

# Calidad de vida en gestantes con incontinencia urinaria de esfuerzo

Dras. Angely Pacheco Salas<sup>1</sup>, Carly Uzcátegui Machuca<sup>1</sup>, Aracelis Verenzuela<sup>2</sup>.

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la calidad de vida en gestantes con incontinencia urinaria de esfuerzo.

**Método:** estudio prospectivo, descriptivo, transversal que incluyó 350 gestantes, se utilizaron tres cuestionarios: el de Consulta Internacional de Incontinencia, el de vejiga hiperactiva V8 y el de salud Kings. Se relacionaron las variables con edad de gestación y paridad.

**Resultados:** la frecuencia de incontinencia urinaria fue 61,7 %. El orden de frecuencia fue: esfuerzo, 48,6 % y urgencia, 15,3 %. No hubo asociación con el trimestre de gestación ( $p=0,683$ ) ni la paridad ( $p=0,776$ ). El síndrome de vejiga hiperactiva se presentó en 55,1 %, sin relación con la edad gestacional ( $p=0,743$ ) o paridad ( $p=0,526$ ). El impacto en la calidad de vida fue referido por 76,2 % de las pacientes. El dominio más afectado fue: actividades realizadas para enfrentar la incontinencia ( $31 \pm 15$  %), el menos afectado fue el de las relaciones personales ( $8 \pm 2$  %), la afectación de los dominios según el trimestre de embarazo no fue significativa ( $p>0,05$ ).

**Conclusiones:** se evidencia una frecuencia elevada de incontinencia urinaria durante la gestación, siendo la más frecuente la incontinencia urinaria de esfuerzo, esta tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las gestantes y en el desenvolvimiento de sus actividades diarias.

**Palabras Clave:** Incontinencia urinaria, Calidad de vida, Embarazo.

## SUMMARY

**Objective:** To evaluate the quality of life in pregnant women with stress urinary incontinence.

**Methods:** A prospective, descriptive, cross-sectional study included 350 pregnant women, three questionnaires were used: the International Consultation incontinence, overactive bladder V8 and King's Health. Variables with gestational age and parity were related.

**Results:** The frequency of urinary incontinence was 61.7%. The order of frequency was: effort and urgency 48.6%, 15.3%. There was no association with the trimester ( $p=0.683$ ) and parity ( $p=0.776$ ). Overactive bladder syndrome occurred in 55.1%, no relation to gestational age ( $p=0.743$ ) and parity ( $p=0.526$ ). The impact on quality of life was reported by 76.2% of patients. The most affected domain was: activities to address incontinence ( $31 \pm 15\%$ ), the least affected was the personal relationships ( $8 \pm 2$ ), the affection of domains according trimester was not significant ( $p>0.05$ ).

**Conclusions:** A high frequency of IU evidenced during pregnancy, the most frequent was stress urinary incontinence. There is a negative impact on the quality of life of pregnant women and the development of their daily activities.

**Keywords:** Urinary incontinence, Quality of Life, Pregnancy

## INTRODUCCIÓN

Durante algún tiempo la incontinencia urinaria (IU) se definió como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, demostrable de forma objetiva y que ocasionaba un problema social y de higiene (1), sin

embargo, la definición de la incontinencia urinaria ha sufrido muchos cambios a lo largo del tiempo. En 2002, la *International Continence Society* (ICS) excluyó la objetivación y el aspecto social e higiénico y se llegó a la conclusión actualmente vigente de que la IU es la queja de cualquier fuga involuntaria de orina por parte de la paciente (2, 3), que afecta aproximadamente a 51 % de las mujeres a lo largo de su vida (4).

<sup>1</sup>Médicos egresadas del Programa de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Central de Venezuela con sede en la Maternidad Concepción Palacios. <sup>2</sup>Médico especialista en Obstetricia y Ginecología, uroginecólogo, adjunto del Servicio de Ginecología de la Maternidad Concepción Palacios.

La primera definición de la IU propuesta por la ICS, en el año 1998, fue la emisión involuntaria de

orina, objetivamente demostrable y que origina un problema social o higiénico. Esta definición, aunque estandarizada, fue criticada por algunos autores porque no era factible aplicarla en los estudios epidemiológicos. Es bien conocido que este tipo de estudios tienen una muestra muy grande y, por tanto, es técnicamente imposible demostrar de forma objetiva la pérdida urinaria en cada una de las pacientes. Por otra parte, estos autores discutieron si el aspecto social e higiénico de la definición era apropiado para ser utilizado en la investigación etiológica de la IU (5, 6).

Se ha demostrado que la IU es una enfermedad que afecta significativamente la calidad de vida de la persona que la padece, restringiendo gradualmente su autonomía, les impide llevar una vida normal, perturba el sueño, limita hacer actividades físicas exigentes, causa daños a la autoestima, provoca aislamiento, y la reducción, por vergüenza, de las actividades diarias, como ir de compras o mantener una vida social (7).

La incontinencia urinaria al esfuerzo (IUE) es la pérdida involuntaria de orina al ejercicio físico, estornudo o tos (3), común entre las mujeres y que, por su elevada prevalencia, impacto físico, psicológico y social se ha convertido en un problema de salud pública (8), afecta de 20 % a 40 % de la población femenina (9) y tiene una prevalencia durante el embarazo, que varía entre 32 % - 64 % (8). En relación a los factores de riesgo que se asocian al desarrollo o presencia de IU, se encuentran la edad avanzada, el aumento del índice de masa corporal (IMC), la diabetes mellitus, los embarazos y partos, la historia de histerectomía y el inicio de la menopausia (10).

Durante la gestación el organismo materno sufre modificaciones funcionales y anatómicas generales y también en el tracto urinario bajo, que las predisponen a desarrollar IU (11). En esta etapa, ocurre una serie de cambios anatómicos y fisiológicos en todo el tracto urinario, fundamentalmente fenómenos compresivos del útero grávido sobre la vejiga, que origina un aumento de la presión intravesical, por lo que una proporción de mujeres pueden experimentar incontinencia urinaria o empeoramiento de la misma durante la gestación, sobre todo en el tercer trimestre (12). Estos cambios también pueden predisponer a la gestante a desarrollar síntomas de llenado de la vejiga como lo es el síndrome de vejiga hiperactiva (VHA) (13). Las embarazadas incontinentes

pueden presentar ansiedad, depresión, aislamiento y exclusión social, generando sufrimiento y enfrentándolas a dificultades para manejar esa situación (8).

Desde el punto de vista social y personal, la incontinencia urinaria de esfuerzo afecta la autoestima de la paciente, implica aislamiento y reduce la calidad de vida (11). Un alto porcentaje de las mujeres con incontinencia urinaria no acuden a los servicios médicos, menos de 40 % de las pacientes discuten sus síntomas con su médico tratante. La mayoría de estas pacientes acuden al médico solo cuando los síntomas se vuelven más graves. El retraso en la búsqueda de atención médica se debe, quizás, a la pena que origina la enfermedad o a la falta de conocimiento de esta (14). Algunas mujeres piensan que los síntomas de la incontinencia urinaria forman parte de los cambios fisiológicos durante la gestación, lo que conlleva a la demora de la búsqueda de atención médica (15).

El interés por el concepto y la medida de la calidad de vida en el área de la salud surge por varios motivos. Por un lado, el entendimiento de la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, no solamente como la ausencia de enfermedad y dolencia; por otro lado, el extraordinario desarrollo de nuevos productos farmacológicos y de tecnología sanitaria, han propiciado el interés por la medida de la calidad de vida, cuyo propósito consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo (16). Así pues, el bienestar físico y emocional son los dos aspectos más importantes, aunque hay que considerar otros como el sueño, ansiedad, fatiga, depresión, comunicación, relaciones con la pareja, relaciones sociales, entre otros (17). Actualmente, el término calidad de vida se ha venido utilizando en medicina debido al interés de evaluar los cambios de esta como resultado de intervenciones o cuidados médicos para establecer el impacto de la enfermedad en la vida diaria, es decir, es una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes (18).

Múltiples autores describen la presencia de IU durante la gestación. Dicha IU es más frecuente en multíparas (19), y se asocia a incontinencia urinaria previa al embarazo (19-21). Algunos autores han señalado igual frecuencia en los distintos trimestres (19), pero otros han descrito un aumento de la frecuencia según progresa el

embarazo (22, 23). La IUE es el tipo IU más frecuente en la gestación (23 - 25) y la incontinencia posparto oscila, para los diferentes autores, en alrededor de 10 % (20, 22, 26).

Los factores de riesgo para IU posparto, señalados con mayor frecuencia, son la edad, las mujeres incontinentes en el tercer trimestre son significativamente mayores que los continentes (21, 27), la duración de la segunda etapa del parto, la circunferencia cefálica, la episiotomía y el peso del recién nacido al nacer (28), el aumento del índice de masa corporal y la incontinencia preexistente (21, 27), la paridad se considera un factor de riesgo fuerte y significativo para la incontinencia antes del embarazo y posparto (21, 24, 27, 29). Las mujeres con IUE durante el embarazo muestran niveles de relaxina más bajo, lo que sugiere un papel importante de esta hormona en el mantenimiento de la continencia urinaria durante el embarazo (22).

En relación a la operación cesárea, se ha considerado un factor protector, 13 % de las gestantes presenta incontinencia urinaria persistente (IUP) después del parto en comparación con ninguna de las que se someten a operación cesárea ( $p < 0,05$ ) (28).

También se ha descrito la resolución espontánea de la IU en el posparto, con solo 4 % de incontinencia de esfuerzo persistente tres meses después del parto y al año apenas 3 %. Sin embargo, en embarazos subsecuentes, estas pacientes se encuentran en mayor riesgo de incontinencia, más grave, con inicio más temprano y persistencia más allá del puerperio (28, 30).

En relación al efecto sobre la calidad de vida de las mujeres, Mascarenhas y col. (30), en 2003, informaron que la IU afecta negativamente las relaciones sociales y en particular interfiere con la actividad sexual. También Dolan y col. (31), en 2007, encontraron que la IU afecta las relaciones sexuales, sin embargo, la calidad de vida de las mujeres embarazadas se encontró solo ligeramente afectada. Esto puede deberse a que los síntomas de IU no son graves, además, las gestantes tienden a considerar que se trata de un síntoma común asociado con el embarazo y una consecuencia del parto en el período posparto. Sacomori y col. (27), en 2013, encontraron que, entre las mujeres con IU en el tercer trimestre, 25,7 % dijo que la pérdida no interfirió en

la vida cotidiana, mientras que 41,0 % dijo que tal condición interfirió muy a menudo.

Siguiendo las directrices de la ICS, la incontinencia urinaria y las disfunciones miccionales se pueden clasificar de acuerdo con criterios sintomáticos: (3)

- Incontinencia urinaria de esfuerzo: se define como la percepción del escape de orina con el esfuerzo (como por ejemplo tos y estornudo). Se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia.
- Incontinencia urinaria de urgencia (IUU): es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia. Se entiende como urgencia cuando el paciente se queja de la aparición súbita de un deseo miccional claro e intenso, difícil de demorar. Esta sensación de urgencia es consecuencia de una contracción involuntaria del músculo detrusor de la vejiga, pero puede de ser también secundaria a otras causas, como estenosis uretral.
- Incontinencia urinaria postural: queja de pérdida de orina asociada a cambios de posición.
- Enuresis: queja de pérdida involuntaria de orina que ocurre durante el sueño.
- Incontinencia urinaria mixta: queja de pérdida involuntaria de orina asociada con urgencia y con esfuerzo físico.
- Incontinencia urinaria continua: queja de pérdida involuntaria de orina continua.
- Incontinencia urinaria insensible: queja de incontinencia urinaria cuando la paciente no está consciente del momento en que ocurrió.
- Incontinencia coital: queja de pérdida involuntaria de orina con el coito, puede ocurrir durante la penetración y el orgasmo.

Según los síntomas de llenado vesical se pueden clasificar en: (3)

- Aumento de la frecuencia urinaria diurna: la micción se produce con frecuencia mayor de lo normal en las horas de vigilia.

- Nocturia: la interrupción del sueño una vez o más veces por la necesidad de orinar, cada micción va precedida y seguida de sueño.
- Urgencia: deseo repentino que obliga a orinar y es difícil diferir.
- Síndrome de vejiga hiperactiva: urgencia miccional, generalmente acompañada de aumento de la frecuencia y nocturia, con o sin IUU, en ausencia de infección urinaria u otra patología evidente.

La incontinencia urinaria es un problema sanitario importante en todo el mundo, puesto que sus repercusiones se reflejan tanto a nivel personal, como en la misma concepción de la sociedad.

Durante el embarazo ocurren cambios morfológicos y fisiológicos a todos los niveles de las vías urinarias. Estas alteraciones pueden producir una serie de síntomas y trastornos patológicos. Aunque algunos de estos trastornos son benignos y de naturaleza compensadora, otros afectan de manera adversa a la madre, al feto o a ambos. La incidencia de este problema en el embarazo puede ser subestimada, ya que muchas mujeres no buscan tratamiento por vergüenza, además, a menudo lo perciben como un síntoma normal de gestación, cuyas molestias desaparecerán con el tiempo, pero es posible que algunos persistan mucho tiempo después de que el embarazo termina, con repercusiones importantes sobre la salud y la calidad de vida (32).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes (33).

La calidad de vida de un individuo se determina a través de:

- Cuántas y cuáles son las necesidades que tiene o no satisfechas y en qué grado
- Cuántas y cuáles de sus aspiraciones personales son factibles de ser realizadas.

Las necesidades de las personas se clasifican en cuatro tipos:

1. Físicas: trabajo, educación, vivienda, ingresos, etc.
2. Intelectuales: aprendizaje, desarrollo y crecimiento personal, etc.
3. Emocionales - sociales: relaciones, salud emocional, uso del tiempo libre, etc.
4. Espirituales: auto-realización, renovación personal, sentido de trascendencia.

La calidad de vida abarca todas y cada una de estas áreas; en ese sentido, incluye las decisiones diarias de una persona en cada una de sus emociones respecto a las situaciones que vive y su ideal de futuro en cada dimensión; así mismo, está muy relacionada con la búsqueda del sentido que tiene su vida, la cual depende de los valores y la pertenencia a una comunidad y la claridad de las metas propuestas (34).

Cabe señalar, que varios estudios han tratado de medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en las mujeres incontinentes. Estos estudios varían en su diseño, metodología, criterios de diagnóstico de incontinencia urinaria e incluso definición de calidad de vida. Sin embargo, en todos ellos se expone que la incontinencia urinaria tiene un impacto negativo notable sobre múltiples aspectos de la vida diaria, tanto en el entorno social (menor interacción social o mayor aislamiento, abandono de algunas aficiones, etc.), como en el físico (limitaciones a la práctica deportiva), sexual (pérdida de la actividad sexual, evitación de la pareja), psicológico (pérdida de la autoestima, apatía, depresión, sentimientos de culpabilidad, etc.), laboral (ausentismo, menos relación) y doméstico (precauciones especiales con la ropa, protección de la cama, entre otras) (35). La incontinencia urinaria afecta más a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las más jóvenes y está relacionada con el tipo de incontinencia urinaria de que se trate (36).

La ICS recomienda incluir parámetros de calidad de vida en la evaluación de los tratamientos de la IU utilizando cuestionarios mixtos de síntomas y calidad de vida. Existen dos cuestionarios específicos para evaluar la calidad de vida de mujeres con incontinencia urinaria validados en España. Uno es el *King's Health Questionnaire* (KHQ) y el otro es la versión española

del cuestionario de la *International Consultation on Incontinence Short Form* (ICIQ-SF). Así se termina poniendo de manifiesto que el impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), depende del estilo de vida, la edad, el nivel sociocultural, y las experiencias personales y no tanto de la gravedad de los síntomas (37, 38).

El *International Consultation on Incontinence Questionnaire –Short Form* (cuestionario corto de consulta internacional de incontinencia), conocido como ICIQ- SF, es el primer cuestionario breve que permite no solo detectar la incontinencia urinaria, sino, categorizar las pacientes de acuerdo con la gravedad de los síntomas y el grado de preocupación que estos les generan, desarrollado bajo el auspicio de ICS y altamente aceptado. Se compone de cuatro secciones: las dos primeras secciones incluyen preguntas relacionadas con la frecuencia y gravedad de la pérdida de orina, la tercera evalúa el impacto de la IU en la calidad de vida de la paciente, y la cuarta sección incluye ocho artículos relacionados a los síntomas para ayudar a determinar el tipo de IU (37). Es, por tanto, un cuestionario mixto que permite diagnosticar síntomas de incontinencia, clasificarla y además valorar como se afecta la calidad de vida con la presencia de los mismos.

El *King's Health Questionnaire* (cuestionario de salud King) es un instrumento para la medida de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. Consta de 21 ítems distribuidos en 9 dimensiones: percepción del estado de salud general; impacto de la IU en la vida, limitación en las actividades diarias; limitaciones sociales, limitaciones físicas, relaciones personales, emociones, sueño/energía, e impacto de la incontinencia. Cada ítem del KHQ tiene una escala de respuesta tipo Likert, con 4 posibles opciones. El rango de puntuaciones de cada dimensión va de 0 (mejor calidad de vida) a 100 (peor calidad de vida). Este cuestionario está diseñado para ser auto administrado (38).

Para el diagnóstico de síndrome de vejiga hiperactiva existe el cuestionario VHA-V8, el cual evalúa, con 8 preguntas, los síntomas como frecuencia, urgencia e incontinencia (39); tiene una sensibilidad y especificidad elevadas, 98 % y 82,7 % respectivamente. Tener un puntaje mayor o igual a ocho representa un factor de riesgo hasta 95 veces para tener VHA (40).

El presente estudio se realizó con el objetivo de evaluar la calidad de vida en gestantes con incontinencia urinaria de esfuerzo que acuden a la consulta de control prenatal de la Maternidad Concepción Palacios.

## MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio de tipo prospectivo, descriptivo, correlacional, de corte transversal, que incluyó una muestra probabilística de 358 gestantes con embarazos simples, con manifestaciones o no de incontinencia urinaria. Se excluyeron aquellas que tenían diagnósticos de incontinencia urinaria previa, infección urinaria activa, las que no completaron el cuestionario y las que tenían enfermedades neurológicas, desmielinizantes. Todas las pacientes firmaron el formulario de consentimiento informado para ser incluidas en el estudio. Se aplicó el cuestionario ICIQ-SF para obtener el diagnóstico de IU de acuerdo a la suma de los ítems 1, 2 y 3 y cómo esta afecta la calidad de vida, y que tipo de IU, según su clasificación clínica, con el resultado del ítem 4. Para obtener la información requerida para diagnóstico de vejiga hiperactiva se aplicó el cuestionario VHA-V8, con el cual se diagnosticaba VHA en las pacientes que obtenían una puntuación de 8 o más. Se usó el KHQ's (autoadministrado) para establecer el impacto sobre la calidad de vida general. Cada ítem del KHQ tiene una escala de respuesta tipo Likert con 4 posibles opciones en las 9 dimensiones de la misma. El rango de puntuaciones de cada dimensión va de 0 (mejor calidad de vida) a 100 (peor calidad de vida).

Se aplicó una estadística descriptiva de los datos recolectados en el ICIQ-SF, el VHA-V8 y el KHQ's, se obtuvo la frecuencia, el promedio y desviación estándar para así analizar el estado de influencia de la IU en la calidad de vida. Para en análisis se utilizó el programa JMP- SAS 12.

## RESULTADOS

De una muestra de 358 pacientes, se excluyeron 8 (2,2 %) en vista de tener infección urinaria activa, quedando 350 gestantes para el análisis, con una edad media de  $25,1 \pm 6,9$  DE. En la tabla 1 se muestra la distribución por trimestre de embarazo y paridad. De estas pacientes, 216 presentaron algún tipo de incontinencia urinaria para una frecuencia de 61,7 %.

Tabla 1  
Datos demográficos.

Variables	Valores
Tamaño de la muestra	350
Edad materna (años)*	25,1 ± 6,9 (13 - 45)
Edad gestacional **	
I trimestre	30 (8,6 %)
II trimestre	107 (30,6 %)
III trimestre	213 (60,8 %)
Paridad**	
Primigesta	187 (53,4 %)
Múltipara	154 (44 %)
Gran múltipara	9 (2,6 %)

(\*) Media ± desviación estándar

(\*\*) n (%)

Tabla 2.  
Clasificación clínica de incontinencia urinaria.

Caracterización clínica	n	%
Incontinencia de esfuerzo	105	48,6
Incontinencia de urgencia	33	15,3
Incontinencia mixta	15	6,9
Incontinencia postural	23	10,6
Incontinencia insensible	16	7,4
Enuresis	13	6,1
Incontinencia continua	11	5,16

En la tabla 2 se presenta la distribución de las pacientes según la clasificación clínica, se observa que 105 (48,6 %) presentaron IUE, 33 (15,3 %) IUU y 23 (10,6 %) IUP, la distribución de los otros tipos de incontinencia se muestra en dicha tabla. En relación a la distribución de la clasificación clínica según edad gestacional, se observa en el primer trimestre una frecuencia de IUE de 57,9 %, IUU 15,8 %, IUM 10,5 %; en el segundo trimestre IUE 44,8 %, IUU 17,9 %, IUP 13,5 % y en el tercer trimestre IUE 49,2 %, IUU 13,8 % y IUP 10,7 % (p= 0,683). La distribución de los otros tipos de IU según trimestre se muestra en la tabla 3.

La distribución de la IU según paridad se demuestra en la tabla 4, se obtuvo en las primigestas la IUE 43,1 %, IUU 13,8 % e IUP 13,8 %, en múltiparas IUE 54,7 %, IUU 16,8 %, IUP 7,3 % y en gran múltipara IUE 60 %, IUU 20 % (p= 0,776); el detalle de la frecuencia de los otros tipos de IU se encuentra reflejados en dicha tabla.

En el cuestionario VHA-V8, 157 (44,9 %) gestantes obtuvieron un resultado menor de 8 y 193 (55,1 %) pacientes obtuvieron una puntuación mayor o igual a 8. En la tabla 5 se muestra la distribución de VHA según edad gestacional, observándose en el primer trimestre 50 %, en el segundo trimestre 46,3 % y en tercer trimestre 43,4 % (p= 0,743). En la tabla 6 se muestra la distribución de VHA según paridad observándose en primigestas 46,5 %, en múltiparas 42 % y en gran múltiparas 51,6 % (p= 0,526).

Tabla 3.  
Clasificación clínica según edad gestacional.

Caracterización clínica	Primer trimestre n= 19		Segundo trimestre n= 67		Tercer trimestre n= 30	
	n	%	n	%	n	%
Incontinencia de esfuerzo	11	57,9	30	44,8	64	49,2
Incontinencia de urgencia	3	15,8	12	17,9	18	13,8
Incontinencia mixta	2	10,5	3	4,5	10	7,7
Incontinencia postural	0	0	9	13,5	14	10,7
Incontinencia insensible	2	10,5	7	10,5	7	5,5
Enuresis	1	5,3	4	5,9	8	6,2
Incontinencia continua	0	0	2	2,9	9	6,9

p= 0,683

Tabla 4.  
Clasificación clínica según paridad.

Caracterización clínica	Primigesta n= 116		Múltipara (2-4) n= 95		Gran múltipara (≥ 5) n= 5	
	n	%	n	%	n	%
Incontinencia de esfuerzo	50	43,1	52	54,7	3	60
Incontinencia de urgencia	16	13,8	16	16,8	1	20
Incontinencia mixta	12	10,4	3	3,2	0	0
Incontinencia postural	16	13,8	7	7,3	0	0
Incontinencia insensible	11	9,5	5	5,2	0	0
Enuresis	7	6	6	6,4	0	0
Incontinencia continua	4	3,4	6	6,4	1	20

p= 0,776

Tabla 5.  
Síndrome de vejiga hiperactiva según edad gestacional.

Puntuación	I trimestre		II trimestre		III trimestre	
	n	%	n	%	n	%
<8	15	50,0	58	53,7	120	56,6
≥8	15	50,0	50	46,3	92	43,4

p= 0,743

Tabla 6.  
Frecuencia de vejiga hiperactiva según paridad.

Puntuación	Primigesta		Múltipara		Gran múltipara	
	n	%	n	%	n	%
<8	84	53,5	94	58,0	15	48,4
≥8	73	46,5	68	42,0	16	51,6

p= 0,526

De las 105 gestantes que presentaron IUE, 80 (76,2 %) tuvieron impacto en su calidad de vida y 25 (23,8 %) no tuvieron impacto en su calidad de vida.

En la tabla 7 se muestra el impacto de la IUE en la calidad de vida de las gestantes según el trimestre de la gestación, utilizando el ICIQ- SF, se obtuvo que en el primer trimestre hubo un impacto leve en 45,4 % y moderado en 27,3%. En el segundo trimestre el impacto fue leve en 46,7 %, moderado en 23,3 % y severo en 6,7 %. En el tercer trimestre, el impacto fue leve en 50 %, moderado en 18,7 % y severo en 7,8 % (p= 0,459).

En la tabla 8 se muestra el impacto de la IUE utilizando el KHQ's, según dominios, se observa que en la percepción de salud se obtuvo un valor promedio de 28 ± 12 %, el impacto en la calidad de vida, 27 ± 10 %, en las actividades realizadas para enfrentar

Tabla 7.  
Calidad de vida en gestantes con incontinencia urinaria de esfuerzo según trimestre de embarazo (ICIQ-SF).

Impacto	I trimestre n=11		II trimestre n=30		III trimestre n=64	
	n	%	n	%	n	%
	Nada (0)	3	27,3	7	23,3	15
Leve (1-3)	5	45,4	14	46,7	32	50
Moderada (4-6)	3	27,3	7	23,3	12	18,7
Severa (7-10)	0	0	2	6,7	5	7,8

p= 0,459

Tabla 8.  
Calidad de vida en gestantes con  
incontinencia urinaria de esfuerzo (KHQ's).

Dominio	%
Percepción de la salud	28 ± 12
Impacto de la incontinencia urinaria	27 ± 10
Limitación de roles	22 ± 10
Limitación física	18 ± 9
Limitación social	10 ± 3
Relaciones personales	8 ± 2
Emociones	13 ± 6
Sueño y energía	25 ± 11
Actividades realizadas	31 ± 15

(\*) Media ± desviación estándar

la IU, 31 ± 15 %, mientras en que las relaciones personales se obtuvieron 8 ± 2 %; la percepción de los dominios restantes se refleja en la tabla 8.

La calidad de vida en gestantes con IUE, discriminada en dominios, según la edad gestacional, se muestra en la tabla 9. La percepción de salud en el I trimestre fue de 23 ± 10 %, en el segundo 29 ± 11 % y en el tercer trimestre 29 ± 2 % (p= 0,679), el impacto en la calidad de vida en el primer trimestre 20 ± 8 %, en el segundo trimestre 32 ± 12 % y en el tercer trimestre 26 ± 10 % (p= 0,408); las actividades realizadas para enfrentar la incontinencia en el primer trimestre 34 ± 10 %, en el segundo trimestre 34 ± 11 % y en el tercer trimestre 30 ± 10 % (p= 0,714), el resto de los dominios según trimestre se detallan en la tabla 9.

Tabla 9.  
Calidad de vida en gestantes con incontinencia urinaria de esfuerzo según el  
trimestre de embarazo.

Dominios	I trimestre (n = 10)	II trimestre (n = 30)	III trimestre (n = 64)
Percepción de salud (p = 0,679)	23 ± 10	29 ± 11	29 ± 2
Impacto en calidad de vida (p = 0,408)	20 ± 8	32 ± 12	26 ± 10
Limitación de roles (p = 0,886)	22 ± 10	24 ± 10	22 ± 9
Limitación física (p = 0,552)	12 ± 8	21 ± 11	18 ± 8
Limitación social (p = 0,788)	8 ± 3	12 ± 5	18 ± 12
Relaciones personales (p = 0,211)	0 ± 0	6 ± 2	10 ± 6
Emociones (p = 0,628)	9 ± 4	15 ± 8	13 ± 8
Sueño y energía (p = 0,151)	13 ± 7	32 ± 12	24 ± 10
Actividades realizadas (p = 0,714)	34 ± 10	34 ± 11	30 ± 10

(\*) Media ± desviación estándar

## DISCUSIÓN

La incontinencia urinaria es un aspecto importante de salud femenina. En las gestantes que acudieron al servicio de prenatal de la Maternidad Concepción Palacios se presentó una frecuencia de 61,7 %, coincidiendo con lo que reportan investigaciones pasadas donde la incidencia varía entre 43 % y 71 % (24, 39, 41). La incontinencia urinaria de esfuerzo, la más frecuente de todos los tipos de IU, presentó una frecuencia de 48,6 %, seguido por la IUU con 15,3 %, la IUP con 10,6 % y la IUM con 6,9 %, coincidiendo con lo que reportan Kokaöz y col. (41), en 2010, quienes indican una frecuencia para la IUE de 54,7 %, IUU 25,5 % IUM 16 %, sin embargo otros tipos de incontinencia solo las reportan en 3,8 %, donde está incluida la IUP que en este estudio presentó una frecuencia incluso mayor a la IUM. En un estudio más reciente, desarrollado por Martínez y col. (23), en 2014, también obtuvo una frecuencia de IUE de 48 %, IUU 9,1 %, IUM 32,5 % y otros tipos de IU 10,4 %. Estos autores también señalan la frecuencia de la IUE según el trimestre de la gestación, describen 54,5 % en el primer trimestre y 47 % en el tercer trimestre, similar a las cifras obtenidas en la presente investigación donde la IUE en el primer trimestre se presentó en 57,9 %, en el segundo trimestre 44,8 % y en el tercer trimestre 49,2 %, sin diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad gestacional ( $p=0,683$ ). En todo caso, la frecuencia de IU detectada durante la gestación es elevada y resulta muy importante que el obstetra conozca los cambios fisiológicos que el embarazo produce sobre el piso pélvico con la finalidad de explicar a las embarazadas la razón de sus síntomas. Proporcionar esta información podría ayudar a reducir el impacto que la IU tiene sobre la calidad de vida en esta importante etapa.

También se comparó la clasificación clínica según la paridad y se encontró IUE en 43,1 % de las primigestas, 54,7 % de las múltiparas y en 60 % de las grandes múltiparas, para la IUU 13,8 % en primigestas, 16,8 % en múltiparas y 20 % en grandes múltiparas, sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0,776$ ). Estos hallazgos son diferentes a los descritos por Wesnes y col. (24), en 2007, para ellos, la prevalencia de IU fue significativamente más baja en primigestas (33 %) que en múltiparas (40 %), en este mismo estudio la IUE fue reportada en nulíparas

en 30,9 % y en múltiparas en 42 %, y para IUE, IUU y IUM una incidencia acumulada a las 30 semanas de 31,5 %, 4 % y 10,2 % respectivamente.

La prevalencia de síndrome de vejiga hiperactiva se encuentra aumentada significativamente durante la gestación, presentándose en 193 gestantes (55,1 %). Para evaluar estos síntomas se utilizó el cuestionario VHA- V8, este resultado difiere del diagnóstico de IUU mediante el ICIQ- SF (15,3 %), esto se debe a que la VHA puede estar acompañada o no de IUU. Van Brummery col. (42), en 2005, reportaron una incidencia de VHA de 45,2 %. La frecuencia de VHA no tuvo diferencias estadísticamente significativas por trimestre ( $p=0,743$ ) ni por paridad ( $p=0,526$ ).

El impacto de la IUE en la calidad de vida de las pacientes con IUE se presentó en 76,2 %, coincidiendo con lo encontrado por Kokaöz y col. (41) quienes establecen que 70,8 % de las mujeres con IUE refirió tener impacto en la calidad de vida, de las cuales 64,4 % experimentó impacto leve y 10,4 moderado. Neto y col. (43), en 2014, demostraron que 50 % de las pacientes con IU presentaron impacto leve, 46,2 % moderada y 3,8 % severa. Utilizando el ICIQ- SF, el impacto en la calidad de vida se aprecia similar en cada trimestre ( $p=0,459$ ).

En el presente estudio se utilizó el cuestionario de salud Kings para evaluar al grupo de gestantes clasificadas como de esfuerzo por el cuestionario ICIQ- SF. Se aplicó esta prueba a este grupo, por ser el más numeroso según las investigaciones previas, y en esta serie se confirmó ese hallazgo. Por dominio se reporta que los más afectados fueron las actividades realizadas para enfrentar la IU ( $31 \pm 15$  %), la percepción general de salud ( $28 \pm 12$  %) y el impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida ( $27 \pm 10$  %). El dominio de las relaciones personales fue el menos afectado ( $8 \pm 2$  %). Esto difiere de lo reportado por Mascarenhas y col. (30), en 2003, quienes informaron que la IU durante el embarazo afecta negativamente las relaciones sociales y, en particular, interfiere con la actividad sexual. Cuando se analiza cada dominio por trimestre no se encontró diferencias significativas en ningún dominio.

Si se educa a la paciente durante el control prenatal, en relación a los cambios fisiológicos y además se

le instruye a realizar ejercicios para estimular la musculatura del piso pélvico, es posible que se reduzca el impacto que este síntoma tiene sobre la calidad de vida. Además, la educación puede ayudar a la mujer a detectar la persistencia del cuadro más allá del puerperio. En este sentido, la realización de jornadas educativas para el personal de salud que atiende a la gestante y para las pacientes mismas, podría ser de gran utilidad para reducir la ansiedad ante la presentación de la IU.

En esta investigación se pudo concluir que:

1. La incontinencia urinaria tiene una frecuencia elevada durante la gestación (61,7 %).
2. La incontinencia urinaria de esfuerzo es el tipo más frecuente, seguida por la incontinencia urinaria de urgencia. El tipo de incontinencia no se modifica con la edad gestacional ni con la paridad.
3. Se encontró una elevada frecuencia de vejiga hiperactiva que es independiente de la edad gestacional y de la paridad.
4. La incontinencia urinaria de esfuerzo produjo impacto en la calidad de vida en 76,2 % de las gestantes, que no se relaciona con el trimestre de la gestación
5. La dimensión de la calidad de vida más afectada por la IUE, en todos los trimestres, fue: actividades para enfrentar la incontinencia.

Queda abierta la línea de investigación con la finalidad de evaluar, en futuros estudios, la duración de la incontinencia en el puerperio y posterior al mismo. Además, se recomienda que se diseñen estrategias de pesquisa para esta patología, porque después de la resolución del embarazo puede prolongarse durante la vida de la paciente, teniendo consecuencias desfavorables en todas sus esferas biopsicosociales. En ese caso, la recomendación sería confirmar el tipo de IU detectada por el cuestionario, mediante un estudio urodinámico y aplicar las pruebas de evaluación de calidad de vida, para evaluar el impacto del síntoma sobre la misma y como criterio para recomendar el tratamiento.

Los autores desean agradecer a la Dra. Mireya González Blanco, directora del Programa de Especialización de Obstetricia y Ginecología con sede en la Maternidad Concepción Palacios, por su asesoría metodológica, al Lic. Douglas Angulo,

por la asesoría estadística, al Dr. Ramón Fernández, y a la profesora Teresa Machuca, por su apoyo y colaboración.

## REFERENCIAS

1. Bates P, Bradley W, Glen E, Griffiths D, Melchior H, Rowan D, *et al.* The standardisation of terminology of lower urinary tract function. *J Urol.* 1979; 121 (5): 551-554.
2. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, *et al.* The standardisation of terminology of lower tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *NeurourolUrodyn.* 2002; 21 (2): 167-178.
3. Haylen B, De Ridder D, Freeman R, Swift S, Berghmans B, Lee J. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) Joint Report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2010; 21 (1): 5-26
4. Dooley Y, Kenton K, Cao G, Luke A, Durazo-Arvizu R, Kramer H, *et al.* Urinary incontinence prevalence: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Urol.* 2008; 179 (2): 656- 661.
5. Arrue Gabilondo M. Evaluación de la incontinencia urinaria de esfuerzo en primigrávidas a término, seguimiento a los 6, 12, y 24 meses postparto. (Tesis Doctoral). San Sebastián (España): Universidad del País Vasco; 2011.
6. Delancey JO. Why do women have stress urinary incontinence? *Neurourol Urodyn.* 2010; 29 (Suppl 1): 13-17.
7. Rebassa M, Taltavull J, Gutiérrez C, Ripoll J, Esteva A, Miralles M, *et al.* Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida. *Actas Urol Esp.* 2013; 37 (6): 354 - 361.
8. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int.* 2004; 93 (3): 324– 330.
9. Garely A, Noor N. Diagnosis and surgical treatment of stress urinary incontinence. *J Obs Gynecol.* 2014; 124 (5): 1011- 1027.
10. Bo K, Haakstad L, Voldner N. Do pregnant women exercise their pelvic floor muscles? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007; 18 (7): 733 - 736.
11. Pitkin R. Morphologic changes in pregnancy. En Buchsbaum, HJ and Schimidt JD editores. *Gynecologyc and Obstetric Urology.* 3ra ed. Filadelfia: Saunders Company; 1993. p. 581- 588.
12. Rock J, Jones H. *Te linde. Ginecología Quirúrgica.* 10ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
13. Curtner A, Carey A, Cardozo L. Lower urinary tract symptoms in early pregnancy. *J Obs Gynecol.* 1992; 12; 75-78.

14. Koch L. Help- seeking behaviors of women with urinary incontinence: an integrative literature review. *J Midwifery Womens Health*. 2006; 51 (6): e39-44.
15. Kinchen K, Burgio K, Diokno A, Fultz N, Bump R, Ovenchain R. Factors associate with women's decision to seek treatment for urinary incontinence. *J Womens Health (Larchmt)*. 2003; 12 (7): 687-698.
16. Reig A, Borges P. La calidad de vida en la atención sanitaria, tratado de epidemiología clínica. Madrid: Du Pant Pharma; 1994.
17. Abdullah B, Ayub SH, Mohd Zahid AZ, Noorneza AR, Isa MR, Ng PY. Urinary incontinence in primigravida: the neglected pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016; 198: 110 - 115.
18. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Rev Med Chile*. 2010; 138: 358- 365.
19. Francis W. Disturbances of bladder function in relation to pregnancy. *J Obstet Gynecol Br Emp*. 1960; 67: 353-366.
20. Stanton SL, Kerr-Wilson R, Harris VG. The incidence of urological symptoms in normal pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol*. 1980; 87 (10): 897 - 900.
21. Diez-Itza I, Arrue M, Ibañez L, Murgiondo A, Paredes J, Sarasqueta C. Factors involved in stress urinary incontinence 1 year after first delivery. *Int Urogynecol J*. 2010; 21 (4): 439 - 445.
22. Kristiansson P, Samuelsson E, von Schoultz B, Svärdsudd K. Reproductive hormones and stress urinary incontinence in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80 (12): 1125-1130.
23. Martínez Franco E, Parés D, Lorente Colomé N, Méndez Paredes JR, Amat Tardiu L. Urinary incontinence during pregnancy. Is there a difference between first and third trimester? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014 Nov; 182: 86 - 90.
24. Wesnes SL, Rortveit G, Bo K, Hunskaar S. Urinary incontinence during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2007; 109 (4): 922 - 928.
25. Arrue M1, Ibañez L, Paredes J, Murgiondo A, Belar M, Sarasqueta C, *et al*. Stress urinary incontinence six months after first vaginal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010; 150 (2): 210 - 214.
26. Meyer S, Bachlard O, DeGrandi P. Do bladder neck mobility and urethral sphincter differ during pregnancy compared with during the non-pregnant state? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 1998; 9(6): 397 - 404.
27. Sacomori C, Böer L, Flores F, Cardozo F. Prevalence of variables associated with urinary incontinence in the third trimester of pregnancy. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2013; 13 (3): 215-221.
28. Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed K. The symptoms of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstet Gynecol*. 1992; 79 (6): 945 - 949.
29. De Oliveira C, Seleme M, Cansi P, Consentino R, Kumakura F, Moreira G, *et al*. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. *Rev Assoc Med Bras*. 2013; 59 (5): 460 -466
30. Mascarenhas T, Coelho R, Oliveira M, Patricio B. Impact of urinary incontinence on quality of life during pregnancy and after childbirth. Paper presented at the 33th annual meeting of the International Continence Society, Florence, Italy. Oct 9, 2003.
31. Dolan L, Walsh D, Hamilton S, Marshall K, Thompson K, Ashe. A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Disfunct*. 2004; 15 (3): 160 - 164.
32. Ostegard. Uroginecología y disfunción del piso pélvico. Quinta edición. México: Mc Graw Hill; 2010.
33. Organización Mundial de la Salud (Internet). Ginebra: Constitución de la OMS: principios; 1946 (Actualizado 2018, revisado febrero 2018). Disponible en: <http://www.who.int/about/mission/es/>
34. Parreño MA. Ciencia para calidad de vida: conocimiento aplicado al bienestar (Internet). Buenos Aires: Inst Jesús en el Huerto de los Olivos; 2004. (Revisado octubre 2016). Disponible en: <http://www.ib.edu.ar/bib2004/Finalistas/MariaParreno.pdf>
35. Kelleher C, Cardozo L, Staskin D. Quality of life and urinary incontinence. En: *Textbook of Female Urology and Urogynecology*. Reino Unido: Isis Medical Media Ltd; 2001.
36. Ertunc D, Tok EC, Pata O, Dilek U, Ozdemir G y Dilek S. Is stress urinary incontinence a familial condition? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004; 83 (10): 912-916.
37. Avery K, Donovan J, Abrams P. Validation of a new questionnaire for incontinence: the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ). *Neurourol Urodyn*. 2001; 20 (4): 510-511.
38. Badia X, Castro D, Conejero J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Chil*. 2000; 114 (17): 647- 652.
39. Coyne K, Zyczynsk T, Margolis M, Elinoff V, Roberts R. Validation of an overactive bladder awareness tool for use in primary care setting. *Adv Ther*. 2005; 22 (4): 381-394.
40. Velásquez M, Solan S, López N, Rodríguez S. Diagnóstico y tratamiento de la vejiga hiperactiva idiopática (Internet). México: COMEGO. 2008. (Actualizado 2010. Revisado octubre 2016). Disponible en: [http://www.comego.org.mx/GPC\\_TextoCompleto/12-Diagnostico%20y%20tratamiento%20de%20la%20vejiga%20hiperactiva%20idiopatica.pdf](http://www.comego.org.mx/GPC_TextoCompleto/12-Diagnostico%20y%20tratamiento%20de%20la%20vejiga%20hiperactiva%20idiopatica.pdf)

41. Kocaöz S, Melek S, Talas S. Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. *J Clin Nurs.* 2010; 19 (23-24) 3314–3323.
42. Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van de Pol G, Heintz AP, Van der Vaart CH. What is the effect of overactive bladder symptoms on woman's quality of life during and after first pregnancy? *BJU Int.* 2006 Feb;97(2):296-300.
43. Paiva H, Paiva A, Da Silva G, Melo M. Incontinencia urinaria an a gestação e o impacto na qualidade de vida: um arevisao de literatura. *Rev Para Med.* 2014; 28 (3): 63-67.

Recibido el 8/12/2017

Aprobado el 4/2/2018