

ARTÍCULO ORIGINAL

Incontinencia urinaria, un problema económico/social

Urinary incontinence: an economic and social problem

MSc. Dra. Esther Gilda González Carmona¹

Dr. Rafael Rodríguez Delgado¹

Dr. Jorge Ávalos Arbolaez²

Dr. Suisberto Fernández López¹

Lic. Héctor Irán Bartumeu González³

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

²Hospital General “Mártires del 9 de Abril”, Sagua la Grande, Villa Clara

³Combinado Deportivo “Julio Antonio Mella”, Santa Clara

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal a todas las pacientes que acudieron por incontinencia urinaria de esfuerzo al Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro” desde enero de 2010 hasta enero de 2012 con el objetivo de caracterizar aspectos relacionados con la incontinencia urinaria de esfuerzo como un problema económico/social; una vez hecho el diagnóstico se realizó, a cada paciente, una encuesta, que fue concluida una vez realizada la intervención quirúrgica y después de haber regresado a sus actividades cotidianas. De acuerdo a los resultados obtenidos se concluyó que la incontinencia urinaria de esfuerzo es más frecuente en las mujeres de área rural, entre los 50-59 años y multíparas; la mayoría buscó ayuda médica entre el primer y el quinto años de evolución de la enfermedad; la tos constituyó el elemento fundamental que la desencadena y que provoca en la mujer profundas alteraciones en su calidad de vida (esfera psicológica, económica y social), que mejora notablemente con el tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: incontinencia urinaria, problema económico/social

ABSTRACT

A cross-sectional descriptive study was conducted with all patients who presented with stress urinary incontinence at the Arnaldo Milián Castro Clinical-Surgical Hospital from January 2010 to January 2012 in order to characterize aspects of incontinence as a economic problem and social problem. Once the diagnosis was made, a survey was conducted in each patient, which was completed after surgery and after returning to their daily activities. According to the results obtained it was concluded that stress urinary incontinence is more common in women of the rural area, between 50-59 years of age and multiparous women. Most sought medical help between the first and fifth years of evolution of the disease. Cough was the key element that triggers it, and it causes profound alterations in the quality of life of women (psychological health, economic and social areas), which improves significantly after surgical treatment.

Key words: urinary incontinence, economic/social problem

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria es un síntoma común que se presenta en diferentes enfermedades y que no implica un pronóstico grave pero si un problema clínico importante; es una situación de salud que afecta en algún grado a alrededor de

100 millones de personas en el mundo.¹ De ellos el 50% vive en asilos de ancianos y entre el 15 y el 30% son mujeres mayores de 65 años.^{2,3} Se gastan entre 12 y 15 millones de dólares al año por este problema.

Las pacientes con este proceso suelen sentir vergüenza, se aíslan y no asisten a las consultas a pesar de experimentarlo como un problema,⁴ algunas piensan que es una situación sin tratamiento o una consecuencia normal del proceso de envejecimiento,^{5,6} del que no forma parte; todo esto, junto al desconocimiento del personal médico y al apoyo inadecuado, son la causa de que muchas pacientes tengan experiencias negativas -con un efecto profundo sobre la calidad de vida-² y problemas sociales, ocupacionales, domésticos, psicológicos, físicos y sexuales.^{7,8}

La micción⁶ es una función del tractus urinario inferior mediante la que se consigue el vaciado de la orina cuando la vejiga ha llegado a su capacidad fisiológica y las circunstancias sociales y el lugar son adecuados; es un acto voluntario y fisiológico en el que se necesita la coordinación entre sus protagonistas:⁹ detrusor-cuello vesical-esfínter externo -la uretra relajada permite o conduce el paso de la orina hasta su meato y la vierte al exterior gracias a la presión que le permite la contracción del detrusor-.

La incontinencia urinaria de esfuerzo¹⁰ es la pérdida involuntaria de orina relacionada con los esfuerzos; es objetivamente demostrable que constituye, para la persona que la sufre, un problema social e higiénico.

Actualmente es incomprensible que para muchas personas la incontinencia urinaria de esfuerzo sea normal, pero considerarla así en una mujer que sea incontinente y que esté obligada a convivir con su incontinencia y a tratar de evitar que este hecho se manifieste en su ropa, sin ninguna orientación, ayuda y tratamiento, es un error. Aún es más grave cuando, en caso severo de incontinencia, la mujer no puede integrarse socialmente y el miedo a estar mojada la obliga a recluírse en su casa. En otras épocas y en sociedades más atrasadas no existía solución para la incontinencia; sin embargo, para una sociedad como la actual, es inadmisibles asumir la incontinencia sin buscar una respuesta.

Por la posición que ocupa la mujer en la sociedad y por ser este un problema que obliga al aislamiento, que lleva a que se produzcan pérdidas en el desarrollo socio-económico tanto en el ámbito personal como en el colectivo y que provoca un aumento de los estados depresivos/ansiosos que lo convierten en un problema muy relevante en la sociedad moderna se decidió realizar el siguiente trabajo con el objetivo de caracterizar aspectos relacionados con la incontinencia urinaria de esfuerzo como un problema económico/social.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal; el universo de trabajo fue conformado por las pacientes que acudieron a la Consulta de Urología del Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" desde enero de 2010 hasta enero de 2012 aquejadas de síntomas como la salida de orina involuntaria al realizar esfuerzos físicos. Se eligieron pacientes a partir de los 20 años de edad por ser en la que pueden comenzar estas manifestaciones, aunque en menor grado.

La muestra se conformó a partir de los criterios de inclusión y exclusión: se incluyeron pacientes a las que se les diagnosticó incontinencia urinaria de esfuerzo y que estaban de acuerdo en participar en la investigación y se excluyeron las que no estuvieron de acuerdo en participar o en las que el diagnóstico no estaba bien establecido; se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas, por lo que se solicitó el consentimiento informado a cada paciente (anexo).

El conjunto de la información obtenida del procesamiento del dato primario se sometió a análisis, se confeccionaron las tablas y se arribó a conclusiones.

RESULTADOS

Del total de 68 pacientes diagnosticadas con incontinencia urinaria de esfuerzo el 70.5% son de procedencia rural¹¹ y el 29.4% de procedencia urbana; esta alta incidencia en las zonas rurales guarda estrecha relación con el mayor número de partos y sus ocupaciones: agrícolas y domésticas. Esta enfermedad es más

frecuente en las pacientes comprendidas en el grupo de edades entre 50 y 59 años (46.2%), entre las que también se muestra que la mayoría (45.8%) procede de áreas rurales y la menor cantidad (35%) de las urbanas. Entre el lugar de procedencia y la incidencia de la enfermedad las diferencias son altamente significativas (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de las pacientes según la edad y la procedencia

| Edad | Procedencia | | | | | |
|--------------|-------------|------|-------|------|-------|------|
| | Urbana | | Rural | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 20-29 | - | - | 1 | 2.0 | 1 | 1.4 |
| 30-39 | 2 | 10 | 6 | 12.5 | 8 | 11.7 |
| 40-49 | 7 | 35 | 12 | 25.0 | 19 | 27.9 |
| 50-59 | 7 | 35 | 22 | 45.8 | 29 | 46.2 |
| 60-69 | 4 | 20 | 6 | 12.5 | 10 | 14.7 |
| 70-79 | - | - | 1 | 2.0 | 1 | 1.4 |
| Total | 20 | 29.4 | 48 | 70.5 | 68 | 100 |

Fuente: Historias clínicas

La mayoría de los autores² coinciden en que la incontinencia urinaria de esfuerzo está muy relacionada con el proceso de envejecimiento femenino y que la mayor incidencia de la enfermedad está entre la quinta y la sexta décadas de la vida, todo en relación con la actividad física desarrollada y los hábitos sociales y laborales; además, existe una íntima relación entre el período posmenopáusico femenino y la enfermedad y su poca frecuencia en mujeres jóvenes.

En la tabla 2 se muestra un análisis de la relación entre los grupos de edades y el tiempo de evolución de la enfermedad en las pacientes en el momento que acudieron a la consulta en busca de ayuda médica para su problema. El 54.4% de las enfermas mantuvo los síntomas durante un período de uno a cinco años y el 16.1% acudió durante el primer año de evolución, mientras que el 7.3% fue capaz de soportar un promedio de 16 a 20 años de enfermedad; las mujeres más jóvenes acudieron a la consulta más pronto que las de mayor edad. Estos resultados son altamente significativos pues el mayor número de mujeres asistieron a la consulta tempranamente para la solución de su problema, lo que coincide con lo informado por otros autores, según los que esta enfermedad es de países subdesarrollados y de bajos ingresos económicos, por lo que las féminas son capaces de convivir con los síntomas y llegar a desarrollar otras enfermedades en la esfera psicológica; en los países desarrollados la incidencia se presenta más baja y las pacientes acuden más tempranamente a la consulta debido a sus mejores posibilidades económicas.¹² Para una sociedad desarrollada es inadmisibles asumir la incontinencia sin buscar una solución definitiva.

Tabla 2. Distribución de las pacientes según la edad y el tiempo de evolución de la enfermedad

| Edad | Tiempo de evolución en años | | | | | | | | | | Total | |
|--------------|-----------------------------|------|-----|------|------|------|-------|-----|-------|-----|-------|------|
| | <1 | | 1-5 | | 6-10 | | 11-15 | | 16-20 | | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| 20-29 | 1 | 8.3 | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 |
| 30-39 | 2 | 16.6 | 5 | 13.8 | - | - | 1 | 20 | - | - | 8 | 11.7 |
| 40-49 | 4 | 33.3 | 15 | 41.6 | - | - | - | - | - | - | 19 | 27.9 |
| 50-59 | 4 | 33.3 | 13 | 36.1 | 7 | 70 | 1 | 20 | 4 | 80 | 29 | 42.6 |
| 60-69 | - | - | 3 | 8.3 | 4 | 40 | 2 | 40 | 1 | 20 | 10 | 14.7 |
| 70-79 | - | - | 1 | 2.7 | - | - | - | - | - | - | 1 | 1.4 |
| Total | 11 | 16.1 | 37 | 54.4 | 11 | 16.1 | 4 | 5.8 | 5 | 7.3 | 68 | 100 |

Fuente: Historias clínicas

En cuanto a la relación entre el número de partos y la incontinencia urinaria se aprecia que el 100% fueron parturientas, el 36.7% tuvo cuatro partos, el 22.5%

tres y dos el 20.5%. Fue menos frecuente la enfermedad en mujeres que tuvieron un solo parto (1.4%) –tabla 3-.

Tabla 3. Distribución de las pacientes según el número de partos y la edad

| Número de partos | Grupo de edades | | | | | | Total | |
|------------------|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | No. | % |
| 1 | - | 1 | - | - | - | - | 1 | 1.4 |
| 2 | 1 | 5 | 6 | 2 | - | - | 14 | 20.5 |
| 3 | - | 2 | 3 | 9 | 1 | - | 15 | 22.5 |
| 4 | - | - | 10 | 13 | 2 | - | 25 | 36.7 |
| 5 | - | - | - | 4 | 6 | - | 10 | 14.7 |
| Más de 5 | - | - | - | 1 | 1 | 1 | 3 | 4.4 |
| Total | 1 | 8 | 19 | 29 | 10 | 1 | 68 | 100 |

Fuente: Historias clínicas

La tos fue el principal elemento desencadenante de la enfermedad en el 100% de las pacientes, en el 82.3% se presentó cuando hacían grandes esfuerzos durante sus actividades diarias y el 54.4% señalaban como causa de su salida involuntaria de orina los pequeños esfuerzos; otros elementos encontrados fueron el acto sexual,¹³ los medianos esfuerzos y el ponerse de pie (tabla 4).¹⁴

Con la actividad física, la tos, la risa y el hecho mismo de levantarse se produce un aumento de presión en el abdomen que es transmitido a la vejiga, por ser este un órgano intraabdominal. Este incremento de presión es transmitido a la uretra por su posición fuera de la cavidad abdominal, debilita sus mecanismos por diferentes factores (debilidad del suelo pélvico)¹⁵ y desencadena la aparición de la incontinencia urinaria.

Tabla 4. Elementos desencadenantes de la incontinencia urinaria de esfuerzo

| Elementos desencadenantes | No. | % |
|---------------------------|-----|------|
| Tos | 68 | 100 |
| Grandes esfuerzos físicos | 56 | 82.3 |
| Acto sexual | 51 | 75 |
| Medianos esfuerzos | 48 | 70.5 |
| Ponerse de pie | 47 | 69.1 |
| Pequeños esfuerzos | 37 | 54.4 |

Fuente: Historias clínicas

La tabla 5 refleja la influencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la calidad de vida de estas enfermas, se aprecian afectaciones en la esfera psicológica, la económica y la social.^{9,16} En las entrevistas postoperatorias se observó como muchos de estos aspectos fueron resueltos y se logró su incorporación a la vida social con una buena calidad de vida.

Tabla 5. Afectaciones en las esferas psicológica, económica y social por la incontinencia urinaria

| Esfera afectada | Tipo de afectación | Preoperatorio | | Postoperatorio | |
|-----------------|--|---------------|-------|----------------|------|
| | | No. | % | No. | % |
| Psicológica | Depresión | 62 | 91.1 | 4 | 5.8 |
| | Pérdida del deseo sexual | 50 | 82.36 | 12 | 17.3 |
| | Pérdida de autoestima | 45 | 66.1 | 2 | 2.9 |
| | Negativismo | 42 | 61.7 | 9 | 13.2 |
| | Ansiedad | 40 | 58.8 | 3 | 4.4 |
| | Sentimiento de culpa | 33 | 48.4 | 0 | 0 |
| | Apatía | 31 | 45.5 | 5 | 7.3 |
| Económica | Falta de recursos para coleccionar orina | 63 | 92.6 | 0 | 0 |
| | Ausentismo laboral | 33 | 48.5 | 0 | 0 |
| | Abandono del empleo | 26 | 38.2 | 2 | 2.9 |
| | Cambio de trabajo | 7 | 10.1 | 3 | 4.4 |

| | | | | | |
|--------|--|----|------|----|------|
| Social | Temor de oler a orina | 68 | 100 | 0 | 0 |
| | Disminución de las relaciones sociales | 61 | 89.7 | 5 | 7.3 |
| | Aislamiento social | 49 | 72 | 8 | 11.7 |
| | Limitaciones de viajes y actividades recreativas | 47 | 69.1 | 4 | 5.8 |
| | Problemas matrimoniales | 38 | 55.8 | 10 | 14.7 |
| | Pérdida de la pareja | 19 | 27.9 | 2 | 2.9 |

Fuente: Historias clínicas

DISCUSIÓN

La incontinencia urinaria de esfuerzo es más frecuente en las mujeres de área rural entre los 50-59 años de edad y multíparas, la mayoría de las enfermas buscó ayuda médica entre el primer y el quinto años de evolución de la enfermedad, la tos es el elemento fundamental para desencadenarla y provoca en la mujer profundas alteraciones en su calidad de vida que repercuten en la sociedad desde el punto de vista de su aporte económico/social, lo que mejora notablemente con el tratamiento quirúrgico. Se recomienda tener en cuenta esta situación de salud, sobre todo en la atención primaria, pues tiende a permanecer oculta durante muchos años por quien la padece porque la consideran como un problema sin solución o del envejecimiento y, en múltiples ocasiones, provoca desordenes psicológicos, económicos y sociales, por lo que comenzar con actividades físicas fortalecedoras del suelo pélvico desde edades tempranas permitirían disminuir su aparición, así como que una vez que comiencen los primeros síntomas se deben realizar actividades dirigidas por un fisioterapeuta que pueden controlarla para no tener que someterse a tratamiento quirúrgico.

ANEXO. Cuestionario

1. Edad: ___ 20-29 ___ 30-39 ___ 40-49 ___ 50-59 ___ 60-69 ___ 70-79
2. Lugar de residencia: ___ urbana ___ rural
3. Tiempo de evolución de la enfermedad
4. Partos: ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ más de 5
5. Elementos desencadenantes de la incontinencia de esfuerzo
6. Impacto de la incontinencia en la calidad de vida

Esfera psicológica:

- ___ Depresión
- ___ Ansiedad
- ___ Pérdida de la autoestima
- ___ Apatía
- ___ Sentimiento de culpa
- ___ Negativismo
- ___ Pérdida del deseo sexual

Esfera social:

- ___ Temor a oler orina
- ___ Disminución de las relaciones sociales
- ___ Aislamiento social
- ___ Limitación de viajes y actividades recreativas
- ___ Problemas matrimoniales
- ___ Pérdida de la pareja

Esfera económica:

- ___ Ausentismo laboral
- ___ Cambio de trabajo
- ___ Abandono del empleo
- ___ Falta de recursos para recolectar orina

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gerber GS, Brendler CB. Evaluation of the urologic patient: history, physical examination, and urinalysis. In: Wein AJ, ed. Campbell-Walsh Urology. 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007. p. 3.
2. De la osa JA. Incontinencia Urinaria en la tercera edad. Consultas médicas. Periódico Granma [Internet]. La Habana: Órgano oficial del Comité Central del Partido Comunista de Cuba; 2009 [Citado 13 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.granma.cubaweb.cu/salud/consultas/i/c09.html>
3. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, et al. Prevalencia de Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva en la población española: Resultados del Estudio EPICC. Actas Urol Esp [Internet]. 2009 [Citado 13 Ene 2013];33(2):159-66. Disponible en: <http://www.elsevier.es/.../actas-urologicas-espanolas.../prevalencia-incontinencia-urinaria-vejiga-hiperactiva-lapoblacion-espanola-13143327-original-2009>
4. Espuña PM. Urinary incontinence in women. Med Clin (Barc). 2003 Apr 5;120(12):464-72.
5. Rodríguez-Lama M, Martínez-Calvo JR, Rodríguez-Pérez C, Melero-Brezo M, García-Cepeda JR. Prevalencia de la incontinencia urinaria en personas mayores de 64 años en Galicia. Gac Sanit. 2003 Sep-Oct;17(5):409-11.
6. Sánchez R, Rupérez O, Delgado M, Fernández R, Hernando M. Prevalencia de incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años atendida en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 1999 [citado 17 Ene 2013];24:421-24. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/prevalencia-incontinencia-urinaria-poblacion-mayor-60-a%C3%B1os-13383-originales-breves-1999>
7. Carneiro EF, Araujo NS, Beuttenmüll L. The anatomical-functional characteristics of the pelvic floor and quality of life of women with stress urinary incontinence subjected to perineal exercises. Actas Urol Esp [Internet]. 2010 Oct [citado 17 Ene 2013];34(9):788-93. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20843456>
8. Herrera Pérez A, Arriagada Hernández J, González Espinoza C, Leppe Zamora J, Herrera Neira F. Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. Actas Urol Esp [Internet]. 2008 [citado 17 Ene 2013];32(6):624-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021048062008000600008&script=sci_arttext
9. Martínez Agulló E. Terminología de la función del tracto urinario inferior. Actas Urol Esp [Internet]. 2005 [citado 17 Ene 2013];29(1):5-7. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/actas-urologicas-espanolas-292/...29/numero-01>
10. International Continence Society. Standarization of terminology of lower urinary tract function. Urology. 1997;9:237-40.
11. 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):647-52.
12. Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. Prevalencia, incidencia y correlatos de Incontinencia urinaria en la salud de mujeres de mediana edad. J Urol. 2001;146:1255-9.
13. Deng DY. Urinary incontinence in women. Med Clin North Am. 2011;95:101-109.
14. Resnick NM. Incontinence. In: Goldman L, Ausiello D, eds. Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011. p. 25.
15. Barbosa LMA, Lós DB, Silva IB, Anselmo CWS. The effectiveness of biofeedback in treatment of women with stress urinary incontinence: a systematic review. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2011;11(3):217-25.
16. Jiménez J, Hualde A, Santiago A. "tv: 3 años de experiencia". Actas Urol Esp. 2004;28:13-20.

Recibido: 10-1-13

Aprobado: 24-4-13

Esther Gilda González Carmona. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Millán Castro". Avenida Hospital Nuevo e/ Doble Vía y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)(42)270000. Correo electrónico: esthergc@hamc.vcl.sld.cu