

## **APORTACIÓN DE LA FISIOTERAPIA PERINEAL EN LA PERCEPCIÓN QUE LAS MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA TIENEN DE SU ESTADO DE SALUD.**

**Autores:** Carmen Suárez Serrano. Doctora por la Universidad de Sevilla. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla. csuarez@us.es

Jesús Rebollo Roldán. Doctor en Pedagogía. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla. jesusrebollo@us.es

Raquel Chillón Martínez. Doctora por la Universidad de Sevilla. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla. raquelch@us.es

M<sup>a</sup> Luisa Benítez Lugo. Máster en Cerebro y Conducta. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla. marisabeni@us.es

### **Resumen**

Según la Internacional Continence Society la incontinencia urinaria (IU) supone un problema social para la mujeres que la padecen. Nuestro estudio pretende demostrar que, tras recibir un tratamiento de Fisioterapia basado en ejercicios del suelo pélvico, dichas mujeres incrementan notoriamente su calidad de vida, no sólo en desde el punto de vista sanitario sino también psicosocial. Hemos utilizado un diseño expost-facto de tipo comparativo causal, realizado en una muestra de 35 mujeres con una media de edad de 53, 66 años y una desviación típica de 11,96. Para el estudio se elaboró un cuestionario específico para la calidad de vida en la IU, basado en el King's Health Questionnaire (Kelleher 1997), adaptado culturalmente al castellano (Badia 2001), y que fue validado para nuestro estudio. Al comparar los resultados antes y después del tratamiento, la t de Student ( $p < 0,01$ ) y la prueba de los rangos de Wilcoxon ( $p > 0,01$ ) mostraron que el tratamiento de Fisioterapia aplicado fue efectivo señalando cambios significativos tanto en la calidad de vida global como en las diferentes esferas que la componen.

*Palabras clave:* Fisioterapia, calidad de vida relacionada con la salud, incontinencia urinaria.

### **Introducción**

La afectación de la calidad de vida en las personas que sufren incontinencia urinaria ha sido ampliamente demostrada<sup>1-7</sup>, siendo recogida esta repercusión desde 1979 en la definición que dió la International Continence Society (ICS)<sup>8-9</sup>.

Desde entonces las Sociedades Científicas Internacionales en este ámbito recomiendan medir el impacto que esta disfunción miccional provoca en la calidad de vida ya que el sentir de las pacientes resulta esencial en la toma de decisiones terapéuticas en la práctica clínica<sup>10</sup>. Investigar en estos aspectos, mediante estrategias y métodos procedentes de otras disciplinas como la psicometría, por su papel en el diseño y construcción de cuestionarios<sup>11</sup>, parece necesario, a fin de encontrar soluciones globales a los problemas derivados del impacto de esta disfunción en la vida de las mujeres afectadas por la misma.

### **Repercusiones de la calidad de vida en la incontinencia urinaria femenina**



El impacto de la incontinencia es el grado de molestia o malestar que los síntomas de esta disfunción miccional provoca en las diferentes esferas (física, social y psicológica) de la vida de las pacientes. Supone el sentir de las mujeres ante esta condición, cómo perciben ellas su problema de salud. Según la ICS, el diagnóstico de la incontinencia urinaria desde el punto de vista objetivo debe ser menos importante que la forma en que las pacientes perciben las pérdidas de orina y el efecto que tiene esta percepción en su calidad de vida<sup>1</sup>. Percepción que se hace mucho más evidente en la era que vivimos, en la que el estrés, la estética, la competitividad laboral y la perfección, hacen que la frecuencia de la sensación de no control de la micción, o la frecuencia de la pérdida de orina, junto al volumen de orina perdido, su aparición en las actividades de la vida diaria y la necesidad de utilizar protectores, no sólo suponga un problema orgánico, sino que adquiera repercusiones sociales, afectivas y profesionales, cuya gravedad variará en función de cada individuo. Por esto se plantea el abordaje de la incontinencia urinaria como un problema integral, única forma de enfrentarse al mismo<sup>12</sup>.

Hay autores que consideran que el impacto que la incontinencia urinaria supone para las pacientes, se puede igualar<sup>13</sup> e incluso ser mayor al que provocan otras patologías crónicas como pueden ser la diabetes mellitus, la hipertensión arterial<sup>14,15</sup>, o la osteoartritis<sup>10</sup>. Esta consideración supone reconocer que la incontinencia urinaria presenta una repercusión muy negativa en la calidad de vida de las mujeres que la sufren. En la literatura encontrada sobre esta temática, los autores, utilizando en la mayoría de los casos cuestionarios específicos solamente, o combinados con otro genérico, encontraron cómo se ven afectadas cada una de las esferas y las limitaciones que la sintomatología de esta afección provoca en las mujeres.

Así, Norton<sup>16</sup> observó la afectación que la incontinencia urinaria suponía al bienestar social y mental, provocando dificultades en la esfera sexual y sentimientos de vergüenza en la mujer.

Thomas y cols<sup>17</sup> concluyen que la pérdida del control urinario puede afectar los aspectos: social, psicológico, doméstico, ocupacional, físico y sexual en sus vidas. Las consecuencias sociales y psicológicas las exponen de forma más detallada, concluyendo que pueden llevar a limitaciones de la actividad social, y a generar ansiedad, sensación de vergüenza y aislamiento. Es un hecho reconocido que las pacientes con incontinencia tienen que restringir su ingesta de líquidos, sus actividades físicas y evitar lugares que no tengan un acceso fácil a los baños<sup>18</sup>.

Según Swithinbank y Abrams<sup>18</sup> los aspectos de la calidad de vida más afectados son: la esfera física, por la dependencia del baño para controlar mejor las pérdidas o la frecuencia miccional; la esfera social, por el aislamiento que supone esta condición con un carácter tabú; y la esfera sexual, por las pérdidas que pueden ocurrir en las diferentes fases del acto sexual.

En el estudio realizado por Martínez Saura y cols<sup>19</sup>, los autores dividen de forma explícita la repercusión de la incontinencia urinaria en seis dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud: social, de las actividades de la vida diaria, física, psicológica, sexual y profesional. En la esfera social destaca el aislamiento que esta condición provoca en las mujeres, lo que limita a su vez la capacidad de viajar o de realizar actividades lúdicas. En relación a las actividades de la vida diaria, las más

afectadas son la limitación de las tareas del hogar y la repercusión en la vida familiar. En cuanto a la parcela física, la incontinencia urinaria provoca limitaciones para realizar actividades deportivas. En este estudio los autores relacionan la dependencia de la mujer al baño con la esfera laboral. También encontraron cómo se ve afectada la sexualidad de la mujer por la misma razón que los autores del estudio mencionado anteriormente. Por último, concluyen que todas las repercusiones que la incontinencia provoca en la mujer, la pueden llevar a un estado depresivo y a un bajo nivel de autoestima.

Entre los factores que influyen en el grado de impacto negativo que la incontinencia tiene en la calidad de vida de las pacientes encontramos: la edad, la severidad, el tipo de incontinencia, a lo que autores como Tennstedt y cols<sup>20</sup> aportan, en un estudio reciente, una relación entre determinados factores de salud y sociodemográficos con la calidad de vida, como son: el consumo habitual de tabaco, el bajo estatus socioeconómico y el ser mujeres hispanas. Existe un acuerdo entre los autores en esta relación en cuanto a la edad de las pacientes y a la severidad de la incontinencia<sup>21, 22</sup> de tal forma que a menor edad y mayor severidad, mayor es la repercusión en sus vidas, aunque en el caso de la severidad la relación es moderada<sup>23</sup> y motivo de discrepancias entre autores.

### ***Efectividad de la Fisioterapia perineal en la percepción del estado de salud***

Debida a la gran versatilidad con la que las pacientes consideran algo como molesto, autores como Grimby y cols<sup>24</sup> o Wyman<sup>25</sup> observaron una pobre correlación entre la mejoría clínica y la percibida por los pacientes. Esta baja relación entre la sintomatología, la calidad de vida y las medidas objetivas o estudios urodinámicos, lleva a la ICS<sup>26</sup> a la conclusión de que ambas medidas, objetivas y subjetivas, obtienen datos sobre aspectos diferentes pero relacionados de la incontinencia, por esto deben ser incluidas en los estudios que se planteen demostrar la efectividad de un tratamiento, en nuestro caso el de Fisioterapia, terapia que se ha demostrado ser efectiva, no agresiva, sin efectos secundarios y poco costosa<sup>27,28</sup>.

En los estudios encontrados que miden la eficacia del tratamiento de Fisioterapia en términos clínicos y de calidad de vida en las tres formas clínicas de presentación, hemos observado que, además de incluir los ejercicios del suelo pélvico, asistidos o no con biofeedback, se utiliza normalmente el entrenamiento vesical como parte del tratamiento, debido al componente de urgencia que presentan algunas formas clínicas de esta disfunción (IUU y la IUM), y también a que se ha demostrado eficaz en la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Siguiendo una exposición cronológica, destacamos en primer lugar el estudio realizado por Wyman y colaboradores<sup>29</sup> en el que compararon la eficacia de tres programas de tratamiento para la incontinencia urinaria, dividiendo la muestra de mujeres en tres grupos, uno tratado con entrenamiento vesical, otro con ejercicios del suelo pélvico reforzados con biofeedback, y un tercero que combinó las dos intervenciones. Es importante destacar que los tres grupos recibieron una primera sesión informativa sobre la etiología y la importancia de la musculatura a reeducar así como sobre la ejecución del procedimiento que a cada paciente le correspondiera. Todos los grupos siguieron un programa de 12 semanas de educación, asesoramiento y revisiones frecuentes con los profesionales, para reforzar los procedimientos enseñados.

Los autores utilizaron como medida clínica el número de episodios de incontinencia (mediante el diario miccional) y el test de la compresa. Para la calidad de vida usaron el

IIQ, al que le unieron la medida de la satisfacción de los pacientes ante el tratamiento, cuyos resultados se recogieron mediante una escala tipo Likert (cinco puntos). Todas estas valoraciones se realizaron al inicio del tratamiento, al finalizarlo y a los tres meses.

Los autores concluyeron que es más efectivo un programa estructurado en una buena educación, asesoramiento y refuerzo de las terapias con continuas visitas a los profesionales encargados, que la intervención en sí.

En otro estudio realizado por Dougherty y colaboradores<sup>30</sup>, los autores comparan la combinación terapéutica utilizada por Wyman y cols ya mencionada, que se basaba en la educación sobre los cambios higiénicos, y las intervenciones: entrenamiento vesical y ejercicios del suelo pélvico con biofeedback, no obstante estos autores las utilizan siguiendo otro programa que secuencia las tres intervenciones mencionadas, y las compara con un grupo control.

Realizaron las mediciones del test de la compresa, el número de episodios y la calidad de vida (IIQ), antes del tratamiento y a los 6, 12, 18 y 24 meses después de la realización del mismo, comparándolo con el grupo control.

En relación al peso de la compresa y al número de episodios de incontinencia hubo una disminución significativa en cada uno de los estadíos de medida ( $p=0,01$  y  $p=0,001$ , respectivamente), de forma que el grupo intervenido obtuvo una gran mejoría desde el punto de vista clínico.

En cuanto a la percepción de las pacientes, la calidad de vida y la mejora subjetiva, medida en función de la severidad de las pérdidas, obtuvieron un efecto significativo en el grupo tratado con la intervención combinada ( $p=0,025$ ). Aunque la magnitud del efecto en esta percepción de los pacientes fue dependiente del tiempo en el que se realizaron las mediciones (interacción entre el tratamiento y un momento en el tiempo,  $p=0,0009$ ), en todos los puntos temporales en los que se midió, se obtuvieron mejorías significativas comparado con el grupo control ( $p<0,02$  en las medidas a los 6,12 y 18 meses y  $p<0,05$  a los dos años)

También hemos encontrado dos estudios que no comparan estas intervenciones con otras, sino que las aplican de igual forma, pero estableciendo la comparación en el tipo de asistencia grupal o individual para obtener una mayor o menor efectividad, demostrando en este sentido Janssen y cols<sup>31</sup> que el efecto del mismo tratamiento, compuesto por una fase informativa seguida de un programa de ejercicios del suelo pélvico y de entrenamiento vesical, aplicado a un grupo de pacientes o de forma individualizada, produce la misma mejoría, incluso a los nueve meses del término del tratamiento.

En la comparación de los efectos de la Fisioterapia de forma grupal o individual, encontramos en fechas similares el estudio de Demain y cols<sup>32</sup>, en el que incluyen la efectividad de estos tratamientos también en términos de calidad de vida, aspecto ausente en el estudio anterior. Demain y cols<sup>32</sup> utilizaron también una combinación de ejercicios del suelo pélvico y de entrenamiento vesical, previa información de las pacientes. El tratamiento individual consistió en una sesión de 45 minutos para enseñarles ejercicios y aclararles dudas sobre su estilo de vida. El tratamiento grupal consistió en tres sesiones de una hora cada una, en grupos de 12 mujeres como máximo, en las que reinformaba a las pacientes sobre su problema de salud, sobre las intervenciones y la correcta ejecución de las mismas, así como de las posibles dudas que pudieran presentar.

Obtuvieron como resultados que ambos grupos mejoraron todos los parámetros clínicos (test de la compresa y números de episodios de incontinencia) y de calidad de vida (IIQ), aunque el tratamiento grupal, menos costos, mostró mejores resultados desde la visión y perspectiva de los pacientes, sin que presentasen diferencias estadísticamente significativas.

En el análisis realizado de los estudios relacionados con el tema motivo de nuestro estudio, se observa que son pocos los datos que tienen como objetivo demostrar la eficacia del tratamiento de Fisioterapia en la calidad de vida de las pacientes en los tres tipos de incontinencia urinaria, hecho recogido también en la última revisión de la Cochrane de Hay-Smith y Dumoulin<sup>33</sup> en la que indica la necesidad de llevar a cabo un ensayo clínico que se realizara sobre todos los tipos de incontinencia urinaria, aplicando el tratamiento de Fisioterapia frente a un grupo control, a fin de obtener datos relevantes sobre la mejoría clínica y subjetiva, basada en la medición de la calidad de vida de las pacientes. Estos autores resaltan también la carencia de unos criterios claros sobre el programa de tratamiento más adecuado que se pudiera aplicar a la práctica clínica y en diferentes países, homogeneizando así los procedimientos de Fisioterapia.

En este análisis hemos encontrado otra carencia, la falta de estudios sobre la efectividad de los procedimientos fisioterapéuticos en el sentir de las pacientes en nuestro país, por lo que recogiendo en parte el reto lanzado por Hay-Smith y colaboradores, ya que el diseño de nuestra investigación no se corresponde con el de un ensayo clínico, planteamos un estudio mediante el cual pretendemos conocer la eficacia de un tratamiento de Fisioterapia en la incontinencia urinaria mediante un programa claramente establecido, cuyos resultados puedan ser de utilidad tanto para la práctica clínica como para profundizar en la percepción de las pacientes.

## **Objetivos**

Con el fin de *objetivar* los cambios que se producen en la calidad de vida tras la aplicación de un tratamiento de Fisioterapia perineal, y con la pretensión de ampliar el conocimiento sobre la incontinencia urinaria desde el punto de vista de las participantes hemos diseñado este estudio, planteándonos como objetivo principal:

- *Valorar los beneficios de la Fisioterapia perineal en la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria*
- *Valorar la eficacia de la Fisioterapia perineal en las dimensiones que componen la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres con incontinencia urinaria.*

## **Metodología:**

Hemos utilizado un *diseño* ex post facto de tipo comparativo causal de sólo posttest con pretest retrospectivo. En nuestro estudio contamos básicamente con una *variable independiente* y otra *variable dependiente global*. La variable independiente viene configurada por el programa de intervención fisioterapéutica<sup>34</sup> realizado. El tratamiento recibido por las pacientes está basado en ejercicios del suelo pélvico asistidos mediante biofeedback, supervisados por un fisioterapeuta especializado en el campo de la Fisioterapia Abdomino-pelvi-perineal. La variable dependiente global que se estudia es la calidad de vida relacionada con la salud, cuya medición se realiza mediante un cuestionario específico para la incontinencia urinaria, el King's Health Questionnaire

(KHQ)<sup>35</sup>, el cual ha sufrido algunas modificaciones para adaptarlo a las características de nuestro estudio. La medida global de la calidad de vida relacionada con la salud se obtiene de la suma de las mediciones resultantes en cada una de las ocho dimensiones que componen el cuestionario, el cual cuenta con 22 ítem en total.

La medida de las ocho dimensiones que componen la calidad de vida relacionada con la salud en el cuestionario utilizado, cuentan con diferentes ítem para cada una, los cuales determinan la escala de medida de cada dimensión, de tal forma que:

- La *Percepción general del estado de salud* cuenta con 2 ítemes, mostrando cada uno de ellos una escala de medida diferente, así en la primera pregunta los valores de medición oscilan ente 1 y 5, representado el valor 1 un “muy malo” estado de salud general, mientras que el valor 5 corresponde a un “muy buen” estado de salud general. En cambio, la pregunta 2, se valora también con una escala de respuestas tipo likert con 4 posibles opciones, cuyos valores varían de 0 a 3, representando el valor 0 “mejor calidad de vida” y el valor 3 “peor calidad de vida”.
- La dimensión *Limitaciones en las actividades de la vida diaria* cuenta con 2 ítem con una escala de medida de 0 (mejor calidad de vida) a 6 (peor calidad de vida).
- La dimensión *Relaciones sociales* consta de 2 ítem, con un rango de puntuaciones que va de 0 (mejor calidad de vida) a 6 (peor calidad de vida).
- La dimensión *Limitaciones físicas* cuenta con 3 ítem con una escala de medida de 0 (mejor calidad de vida) a 9 (peor calidad de vida).
- La dimensión *Relaciones personales y de pareja*, consta de 3 ítem, con un rango de puntuaciones que va de 0 (mejor calidad de vida) a 9 (peor calidad de vida).
- La dimensión *Estado Emocional*, cuenta con 3 ítem con una escala de medida de 0 (mejor calidad de vida) a 9 (peor calidad de vida).
- La dimensión *Descanso* consta de 2 ítem y en su escala de medida los valores oscilan de 0 (mejor calidad de vida) a 6 (peor calidad de vida).
- La dimensión *repercusión de la IU en los hábitos higiénicos* (denominada para los autores como la severidad de las medidas) cuenta con 5 ítem, con una escala de medida de 0 (mejor calidad de vida) a 15 (peor calidad de vida).

La *muestra* la componen 35 mujeres con un rango de edad amplio cuya media es 53,66 y con una desviación típica de 11,66 años, siendo los siguientes los criterios de inclusión:

- Presentar un diagnóstico médico de incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria de urgencia e incontinencia urinaria mixta<sup>36,37</sup>.
- Haber sido tratada con Fisioterapia perineal para la mejora o recuperación de la incontinencia urinaria.
- Estar capacitada para comunicarse y entender los requerimientos del estudio.
- Haber firmado el consentimiento informado.

Mientras que los criterios que excluían a las mujeres del estudio han sido: padecer trastornos mentales que impidieran a la mujer comprender el motivo y la finalidad del mismo, así como el normal ejercicio de la memoria, y padecer infecciones urinarias en el momento de la investigación.

Para conseguir los objetivos de nuestra investigación, en la *recogida de datos* se elabora un cuestionario que cuantifica la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres con incontinencia urinaria gracias a la versión española<sup>38,39</sup> del King's Health Questionnaire, el cual como hemos comentado ha sufrido ligeras modificaciones para conseguir una mejor comprensión por parte de las mujeres, así como para que facilitarles la cumplimentación del mismo, dada la extensión que presentaba. Aunque el cuestionario de calidad de vida se desarrolló para ser autoadministrado, nosotros hemos obtenido la información mediante entrevistas, debido a los demás datos previos que debíamos recoger sobre los antecedentes ginecológicos y urológicos, y porque, ante una disfunción como la incontinencia urinaria, las pacientes se sienten más cómodas para hablar de su problema de salud<sup>40</sup> ante un profesional que actúe de entrevistador.

### Resultados:

Dada las modificaciones introducidas al cuestionario original, consideramos necesario realizar el examen de la validez de constructo del instrumento modificado y el estudio de la fiabilidad del mismo. Ambos estudios se realizaron tanto para los resultados obtenidos en el pretest como en el postest, mostrando en ambos casos una adecuada validez de constructo y fiabilidad, con valores superiores a 0,7 para el KMO y la fiabilidad en ambas mediciones y con un nivel significación  $p < 0,01$ . Para todas las dimensiones, así como para la variable global, tanto en el pretest como en el postest se muestra válido y fiable.

En el análisis de los resultados realizamos en primer lugar la prueba de Kolmogorov-Smirnov (Tabla 1) para saber si los datos de nuestras variables se distribuyen con normalidad, antes y después de la aplicación del tratamiento. El resultado de la prueba nos permite aceptar la hipótesis de normalidad en la variable global calidad de vida tanto en el pretest como en el postest ( $p = 0,833$  y  $p = 0,252$ , respectivamente), como en las dimensiones de la calidad de vida: percepción general de salud en el pretest sólo ( $p = 0,155$ ), limitaciones físicas y esfera emocional en el pretest ( $p = 0,117$  y  $p = 0,255$ ), y repercusión en los hábitos higiénicos en el pretest y en el postest ( $p = 0,527$  y  $p = 0,160$ ). No obstante para una mayor inferencia estadística, dado el carácter de las variables, en el análisis posterior, usaremos pruebas paramétricas y no paramétricas.

DIMENSIÓN	Prueba de normalidad (Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra)
Dimensión calidad de vida antes	Z=0,622 P=0,833
Dimensión calidad de vida después	Z=1,017 P=,252
Dimensión autopercepción de la salud antes PREG 1	Z= 1,131 P=0,155
Dimensión autopercepción de la salud después PREG 1	Z= 1,589 P=0,013
Dimensión autopercepción de la salud antes PREG 2	Z= 1,276 P=0,077
Dimensión autopercepción de la salud después PREG 2	Z= 1,549 P=0,017
Dimensión AVD antes	Z= 1,419 P=0,036
Dimensión AVD después	Z= 1,781 P=0,004

Dimensión Física antes	Z= 1,181 P=0,117
Dimensión Física después	Z= 1,587 P=0,015
Dimensión Social antes	Z= 1,659 P=0,008
Dimensión Social después	Z= 2,844 P=0,000
Dimensión Relaciones Personales antes	Z= 2,240 P= 0,000
Dimensión Relaciones Personales después	Z= 3,126 P= 0,000
Dimensión Sueño/energía antes	Z= 2,139 P= 0,000
Dimensión Sueño/energía después	Z= 2,333 P= 0,000
Dimensión Emocional antes	Z= 1,015 P= 0,255
Dimensión Emocional después	Z= 2,068 P= 0,000
Dimensión Impacto antes	Z= 0,810 P= 0,527
Dimensión Impacto después	Z= 1,124 P= 0,160

**Tabla 1: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra**

Los datos de analizaron mediante el paquete informático SPSS para Windows<sup>41</sup>, utilizando las versiones 14.0 y 15.0.

En la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres, variable de nuestro estudio, se pretende valorar la repercusión y la eficacia de la Fisioterapia perineal. Por ello, en primer lugar, exponemos los cambios producidos en el análisis descriptivo tras la aplicación del tratamiento, comparado con los datos que los precedían. A continuación se muestra si las modificaciones sufridas en la calidad de vida de las participantes se deben al tratamiento aplicado.

Los datos del análisis descriptivo revelan una distribución de frecuencias en el pretest que oscila entre los valores 2,00 y el valor 63,00, para una escala de medida que varía de 0,00 (mejor calidad de vida) a 68,00 (peor calidad de vida), con una media de 24,62 y una desviación típica de 13,432. Estos valores de la variable dependiente de nuestro estudio, tras la realización del tratamiento de Fisioterapia muestran la inexistencia de casos con valores superiores a 39,00, y el aumento de la frecuencia de los valores inferiores a 10, encontrando además en la valoración del postest una disminución de la media a 13,09 con una desviación típica de 9,980, comparada con la del pretest.

Estos primeros datos sugieren una influencia positiva de la Fisioterapia perineal en la calidad de vida de las participantes, no obstante para comprobar la eficacia del tratamiento de Fisioterapia perineal en el sentir de las pacientes, hemos aplicado pruebas de contraste paramétricas y no paramétricas para dos muestras relacionadas. Con ello, pretendemos dar mayor inferencia estadística a nuestro estudio.

Los datos derivados de la aplicación de la T de Student para muestras relacionadas, reflejan la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida antes y después del tratamiento para un nivel de significación de  $p < 0,05$ . Los datos obtenidos en la prueba no paramétrica del test de los rangos con signo de Wilcoxon para los valores obtenidos del pretest y del postest en la calidad de vida muestran que el estadístico  $Z = -4,120$  presenta un nivel de significación  $p < 0,05$ , por lo que se rechaza la hipótesis nula ( $H_0 =$  no existen diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest).



En relación a las dimensiones que componen la variable global calidad de vida, mostramos en el siguiente cuadro los datos obtenidos\* para cada una de ellas tanto en el pretest como en el posttest así como los resultados tras la aplicación de las pruebas de contraste paramétricas y no paramétricas, que muestran una variación significativa de estos datos (Tabla 2) .

DIMENSIÓN	ANTES	DESPUÉS	Nivel de significación
Limitaciones en las actividades de la vida diaria	35,166	17,66	p<0,001
Limitaciones de la actividad física	32,33	15,55	p<0,001
Estado emocional	28,8	10,1	p<0,001
Relaciones sociales	17,16	8,16	p<0,001
Hábitos higiénicos	59,8	26,6	p<0,001
Relaciones personales y de pareja	13,3	4,28	p<0,001
Descanso	21,42	10	p<0,001
Percepción de salud preg 1	58,8	75,4	p<0,001
Percepción de salud preg 2	51,3	27,6	p<0,001

**Tabla 2: Cambios significativos en el pretest y posttest para las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud.**

### Discusión:

En este estudio hemos encontrado que las dimensiones más afectadas de la calidad de vida en nuestras participantes con anterioridad a la aplicación del tratamiento han sido: el impacto en sus hábitos higiénicos (59,8 sobre 100), la percepción general de salud (58, y 51,3 sobre 100), las limitaciones de las actividades de la vida diaria (35,166 sobre 100) y las limitaciones de la actividad física (32,3 sobre 100).

Nuestros datos se corresponden con los obtenidos por Oh SJ y Ku JH<sup>42</sup>, en cuyo estudio utilizaron la versión coreana del KHQ, mostrando que las esferas más afectadas de la calidad de vida de las mujeres eran la percepción general del estado de salud ( $60,6 \pm 2,7$ ) para la incontinencia urinaria de urgencia y las limitaciones físicas ( $64,1 \pm 2,4$ ) y el impacto de la severidad de los síntomas ( $48,7 \pm 2,1$ ) para la de esfuerzo. No obstante, a diferencia de estos autores que también consideraron los trastornos del sueño como gran afectado en el caso de la incontinencia urinaria de urgencia, para nuestras participantes no supuso mayor problema. No obstante, en la comparación que realizamos con estos

---

\* Los datos expuestos como medias se muestran en este apartado en escala de 0 a 100, para poder establecer comparaciones con otros autores que han calculado los valores sobre esta escala. Los datos originales de nuestro trabajo se muestran en el apartado de Resultados.

autores debemos resaltar dos limitaciones en nuestro caso que dificultan esta comparación, por un lado no hemos dividido los resultados en función de las formas clínicas de incontinencia urinaria dado el tamaño de nuestra muestra y, en segundo lugar, puede ser que este aspecto no aparezca como una de las dimensiones con valores más elevados (21,4 sobre 100) debido a que el 60% de nuestras participantes presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo, 25,7% mixta y sólo un 14,3% presentaron incontinencia urinaria de urgencia.

El hecho de que un alto porcentaje de las mujeres de nuestro estudio presenten incontinencia urinaria de esfuerzo puede ser también lo que provoque una mayor influencia de esta disfunción en la limitación de las actividades físicas y en los hábitos higiénicos o severidad de los síntomas, como mostraron Swithinbank y Abrams<sup>18</sup> al igual que Van der Vaart<sup>43</sup> que resaltaron la relación del impacto de la incontinencia urinaria en estas dimensiones con esta forma clínica de la disfunción, hecho comprensible dada la relación de este tipo de incontinencia con el aumento de presión intrabdominal que provoca una actividad física, con el consecuente malestar que el olor provoca, cambio de ropa y uso de absorbentes, fruto todo ello de los escapes de orina

Otros autores también resaltaron la repercusión que esta disfunción provoca en la vida social y sexual<sup>44</sup> de las mujeres, en nuestras pacientes son las que menor repercusión presentan comparándolas con las anteriormente expuestas. Hecho que puede deberse a que las mujeres de nuestro estudio presentaban una edad ( $53,66 \pm 11,96$ ) y nivel cultural (51,4% presentaron estudios universitarios y un 25,7% estudios secundarios) en el que este problema de salud no fue considerado como un tabú o también y dado que llevaban padeciendo la incontinencia una media de 7,38 años, hubieran desarrollado algunas de las adaptaciones que Lenderking y cols<sup>45</sup> describieron para cada tipo de incontinencia.

En relación a los resultados obtenidos en el postest, tanto en la calidad de vida global como en todas las dimensiones que componen este constructo encontramos diferencias con los resultados del pretest, las cuales resultaron ser significativas ( $p < 0,001$ ), lo que demuestra que el tratamiento aplicado, basado en el fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico mediante ejercicios y biofeedback, es efectivo para todas ellas.

Los resultados globales de la calidad de vida hallados en nuestro estudio se corresponden a los obtenidos por diferentes autores<sup>46-49</sup> que utilizaron el Incontinence Impact Questionnaire (IIQ) en la valoración de la calidad de vida de mujeres que padecían este problema y que fueron tratadas mediante estos procedimientos de Fisioterapia, en la incontinencia urinaria de esfuerzo y en la de urgencia, no obstante, tanto la metodología como el programa de intervención fisioterapéutica presentaban diferencias con el nuestro, lo que dificulta la posibilidad de establecer comparaciones.

En cuanto a las diferentes esferas que componen la vida de la mujer, en nuestro estudio las que mayores cambios han sufrido, también significativos, son las limitaciones de los hábitos higiénicos (reducción de 33,2 puntos), la esfera emocional (reducción de 18,7 puntos), las limitaciones en las actividades de la vida diaria (mejora en 17,5 puntos), la percepción general de la salud (reducción de 16,6 y de 23,7 puntos) y las limitaciones en las actividades físicas (mejora en 16,78 puntos).

En relación a estas esferas del constructo calidad de vida hemos encontrado diferencias con autores que realizaron dos estudios similares al nuestro y que utilizaron el cuestionario del que nosotros partimos para elaborar el utilizado en este estudio, siendo

la principal diferencia con ellos que se centran sólo en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo.

Por un lado, en el estudio realizado por Balmforth y cols<sup>50</sup>, sobre mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, estos autores encontraron cambios significativos en todas las dimensiones de este cuestionario excepto en la percepción general de salud ( $p=0,413$ ), en la severidad de los síntomas ( $p=0,321$ ) y en las relaciones personales y de pareja ( $p=0,736$ ), siendo las limitaciones de las actividades de la vida diaria, el impacto de la sintomatología en hábitos higiénicos y las limitaciones físicas, las que obtuvieron una mayor mejoría significativa ( $p<0,05$ ). Los cambios en estas esferas están íntimamente relacionados con el componente esfuerzo de este tipo de incontinencia, de tal forma que al mejorar la sintomatología asociada al estrés físico, también deben mejorar estas esferas. En nuestro caso, no se han expuesto correlaciones ni datos sobre la mejoría clínica de las pacientes, pero todas fueron dadas de alta por el servicio de Fisioterapia por la recuperación de la disfunción.

Por otro lado, en los datos obtenidos sobre la percepción general de la salud, los resultados del estudio de Cappelini y cols<sup>51</sup> muestran que no encontraron diferencias significativas en los aspectos generales de la salud, considerando los autores que podría deberse a la aparición de cambios esporádicos en la salud los cuales pueden estar influidos por muchos aspectos no relacionados con la incontinencia urinaria. También en este sentido nos parece oportuno destacar el escaso número de sujetos que participaron en el estudio ( $n=14$ ), lo que también podría motivar los resultados no significativos para de esta dimensión.

En cambio, a diferencia de estos autores en nuestro estudio las modificaciones en la percepción general que tienen las pacientes acerca de su salud han sido significativas. En nuestra opinión dos factores han podido llevar a estos resultados, por una parte, el diseño retrospectivo de este estudio, puede haber permitido una visión conjunta del proceso de recuperación por parte de las participantes, para establecer las comparaciones entre el estado actual y la situación de incontinencia previa al tratamiento. A ello se une el hecho de que el cuestionario elaborado se ha realizado mediante encuesta en la que centrábamos a las mujeres en el objetivo del cuestionario.

## CONCLUSIONES

Las conclusiones que se derivan de los resultados del presente estudio son las siguientes:

1. La validez interna y la fiabilidad del cuestionario elaborado para este trabajo permiten la valoración de la calidad de vida y el grado de bienestar psicológico y salud mental en las participantes del estudio.
2. Las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud más afectadas en las mujeres con incontinencia urinaria, son: el impacto en sus hábitos higiénicos, la percepción general de salud, las limitaciones de las actividades de la vida diaria y las limitaciones de la actividad física, y las que menos: las relaciones personales y de pareja, las relaciones sociales y la repercusión en el descanso.

3. Las diferencias encontradas en los valores entre el pretest y el posttest, en cada una de las dimensiones estudiadas, señalan que las pacientes con incontinencia urinaria que reciben tratamiento de Fisioterapia perineal basado en ejercicios del suelo pélvico asistidos con biofeedback, perciben un incremento significativo en la calidad de vida relacionada con la salud considerada globalmente.
4. El incremento de la calidad de vida relacionada con la salud percibido por las pacientes es significativo en todas las dimensiones que componen este constructo, destacando las dimensiones: el impacto en sus hábitos higiénicos, la esfera emocional, las limitaciones en las actividades de la vida diaria, la percepción general de la salud y las limitaciones en las actividades físicas.

### **Bibliografía**

1. Naughton M, Donovan J, Badia X, Corcos J, Gotoh M, Kelleher C, y cols. Symptom severity and QOL scales for urinary incontinence. *Gastroenterology*. 2004; 126: S114-S123.
2. Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Yalcin I, Wagner TH, Buesching DP. Quality of life of women with urinary incontinence: Further development of the incontinence quality of life instrument (IQoL). *Urology*. 1999; 53:71-6.
3. Ross S, Soroka D, Karahalios A, Glazener CM, Hay-Smith EJ, Drutz HP. Incontinence-specific quality of life measures used in trials of treatments for female urinary incontinence: a systematic review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006; 17 (3): 272-85. Review.
4. Symonds T. A review of condition-specific instruments to assess the impact of urinary incontinence on health-related quality of life. *Eur Urol*. 2003; 43: 219-25.
5. Bushnell DM, Martin D, Summers K, Svihra J, Lionés C, Patrick DL. Quality of life of women with urinary incontinence: cross-cultural performance of 15 language versions of the IQoL: *Qual Life Res*. 2003; 14: 1901-13.
6. Tennstedt SL, Fitzgerald MP, Nager CW, Xu Y, Zimmern P, Kraus S y cols. Quality of life in women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007; 18 (5): 543-9. Epub 2006 Oct 12.
7. Saadoun K, Ringa V, Fritel X, Varnoux N, Zins M, Breart G. Negative impact of urinary incontinence on quality of life, a cross-sectorial study among women aged 49-61 years enrolled in the GAZEL cohort. *Neurourol Urodyn*. 2006; 25: 696-702.
8. Bates P, Bradley WE, Glen E, Griffiths D, Melchior H, Rowan D, y cols. The standardization of terminology of lower urinary tract function. *J Urol*. 1979; 121: 551-4.
9. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, y cols. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002; 21: 167-78.
10. Subak LL, Brown JS, Kraus SR, Brubaker L, Ling F, Richter HE y cols. The "costs" of urinary incontinence for women. *Obstet Gynecol*. 2006; 107: 908-16.
11. Grau Galtés J, Roura Poch P, Guyer HM. Cuestionarios de síntomas y calidad de vida. En: Espuña M, Salinas J dir. *Tratado de uroginecología. Incontinencia urinaria*. Barcelona: Ars Médica; 2004. p. 77- 87.

12. Crespo Ruiz MT. Aspectos psicológicos de la incontinencia. Libro blanco de la incontinencia urinaria. Ministerio de sanidad y consumo. 1991; pags. 139-162.
13. Abrams P, Wein A. Introduction: overactive bladder and its treatment. *Urology*. 2000; 55 (5A): 1-2.
14. Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzog AR, Varner RE, Posner SF. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. *Obstet Gynecol*. 1999; 94:66-70.
15. Espuña Pons, M. Incontinencia de orina en la mujer. *Med Clin (Barc)*. 2003; 120(12): 464-72.
16. Norton C. The effects of urinary incontinence in women. *Int Rehabil Med*. 1982; 4: 9-14.
17. Thomas M, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *BMJ*. 1980; 281: 1243-1246.
18. Swithinbank L.V., Abrams P. The impact of urinary incontinence on the quality of life of women. *World J Urol*. 1999; 17: 225-229.
19. Martínez Saura F, Fouz López C, Gil Diaz P, Tellez Martínez- Fornes M. Incontinencia urinaria: una visión desde Atención Primaria. *Medifam*. 2001; 11 (2).
20. Tennstedt SL, Fitzgerald MP, Nager CW, Xu Y, Zimmern P, Kraus S y cols. Quality of life in women with stress urinary incontinente. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007; 18 (5): 543-549. Epub 2006 Oct 12.
21. Oh SJ, Ku JH, Hong SK, Kim SW, Paick JS, Son H. Factors influencing self-perceived disease severity in women with stress urinary incontinence combined with or without urge incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2005; 24: 341-347
22. Saadoun K, Ringa V, Fritel X, Varnoux N, Zins M, Breart G. Negative impact of urinary incontinence on quality of life, a cross-sectorial study among women aged 49-61 years enrolled in the GAZEL cohort. *Neurourol Urodyn*. 2006; 25: 696-702.
23. Stach- Lempinen B, Sintomen H, Kujansuu E. The relationship between clinical parameters and health-related quality of life as measured by the 15D in incontinent women before and alter treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004; 83: 983-988
24. Grimby A, Milsom I, Molander U, Wiklund I, Ekelund P. The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women. *Age Ageing*. 1993; 22: 82-9.
25. Wyman JF. Quality of life following bladder training in older women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 1997; 8(4): 223-9.
26. Members of the Committee 6 of the ICS. Symptom and quality of life assessment. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. *Incontinence Part II*. 2<sup>nd</sup>. International consultation on incontinence. Health Publication Ltd; 2002. p. 267-316.
27. Bourcier A, y cols. "Le plancher pelviene. Explorations fonctionnelles et readaptation". Ed. Vigot; 1991. p. 117-120.
28. Sander P, Mouritsen L, ThorupAndersen J, Fischer-Rasmussen W. Evaluation of a simple, non-surgical concept for management of urinary incontinence (minimal care) in an open-access, interdisciplinary incontinence clinic. *Neurourol Urodyn*. 2000; 19: 9-17.
29. Wyman J, Fantl J, McClish D, Bump R and Continence Program for women research group. Comparative efficacy of behavioural interventions in the

- management of female urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 1998; 179: 999-1007.
30. Dougherty MC, Dwyer JW, Pendergast JF, Boyington AR, Tomlinson BU, Coward RT y cols. A randomized trial of behavioural management for continence with older rural women. *Res Nurs Health.* 2002; 25: 3-13.
  31. Janssen CCM, Lagro-Janssen ALM, Felling AJA. The effects of physiotherapy for female urinary incontinence: individual compared with group treatment. *BJU Int.* 2001; 87: 201-6.
  32. Demain S, Smith J, Hiller L, Dziedzic K, Comparison of group and individual physiotherapy for female incontinence in primary care. *Physiotherapy.* 2001; 87: 235-42.
  33. Hay-Smith EJC, Dumoulin C. Entrenamiento muscular del suelo pelviano versus ningún tratamiento, o tratamientos de control inactivo, para la incontinencia urinaria en mujeres. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>(Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
  34. Medrano Sánchez E, Campoy Martínez P, Soltero González A. Tratamiento fisioterapéutico de la Incontinencia Urinaria Femenina en una unidad de Uroginecología. *Cuestiones de Fisioterapia.* 2003; 22: 1-12
  35. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinence women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997; 104: 1374-1379.
  36. Espejo Maldonado E, Tallada Buñuel M, Cózar Olmo M. Incontinencia urinaria de esfuerzo femenina: aspectos diagnósticos y clasificaciones principales. En: Salinas J, Rapariz M. Tratado de Reeducción en Uroginecología. Madrid: 1997. p. 65-102.
  37. Moreno J, Carro C, Resel L. Etiología, Patogenia, Tipos y Clasificaciones. En: Resel Estévez L, Moreno Sierra J. Atlas de incontinencia urinaria. Madrid: Smithkline Boedam. 2000. p. 49-56.
  38. Badia Llach X, Castro Díaz D, Conejero Sugrañes 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 (17): 647-652.
  39. Badia X, Slamero M, Alonso J. La Medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español. Ed. Edimac. Barcelona. 2002.
  40. Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thüroffs J, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int.* 2001; 87, 760:766.
  41. Bisquerra Alzina R. Introducción conceptual al análisis multivariable. Un enfoque informático con los paquetes SPSS-X, BMDP, LISREL y SPAD. Vol I. 1ª ed. P.P.U., S.A. Barcelona. 1989
  42. Oh SJ, Ku JH. Impact of stress urinary incontinence and overactive bladder on micturition patters and health-related quality of life. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007; 18 (1): 65-71. Epub 2006 Mar 31.
  43. Van der Vaart CH. The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women. *BJU Int.* 2002; 90: 544-549.
  44. Bo K, Talseth T, Vinsners A. Randomized controlled trial on the effect of PFMT on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000; 79: 598-603.

45. Lenderking WR, Nackley JF, Anderson RB, Test MA. A review of the quality of life aspects of urinary urge incontinence. *Pharmacoeconomics*. 1996 Jan; 9(1): 11-23.
46. Wong K, Fung K, Fung S; Fung C, Tang C. Biofeedback of pelvic floor muscles in the management of genuine stress incontinence in Chinese women. *Physiotherapy*. 2001; 87: 644-648.
47. Wyman J, Fantl J, McClish D, Bump R and Continenence Program for women research group. Comparative efficacy of behavioural interventions in the management of female urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 1998; 179: 999-1007.
48. Burgio K, Goode P, Locher J, Umlauf M, Roth DL, Richter HE y cols. Behavioural training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002; 13 (vol.288, issue 18): 2293- 2299.
49. Dougherty MC, Dwyer JW, Pendergast JF, Boyington AR, Tomlinson BU, Coward RT y cols. A randomized trial of behavioural management for continence with older rural women. *Res Nurs Health*. 2002; 25: 3-13.
50. Balmforth JR, Mantle J, Bidmead J, Cardozo L. A prospective observational trial of pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence. *BJU Int*. 2006; 98: 811-817.
51. Capelini MV, Ricceto CL, Dambros M, Maman JT, Herrmann V, Muller V. Pelvic Floor exercises with biofeedback for SUI. *Int Braz J Urol*. 2006; 32(4): 462-468.



