incontinencia urinaria. Máximo puntaje por ítem 5

Item	Inicial	Evolutivo 1	Evolutivo 2
Me preocupa el hecho de no ser capaz de ir al servicio a tiempo.	2.25	3.25	4.3
Me preocupa toser o estornudar debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	2	3.25	4.33
Tengo que tener cuidado al ponerme de pie después de estar sentado debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	2.25	4	4
Me preocupa dónde están los servicios en lugares nuevos.	2.25	3.5	4.33
Me siento deprimido debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	2.5	2.5	3
Debido a mis problemas urinarios o de incontinencia, no me siento capaz de salir de mi casa durante largos períodos de tiempo (viajar)	2	2.5	3.33
Me siento frustrada porque mis problemas urinarios o de incontinencia me impiden hacer lo que quiero.	2	2.5	3
Me preocupa que otros puedan sentir el olor de la orina en mí.	1.75	3.75	4.66
La incontinencia está siempre en mi mente.	1.75	3.18	2

Es importante para mí hacer viajes frecuentes al servicio.	2	3	3.66
Debido a mis problemas urinarios o de incontinencia es importante planear cada detalle con anticipación.	2.5	2.75	3.33
Me preocupan mis problemas urinarios o de incontinencia que se empeoran a medida que envejezco.	2.25	2.5	4.66
Tengo dificultad para conciliar el sueño durante toda la noche debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	2	3.75	3
Me preocupa estar avergonzado o humillado debido a mis problemas urinarios o de incontinencia	2.25	4	4.66
Mis problemas urinarios o de incontinencia me hacen pensar que no soy una persona sana.	2.75	3.75	4.66
Mis problemas urinarios o de incontinencia me hacen sentir indefenso.	3.5	4.33	4.75
No me siento a gusto debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	1.75	3	3.33
Me preocupa orinarme encima.	1.75	1.75	2.33
Siento que no tengo control sobre mi vejiga.	2	3.25	4
Tengo que controlar, qué o cuánto bebo debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	2.75	3	4.33
Mis problemas urinarios o de incontinencia limitan mis opciones de ropa.	2.5	3.5	4.66
Me preocupan mis relaciones sexuales debido a mis problemas urinarios o de incontinencia.	1.75	2.5	3
Total de puntos acumulados.	48.5	69	84

El acumulado total se incrementó desde 44% del máximo posible a alcanzar hasta 75% en el sexto mes, y en el ítem 17, que indica percepción de insatisfacción, el aumento fue relevante; se llegó a duplicar el valor inicial al tercer mes y un poco más del doble en el sexto.

DISCUSION

Los resultados obtenidos con la terapia de reeducación del suelo pélvico constituyen una evidencia de que esta modalidad terapéutica no invasiva es una alternativa eficaz para el tratamiento de la incontinencia urinaria. En el caso de los hombres con incontinencia urinaria, la mejoría en los síntomas y signos resulta alentadora, pues se trata de una afección secundaria a la prostatectomía y esta intervención está reportada como una de las principales causas de incontinencia urinaria masculina por los posibles daños que se producen en la inervación de la zona.³² A pesar de que se han publicado resultados similares,³³ deberán realizarse estudios con un número mayor de casos para demostrar si este resultado posee suficiente consistencia para valorar efectiva la terapia.

En la evolución post tratamiento integral, puede observarse que la mejoría no estuvo influenciada por el tipo de incontinencia, lo cual habla a favor de las bondades del tratamiento para cualquiera de las formas clínicas con las que se manifiesta la enfermedad, y la coincidencia clínica con la percepción de mejoría en la calidad de vida puede interpretarse como indicador de éxito de la terapia, aún en pacientes que posiblemente tuvieron una lesión por daño en los nervios regionales durante una intervención quirúrgica.³⁴

Aunque los valores totales no llegaron a la cifra máxima posible de alcanzar podemos considerar que existió mejoría y los incrementos en las cifras por los distintos ítems constituyen un indicador de la percepción de bienestar de los pacientes como consecuencia del tratamiento. Llegar a estos puntajes en pacientes incontinentes podría resultar difícil, porque durante años han sufrido disminución de su autoestima y de la autoimagen social por lo que representa en nuestra cultura el control de los esfínteres, lo que lleva a la ocultación de la incontinencia, al bochorno y el posible rechazo, lástima o burla y ver dañada su valoración social.³⁵

El aumento hasta casi el doble en el acumulado total en el sexto mes, evidenció que se produjeron cambios relevantes en la percepción de los enfermos acerca de su calidad de vida,³⁶ y, en particular, en aquellos ítems que valoran percepción de satisfacción son indicadores de que el impacto del tratamiento sobre la calidad de vida de los pacientes es grande y la eficiencia de la terapia de rehabilitación del suelo pélvico es incuestionable.

En investigaciones realizadas por otros autores, se reporta que la afectación en la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria es elevada, tanto en relación con sus

posibilidades de actividad física como en su imagen y que esta afectación se incrementa con la edad, con la gravedad de la incontinencia y con la sintomatología urinaria,⁸ por lo que lograr que estas valoraciones se modificaran en un período relativamente corto de tiempo en una entidad de difícil manejo, puede considerarse muy alentador.

La incontinencia urinaria se encuentra asociada de manera significativa con la depresión y con trastornos del sueño,¹² lo que influye negativamente en la calidad de vida de las personas, de modo que al mejorar las manifestaciones de la incontinencia se benefician también estas esferas, cuya disfunción se conoce que alteran el correcto funcionamiento de múltiples sistemas del organismo y la calidad de la vida, en general, a pesar de que en la mayoría de los instrumentos que la miden se obvia los aspectos relacionados con el sueño.

Si bien en algunos trabajos se plantea que las afectaciones podrían estar relacionadas más con el enfrentamiento de los individuos ante la enfermedad que con la gravedad de la incontinencia en sí misma, están de acuerdo en que todos tienen disminución de su funcionamiento social, y que las repercusiones en la calidad de vida se incrementan con el tiempo y con la intensidad de los síntomas,⁹ por lo que rescatar al paciente y reincorporarlo a la vida cotidiana es en sí un logro de esta terapia, lo cual determina que se recomienden programas de salud encaminados a resolver esta problemática de salud.¹²

Esta terapia contempla no solamente la aplicación de medios físicos para la rehabilitación sino que incluye modificaciones de hábitos y estilos de vida, con educación en salud y terapia grupal como apoyo psicológico a los pacientes, lo que posibilitará que una vez reinsertados en su medio familiar y comunitario mantengan los hábitos aprendidos y se reduzcan las posibles recidivas de la enfermedad.¹¹

CONCLUSIONES

Un tratamiento integral modificador de hábitos y estilos de vida, que abarca educación en salud, electroestimulo superficial y/o intracavitario, kinesiología educativa-reeducativa del suelo pélvico, demostró modificaciones positivas en la calidad de vida del paciente incontinente al reducirse los indicadores de alteraciones físicas y psíquicas, y elevarse los valores de los puntajes totales y por ítem en el instrumento empleado para estimar calidad de vida. La terapia rehabilitadora, utilizando métodos físicos, ha demostrado su inocuidad, poca

invasividad y beneficios para los enfermos, los que reciben con agrado este tipo de intervención y se convierten, a su vez, en divulgadores de las ventajas y eficacia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, Spino C, Whitehead WE, Wu J, Brody DJ. Pelvic Floor Disorders Network. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*. 300:1311-6;2008.
2. International Continence Society. Standardization of terminology of lower urinary tract function. *Urology*. 9: 237-42;1997.
3. Hunskaar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Mallett VT. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 11:301-19;2000.
4. Nihira MA, Henderson N. Epidemiology of urinary incontinence in women. *Curr Womens Health Rep*.3:340-7;2003.
5. Vargas C, Arch A. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *JANO.es. Newsletter*. 2008. Elsevier. 12:19.
6. Waetjen, L. Elaine. False menopausal basis of urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 111: 667-77;2008.
7. Hannestad YS, Routveit G, Sandvid H. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence. The Norwegian EPICONT Study. *J. Clin Epidemiol*. 53:1150-57;2000.
8. Córcoles MB, Sánchez SA, Bachs GJ, Moreno DM, Navarro PH, Rodríguez VJ. Quality of life in patients with urinary incontinence *Actas Urol Esp*.32:202-10;2008.
9. Lenderking WR, Nackley JF, Anderson RB, Testa MA. A review of the quality-of-life aspects of urinary urge incontinence. *Pharmacoeconomics*.9 :11-23;1996.

10. Herrera Pérez A, Arriagada Hernández J, González Espinoza C, Leppe Zamora J, Herrera Neira F. Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp.* 32:624-28;2008.
11. Azuma R, Murakami K, Iwamoto M, Tanaka M, Saita N, Abe Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence and its influence on the quality of life of Japanese women. *Nurs Health Sci.*10:151-8;2008.
12. Shin KR, Kang Y, Oak J. The relationship of quality of sleep, depression, late-life function and disability (LLFDI) in community-dwelling older women with urinary incontinence *Taehan Kanho Hakhoe Chi.*38:573-81;2008.
13. Huang AJ, Brown JS, Kanaya AM, Creasman JM, Ragins AI, Van Den Eeden SK, Thom DH. Quality of life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse older woman. *Arch Intern Med.* 166:2000;2006.
14. González, U, Amarillo Mendoza MA. y Grau Abalo J. La calidad de vida como problema de la bioética. Particularidades en la salud humana. En "Bioética desde una perspectiva cubana". Editor José Ramón Acosta Sariego. Ediciones Acuario. Editorial Félix Valera. Tercera Edición. 2007. Versión electrónica ISBN: 987-959-7071-41-9.
15. González Pérez, U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 28(2): 2002. [Citado 2008-12-06], p. 157-175. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext_pid=S0864-34662002000200006&lng=es_nrm=iso>. ISSN 0864-3466
16. Van der Vaart CH, Leeuw de JR, Roovers JP, Heintz AP. Measuring health-related quality of life in women with urogenital dysfunction: the urogenital distress inventory and incontinence impact questionnaire revisited. *Neurourol Urodyn.* 22:97-104;2003.
17. Murphy M, Culligan PJ, Arce CM, Graham CA, Blackwell L, Heit MH. Construct validity of the incontinence severity index. *Neurourol Urodyn.*25(5):418-23;2006.

18. Cam C, Sakalli M, Ay P, Cam M, Karateke A. Validation of the short forms of the incontinence impact questionnaire (IIQ-7) and the urogenital distress inventory (UDI-6) in a Turkish population. *Neurourol Urodyn*.26:129-3;2007.
19. Hockey J. A Woman's Guide to Urinary Incontinence. *J Obstet Gynaecol*. 28:560-71;2008.
20. Starczewski A, Brodowska A, Brodowski J. Epidemiology and treatment for urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women *Pol Merkur Lekarsk*.25:74-6;2008.
21. Hay-Smith EJ, Bø K, Berghmans LC, Hendriks HJ, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. 2001 Cochrane Database Syst Date 2001. Rev 2007 Oct 18 CD001407.
22. Di Benedetto P, Coidessa A, Floris S. Rationale of pelvic floor muscles training in women with urinary incontinence. *Minerva Ginecol*.60: 529-41;2008.
23. Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women *Cochrane Database Syst* 2000 Rev 2008 Sept. 8:CD007471.
24. Peterson JA. Minimize urinary incontinence: maximize physical activity in women. *Urol Nurs*.28:351-6;2008.
25. Rioja Toro J, González Rebollo A, Estévez Poy P. Pruebas de Evaluación en la Incontinencia Urinaria Femenina. Rehabilitación. *Rev Soc Esp Rehab Med Fis*. 39; 358-71;2005.
26. Higa R, Lopes MH. Evaluation of an expert system on nursing diagnoses related to urinary elimination. *Rev Bras Enferm*.61:565-9;2008.
27. Mallett VT. Female urinary incontinence: what the epidemiologic data tell us. *Int J Fertil Womens Med*. .50:12-7;2005.

28. Holroyd-Leduc JM, Tannenbaum C, Thorpe KE, Straus SE. What type of urinary incontinence does this woman have? *JAMA*. 299:1446-56;2008.
29. Fritel X, Schaal JP, Fauconnier A, Bertrand V, Levet C, Pigné A. Pelvic floor disorders four years after first delivery: A comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *Gynecol Obstet Fertil*. 36:991;2008.
30. Murphy M, Culligan PJ, Arce CM, Graham CA, Blackwell L, Heit MH. Construct validity of the incontinence severity index. *Neurourol Urodyn*. 25:418-23;2006.
31. Borello-France DF, Downey PA, Zyczynski HM, Rause CR. Continence and Quality-of-Life Outcomes 6 Months Following an Intensive Pelvic-Floor Muscle Exercise Program for Female Stress Urinary Incontinence: A Comparison of Low- and High-Frequency Maintenance Exercise. *Phys Ther*.35:128-132;2008.
32. Ercolano E. Follow up of men post-prostatectomy: who is responsible? *Urol Nurs*. 28:370-7;2008.
33. Bauer RM, Bastian PJ, Gozzi C, Stief CG Postprostatectomy Incontinence: All About Diagnosis and Management. *Eur Urol*. 55: 322-33;2008.
34. Coyne KS, Zhou Z, Thompson C, Versi E. The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary. *BJU Int*. 92:731-5;2003.
35. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher CJ, Milsom I. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU Int*. 101:1388-95;2008.
36. Hagglund D, Walter-Engstrom ML, Razón G, Leppert J. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. *Urol*.169:24- 27;2003.