



Carrera de Kinesiología
Facultad de Medicina
Universidad de Valparaíso

Efectividad del Tratamiento Kinésico en la Calidad de Vida de Mujeres con Diagnóstico de Incontinencia Urinaria

SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN
KINESIOLOGÍA

Autores: Lorna Aliaga Gapúz
Valeska Cuevas González
Romina Guerrero Leiva
Annette Rebolledo Rodríguez

Profesor Guía: Daniel Ciudad Antognini Klg. PhD.
Carrera de Kinesiología
Facultad de Medicina

Valparaíso – Chile

2010

“A mis Padres, hermanas y abuelos por el amor y apoyo incondicional.

A mis compañeras por el esfuerzo entregado.

A Dios”.

Annette

“A mi Familia que me ha apoyado y acompañado durante este proceso.

A mis amigos por alentarme en todo momento.

A mis compañeras por la realización de éste trabajo”.

Romina.

“A mi Madre y Hermana por apoyarme.

A Mario por estar a mi lado.

A Annette, Romina, Valeska por este hermoso trabajo”.

Lorna

“A Dios que ha permitido que cumpla cada uno de los sueños que me he propuesto.

A mi madre y hermana por su amor y fuerza que me han ayudado a ser la persona que soy.

A mi abuelo, tío Jorge y familia por su apoyo incondicional durante esta gran etapa en mi vida.

A mis amigos por sus bendiciones que me animan cada día.

A mis compañeras y profesores que permitieron que este trabajo fuese llevado a cabo”.

Valeska

AGRADECIMIENTOS

Durante el largo camino recorrido algunas personas nos ayudaron a finalizar esta etapa.

Dentro de ellas agradecemos especialmente a la Kinesióloga Alicia Tapia R. quien nos guió, apoyó y traspasó su experiencia. También queremos agradecer a Pamela Cuevas G. por guiarnos en nuestro análisis estadístico.

A nuestra Profesora Lorena Villarroel J. por enseñarnos en el comienzo de nuestro camino y, al Kinesiólogo y nuestro profesor guía Daniel Ciudad A. por acompañarnos en este camino.

De una manera especial queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a cada una de nuestras familias por brindarnos un lugar acogedor para desarrollar nuestro trabajo.

Finalmente muchas gracias a nuestras pacientes que nos permitieron conocerlas y que sin su ayuda no podríamos haber desarrollado este trabajo.

INDICE

	Página
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice.....	iv
Índice de Tablas.....	vii
Índice de Figuras.....	viii
Abreviaturas y Siglas.....	ix
Abstract.....	x
Resumen.....	xi
1. Introducción.....	1
2. Marco Teórico.....	3
2.1 Incontinencia Urinaria.....	3
2.2 Epidemiología.....	3
2.3 Fisiopatología de la Incontinencia Urinaria.....	6
2.3.1 Hipermovilidad Uretral.....	7
2.3.2 Deficiencia Intrínseca del Esfínter.....	8
2.4 Tipos de Incontinencia Urinaria.....	9
2.4.1 Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.....	9
2.4.2 Incontinencia Urinaria de Urgencia.....	9
2.4.3 Incontinencia Urinaria Mixta.....	10

2.5 Factores de Riesgo.....	11
2.6 Tratamiento.....	13
2.7 Calidad de Vida en Incontinencia Urinaria.....	19
2.8 Cuestionario de Salud de King.....	20
3. Hipótesis.....	23
4. Objetivo General.....	24
5. Objetivos Específicos.....	25
6. Materiales y Método.....	26
6.1 Materiales.....	26
6.2 Población.....	27
6.3 Diseño de Investigación.....	29
6.4 Área de Investigación.....	29
6.5 Definición de Variables.....	30
6.6 Método.....	31
6.7 Análisis Estadístico.....	32
7. Resultados.....	33
8. Discusión.....	44
9. Conclusión.....	55
10. Comentarios.....	56
11. Bibliografía.....	57
12. Anexos.....	64
12.1 Anexo I: Cuestionario de Salud de King.....	64

12.2 Anexo II: Puntajes del Cuestionario de Salud de King según dimensiones.....	67
12.3 Anexo III: Fórmulas para calcular el puntaje del Cuestionario de Salud de King.....	70
12.4 Anexo IV: Consentimiento Informado.....	71
12.5 Anexo V: Ficha Kinésica.....	72
12.6 Anexo VI: Tríptico Informativo.....	73
12.7 Anexo VII: Descripción de técnicas de kinesiología utilizadas en reeducación pelvipérea.....	75

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1: Características de las pacientes del estudio.....	29
Tabla 2: Definición de Variables.....	30

INDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1: Flujograma de la Población de Pacientes.....	28
Figura2: Puntaje Total KHQ.....	33
Figura 3: Puntaje Dimensión Percepción de la mujer KHQ.....	34
Figura 4: Puntaje Dimensión Impacto de la incontinencia urinaria en la vida KHQ.....	35
Figura 5: Puntaje Dimensión Limitación de Roles KHQ.....	36
Figura 6: Puntaje Dimensión Limitación Física KHQ.....	37
Figura 7: Puntaje Dimensión Limitación Social KHQ.....	38
Figura 8: Puntaje Dimensión Relaciones Personales KHQ.....	39
Figura 9: Puntaje Dimensión Emociones KHQ.....	40
Figura 10: Puntaje Dimensión Sueño y Energía.....	41
Figura 11: Puntaje Dimensión Acciones para enfrentar la incontinencia urinaria KHQ.....	42
Figura 12: Comparación de las dimensiones entre los KHQs.....	43

ABREVIATURAS Y SIGLAS

CDV: Calidad de Vida

DM: Diabetes Mellitus

DSI: Deficiencia Intrínseca del Esfínter

FACH: Fuerza Aérea de Chile

GAH: Gimnasia Abdominal Hipopresiva

HCVB: Hospital Carlos Van Buren

ICS: International Continence Society

IMC: Índice de Masa Corporal

IU: Incontinencia Urinaria

IUE: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

IUM: Incontinencia Urinaria Mixta

IUU: Incontinencia Urinaria de Urgencia

KHQ: Cuestionario de Salud de King

MOS SF – 36: Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form

OMS: Organización Mundial de la Salud

UH: Hiper movilidad Uretral

ABSTRACT

Objective: The objective of this study is to prove the effectiveness of the physical therapy, in perception of the quality of life, in the patients with urinary incontinence derived to the "Pelvic Floor Polyclinic in the Hospital Carlos Van Buren situated in the city of Valparaiso, Chile

Hypothesis: The patient diagnosed with urinary incontinence, derived to "Pelvic Floor Polyclinic", receives a physical therapy, that help to improve they perception of quality of life.

Population: Consist in a study group conformed by 12 female patients, with diagnosis of urinary incontinence, derived to physical therapy at the Pelvic Floor Polyclinic, in the Hospital Carlos Van Buren during march to june 2009.

Design: Study of descriptive and transverse type.

Methods: A questionnaire of quality of life evaluation (King's Health Questionnaire) on patients with urinary incontinence will be applied to the study group before beginning the physical therapy, immediately after, and 8 weeks post treatment.

Results: The total average score of 1st, 2nd and 3rd questionnaire applied, was 57.7 +/- 17.7, 45.6 +/- 17.7 and 38.1 +/- 10.1, respectively. The total score decrease of King's Health Questionnaire between the application from 1st to 3rd questionnaire was significant ($p = 0.001$).

Conclusions: The decrease in the score of King's Health Questionnaire showed that physical therapy is effective in improving the quality of life of patients who participated in this investigation.

Keywords: Quality of Life, King's Health Questionnaire, Urinary Incontinence, Physical Therapy.

RESUMEN

Objetivo y Propósito: El presente estudio busca demostrar la efectividad del tratamiento kinésico en la percepción de la calidad de vida de pacientes con incontinencia urinaria derivadas al Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, Chile.

Hipótesis: Las pacientes diagnosticadas con incontinencia urinaria derivadas al Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren que reciben un tratamiento kinésico mejoran su percepción de la calidad de vida.

Población: Consta de un grupo de estudio conformado por 12 pacientes de sexo femenino con diagnóstico de incontinencia urinaria, derivadas a tratamiento kinésico al Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren durante los meses de marzo – junio de 2009.

Diseño: Estudio de tipo descriptivo y transversal.

Métodos: Se aplicó un cuestionario de evaluación de calidad de vida para pacientes con incontinencia urinaria (Cuestionario de Salud de King) al grupo de estudio antes de comenzar el tratamiento kinésico, inmediatamente al finalizar éste y 8 semanas post - tratamiento kinésico.

Resultados: El puntaje promedio total del 1º, 2º y 3º cuestionario aplicado fue de 57.7 +/- 17.7, 45.6 +/- 17.7 y 38.1 +/- 10.1, respectivamente. La disminución total del puntaje del Cuestionario de Salud de King entre la aplicación del 1º al 3º cuestionario fue significativa ($p = 0.001$).

Conclusión: La disminución del puntaje del Cuestionario de Salud de King demuestra que el tratamiento kinésico es efectivo al mejorar la percepción de la calidad de vida de las pacientes que participaron de esta investigación.

Palabras Claves: Calidad de Vida, Cuestionario de Salud de King, Incontinencia Urinaria, Tratamiento Kinésico.

1. INTRODUCCION

La Incontinencia Urinaria (IU) es un problema real que puede llegar a tener un gran impacto negativo sobre el estilo de vida de los pacientes, ya que afecta el aspecto emocional, social, físico y bienestar sexual ¹. La IU por si misma es capaz de producir un deterioro en la calidad de vida (CDV), afectando especialmente a un grupo importante de mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), incontinencia urinaria de urgencia (IUU) e incontinencia urinaria mixta (IUM) ².

En países desarrollados se considera el tratamiento kinésico del piso pélvico como terapia de primera elección, principalmente por sus buenos resultados a largo plazo, entre ellos, en la CDV de las pacientes ³, por lo que el kinesiólogo es un miembro valioso dentro del equipo multidisciplinario, tanto para el diagnóstico como manejo de la IU ⁴.

Sin embargo, en Chile existen pocos estudios acerca de este tema, los cuales han tenido como objetivo conocer la prevalencia de la IU ^{5,6} y el grado de afectación de la IU en la CDV ⁷, pero no existen investigaciones que demuestren que un tipo de tratamiento mejore la condición de estas pacientes, especialmente en relación a la modificación de su CDV.

Debido a esta situación, es que se hace necesario conocer de manera científica cual es la efectividad de un tratamiento kinésico de piso pélvico y, cómo éste puede influir en la CDV de quienes sufren esta patología.

Por lo mismo, en el presente seminario de título nos planteamos como objetivo demostrar la efectividad del tratamiento kinésico en la percepción de CDV de pacientes diagnosticadas con IU, atendidas en dependencias del Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren (HCVB) de Valparaíso y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso en Valparaíso, Chile, durante el periodo de tiempo comprendido entre marzo y noviembre del año 2009.

2. MARCO TEORICO

2.1 Incontinencia urinaria

El concepto de IU engloba, siguiendo la línea de la International Continence Society (ICS), un síntoma, un signo y hallazgos urodinámicos, y ha sido definida como la pérdida de cualquier fuga involuntaria de orina. Esta patología se produce por una disfunción en la mecánica de continencia normal⁸.

2.2 Epidemiología

Revisando la epidemiología a nivel mundial y la prevalencia por edad, encontramos en un estudio realizado en Noruega, que el 25% de las mujeres informan una pérdida involuntaria de orina, aumentando su predominio con la edad: en mujeres menores de 30 años corresponde al 12%, mientras que en las mujeres mayores de 90 años es de 40%; en el caso de las mujeres entre 50 - 54 años éste es del 30%⁹. Comparándolo con un estudio español efectuado en un centro de atención primaria en Teruel, el 50% a 65% de las pacientes refiere presentar IU, en donde se tomaron mujeres entre 20 - 64 años de edad, las cuales presentaban un 34.9% con IUE, un 14% con IUU y un 47% con IUM¹⁰;

vemos como los porcentajes españoles son superiores a los noruegos en la mayoría de los casos.

Continuando en Noruega, se vio que en estudios sobre los tipos de incontinencia, la mitad de las mujeres incontinentes experimentan síntomas exclusivos de IUE, siendo más alta esta prevalencia entre las mujeres de 25 - 49 años de edad, para luego decrecer con la edad. En 1 de cada 10 mujeres la sintomatología es exclusiva de IUU, siendo más frecuente entre las mujeres menores de 35 años y las mujeres mayores de 65 años. Mientras que 1 de cada 3 mujeres poseen síntomas correspondientes a IUM, la que aumenta su incidencia con la edad. En cuanto al grado de severidad manifestado según el tipo de IU se ha demostrado que éste aumenta con la edad, siendo un 17% correspondiente a la IUE, el 28% a la IUU y un 3% para la IUM ⁹.

Un estudio realizado en Australia, demuestra que la prevalencia de todos los tipos de IU auto - reportada en mujeres entre 15 – 97 años fue de 35.5%, siendo el grupo más afectado entre los 70 – 74 años, con un 51.9% ¹¹. En Estados Unidos la prevalencia de la IU en mujeres entre 30 – 90 años es de 45%, la cual va incrementándose con la edad, siendo de 28% para las mujeres de 30 – 39 años y de un 55% para las mujeres entre 80 – 90 años ¹².

De acuerdo a otro trabajo estadounidense realizado en 20 centros médicos, la prevalencia en mujeres postmenopáusicas con incontinencia semanal, entendido como la pérdida de orina semanal, es de 56%, siendo de la IUE de 13%, de IUU de 14% y IUM de 28% ¹³.

En nuestro país, se encontró que en Isla de Pascua un 77.1% de las mujeres entre 30 – 84 años que asistieron al Hospital de Rapa Nui, refirieron episodios de IU, de las cuales, el 50.4% manifestaron tener una IU que afecta su CDV ⁵. Mientras que otra investigación realizada en el Hospital de La Serena, el 40% de las mujeres encuestadas, dentro de un rango de edad entre los 15 y 69 años, presentaron IU, de las cuales un 40% señalaron que afectaba su CDV en forma severa ⁷. Y en Santiago, en el Hospital de la FACH, el 62.2% de las mujeres entre 30 – 84 años presenta IU, distribuyéndose según el tipo en: IUE en el 40.2%, IUM en el 34.8% e IUU en el 25% de ellas ⁶.

Otra investigación nacional realizada en una clínica privada de Santiago encontró que de las paciente encuestadas, mujeres postmenopáusicas mayores de 50 años, el 43.5% de pacientes sufren IUM, 37% IUE y 19.6% IUU, y aquellas que padecen de IUM presentan un mayor grado de afectación, en comparación a los otros tipos de IU ².

Finalmente, un reciente estudio realizado en 4 consultorios de Valparaíso señala que entre las mujeres de 30 – 59 años, la prevalencia de IU corresponde al 57.7%, dentro de las cuales un 45% corresponde a IUE, un 38% a IUM y un 17% a IUU. Además, se indica que el 85% de las mujeres poseen algún grado de afectación de su CDV, siendo aquellas que padecen de IUM las que presentan el mayor grado de afectación de CDV ¹⁴, con lo que podemos observar la realidad local y el alto impacto de la IU en las mujeres de Valparaíso.

2.3 Fisiopatología de la incontinencia urinaria

La continencia es una función que requiere de la perfecta coordinación del tracto urinario inferior, además de la integridad del sistema nervioso ¹⁵.

La función normal del tracto urinario inferior puede dividirse en dos fases: una fase de llenado y una fase de vaciado o miccional. Durante la mayor parte del tiempo, se estará en la fase de llenado (99%), en la cual la vejiga se adapta al aumento del volumen sin aumentar la presión de vejiga. Esta propiedad es conocida como *compliance* ¹⁵.

Según un estudio del año 2007, la paridad y el tipo de parto, la menopausia, con su consecuente deficiencia de estrógenos, un mayor índice de

masa corporal (IMC), cirugía pélvica anterior, son posibles factores de riesgo que contribuyen a la aparición de síntomas en la disfunción del piso pélvico ¹⁶.

La fisiopatología de la IU es multifactorial, destacándose dos mecanismos patológicos:

- La hipermovilidad uretral (UH)
- La deficiencia intrínseca del esfínter (DSI).

2.3.1 Hipermovilidad uretral

Cuando el piso pélvico o los elementos de soporte están debilitados, el cuello de la vejiga y la uretra proximal descienden por episodios transitorios cuando aumenta la presión abdominal. Este descenso impide que el aumento de la presión sea transmitida igualmente al cuerpo de la vejiga y la uretra proximal, con una mayor proporción de la presión que se transmite al cuerpo de la vejiga. Para que se produzca una fuga, la gradiente de presión normal de la vejiga se invierte con la de la uretra. Además, la fascia pubocervical proporciona una “hamaca” o apoyo para el cuello vesical, en que la uretra proximal está comprimida durante la presión intrabdominal. La pérdida de este apoyo, debido a la debilidad del piso pélvico, disminuirá esta compresión de la uretra ¹⁵.

2.3.2 Deficiencia intrínseca del esfínter

Cuando aumenta la presión intrabdominal, los mecanismos del esfínter uretral, se contraen en relación al mantenimiento de la continencia. La debilidad de estos mecanismos, conducen a una incapacidad de la uretra para generar la presión suficiente para resistir los aumentos de la presión intrabdominal. Cuando los síntomas son graves, incluso un mínimo aumento de la presión puede causar fugas o el esfínter puede quedar completamente abierto, con fugas continuas. Muchos pacientes son incapaces de interrumpir la micción debido a la debilidad del mecanismo del esfínter estriado ¹⁵.

Además de estos mecanismos fisiopatológicos, se ha observado que los cambios en la función del piso pélvico durante el proceso de envejecimiento predisponen a las mujeres a padecer esta patología. Factores como la reducción de la sensación de llenado vesical y la elevada ingesta de líquidos pueden contribuir a la gravedad de las fugas de orina ¹⁷.

Perucchini encontró que con la edad, existe una disminución del diámetro de la fibra muscular en el esfínter uretral. También demostró que la fibra muscular y el índice de fuerza de la musculatura del piso pélvico se deterioran con la edad ¹⁸.

2.4 Tipos de incontinencia urinaria

2.4.1 Incontinencia urinaria de esfuerzo

La IUE se define como la pérdida de orina involuntaria durante el esfuerzo, el ejercicio, el estornudo o la tos, es decir, toda maniobra que aumente la presión intrabdominal ⁸. La causa se debe a múltiples teorías, sin embargo, la pérdida de soporte anatómico de la uretra, la vejiga y la unión uretrovesical son los factores etiológicos más importantes. Además, la distensión de músculos, fascias y ligamentos del piso pélvico producen un exceso de movilidad en la uretra, impidiendo cerrarse ante los aumentos de presión intrabdominal. Otra causa que también puede producir IU es el fallo de la función del esfínter interno de la uretra, el cual impide cerrarse correctamente durante los esfuerzos ¹⁹.

2.4.2 Incontinencia urinaria de urgencia

Se define como la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida por urgencia ⁸. La urgencia miccional se define como un deseo repentino de orinar que no puede ser controlado con facilidad, siendo un síntoma muy común en la mujer con vejiga hiperactiva. El síndrome de

vejiga hiperactiva se define como la asociación de síntomas de urgencia y el aumento de la frecuencia miccional, con o sin IUU ¹⁹.

Se considera que existe un aumento de la frecuencia miccional cuando la paciente refiere más de 7 - 8 micciones diarias. Pero, como este parámetro depende de la ingesta de líquido y de la alimentación, últimamente se ha establecido que la frecuencia miccional se encuentra aumentada cuando la paciente considera que se ha producido un cambio en su hábito miccional y orina más veces de lo habitual ¹⁹. Por otro lado, al objetivarse las contracciones involuntarias del músculo detrusor durante la fase de llenado, mediante un estudio urodinámico, se habla de detrusor hiperactivo ^{19, 20}.

2.4.3 Incontinencia urinaria mixta

Definida por la ICS como la pérdida de orina involuntaria que está asociada con la urgencia miccional y con el esfuerzo, el estornudo o la tos ⁸. Puede demostrarse mediante la exploración y el estudio urodinámico. Son pacientes que presentan, en mayor o menor grado, ambos trastornos, IUE e IUU ¹⁹.

2.5 Factores de riesgo

Desde un punto de vista global, la posibilidad de padecer IU en mujeres puede asociarse a diferentes factores, tales como la edad, alto IMC, diabetes mellitus (DM), depresión, histerectomía y una paridad creciente ²⁰.

Un estudio realizado sobre mujeres institucionalizadas mayores de 70 años, ha demostrado que la prevalencia de IU es de un 43.5%, la cual se asocia principalmente a los problemas propios de la edad, siendo los más significativos el menor nivel de equilibrio, fuerza muscular, capacidad para caminar y el mayor IMC ²¹.

A diferencia de las mujeres de mediana edad (37 - 54 años), la IU suele presentarse cuando se asocia a factores como raza/etnia, IMC elevado, alta paridad, tabaquismo, DM e histerectomía. Estadísticamente, las mujeres que tienen entre 50 - 54 años poseen 1.81 veces más probabilidades de padecer IU grave en comparación con mujeres menores de 40 años. Las mujeres con IMC mayor a 30 tienen 3.1 veces más probabilidad de presentar IU grave, en comparación con las que poseen un IMC entre 22 - 24 ²².

En general los factores como la paridad, la DM, fibromas y la condición social se asocian con una incontinencia frecuente; mientras que el IMC, los

síntomas de alta sensibilidad y la mala salud se asocia con la incontinencia incidente. Según el factor étnico/raza, los afroamericanos (29.5%) e hispanos (27.5%) tuvieron la más baja prevalencia de IU, en cambio los caucásicos (13.4%) tuvieron la mayor incidencia media anual ²³.

Sin embargo, al enfocarnos en los diferentes tipos de IU, podemos ver que existen ciertos factores que influyen más para un determinado tipo de incontinencia que otros, mientras que algunos de estos suelen ser desencadenantes comunes en las tres categorías.

Dentro de los principales factores predictivos para la IUU se encuentran el aumento de la edad, ya que se producen cambios morfológicos y del sistema nervioso central, alterando el mecanismo de control de la vejiga; la DM que aumenta el riesgo en un 50% y las infecciones del tracto urinario. También son comunes para la IUM cuando esta es el componente principal.

En el caso de la IUE, los principales factores predictores fueron la raza blanca, un IMC alto y una relación cintura - cadera mayor, siendo también predictores de la IUM cuando el principal componente es el esfuerzo. La mayor prevalencia en mujeres blancas podría deberse a que genéticamente existe una diferencia anatómica y funcional de las estructuras de soporte de la pelvis. El

IMC alto y una mayor relación cintura - cadera generan un aumento de la presión intrabdominal e intravesical y, por ende, el riesgo de IUE ¹².

En Chile se ha determinado que el IMC de las mujeres incontinentes es de 27.4, en el rango de sobrepeso; en la IUE se encontró un IMC de 28.1 +/- 4.2, de 26.3 +/- 4.7 en IUU y de 27.3 +/- 4.1 en IUM. En relación a la cantidad de partos vaginales el promedio en mujeres continentales es de 1.78 partos y el de mujeres incontinentes es de 2.25 partos. Se ha encontrado también que el 23.5% de las mujeres incontinentes han sido hysterectomizadas ⁶.

2.6 Tratamiento

Existen distintos tratamientos para la IU, como las terapias conservadoras, farmacológicas y quirúrgicas ⁴.

En años anteriores, los resultados reportados por la cirugía de piso pélvico, en cualquiera de sus modalidades fueron buenos a corto plazo (80 – 100%), pero cuando comenzaron a publicarse los resultados a 3.5 y 10 años los porcentajes de éxito de dichas cirugías caían radicalmente a porcentajes del 60 - 70% ²⁴. Esto demuestra que el tratamiento quirúrgico, a pesar de tener buenos resultados a corto plazo no mantiene su eficacia en el tiempo provocando un notable deterioro de la CDV de las pacientes.

Innerkofler en el año 2008, publicó un estudio donde comparaba la mejoría de la CDV a corto plazo, en dos grupos de pacientes con IUE, el primero sometido a cirugía y el segundo a entrenamiento del piso pélvico durante ocho semanas. Los resultados arrojaron que la cirugía presentaba mejores resultados en la CDV, en comparación al grupo que se sometió a entrenamiento ¹. Sin embargo, no conocemos si esta mejoría de la CDV se mantendrá a largo plazo, además una causa importante de la IUE es la debilidad en la musculatura del piso pélvico, por lo que es de suma importancia aplicar un entrenamiento muscular, ya sea, como tratamiento conservador y/o previo a una cirugía.

Es por esto que en países más desarrollados se ha dirigido la terapia a enfoques no invasivos, como lo es el tratamiento kinésico, considerado a menudo como el tratamiento de primera elección, cuyos resultados son más eficaces a largo plazo, con un costo entre moderado y bajo, sumándose a las bajas complicaciones secundarias que posee ⁴.

Estudios proponen combinaciones de terapias, ya que se ha demostrado que un conjunto de diferentes tratamientos muestran mejores resultados. Goode en el año 2003, realizó un estudio en donde comparaba distintas terapias para pacientes con IUE e IUM. Los resultados demostraron que el tratamiento conductual combinado con electroestimulación del piso pélvico

provocaba mayor disminución de pérdidas diarias de orina, satisfacción del paciente y mejor CDV en comparación a un grupo con sólo tratamiento conductual, aunque las diferencias no eran altamente significativas (71.9% v/s 68.9% de disminución de los síntomas, respectivamente) ²⁵.

En cuanto al tratamiento conservador para la reeducación perineal, existen diferentes técnicas kinésicas aplicadas con la finalidad de mejorar la calidad y el control de la musculatura estriada del diafragma pélvico. El objetivo de la reeducación del periné es enseñar métodos correctos de control de la micción y defecación a pacientes que han adquirido esquemas erróneos ²⁶.

Un componente del tratamiento del piso pélvico son las técnicas de modificación conductual, que agrupan a todas aquellas acciones destinadas a reestablecer un patrón normal de vaciamiento vesical ²⁷. Se basan en la realización de una micción programada, aumentando paulatinamente el intervalo entre micciones para alcanzar un intervalo de al menos 3 horas entre dos micciones consecutivas y así conseguir volúmenes de micción mayores ⁴, teniendo un papel importante la cartilla miccional al permitir objetivar los progresos conseguidos ²⁷. Esto proporciona la normalización de la capacidad de la vejiga ⁴ y permite una disminución en la frecuencia de los escapes de orina y en la severidad de la IU en alrededor de la mitad de los pacientes y, en menor medida, puede incluso recuperarse la continencia ²⁷.

Dentro de la terapia conservadora existe la técnica de biofeedback, método que consiste en una retroalimentación de información externa, que puede ser instrumental o táctil, como medio de aprendizaje. Para la información instrumental se utiliza un dispositivo electrónico que permite registrar una función del organismo y transformarla en una señal visual y/o sonora. Goode, nuevamente en el año 2004, observó que para pacientes con IUM la terapia de biofeedback junto a una terapia conductual disminuyeron en un 80.7% los síntomas en comparación con el tratamiento con el fármaco oxibutinina que los reducía al 68.5%. Además las pacientes expresaron altos niveles de satisfacción con la terapia conductual, y el 97% estaban dispuestas a seguir este tratamiento indefinidamente en comparación con el 55% que recibían tratamiento farmacológico ²⁸.

La electroestimulación es otra técnica que a través de corrientes eléctricas induce los efectos deseados, además con la acción analgésica no específica sobre el piso pélvico, se intenta inhibir el músculo detrusor y activar la musculatura estriada. Se trata de una estimulación indirecta aplicada sobre las aferencias del nervio pudendo interno. Demirtürka en el año 2008 comparó el uso de corrientes interferenciales versus la aplicación de biofeedback en pacientes con IUE moderada. Se evaluó la mejoría de la fuerza muscular y de la CDV de los pacientes. En general, se encontró que la frecuencia miccional y las quejas subjetivas de los casos mejoró en ambos grupos después de cuatro

semanas de tratamiento, seguidas de dos semanas con un programa en el hogar con una terapia de electroestimulación. Además, se vio que la mejoría en la frecuencia miccional fue más evidente en los casos en que se realizaron ejercicios de piso pélvico, mientras que el aumento en la fuerza de la musculatura del piso pélvico y la reducción de las quejas subjetivas fue más evidente en el grupo al cual se le aplicó corriente interferencial ²⁹.

Una de las modalidades terapéuticas más utilizadas es el entrenamiento de la musculatura del piso pélvico, el cual está centrado en la mejoría de la fuerza y la coordinación de los músculos del piso pélvico, y facilita y restaura el reflejo de inhibición del detrusor (reflejo de Mahony, perineo detrusoriano) ⁴. En el estudio de Balmforth se evaluó el impacto del entrenamiento de la musculatura del piso pélvico en la movilidad del cuello vesical en pacientes con IUE. Tras 14 semanas con este tratamiento se comprobó que el cuello de la vejiga se elevó tanto en posición de reposo, durante la contracción máxima de la musculatura del piso pélvico y la maniobra de Valsalva, además hubo una menor excursión durante esta última, lo que sugiere un aumento del tono de reposo del piso pélvico y la contracción voluntaria. Junto con ello se asoció la reducción de la pérdida de orina y la mejora en la condición específica de la CDV ³⁰.

Finalmente otra técnica es la gimnasia abdominal hipopresiva (GAH) descrita por Caufriez. Esta surgió en los años '80 como un método para conseguir la tonificación de los músculos abdominales post parto, y para el tratamiento de la IU ³¹. En la actualidad la GAH tiene un enfoque más global, ya que se define como una técnica neuromiostática, postural, corporal y sistémica que activa diferentes grupos musculares esqueléticos antagonistas del diafragma desde el punto de vista postural, con lo que provocan una disminución de la presión intratorácica e intrabdominal. De manera refleja aumenta el tono del piso pélvico, tanto desde el punto de vista de la hipotonía de carga como de la hipotonía basal ³². Además, la GAH contribuye en la prevención y manejo de la IU, en el prolapso de la unión uretrovesical y tonificando la musculatura del piso pélvico, por lo que permite ser tratada por el kinesiólogo al deberse a causas de tipo funcional.

Una vez realizada la evaluación a una paciente en particular, se requiere determinar sus necesidades y posibilidades de seguir un tratamiento kinésico del piso pélvico que consiste de la combinación de algunas de las técnicas kinésicas ya descritas. Y al finalizar éste, se debe valorar que las pacientes tengan una mejoría de su CDV y autoestima ³³.

Cabe señalar que la presencia y supervisión del kinesiólogo durante la rehabilitación del piso pélvico es fundamental, teniendo influencia en los

resultados que pueden tener las pacientes tras la finalización de un tratamiento: poseen mejorías en cuanto al pad – test, frecuencia miccional, CDV e incluso en el grado de satisfacción de las pacientes con la terapia recibida en relación a aquellas que no estuvieron guiadas por un profesional ³.

Como se puede apreciar, la gran variedad de estudios nos demuestran que muchas modalidades de tratamiento son eficaces, pero podemos decir que el tratamiento quirúrgico conlleva un riesgo significativo de complicaciones e inciertos resultados a largo plazo, en cambio, el tratamiento conservador se asocia con un mínimo de resultados adversos y se pueden usar diferentes técnicas y combinaciones para su aplicación ³⁴.

2.6 Calidad de vida en incontinencia urinaria

La CDV es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” ³⁵.

De las pacientes con IU, aquellas que poseen IUM señalan que su CDV es más baja y es mayor la molestia de los síntomas que aquellas con IUE. En el caso de las mujeres por IUU, informan niveles más altos de molestia de los síntomas y una calidad de sueño más baja en comparación con quienes padecen de IUE. En todos los tipos de IU, las pacientes tienen síntomas depresivos. En el caso de la IUU e IUM, se indica que su necesidad de cuidado es más alta que si se tiene IUE ³⁶.

Los instrumentos utilizados para evaluar la CDV son los cuestionarios de calidad de vida, existiendo algunos que son específicos para la IU, entre los que se encuentra el Cuestionario de Salud de King (KHQ).

2.7 Cuestionario de Salud de King

El KHQ fue presentado en 1997 por Kelleher y colaboradores quienes lo desarrollaron en el *King`s College Hospital* de Londres, Inglaterra ³⁷. La versión final del cuestionario contiene 21 preguntas en nueve dimensiones diferentes, las cuales son: Percepción de la mujer, Impacto de la incontinencia urinaria en su vida, Limitación de Roles, Limitación Física, Limitación Social, Relaciones Personales, Emociones, Sueño y Energía, Acciones para enfrentar la incontinencia urinaria. Además, contiene un apartado para medir la severidad de los síntomas urinarios. Cada dimensión tiene una escala de respuesta tipo

Likert con 4 posibles opciones, excepto la dimensión de Relaciones Personales que posee la opción de no ser aplicable. A su vez, cada uno contribuye de manera similar a la puntuación del cuestionario en general. Cada dimensión se puntúa en un rango de 0 – 100; a mayor puntuación hay mayor afectación de la CDV (Anexo I, II y III).

El cuestionario, que fue diseñado para ser autoadministrado, fue respondido por 293 mujeres referidas para estudios urodinámicos. La investigación mostró que el cuestionario tiene una confiabilidad que supera los requerimientos mínimos en todas las dimensiones del cuestionario y en el análisis *test – retest*. El constructo del cuestionario y las respuestas contestadas confirmaron su validez de apariencia y de contenido. En cuanto a la validez de criterio, se determinó que posee una alta correlación con el *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form (MOS SF – 36)* ³⁷.

En el año 2000 los investigadores españoles Badia, Castro y Conejero, presentaron su estudio: “Validez del cuestionario *King's Health* para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria”, realizado con el objetivo de evaluar la validez de la versión española del KHQ en mujeres con diferentes tipos de IU. Esta investigación fue realizada en 23 hospitales españoles, en los cuales se seleccionaron consecutivamente a 77 mujeres con IUE, 51 de IUU y 34 de IUM, siendo un total de 162 pacientes.

Todas las participantes completaron los cuestionarios KHQ y MOS SF – 36 en el momento de la inclusión en el estudio, a los 15 días y al mes. Los resultados obtenidos mostraron que el KHQ poseía una buena validez de constructo para medir la CDV al compararlo con el cuestionario de MOS SF-36 ³⁸.

Las correlaciones entre las dimensiones del KHQ fueron entre pequeñas y moderadas. Con estos resultados se concluyó que el KHQ es un instrumento válido para evaluar la CDV en pacientes con distintos tipos de IU ³⁸.

3. HIPOTESIS

Las pacientes diagnosticadas con incontinencia urinaria derivadas al Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren que reciben un tratamiento kinésico mejoran su percepción de la calidad de vida.

4. OBJETIVO GENERAL

Demostrar la efectividad del tratamiento kinésico sobre la percepción de calidad de vida de las pacientes diagnosticadas con incontinencia urinaria derivadas al Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren.

5. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aplicar una encuesta de calidad de vida mediante el Cuestionario de Salud de King al inicio, término y 8 semanas post tratamiento kinésico a pacientes diagnosticadas con incontinencia urinaria.
- Describir la calidad de vida antes de un tratamiento kinésico en pacientes con incontinencia urinaria.
- Describir la calidad de vida después de un tratamiento kinésico en pacientes con incontinencia urinaria.
- Describir la calidad de vida luego de 8 semanas post tratamiento kinésico en pacientes con incontinencia urinaria.
- Comparar la calidad de vida antes y al término del tratamiento kinésico de pacientes con incontinencia urinaria.
- Comparar la calidad de vida antes y 8 semanas post tratamiento kinésico de pacientes con incontinencia urinaria.

6. MATERIALES Y METODO

6.1 Materiales

La recolección de datos fue mediante el KHQ (Anexo I). Además, para la realización de este seminario de título de utilizaron:

- Dependencias del Policlínico de Piso Pélvico del HCVB.
- Dependencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.
- Consentimiento informado (Anexo IV).
- Ficha kinésica (Anexo V).
- Tríptico informativo (Anexo VI).
- 1 cinta métrica de 150 cms.
- 1 balanza.
- 1 cartilla miccional para cada paciente.
- 1 guía de ejercicios para la musculatura de piso pélvico para cada paciente.
- 1 camilla.
- 1 silla.
- 1 estimulador muscular y analgesia ELPHA II 3000, marca DANMETER. 2 canales independientes. Uso de electrodos adhesivos y cavitarios.
- 4 colchonetas.

- 4 balones terapéuticos.

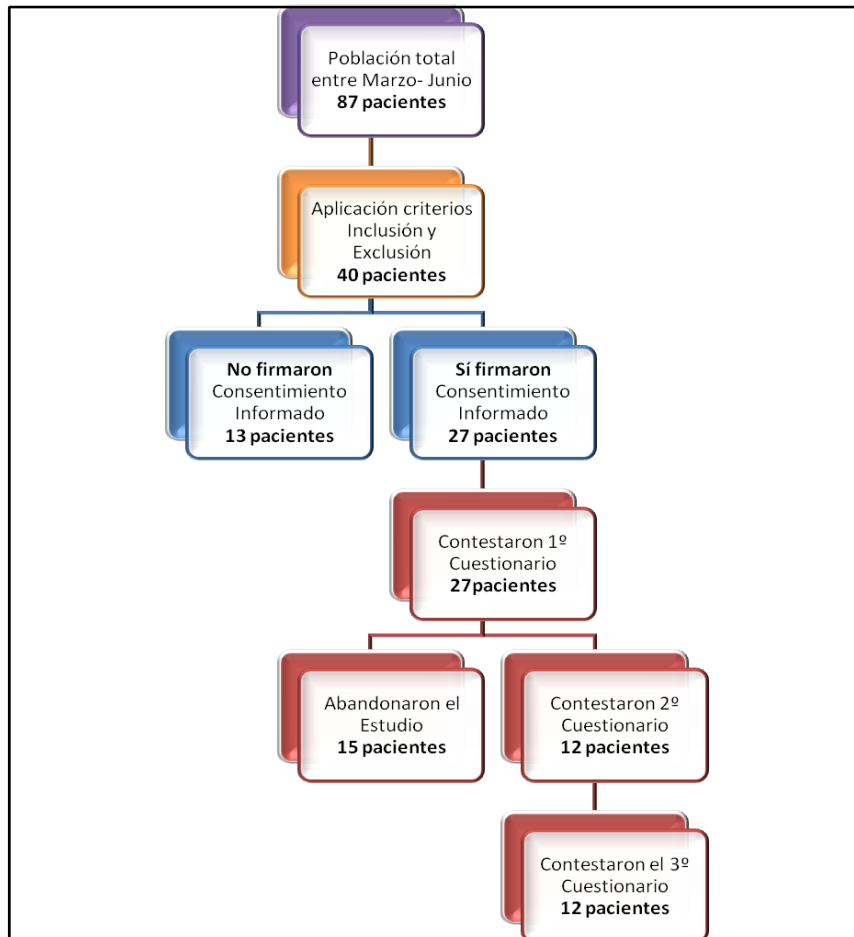
6.2 Población

La población está compuesta por pacientes de sexo femenino diagnosticadas de IU derivadas a tratamiento kinésico al Policlínico de Piso Pélvico del HCVB, durante los meses de marzo a junio del 2009.

Los criterios de inclusión utilizados en el estudio fueron: sexo femenino, edad entre 30 y 70 años, diagnóstico médico y kinésico de IU, pacientes sin alteraciones cognitivas y firma previa del consentimiento informado para poder participar; mientras que los criterios de exclusión fueron: prolapso de grado III y IV, obesidad mórbida, cirugía previa de piso pélvico e ingesta de algún medicamento farmacológico contra la IU un mes antes del tratamiento.

De acuerdo con esto, de un total de 87 pacientes que ingresaron durante este periodo al tratamiento kinésico al Policlínico de Piso Pélvico del HCVB, y según la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, el grupo se redujo a 40 pacientes, de las cuales 27 firmaron el consentimiento informado ingresando al estudio y aplicándoseles el primer KHQ. Finalmente a sólo 12 pacientes se les pudo aplicar el segundo y tercer cuestionario (Fig. 1).

Figura 1: Flujograma de la Población de Pacientes



Las características de las pacientes del estudio fue una edad media de 50.6 +/- 9.9 años y un IMC promedio de 28.78 +/- 2.88. En relación al tipo de IU, 7 tenían IUE, 1 tenía IUU y 4 tenían IUM. Con respecto al tipo de prolapso genital que poseen, 4 no presentaron al momento de la evaluación, 4 tenían prolapso genital grado I y 3 pacientes tenían prolapso genital grado II (Tabla 1).

Tabla 1: Características de las pacientes de estudio

Nº Pacientes Total	12
Edad	50.6 años* +/- 9.9
IMC	28.78* +/- 2,88
Nº Pacientes con diagnóstico kinésico IUE	7
Nº Pacientes con diagnóstico kinésico IUU	1
Nº Pacientes con diagnóstico kinésico IUM	4
Nº Pacientes sin prolapso	4
Nº Pacientes con prolapso I	5
Nº Pacientes con prolapso II	3

* Promedio.

Cabe destacar que de las 15 pacientes que no continuaron con el estudio, abandonaron el tratamiento 3 pacientes de forma voluntaria y por motivos personales informando a las investigadoras, mientras que 12 pacientes dejaron de asistir a las sesiones de kinesiterapia, siendo imposible contactarlas.

6.3 Diseño de investigación

El modelo de estudio corresponde al tipo descriptivo transversal.

6.4 Área de investigación

Se realizó en la ciudad de Valparaíso, entre marzo y noviembre de 2009 en el Policlínico de Piso Pélvico del HCVB y en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

6.5 Definición de variables (Tabla 2)

Tabla 2: Definición de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Tratamiento Kinésico	Relacionado a IU. Conjunto de técnicas kinésicas destinadas a tratar y mejorar alteraciones de la estática pélvica, del tracto urinario inferior, del tracto digestivo terminal y disfunciones sexuales.	Conjunto de técnicas kinésicas destinadas al tratamiento están conformadas por ejercicios perineales, biofeedback, electroestimulación, reeducación vesical, GAH. Se realizan de forma progresiva a través de una primera etapa de información y educación, una segunda etapa de aprendizaje del control motor, una tercera etapa de refuerzo muscular activo y una cuarta etapa de entrenamiento conductual. Éstas se efectuaron en dependencias del Policlínico de Piso Pélvico de HCVB y, específicamente la GAH, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso en Valparaíso, Chile (Anexo VI), según requerimientos de cada paciente.
Calidad de Vida	Es definida como un conjunto de condiciones que involucra la percepción de la mujer acerca de su estado de salud e influencia de la incontinencia urinaria en su vida en las áreas social, familiar, sexual, psicológica y biológica.	Se midió a través del KHQ ³⁷ (el cual se encuentra validado al español ³⁸) (Anexo I), por medio de su puntaje total, el que puede fluctuar desde los 0 puntos, considerado una mejor calidad de vida, hasta los 100 puntos, que corresponde a una peor calidad de vida. Cada dimensión del KHQ tiene un puntaje que varía de 0 – 100, indicando la influencia de la IU sobre ella.

6.6 Método

Se realizó un estudio piloto de aplicación del KHQ durante el mes de enero de 2009 a 15 pacientes derivadas al Policlínico de Piso Pélvico del HCVB con diagnóstico de IU. A través de su aplicación se determinó que las pacientes

tuvieron una buena comprensión del cuestionario, siendo capaces de responderlo por sí mismas, en forma general, y que su tiempo de aplicación no superó los 10 minutos. Se detectó que el tamaño de la letra utilizada para el formato del cuestionario dificultaba la lectura de las pacientes, por lo que se debió modificar para su aplicación en el estudio de investigación, aumentándose el tamaño de la letra.

Para el estudio de investigación se realizó la captación de las pacientes de manera consecutiva, conforme acudían al Policlínico de Piso Pélvico del HCVB durante los meses de marzo – junio de 2009.

Antes de comenzar el tratamiento, se les comunicó a las pacientes el propósito de la investigación, se obtuvieron sus consentimientos para la participación en el estudio (Anexo IV) y se les entregó un tríptico explicativo del presente seminario de título (Anexo VI). El cuestionario fue auto administrado, siendo respondido en la misma cita, el cual fue entregado inmediatamente a una encuestadora quien estaba presente en todo el proceso y atendía las consultas que pudieran tener las pacientes. Al terminar el tratamiento kinésico nuevamente se les entregó el cuestionario de la forma ya descrita anteriormente. Y a las 8 semanas post - tratamiento se citó a las pacientes en las dependencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso para contestar por tercera y última vez el cuestionario, finalizando el proceso

con la última paciente que ingresó y participó en el presente seminario de título en el mes de noviembre de 2009.

Se aceptaron como respuestas válidas a todas aquellas marcadas con una "X" y que se hayan marcado sólo con una respuesta para cada pregunta. Se aceptó la omisión de algunas preguntas de la dimensión referente a los síntomas de la IU, debiendo estar las demás respondidas completamente.

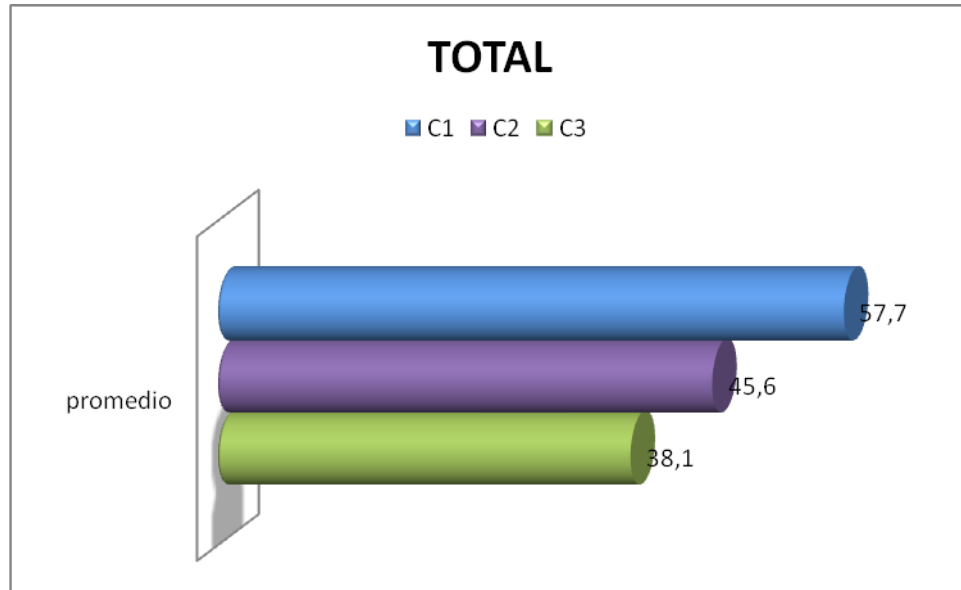
6.7 Análisis estadístico

Se aplicó estadística descriptiva en la presente investigación. Los datos obtenidos del KHQ, antes, después y 8 semanas post - tratamiento, fueron tabulados y analizados estadísticamente utilizando el *Software Microsoft Office Excel* ®, 2007 y *SPSS For Windows Copyright* © 2006.

La estadística descriptiva se utilizó para caracterizar la población del estudio, utilizando el análisis de medias y desviación estándar. También se realizó la prueba t de Student, considerándose como nivel de significancia un valor de $p < 0.05$.

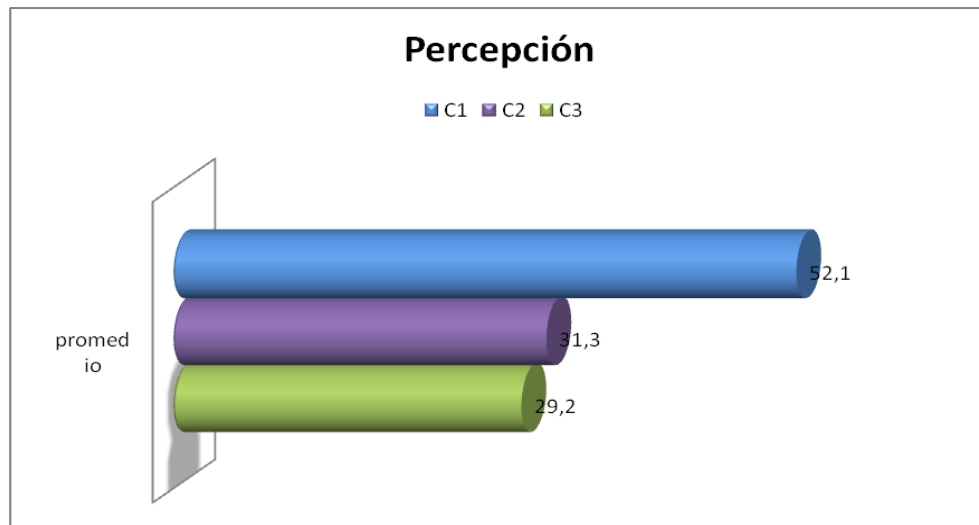
7. RESULTADOS

7.1 Puntaje total KHQ (Figura 2)



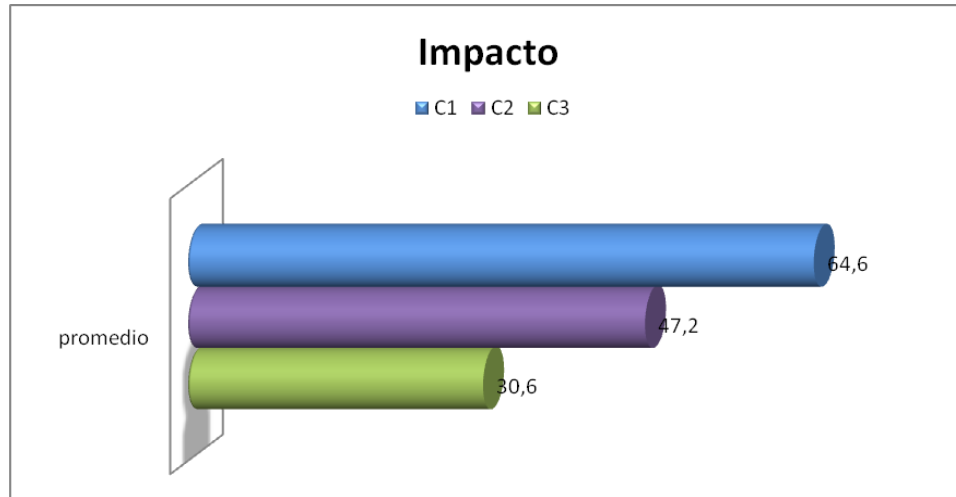
El puntaje total promedio del 1º KHQ aplicado fue de 57.7 +/- 17.7 puntos, el del 2º KHQ de 45.6 +/- 17.7 y el del 3º KHQ de 38.1 +/- 10.1. La diferencia de puntaje entre el 1º KHQ y el 2º KHQ y entre el 1º KHQ y el 3º KHQ fueron significativas, con valores p de 0.039 y 0.001, respectivamente (Fig. 2).

7.2 Puntaje dimensión Percepción de la mujer KHQ (Figura 3)



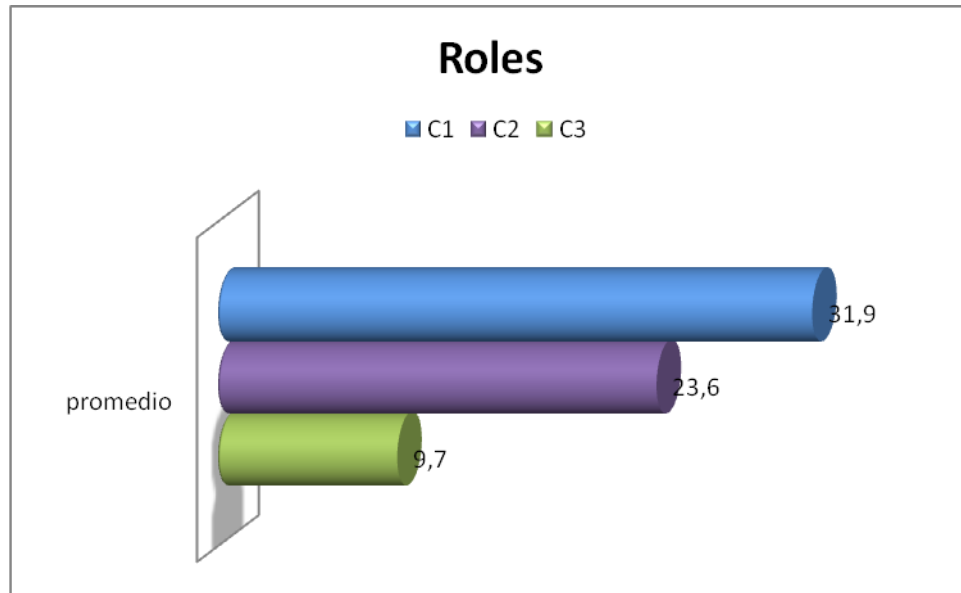
En la dimensión de percepción de la mujer se observó en el 1º KHQ un promedio de 52.1 +/- 22.5 puntos, en el 2º KHQ el promedio fue de 31.3 +/- 15.5 puntos y en el 3º KHQ fue 29.2 +/- 20.9 puntos. La diferencia de puntaje entre el 1º KHQ y el 2º KHQ no fue significativa obteniendo un valor p de 0.054, sin embargo, si lo fue entre el 1º KHQ y el 3º KHQ con un p de 0.026 (Fig. 3).

7.3 Puntaje dimensión Impacto de la incontinencia urinaria en la vida KHQ (Figura 4)



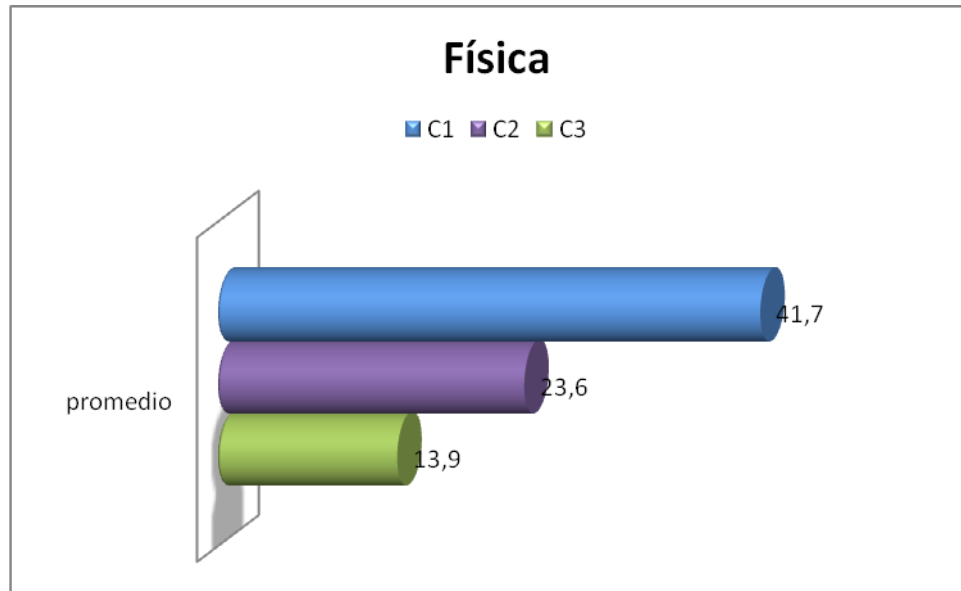
La dimensión de Impacto de la incontinencia urinaria en la vida muestra un puntaje promedio de 64.6 +/- 38.9 puntos en el 1º KHQ, 47.2 +/- 41.3 puntos en el 2º KHQ y 30.6 +/- 30 puntos en el 3º KHQ. La diferencia de puntaje entre el 1º KHQ y el 2º KHQ no fue significativa obteniendo un valor p de 0.096, sin embargo, si lo fue entre el 1º KHQ y el 3º KHQ con un p de 0.004 (Fig. 4).

7.4 Puntaje dimensión Limitación de Roles KHQ (Figura 5)



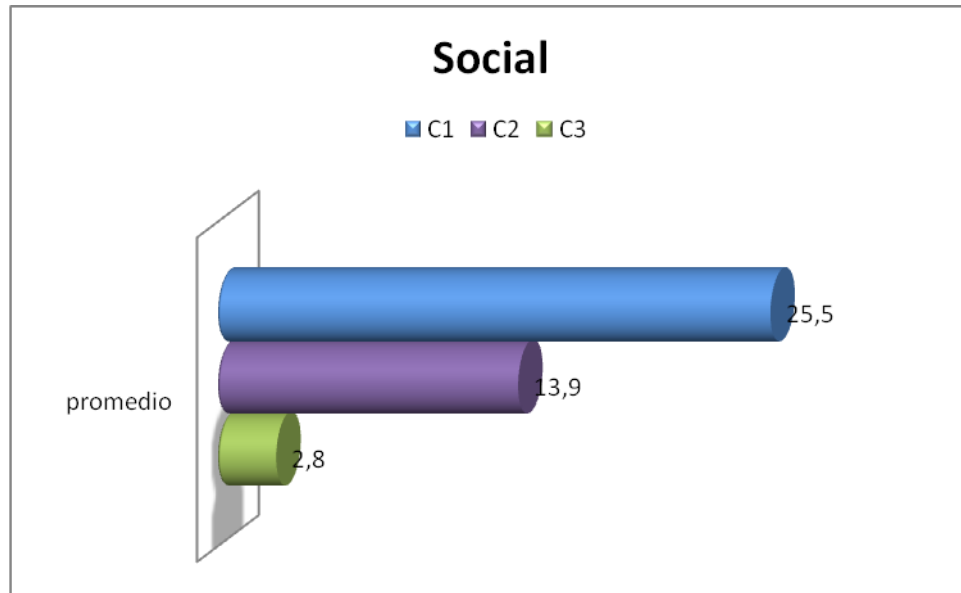
Según lo que se observa, el puntaje promedio obtenido en el 1º KHQ fue de 31.9 +/- 31.3 puntos, en el 2º KHQ fue de 23.6 +/- 27.9 puntos, y en el 3º fue de 9.7 +/- 18.1 puntos. La diferencia de puntaje entre el 1º KHQ y el 2º KHQ no fue significativa obteniendo un valor p de 0.324, sin embargo, si lo fue entre el 1º KHQ y el 3º KHQ con un p de 0.008 (Fig. 5).

7.5 Puntaje dimensión Limitación Física KHQ (Figura 6)



Se observa que el puntaje promedio obtenido en el 1° KHQ fue de 41.7 +/- 39.2 puntos, en el 2° KHQ fue de 23.6 +/- 27 puntos y en el 3° KHQ fue de 13.9 +/- 21.1 puntos. La diferencia de puntaje entre el 1° KHQ y el 2° KHQ y entre el 1° KHQ y el 3° KHQ fueron significativas, con valores p de 0.035 y 0.034, respectivamente (Fig. 6).

7.6 Puntaje dimensión Limitación Social KHQ (Figura 7)



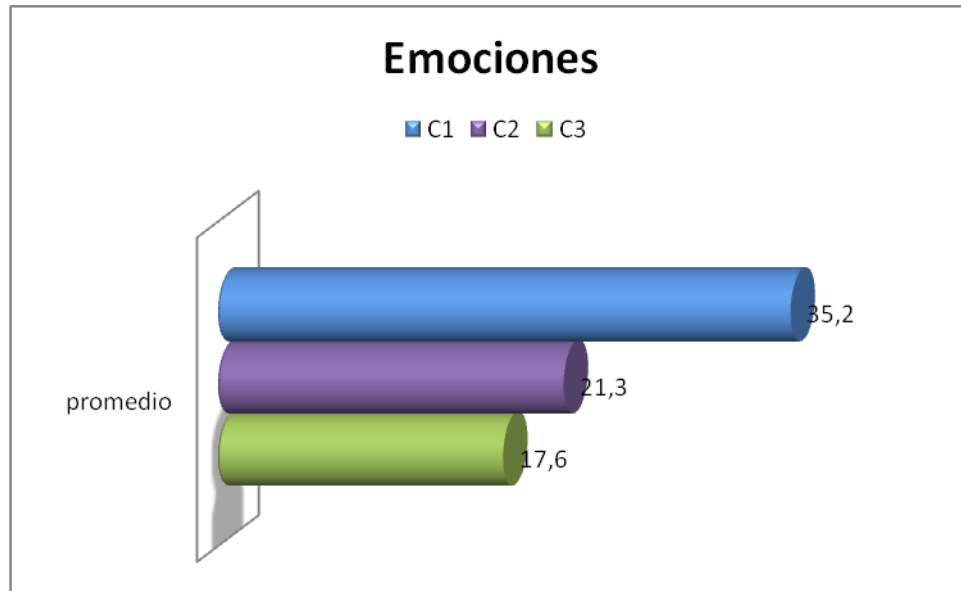
Se puede observar que el puntaje promedio fue de 25.5 +/- 32.5 puntos, 13.9 +/- 26.8 puntos y 2.8 +/- 6.9 puntos en el 1º, 2º y 3º KHQ, respectivamente. La diferencia de puntaje entre el 1º KHQ y el 2º KHQ no fue significativa obteniendo un valor p de 0.296, sin embargo, si lo fue entre el 1º KHQ y el 3º KHQ con un p de 0.036 (Fig. 7).

7.7 Puntaje dimensión Relaciones Personales KHQ (Figura 8)



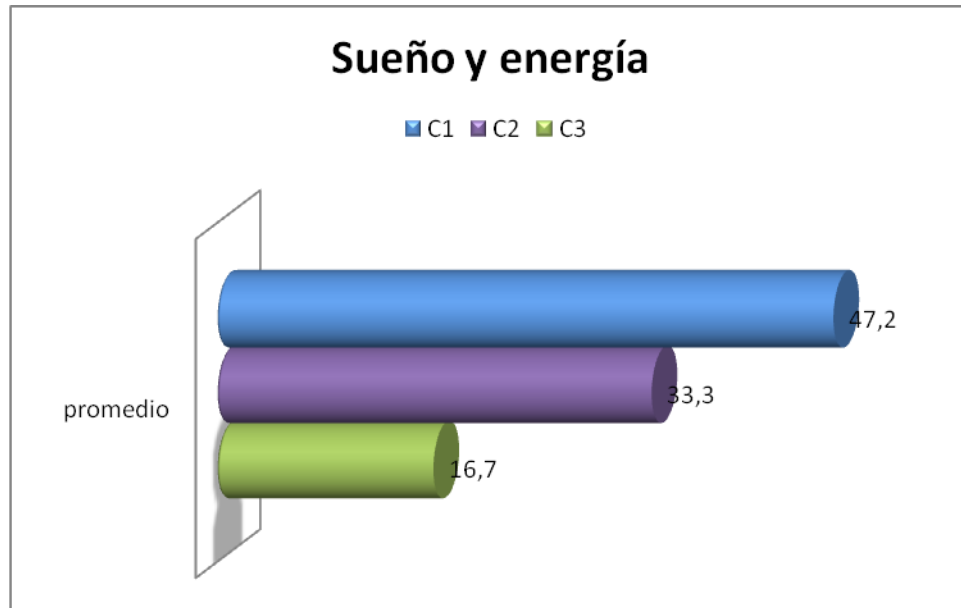
En el 1º KHQ se observó un puntaje promedio de 22.7 +/- 36.7 puntos, en el 2º KHQ fue de 16.7 +/- 25.2 puntos y en el 3º KHQ fue de 0 puntos. La diferencia de puntaje entre el 1º KHQ y el 2º KHQ y entre el 1º KHQ y el 3º KHQ no fueron significativas, con valores p de 0.844 y 0.175, respectivamente (Fig. 8).

7.8 Puntaje dimensión Emociones KHQ (Figura 9)



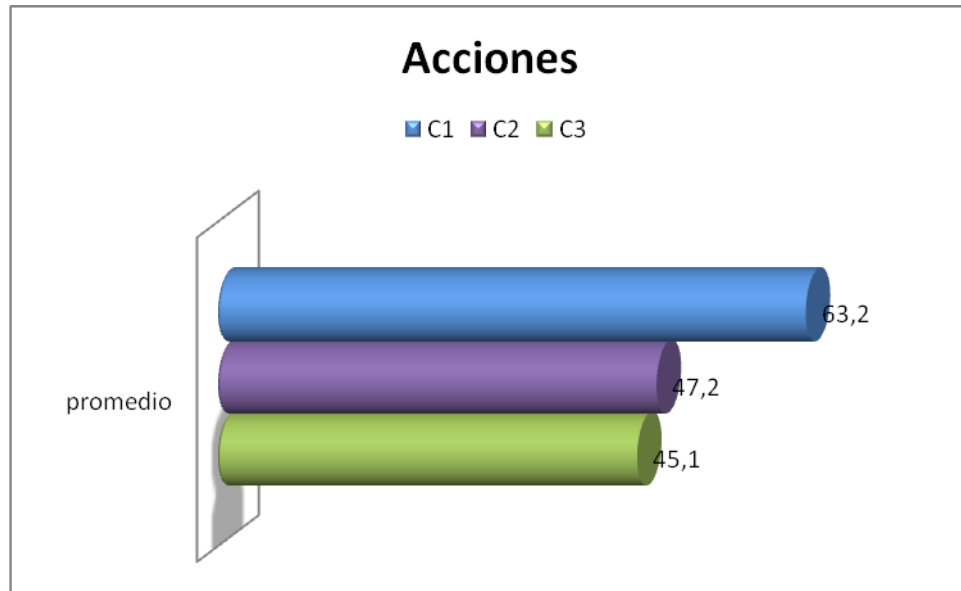
Los resultados del puntaje de esta dimensión muestra que en el 1° KHQ fue de 35.2 +/- 38.1 puntos, en el 2° KHQ fue de 21.3 +/- 30.1 puntos y en el 3° KHQ fue de 17.6 +/- 18.6 puntos. La diferencia de puntaje entre el 1° KHQ y el 2° KHQ fue de 17.6 +/- 18.6 puntos. La diferencia de puntaje entre el 1° KHQ y el 3° KHQ no fueron significativas, con valores p de 0.183 y 0.115, respectivamente (Fig. 9).

7.9 Puntaje dimensión Sueño y Energía KHQ (Figura 10)



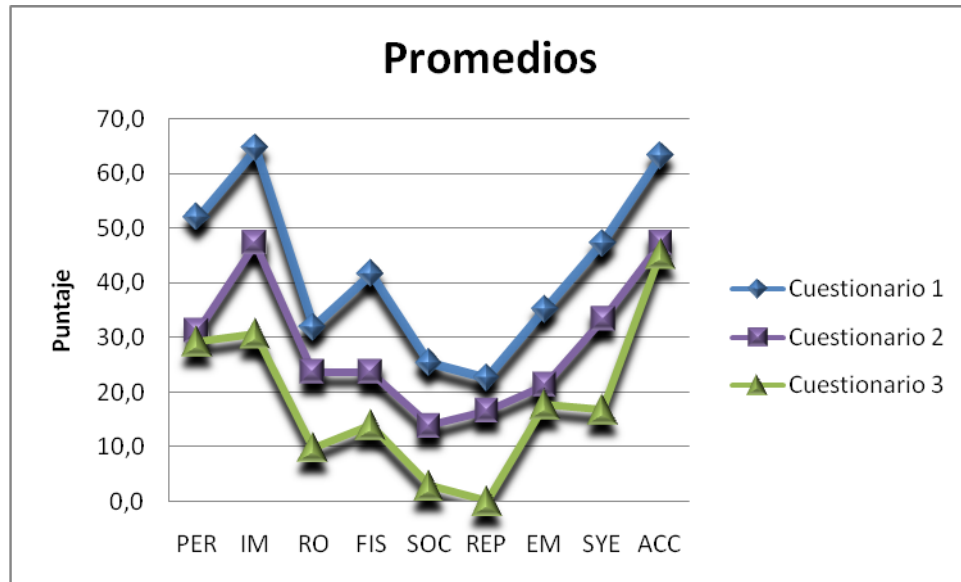
En esta dimensión se obtuvo que en el 1° KHQ el puntaje promedio fue de 47.2 +/- 34.7 puntos, en el 2° KHQ fue de 33.3 +/- 31.8 puntos y en 3° KHQ fue de 16.7 +/- 18.8 puntos. La diferencia de puntaje entre el 1° KHQ y el 2° KHQ no fue significativa obteniendo un valor p de 0.269, sin embargo, sí lo fue entre el 1° KHQ y el 3° KHQ con un p de 0.002 (Fig. 10).

7.10 Puntaje dimensión Acciones para enfrentar la incontinencia urinaria KHQ (Figura 11)



En esta dimensión se observó que en el 1º KHQ el promedio de los puntajes fue de 63.2 +/- 33 puntos, en el 2º KHQ fue de 47.2 +/- 29.8 puntos y en el 3º KHQ fue de 45.1 +/- 29.4 puntos. La diferencia de puntaje entre el 1º KHQ y el 2º KHQ y entre el 1º KHQ y el 3º KHQ fueron significativas, con valores p de 0.036 y 0.027, respectivamente (Fig. 11).

7.11 Comparación de las dimensiones entre los KHQs (Figura 12)



PER: Percepción de la mujer; IM: Impacto de la incontinencia Urinaria en la Calidad de Vida; RO: Limitación de Roles; FIS: Limitación Física; SOC: Limitación Social; REP: Relaciones Personales; EM: Emociones; SYE: Sueño y Energía; ACC: Acciones para Enfrentar la Incontinencia Urinaria.

En los tres KHQ las dimensiones puntuados más bajas fueron las de Relaciones Personales (1° KHQ: 22.7 +/- 36.7 puntos, 2° KHQ: 16.7 +/- 25.2 puntos y 3° KHQ: 0 punto) y Limitación Social (1° KHQ: 25.5 +/- 32.5 puntos, 2° KHQ: 13.9 +/- 26.8 puntos y 3° KHQ: 2.8 +/- 6.9 puntos), y las puntuadas más altas fueron las dimensiones de Acciones para enfrentar la Incontinencia Urinaria (1° KHQ: 63.2 +/- 33 puntos, 2° KHQ: 47.2 +/- 29.8 puntos y 3° KHQ: 45.1 +/- 29.4 puntos) e Impacto de la Incontinencia Urinaria en la vida de la mujer (1° KHQ: 64.6 +/- 38.9 puntos, 2° KHQ: 47.2 +/- 41.3 puntos y 3° KHQ: 30.6 +/- 30 puntos) (Fig. 12).

8. DISCUSION

De acuerdo a los resultados del presente estudio, las pacientes con IU tenían afectada su CDV en 57.7 +/- 17.7 puntos en el KHQ antes de iniciar el tratamiento kinésico, puntaje que fue superior en comparación a otra investigación realizada por Herrera en nuestro país, donde el puntaje total fue de 49 puntos², cuya muestra fue de características similares a nuestro estudio, pero casi cuadruplicó el número de pacientes.

En España, Arañó también obtuvo resultados inferiores a los nuestros (42.2 puntos) con un total de 1100 pacientes³⁹, pero cabe señalar que esta fue una investigación realizada en 197 centros de Urología y Ginecología de dicho país, lugares que permitieron obtener una mayor muestra, privilegio que nuestro estudio no poseía. Además, refiriéndose a los resultados que ellos obtuvieron, los cuales fueron menores en comparación a nuestro estudio y, también, a la investigación antes citada realizada en nuestro país, cerca del 50% de sus participantes relataron recibir tratamiento farmacológico (el cual fue criterio de exclusión en los dos anteriores), lo cual pudo haber interferido en el menor puntaje total del KHQ. Otra investigación del mismo país, con una muestra de 647 mujeres, obtuvo resultados muchos menores (38.3 puntos)⁴⁰, pero sus participantes no poseían diagnóstico médico de IU, sólo eran pacientes que consultaron por síntomas sugerentes de esta, es decir, no poseían todas las

características que presentan las mujeres con IU, dejando muchos ítems sin responder, lo cual significa un menor puntaje en la dimensión correspondiente y, por ende, de la puntuación total del KHQ.

Es necesario destacar, que en las tres investigaciones ya citadas, si bien fueron realizadas con una muestra mayor a la nuestra, su método fue sólo obtener la información requerida del KHQ en una sesión y no con el posterior compromiso de seguir asistiendo a un tratamiento y citación post - tratamiento, como lo fue nuestro estudio, característica que contribuyó a que disminuyera considerablemente nuestro número de participantes. Sin embargo, otro estudio realizado por Lorenzo, el cual involucraba la aplicación del KHQ antes y después de un tratamiento kinésico, obtuvo mayores resultados que el nuestro (64.62 y 67.98 puntos para cada uno de los 2 grupos de estudio) ⁴¹, su muestra de estudio fue de 85 pacientes con IUE, la que se consiguió a lo largo de 5 años. Esto refleja que a pesar de que los estudios antes señalados tuvieran un gran número de participantes, no manifestaron esta misma característica en los estudios que involucran la participación de pacientes en un tratamiento; si nuestra investigación hubiese sido realizada en la misma cantidad de tiempo que este estudio, el número de la muestra se habría superado, haciéndolo quizás, más comparable a nuestros resultados.

Por otra parte, al terminar las sesiones de tratamiento kinésico las pacientes presentaron una mejoría de su CDV, lo que se vio en el puntaje obtenido en la segunda aplicación del KHQ (45.6 +/- 17.7). Existen muy pocos estudios que evalúan la CVD en mujeres incontinentes posterior a una intervención, pero dos estudios utilizan el mismo instrumento de nuestra investigación: uno es el estudio de Capelini realizado en Brasil ⁴², el cual contó con 14 mujeres con IUE quienes realizaron ejercicios de la musculatura del piso pélvico en conjunto a biofeedback instrumental, sin embargo, sólo se indica que hubo diferencias significativas en el KHQ, no dando los valores de sus resultados. El otro estudio, en que sí se dan a conocer sus resultados, es el realizado por Lorenzo ⁴¹, citado anteriormente; en él, se aplica el KHQ para 85 mujeres con IUE divididas en dos grupos de estudio: el primero con un protocolo de biofeedback y el segundo con reeducación de los músculos del piso pélvico más electroestimulación vaginal. Ambos grupos mostraron una mejoría de su CDV, disminuyendo el primero de 67.98 a 30.48 y el segundo de 64.62 a 31.94 del puntaje global, habiendo una diferencia con respecto a lo observado en nuestra investigación, lo cual puede deberse a las técnicas terapéuticas empleadas y también el número de participantes, lo que pudo influir en los resultados. Además, este estudio sólo consideró a mujeres con IUE, mientras que el nuestro toma en cuenta los tres tipos de IU.

Mientras que la mayoría de las investigaciones comparan técnicas entre sí, para conocer la efectividad de cada una de ellas, nuestro trabajo tiene la particularidad de que la intervención consistió en un tratamiento kinésico, constituido por un conjunto de técnicas (Anexo VII) para ver específicamente la mejoría de la CDV, lo que normalmente debería ocurrir en la práctica clínica.

Luego de ocho semanas terminado el tratamiento kinésico, las pacientes mejoraron aún más la percepción de su CDV, con un puntaje total en el KHQ de 38.1 +/- 10.1. De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada, sólo dos de los trabajos encontrados realizaron un seguimiento de las pacientes una vez finalizada la intervención: el primero es el estudio de Capelini ⁴², antes citado, en que se hizo una evaluación después de 3 meses, pero sin valorar los cambios en la CDV, ya que, éste se consideró como una medida secundaria. El segundo trabajo de Borelli – France ^{43, 44} realizado en Estados Unidos, tuvo un seguimiento de 6 meses, mostrando mejorías en la CDV de las pacientes con IUE, pero con otro instrumento de medición, el *Incontinence Impact Questionnaire*. Se debe considerar que un grupo de pacientes mantuvo su rutina de ejercicios, mientras que otro grupo los modificó, situación que no fue hecha en nuestro estudio, ya que a todas las pacientes se les pidió que continuaran con el entrenamiento dado, por lo que estas mejorías de la CDV no son equiparables.

Con respecto a los puntajes de los cuestionarios, algunas dimensiones del KHQ mostraron comportamientos similares en cuanto a la puntuación, durante las 3 aplicaciones, siendo las más bajas y por tanto, con mejor CDV las dimensiones de Relaciones Personales y Limitación Social; mientras que las puntuadas más altas y, por tanto con peor CDV fueron las dimensiones de Acciones para enfrentar la Incontinencia Urinaria e Impacto de la Incontinencia Urinaria en la vida de la mujer.

Este comportamiento tiene similitud con los resultados observados en el estudio de Martínez en España ⁴⁵, en donde se midió la CDV en pacientes con IU y se observaron cuales eran las dimensiones del KHQ más afectadas debido a esta enfermedad, obteniéndose como resultado que la dimensión peor evaluada fue la de Impacto de la incontinencia urinaria en la vida de la mujer y la mejor evaluada fue la de Relaciones Personales. Si bien, este estudio medía la CDV sin una intervención terapéutica, nos indica que las mujeres que padecen esta patología tienen una conducta similar antes de ser tratadas. Lo mismo fue el caso de un estudio realizado por España, el cual analizó los síntomas del tracto urinario y la afectación sobre la CDV, demostrando también que las dimensiones con peor CDV fueron las de Impacto de la incontinencia urinaria en la vida de la mujer, Limitaciones físicas y Acciones para enfrentar la incontinencia urinaria ⁴⁰. Así también, se observa que en el estudio de Herrera donde se analizó la CDV según el tipo de IU, los puntajes varían de acuerdo al

tipo de IU de cada paciente, sin embargo, en general se puede constatar que los promedios más altos y, por tanto, con peor CDV, son nuevamente los de Impacto de la incontinencia urinaria y la de Percepción del estado de salud general ². A pesar que la cantidad de pacientes de los estudios mencionados anteriormente difieren a los de nuestra investigación, la puntuación que asignan las mujeres encuestadas con el KHQ en algunas de las dimensiones se asemejan en todos los casos, lo que nos indica que la patología tiene una tendencia común de progresión en todas las pacientes que no han sido intervenidas, ya que todos los estudios expuestos tenían características clínicas similares a nuestras parientes.

En cuanto a la disminución de puntajes de las dimensiones entre el primer y segundo KHQ aplicado, fue significativa en las dimensiones de Limitación Física y Acciones para enfrentar la Incontinencia Urinaria, por tanto, nos demuestran que con la aplicación del tratamiento kinésico presentaron una mejoría. Esto puede deberse por el entrenamiento de la musculatura del piso pélvico y el adecuado manejo kinésico. Esta situación es parecida al estudio realizado por Oliveira en Brasil, en donde se compararon dos grupos de pacientes con entrenamiento del piso pélvico, el cual constaba de 61 mujeres, divididas en un grupo de sesiones individuales y otras grupales, para determinar cual de los dos tenía mejores resultados. Al final del tratamiento ambos grupos mejoraron su CDV y entre las dimensiones que variaron significativamente se

encuentran las de Limitación Física y Acciones para enfrentar la Incontinencia Urinaria ⁴⁶ como se ve en nuestro estudio.

En relación a la diferencia del puntaje entre el 1º y 3º KHQ, hubo una variación significativa en 7 dimensiones, continuándose esta tendencia en los de Limitación Física y Acciones para enfrentar la Incontinencia Urinaria y se agrega Percepción de la Mujer, Impacto de la Incontinencia Urinaria en la vida, Limitación de Roles, Limitación Social y Sueño y Energía. Se puede observar con ellos, la importancia de la educación dada en la fase de intervención a las pacientes para que continúen realizando su rutina de ejercicios en el hogar, permitiendo resultados satisfactorios a largo plazo ^{3, 4, 44}. Las dimensiones que, a pesar de realizar el tratamiento kinésico y el período post – intervención, no sufren modificaciones significativas son las de Relaciones Personales y Emociones. Esto último puede explicarse porque las mujeres modifican de cierta forma la relación con la familia y la pareja, desde que los síntomas de la IU se manifiestan, adecuándose a estos incluso durante el transcurso del tratamiento, observándose que un grupo importante de mujeres con IU presente depresión, la que estaría relacionada a una menor percepción de su CDV, según Stach – Lempinen ⁴⁷, como también está el hecho de que ésta patología tiene efectos negativos en su relación de pareja, como lo indica Margareta ⁴⁸. Por otra parte es necesario destacar que estos aspectos pertenecen al ámbito personal de las pacientes, por lo que un tratamiento kinésico no influye en estos

aspectos de una manera profunda ni específica, ya que se necesita de profesionales especialistas en el área para solucionar de una manera óptima la CDV de las pacientes.

A pesar de los datos obtenidos de nuestro estudio, en la actualidad no existen otras investigaciones que realicen un seguimiento para objetivar la variación de la CDV utilizando el KHQ posterior a la aplicación de un tratamiento kinésico, lo cual nos impide comparar como sería la variación de las dimensiones analizadas, tanto entre el 2º y 3º KHQ como también entre el 1º y 3º KHQ, las variables externas que puedan influir sobre las variaciones de los puntajes, ya sea positiva o negativamente, y si se mantiene una tendencia estable en cuanto a los puntajes totales y por dimensiones del KHQ, por lo que nuestro estudio es único y destacable.

La adherencia al tratamiento en nuestro estudio fue baja: 12 de 27 pacientes que ingresaron al estudio completaron su tratamiento kinésico, lo que representa el 44% de ellas. Esto no es excepcional dentro del contexto del Policlínico de Piso Pélvico del HCVB, el cual históricamente posee una elevada tasa de abandono. Si se compara la situación general del policlínico durante el período en que se realizó la captación de pacientes para este seminario de título, del total de pacientes derivados a tratamiento kinésico, sólo el 43% de ellos finaliza su terapia, lo cual se ve reflejado en esta investigación.

En el estudio de Langford se determinó que en general las mujeres con IU tienen expectativas bastante realistas frente a un tratamiento para la IU: un 22% espera una curación completa, un 57% una mejoría buena, un 12% espera poder hacer frente a la patología y un 9% no espera resultados positivos; vale decir, un 79% de las mujeres con IU espera obtener resultados positivos tras someterse a un tratamiento ⁴⁹, lo cual motiva a las pacientes a querer realizar una terapia. Este porcentaje es comparable al grupo de pacientes del Policlínico de Piso Pélvico del HCVB que está dispuesta a someterse a un tratamiento kinésico para mejorar su CDV, ya que el 57% de las pacientes que entra a este policlínico se mantiene hasta finalizar el tratamiento.

Un estudio realizado en España mostró que pacientes con IU que no han recibido tratamiento previo tienen como primera opción la reeducación muscular del piso pélvico frente a un tratamiento quirúrgico y farmacológico ⁵⁰. Pero por otro lado, Langford determinó que las mujeres con peor CDV tienen 10.7 veces más probabilidad de optar a un tratamiento quirúrgico ⁴⁹, situación que podría ser un indicador de lo observado en nuestra investigación, en donde la mayoría de las pacientes que desertaron del tratamiento kinésico tenían puntajes altos en el 1º KHQ aplicado, traducido como peor CDV, y quienes prefieren una solución rápida como es la cirugía.

Un estudio realizado por Alewijnse ⁵¹, en donde se evaluó la adherencia a largo plazo para la realización de ejercicio de los músculos del piso pélvico, se observó que las mujeres con episodios de pérdida de orina semanales frecuentes fueron más propensas a tener altos niveles de adhesión 1 año después de iniciada la terapia, demostrándose que la adhesión al entrenamiento muscular del piso pélvico era muy alto cuando las pacientes reconocen su patología como un verdadero problema. En esta investigación, se observó que la adherencia a corto plazo al tratamiento kinésico es un predictor importante para una adherencia a largo plazo y que el 67% de las mujeres con IU realizaba los ejercicios indicados por su kinesiólogo ⁵¹. Esto también se pudo observar en nuestro estudio durante la citación y realización del 3º KHQ por las pacientes, quienes relataban continuar realizando los ejercicios prescritos con una alta frecuencia diaria y semanal, además de lo observado con los resultados de este cuestionario que arrojó una mejor percepción en su CDV. Junto con esto, Alewijnse menciona en otro estudio, que muchos de los determinantes psicosociales y cognitivos pueden contribuir fuertemente a la adhesión a la terapia de ejercicio ⁵². Entre estos se encuentran la falta de disciplina, tiempo y energía, situaciones de estrés para las pacientes, la percepción del piso pélvico como una zona desconocida del cuerpo, dificultad con los ejercicios para integrarlos en la vida cotidiana, las fluctuaciones en la eficacia del ejercicio mal realizado, dolor muscular y la autoestima ^{44, 51}.

Por lo tanto, uno de los factores que pudiesen influir en que las pacientes realicen y continúen el tratamiento kinésico es la motivación, la cual puede depender de las expectativas de las pacientes, traducándose en un mayor o menor grado de adherencia hacia el tratamiento que se les presenta.

En definitiva, nuestro estudio refleja que la mayoría de los aspectos analizados por el KHQ son modificables de manera positiva con la aplicación de una terapia kinésica, al observarse que disminuye el puntaje en dicho cuestionario, mejorando la CVD de las pacientes. Para ello es importante la educación proporcionada a las pacientes sobre su patología, para que se motiven y realicen en su totalidad el tratamiento, comprometiéndose con éste a largo plazo.

9. CONCLUSION

En nuestro estudio los resultados arrojados por los KHQ indican que las pacientes con IU tenían afectada su CDV antes de iniciar el tratamiento kinésico, al finalizar éste se obtuvo un descenso en los puntajes lo que indica un aumento en la CDV y tras 8 semanas post – tratamiento el puntaje fue aún menor.

Por lo tanto, la percepción de la CDV de las pacientes mejoró durante este proceso, demostrando que el tratamiento kinésico es efectivo para las pacientes con IU derivadas al Policlínico de Piso Pélvico del HCVB.

10. COMENTARIOS

Este estudio tuvo ciertas limitaciones que influyeron en su realización, las cuales estuvieron centradas en el bajo número de pacientes, debido a la alta deserción que muestra el Policlínico de Piso Pélvico del HCVB. Otra limitación importante fue la adherencia al tratamiento, la que se debió principalmente, a la poca aceptación de las pacientes con respecto a su patología, ya que para algunas el fenómeno de las fugas de orina constituía un proceso natural del envejecimiento. Por lo tanto, los resultados no son extrapolables a toda la población con IU.

Los resultados observados en este trabajo podrían ser un incentivo para desarrollar el interés sobre las patologías del piso pélvico dentro de la kinesiología, tanto en la clínica como en el área de investigación, para validar las acciones del kinesiólogo, ampliando su desarrollo en el sistema de salud chileno para brindar una mejor atención especializada para las pacientes, contribuyendo también a la educación de la sociedad y el reconocimiento de esta problemática por parte de las personas que sufren este tipo de patologías.

11. BIBLIOGRAFIA

- (1) Innerkofler P, Guenther V, Rehder P, Kopp M, Nguyen-Van-Tam D, Giesinger J. et al. Improvement of quality of life, anxiety and depression after surgery in patients with stress urinary incontinence: Results of a longitudinal short-term follow-up. *Health and Quality of Life Outcomes* 2008; 6: 72 - 83.
- (2) Herrera A, Arriagada J, González C, Leppe J, Herrera F. Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp.* 2008; 32(6): 624 – 628.
- (3) Diniz MR, De Aquino R, Lyvio A, Diniz P, Sartori M, Castello MJB. Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercise for treating female stress urinary incontinence. *Sao Paulo Med J.* 2007; 125(5): 265 -269.
- (4) Berghmans B. El papel del fisioterapeuta pélvico. *Actas Urol Esp.* 2006; 30 (2): 110 - 122.
- (5) Harwardt T, Fuentes B, Venegas M, Leal C, Verdugo F, Benier P. Estudio de Prevalencia de Incontinencia Urinaria en Mujeres de Isla de Pascua. *Revista Chilena de Urología* 2004; 69: 29 - 34.
- (6) Salazar A, Oyanedel P, Montiglio C, Campero JM, Caro C, Monje B et al. Prevalencia y Factores de Riesgo de la Incontinencia de Orina. *Revista Chilena de Urología* 2005; 70: 55 - 58.
- (7) Kamei J, Kamei I. Estudio de Prevalencia e Impacto en Calidad de Vida de la Infección Urinaria, Incontinencia Urinaria, y Disfunción Sexual en Mujeres que concurren a control rutinario en Consultorio Externo de Gineco - Obstetricia. *Revista Chilena de Urología* 2005; 70: 210-213.

- (8) Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub - Committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21: 167 – 178.
- (9) Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community - based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *Journal of Clinical Epidemiology* 2000; 53: 1150 – 1157.
- (10) Ballester A, Mínguez M, Herreros B, Hernández V, Sanchiz V, Benages A. Prevalence of silent fecal and urinary incontinence in women from the town of Teruel. *Rev Esp Enferm Dig.* 2005; 97: 78 - 86.
- (11) MacLennan AT, Wilson A, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000; 107: 1460 - 1470.
- (12) Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary Incontinence in US Women: A Population-Based Study. *Arch Intern Med.* 2005; 165: 537 - 542.
- (13) Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzog AR, Varner RE, Posner SF. Prevalence of Urinary Incontinence and Associated Risk Factors in Postmenopausal Women. *Obstetrics & Gynecology* 1999; 94: 66 – 70.
- (14) González F, Paz W, Quezada P. Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres entre 30 – 59 años pertenecientes al servicio de atención primaria de la ciudad de Valparaíso. Tesis (Grado de Licenciado en Kinesiología). Valparaíso, Chile: Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Carrera de Kinesiología 2009: 34 – 59.
- (15) Patel AK, Chapple CR. Pathophysiology of urinary incontinence. *Surgery (Oxford)* 2008; 26: 188 - 192.
- (16) Chen GD. Pelvic floor dysfunction in Aging Women. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2007; 46(4): 374 – 378.

(17) Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol.* 2003; 20: 327 – 336.

(18) Perucchini D, DeLancey J, Blaivas M. Evidence of major myopathic changes in the striated urethral sphincter muscle in the female; *Neurourol Urodyn.* 1997; 15: 394 – 395.

(19) Robles JE, Sánchez de la Muela P, Meldaña A, Walker C. Disfunciones del suelo pélvico. En: Walker C, editor. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología; Barcelona, España: Editorial Masson, S.A.; 2006. p. 241 – 244.

(20) Martínez JC. Clasificación de las disfunciones miccionales. Mecanismos de continencia. Fisiopatología de la incontinencia de orina. En: Espuña M, Salinas J, editores. Tratado de Uroginecología: Incontinencia Urinaria; Barcelona, España: Editorial Ars Medica; 2004. p. 33.

(21) Kim H, Yoshida H, Suzuki T. Risk factors associated with urinary incontinence in community – dwelling elderly women. *Zasshi IRN. Japanese Journal of Geriatrics* 2008; 45 (3): 315 - 322.

(22) Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk Factors for Urinary Incontinence among Middle – Women. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194 (2): 339 – 345.

(23) Waetjen L.El, Liao S, Johnson WO, Sampsel CM, Sternfield B, Harlow SD et al. Factors Associated with Prevalent and Incident Urinary Incontinence in a Cohort of Middle Women: A Longitudinal Analysis of Data. Study of Women`s Health Across the Nation. *Am J Epidemiol.* 2007; 165: 309 – 318.

(24) Potenziani JC. Guía de cambios de comportamiento, reeducación vesical y rehabilitación de piso pélvico, en pacientes con trastornos urinarios. 2007. Disponible en: <http://www.urologiaaldia.com.ve/PUBLICACIONES/pdf/2007/FolletoReeducacionvesical.pdf> [Consultado el 30/08/2009].

- (25) Goode PS, Burgio KL, Locher JL, Roth DL, Umlauf MG, Richter HE et al. Effect of behavioral training with or without pelvic floor electrical stimulation on stress incontinence in women. *JAMA* 2003. 290: 345 - 352.
- (26) Sengler J, Grosse D. Rééducation périnéale. En: Sengler J, Grosse D, editores. Encyclopédie Médico - Chirurgicale; París, Francia: Editorial Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS; 2002. p. 1.
- (27) Robles JE. La incontinencia urinaria. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006; 29 (2): 219 - 232.
- (28) Goode PS. Behavioral and drug therapy for urinary incontinence. *Urology* 2004 63: 58 - 64.
- (29) Demirtürk F, Akbayrak T, Karakaya IC, Yüksel I, Kirdib N, Demirtürk F et al. Interferential current versus biofeedback results in urinary stress incontinence. *SWiSS Med Wkly* 2008; 138 (21 - 22): 317 - 321.
- (30) Balmforth JR, Mantle J, Bidmead J, Cardozo L. A prospective observational trial of pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence. *BJU International* 2006; 98: 811 - 817.
- (31) Caufriez M, Fernández JC, Fanzel R, Snoeck T. Efectos de un programa de entrenamiento estructurado de gimnasia abdominal hipopresiva sobre la estática vertebral cervical y dorsolumbar. *Fisioterapia* 2006; 28 (4): 205 - 216.
- (32) Caufriez M, Fernández JC, Defossez L, Wary - Thys C. Contribución al estudio de la contractilidad del suelo pélvico. *Fisioterapia* 2008; 30(2): 69 - 78.
- (33) Pena JM, Rodríguez AJ, Villodres A, Mármol S, Lozano JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urol Esp.* 2007; 31(7): 719 - 731.
- (34) Caufriez M, Fernández JC, Esparza S, Schulmann C. Estudio del tono de base del tejido músculo-conjuntivo del suelo pélvico en el posparto tras reeducación abdominal clásica. *Fisioterapia* 2007; 29 (3): 133 - 138.

(35) Group: The World Health Organization quality of life assessment: Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1403 – 1409.

(36) Coyne KS, Zhou Z, Thompson C, Versi E; The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. *BJU International* 2003; 92: 731 - 735.

(37) Kelleher C, Cardozo L, Khullar V, Salvatores S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 1374 - 1379.

(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 Clin (Barc)* 2000; 114: 647 - 652.

(39) Arañó P, Rebollo P, González – Segura D. Afectación de la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp.* 2009; 33(4): 410 – 415.

(40) Espuña M, Puig M. Síntomas del tracto urinario inferior en la mujer y afectación de la calidad de vida. Resultados de la aplicación del King's Health Questionnaire. *Actas Urol Esp.* 2006; 30(7): 684 – 691.

(41) Lorenzo MF, Silva JM, García FJ, Geanini A, Urrutia M. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con biofeedback perineal con electrodos de superficie. *Actas Urol Esp.* 2008; 32 (6): 629 – 636.

(42) Capelini M, Ricetto C, Dambros M, Tamanini J, Herrmann V, Muller V. Pelvic floor exercises with biofeedback for stress urinary incontinence. *Int Braz J Urol.* 2006; 32: 462 – 469.

(43) Borello – France D, Zyczynski H, Downey P, Rause C, Wister J. Effect of pelvic - floor muscle exercise position on continence and quality – of - life outcomes in women with stress urinary incontinence. *Physical Therapy* 2006; 86 (7): 974 – 986.

(44) Borello – France D, Downey P, Zyczynski H, Rause C. Continence and quality – of - life outcomes 6 months following an intensive pelvic – floor muscle exercise program for female stress urinary incontinence: A randomized trial comparing low – and high – frequency maintenance exercise. *Physical Therapy* 2008; 88 (12): 1545 – 1553.

(45) Martínez B, Salinas AS, Giménez JM, Donate MJ, Pastor H, Virseda JA. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp.* 2008; 32 (2): 202 – 210.

(46) De Oliveira F, Moura A, Martins R, Ferreira MG, Castello MJ, Aquino R. Pelvic floor muscle training in female stress urinary incontinence: comparison between group training and individual treatment using PERFECT assessment scheme. *Int Urogynecol J.* 2009. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/pn55752u81244r75/> [Consultado el 22/09/2009].

(47) Stach – Lempinen B, Hakala AL, Laippala P, Lehtinen K, Metsänoja R, Kujansuu E. Severe depresión determines quality of life in urinary incontinent women. *Neurourol. Urodynam* 2003; (22):563 - 568.

(48) Margareta N, Ann L, Othon L. The impact of female urinary incontinence and urgency on quality of life and partner relationship. *Neurourol. Urodynam.* 2009; (28): 976 – 981.

(49) Langford C, Elmissiry M, Ghoniem G. Do women have realistic expectations of treatment for stress urinary incontinence? *Neurourol Urodyn.* 2008; 27 (6): 480 – 484.

(50) Espuña M, Rebollo P, Puig M, Dilla T. Determinación de las preferencias de las mujeres sobre el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante el método de la comparación de parejas. *Arch. Esp. Urol.* 2007; 60 (2): 147 – 154.

(51) Alewijnse D, Mesters I, Metsemakers J, Van den Borne B. Predictors of long - term adherence to pelvic floor muscle exercise therapy among women with urinary incontinence. *Health Education Research* 2003; 18 (5): 511 – 524.

(52) Alewijnse D, Mesters I, Mertsemakers J, Van de Borne B. Program development for promoting adherence during and after exercise therapy for urinary incontinence. *Patient Education and Counseling* 2002; 48 (2): 147 – 160.

12. ANEXOS

12.1 Anexo I

Cuestionario de Salud de King

1. ¿Cómo describe usted su salud en el presente?

- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy Mala

2. ¿Cuánto piensa usted que su problema de incontinencia afecta su vida?

- Nada
- Un Poco
- Moderadamente
- Un Montón

3. Nos gustaría conocer cuales son sus problemas de incontinencia y cuanto la afectan. De la lista de abajo elija sólo aquellos problemas que usted tiene en el presente. Deje afuera aquellos que no se aplican a usted.

¿Cuántos de ellos le afectan?

Marque con una cruz (X)

	Un poco	Moderadamente	Mucho
Frecuencia: Va al baño muy a menudo			
Nicturia: se levanta en la noche a orinar			
Urgencia: Un deseo fuerte y difícil de controlar al orinar			
Urge incontinencia: pérdida de orina asociada a un fuerte deseo de orinar			
Incontinencia de estrés: pérdida de orina con actividad física, Ej.: Toser, estomudar, correr			
Enuresis: moja la cama de noche			
Incontinencia en acto sexual: Pérdida de orina en acto sexual			
Frecuentes infecciones urinarias			
Dolores de vejiga. Dificultad para orinar			

Otros: Especifique

4. Abajo están algunas actividades que pueden ser afectadas por sus problemas de incontinencia urinaria. ¿Cuánto le afectan sus problemas? Nos gustaría que usted responda cada pregunta. Simplemente marque la categoría que se aplica a usted.

Limitación de Roles	Nada	Levemente	Moderadamente	Mucho
¿Cuánto afecta su problema sus tareas domésticas? (Ej. Limpiar, comprar, etc.)				
Su problema, ¿afecta su trabajo o sus actividades normales diarias fuera del hogar?				

Limitaciones Físico-Social	Nada	Levemente	Moderadamente	Mucho
Su problema, ¿afecta su actividad física (Ej.: caminar, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.)?				
Su problema de incontinencia afecta su capacidad de viajar				
Su problema de incontinencia limita su vida social				
Su problema de incontinencia limita su capacidad para recibir o visitar amigos				

Relaciones Personales	No se aplica	Nada	Levemente	Moderadamente	Mucho
Su problema afecta su relación con su pareja					
Su problema de incontinencia afecta su vida sexual					
Su problema de incontinencia afecta su vida familiar					

Emociones	Nunca	Levemente	Moderadamente	Mucho
Sufre usted de depresión por su problema				
Sufre usted de problemas de ansiedad o se pone nerviosa a causa de su incontinencia				
Usted tiene problemas de autoestima debido a su problema de incontinencia				

Sueño y energía	Nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
Afecta su problema su sueño				
Tiene usted la sensación de estar agotada				

Realiza usted alguna de las siguientes actividades:

	Nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
Usa usted productos absorbentes para mantenerse seca				
Cuida usted la cantidad de líquido que ingiere				
Cambia su ropa interior cuando está húmeda				
Le preocupa oler a orina				
La avergüenza a usted su problema de incontinencia				

Nombre:.....
 Tipo IU:
 Fecha aplicación encuesta:.....
PUNTAJE:

12.2 Anexo II

Puntaje del Cuestionario de Salud de King según dimensiones:

Percepción de la mujer (1 pregunta): el estudio consideró la percepción de la mujer como la descripción que ella expresa de su estado de salud actual y de la influencia que tiene la incontinencia urinaria en su vida. Fue medido en la categoría de:

Muy buena:	1 punto
Buena:	2 puntos
Regular:	3 puntos
Mala:	4 puntos
Muy mala:	5 puntos.

Impacto de la incontinencia urinaria en su vida (1 pregunta): que fue medida en las categoría de:

Nada:	1 punto
Un poco:	2 puntos
Moderadamente:	3 puntos
Un montón	4 puntos.

Limitación de Roles (2 preguntas): se consideran los aspectos de cómo la incontinencia urinaria afecta su trabajo, actividades domésticas entre otros. Fue medido en las categorías de:

Nada:	1 punto
Leve:	2 puntos
Moderadamente:	3 puntos
Mucho:	4 puntos.

Limitación Física (2 preguntas): se consideró el grado de influencia de la incontinencia urinaria en las actividades físicas. Fue expresado en las categorías de:

Nada:	1 punto
Leve:	2 puntos
Moderadamente:	3 puntos
Mucho:	4 puntos

Limitación Social (3 preguntas): se consideró la influencia de la incontinencia urinaria en la vida social, relación con amigos y familia. Fue expresado en las categorías de:

Nada:	1 punto
Leve:	2 puntos
Moderadamente:	3 puntos
Mucho:	4 puntos.

Relaciones Personales (2 preguntas): se consideró la influencia de la incontinencia en la vida sexual y relación con la pareja. Se expresó en las categorías de:

No se aplica:	0 punto
Nada:	1 punto
Levemente:	2 puntos
Moderadamente:	3 puntos
Mucho:	4 puntos.

Emociones (3 preguntas): se consideró la influencia de la incontinencia en la posibilidad de padecer depresión, ansiedad y baja autoestima. Se expresó en las categorías de:

Nunca:	1 punto
Leve:	2 puntos
Moderadamente:	3 puntos
Mucho:	4 puntos.

Sueño y Energía (2 preguntas): se consideró el grado de influencia de la incontinencia urinaria en el sueño y la sensación de estar agotada. Se expreso en las categorías de:

Nunca:	1 punto
Algunas veces:	2 puntos
A menudo:	3 puntos
Siempre:	4 puntos.

Acciones para enfrentar la incontinencia urinaria (4 preguntas): se consideró el tipo de acción realizada por la mujer afectada de incontinencia urinaria. Dentro de estas acciones se incluyeron:

- Restricción en la ingesta de agua
- Uso de productos absorbentes
- Cambio de ropa cada vez que esta se humedece.

Cada una de ellas expresadas en la categoría de:

Nunca: 1 punto
Algunas veces: 2 puntos
A menudo: 3 puntos
Siempre: 4 puntos.

En relación a los síntomas de la incontinencia urinaria se consideró la presencia o ausencia de uno o más síntomas, como también el grado en que afectan a la mujer, expresado en las categorías de:

Un poco: 1 punto
Moderadamente: 2 puntos
Mucho: 3 puntos.

Con respecto a ellos se consideró:

- Frecuencia miccional: número de veces que orina en el día.
- Nicturia: levantarse en la noche a orinar.
- Urgencia miccional: deseo fuerte y difícil de controlar al orinar.
- Rebalse miccional: pérdida de orina asociada un fuerte deseo de orinar.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo: pérdida de orina con actividad física.
- Enuresis: moja la cama durante la noche.
- Incontinencia en el acto sexual: pérdida de orina en el acto sexual.
- Infecciones del tracto urinario frecuente.
- Dolor de la vejiga.
- Disuria (dificultad para orinar).

12.3 Anexo III

Fórmulas para calcular el puntaje del cuestionario de Salud de King

1. Percepción de la mujer:
PUNTAJE = $((\text{puntaje pregunta 1} - 1) / 4) * 100$
2. Impacto de la incontinencia urinaria en su vida:
PUNTAJE = $((\text{puntaje pregunta 2} - 1) / 3) * 100$
3. Limitación de Roles:
PUNTAJE = $((\text{puntaje pregunta 3a} + 3b) - 2) / 6) * 100$
4. Limitación Física:
PUNTAJE = $((\text{puntaje pregunta 4a} + 4b) - 2) / 6) * 100$
5. Limitación Social:
PUNTAJE = $((\text{puntaje pregunta 4c} + 4d + 5c) - 3) / 9) * 100$

Si el puntaje de 5c es mayor o igual a 1, si es 0 entonces $(-2) / 6) * 100$
6. Relaciones Personales:
PUNTAJE = $((\text{puntaje pregunta 5}^a + 5b) - 2) / 6) * 100$

Si puntaje $5a + 5b > = 2$
Si puntaje $5a + 5b = 1$ $(-1) / 3) * 100$
Si puntaje $5a + 5b = 0$ No es aplicable
7. Emociones:
PUNTAJE = $((\text{puntaje pregunta 6a} + 6b + 6c) - 3) / 9) * 100$
8. Sueño y Energía:
PUNTAJE = $((\text{puntaje pregunta 7a} + 7b) - 2) / 6) * 100$
9. Acciones para enfrentar la incontinencia urinaria:
PUNTAJE = $((\text{puntaje pregunta 8a} + 8b + 8c + 8d) - 4) / 12) * 100$

12.4 Anexo IV



Carrera de Kinesiología
Facultad de Medicina
Universidad de Valparaíso

Consentimiento Informado

El estudio en que Ud. participará voluntariamente, tiene como objetivo conocer la efectividad de un tratamiento kinésico en la percepción de la calidad de vida en pacientes con Incontinencia Urinaria.

Para obtener la información necesaria se le entregará a Ud. un cuestionario que deberá responder, en el cual busca evaluar su percepción sobre su calidad de vida, en la primera sesión del tratamiento kinésico, en la última sesión del tratamiento kinésico y después de 8 semanas de terminado el tratamiento kinésico. Para esto último las investigadoras se comunicaran con Ud. para concertar una cita para su realización.

Toda la información recolectada, será manejada de manera estrictamente confidencial, y sólo será utilizada en el marco de la presente investigación.

Tenga Ud. el conocimiento que posee la libertad para retirarse del estudio en cualquier momento y de participar en él, además Ud. podrá acceder a los resultados consultando con las investigadoras directamente, vía telefónica y/o vía e-mail.

Con fecha _____yo, _____,
declaro estar informada de todos los procedimientos y objetivos que implica la participación de la investigación “Efectividad del Tratamiento Kinésico en la Calidad de Vida de mujeres con diagnóstico de Incontinencia Urinaria”, en el período comprendido entre marzo y junio del presente año, estudio realizado por Lorna Aliaga G., Valeska Cuevas G. Romina Guerrero L. y Annette Rebolledo R, estudiantes de Kinesiología de la Universidad de Valparaíso, y declaro aceptar voluntariamente formar parte de él.

Firma de la paciente

Firma de la investigadora

Valparaíso, _____ de 2009.

12.5 Anexo V

FICHA KINESICA

Fecha de Ingreso _____
Nombre _____ Edad _____
Dirección _____ Teléfono _____
Diagnóstico _____
Motivo de Consulta _____

Sesión N°	Fecha	
1°		1° Cuestionario de Salud de King
Última		2° Cuestionario de Salud de King
8 semanas post-tratamiento kinésico		3° Cuestionario de Salud de King

12.6 Anexo VI

Tríptico Informativo

Cara interna:

¿QUÉ ES?

Pérdida involuntaria de orina producida en un momento y lugar no adecuado.

¿CÓMO SE PRODUCE?

La orina se almacena en una bolsa llamada vejiga, y cuando la presión dentro de esta es mayor a la fuerza del músculo de la vejiga, la orina se sale sin control. Además se pierde el control del esfínter, que es un músculo de la vejiga en forma de anillo que cierra la salida de la orina.

¿POR QUÉ SE PRODUCE?

Por falta de coordinación entre el sistema urinario y el sistema nervioso.

También hay otros factores que aumentan el riesgo de padecerla:

- Es más común en mujeres con mayor cantidad de partos.
- Enfermedades como: obesidad, cardiopatía, diabetes, demencia, accidente cerebrovascular.
- Enfermedades o cirugías genitales (prolapso, próstata,

estreñimiento, cistitis, infecciones, etc.).

- Consumo de fármacos, tabaco alcohol.
- Falta de actividad física e inmovilidad.
- Dificultades en el entorno (en domicilio, asilo, hospital, etc.).

¿QUÉ PROBLEMAS ME PUEDE OCASIONAR?

- Aislamiento social.
- Depresión.
- Dependencia.
- Trastornos psíquicos.
- Alteraciones en la piel.
- Infecciones urinarias.
- Promueve el ingreso a asilos.

¿HAY TRATAMIENTOS?

- Tratamiento Kinésico. (ejercicios).
- Tratamiento farmacológico.
- Tratamiento quirúrgico.

iii CONSEJOS!!!

- Utilice ropas cómodas y fáciles de quitar.

- Modere su consumo de café, alcohol y té. No ingiera líquidos dos horas antes de acostarse.
- Elimine los obstáculos que limiten su acceso al baño o recurra a sustitutos (orinales y patos) colocándolos junto a la cama.
- Realice los ejercicios indicados por el kinesiólogo para fortalecer sus músculos de la pelvis.

ii No olvide acudir a los controles y seguir las indicaciones de su Kinesiólogos!!



Cara externa:

Nuestro Estudio... busca conocer los cambios que produce un tratamiento kinésico sobre la calidad de pacientes con incontinencia urinaria.

- Su participación en esta investigación es de gran relevancia, ya que el problema que a usted le aqueja, también le ocurre a muchas mujeres más. Por lo mismo nuestro interés es conocer que tanto modifica la calidad de vida el tratamiento que usted recibirá.
- ¿Qué haremos? Le entregaremos a Ud. en esta primera cita, un cuestionario para que responda con plena confianza como siente que es su calidad de vida actualmente. Repetiremos el mismo cuestionario al terminar las sesiones correspondientes a su tratamiento kinésico y después de 8 semanas nos contactaremos con usted, para concertar una cita y entregarle un nuevo cuestionario. De esta

forma conoceremos su evolución luego de terminar el tratamiento.

- ¡No se preocupe! toda la información recolectada, será manejada de manera confidencial, y sólo será utilizada en el marco de la presente investigación.
- Ante cualquier duda o consulta, no dude en contactarnos a:

Mail: tesis.iu@gmail.com

Lorna Aliaga, cel: 82279627
Valeska Cuevas, cel: 82246291
Romina Guerrero, cel: 87948320
Annette Rebolledo, cel: 7867443



Seminario de Título

**"Efectividad del
Tratamiento kinésico en
la Calidad de vida de
mujeres con diagnóstico
de Incontinencia
Urinaria"**

12.7 Anexo VII

Descripción de técnicas del tratamiento kinésico utilizadas en reeducación pelvipereineal.

1.- *Historia clínica*: anamnesis, evaluación del comportamiento miccional, síntomas.

2.- *Evaluación física*:

- Inspección de la zona perineal, determinación de tono, propiedades musculares.
- Evaluación muscular del elevador del ano (escala de Oxford) en fuerza, resistencia, velocidad y coordinación. Se realiza en forma digital a través de la vagina o el ano.
- Educación: cambio de hábitos y reeducación vesical, cartilla miccional, aplicación test de calidad de vida.
- Informar objetivos de tratamiento kinésico, técnicas a utilizar, método de trabajo.

3.- *Tratamiento dirigido a objetivos*:

- Relajación: se aplica en estados ansiosos y angustia, Jacobs, Schultz etc.
- Técnicas manuales: se realizan en forma digital; se aplica para tratar el dolor y propiocepción; masoterapia en puntos gatillo, elongación y movilización.
- Entrenamiento muscular:
 - a) Ejercicios perineales: Kegel, contracciones de musculatura del piso pélvico (elevador del ano) en relación a la fatiga y en forma progresiva.
 - b) Electroestimulación: fortalecimiento muscular, pulso 0.2 - 0.5 ms, frecuencia 20 - 50Hz, con T.E.N.S., corriente bifásica de baja frecuencia.
 - c) Biofeedback: mejora la eficacia de ejercicios y reclutamiento de unidades motoras, se realiza en forma manual, visual o instrumental.

La electroterapia y el biofeedback se aplican instrumentalmente mediante electrodos cavitarios y un equipo complejo electromiográfico, según objetivos de tratamiento.

- Técnicas de inhibición de la contracción vesical:
 - a) Electroterapia: la frecuencia más utilizada para provocar inhibición es de 5-10 Hz, con tiempos de amplitud de pulso entre 0.2 y 0.5, frecuencia con que se activan las fibras sensitivas aferentes del nervio pudendo y los mecanismos inhibitorios del detrusor. Se aplica con electrodos superficiales en el recorrido del Nervio tibial posterior, retromaleolar interna.
 - b) Reeducación de reflejos miccionales (reflejo inhibitor del detrusor).
 - c) Cartilla miccional: tratamiento conductual, ingesta de líquidos, cambio de hábitos.
- Reeducación del control motor: respiración, sinergias abdominales, estabilización pélvica y entrenamiento muscular de la pared abdominal.
- Gimnasia abdominal hipopresiva (GAH): es una técnica postural particular, neuromiostática de efecto sistémico, que utiliza la comunicación neurológica sensitiva y sensorial por medio de la liberación de neurotransmisores que se activan por efecto de estímulos propioceptivos, vestibulares y kinestésicos al mantener posturas fijas en apnea espiratoria, la presión intrabdominal cae en forma inmediata, produce una relajación del diafragma torácico y un aumento de la actividad del sistema ortosimpático, regula las tensiones músculoconjuntivas.

La ejecución de la GAH es difícil y exigente, se realiza una inspiración, espiración, se produce apnea y aspiración diafragmática, la que se mantiene por 25 segundos, en las diferentes posturas determinadas y fijas, a ritmo regular y lento, repitiendo cada una 3 veces hasta completar todo el esquema. Las posiciones son de pie, de rodillas, decúbito ventral, ejercicio para paso a posición cuadrúpeda, genupectoral, luego sentado en talones, sentado sastre, sentado playa, y para terminar decúbito supino. Se finaliza con relajación.

La evaluación final se realiza midiendo los mismos parámetros que al inicio del tratamiento.