

Calidad de vida relacionada con salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso de Bucaramanga, Colombia

Health Related Quality of Life and Urinary Incontinence in Women with Overweight and Obesity in Bucaramanga, Colombia

Qualidade de vida relacionada com saúde e incontinência urinaria em mulheres com excesso de peso de Bucaramanga, Colômbia

Lina María Carreño, Ft, MSc (c),¹ Adriana Angarita-Fonseca, Ft, MSc,² Alba Lucía Pinto, Ft,² Alejandra Nancy Delgado, Ft,² Lina Marcela García, Ft²

Recibido: 26 de diciembre de 2013 • Aceptado: 27 de octubre de 2014

Doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud13.01.2015.05](https://doi.org/10.12804/revsalud13.01.2015.05)

Para citar este artículo: Carreño LM, Angarita-Fonseca A, Pinto AL, Delgado AN, García LM. Calidad de vida relacionada con salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso de Bucaramanga, Colombia. Rev Cienc Salud. 2015;13(1): 63-76. doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud13.01.2015.05](https://doi.org/10.12804/revsalud13.01.2015.05)

Resumen

Objetivo: Determinar la asociación entre calidad de vida relacionada con salud (CVRS) e incontinencia urinaria (IU) en una población de mujeres con exceso de peso del área urbana de Bucaramanga, Colombia. **Materiales y métodos:** Estudio analítico de corte transversal realizado entre marzo y mayo de 2012. La muestra estuvo conformada por 63 mujeres seleccionadas aleatoriamente, mediana de edad 46 años, con un mínimo de 18 y un máximo de 65 años, 76 % con sobrepeso y 24 % con obesidad. Se evaluó la CVRS con el SF-36 y el cuestionario de calidad de vida para mujeres con síntomas del tracto urinario bajo (ICIQ-FLUTSqol), la incontinencia urinaria se evaluó mediante la forma corta del cuestionario modular creado por el grupo Consulta Internacional sobre Incontinencia (ICIQ-IU Short Form). **Resultados:** La prevalencia de IU global fue de 39,7 %, IU esfuerzo 28,6 % e IU mixta 11,1 %. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las 8 dimensiones del SF-36 entre mujeres con y sin IU. La dimensión con menor puntaje en las mujeres con IU fue vitalidad (63,4). El puntaje de CVRS evaluado con el cuestionario ICIQ-FLUTSqol obtuvo una mediana de 27 con un mínimo de 20 y máximo 52.

1 Programa de Fisioterapia de la Universidad de Santander, sede Bucaramanga.

2 Grupo CliniUDES. Programa de Fisioterapia de la Universidad de Santander, sede Bucaramanga. Correspondencia: adriangarita@udes.edu.co

Conclusión: En mujeres con exceso de peso no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las 8 dimensiones de la CVRS al comparar las mujeres con y sin IU.

Palabras clave: Calidad de vida, salud de la mujer, incontinencia urinaria, índice de masa corporal, obesidad, sobrepeso.

Abstract

Objective: To determine the association between quality of life health-related (HRQL) and urinary incontinence (UI) in a population of overweight women in the urban area of Bucaramanga, Colombia. *Materials and methods:* An analytic cross-sectional study was conducted in March and May 2012. The sample consisted of 63 randomly selected women; median age was 46 years with a minimum of 18 and maximum of 65 years, 76 % were overweight, and 24 % obese. We assessed the HRQL with the SF-36 questionnaire and lower urinary tract symptoms quality of life questionnaire (ICIQ-FLUTSqol). Urinary incontinence was assessed using the International Consultation on Incontinence questionnaire, short form (ICIQ-IU Short Form). *Results:* The overall prevalence of UI was 39.7 %; 28.6 % was Stress UI, mixed UI 11.1 %. There were no statistically significant differences in the eight dimensions of SF-36 in women with and without UI. The dimension with lowest score in women with IU was Energy-Fatigue (63.4). The HRQL scores assessed with ICIQ-FLUTSqol questionnaire was 27 with a minimum of 20 and a maximum of 55. *Conclusion:* In women with overweight, we do not found statistically significant differences in the eight dimensions of HR-QOL when comparing women with and without UI.

Keywords: Quality of life, Women's health, Urinary incontinence, Body Mass Index, Obesity, Overweight.

Resumo

Objetivo: Determinar a associação entre Qualidade de Vida relacionada com Saúde (CVRS) e incontinência Urinária (IU) em uma população de mulheres com excesso de peso da área urbana de Bucaramanga, Colômbia. *Materiais e métodos:* Estudo analítico de corte transversal realizado entre Março e Maio do 2012. A amostra esteve conformada por 63 mulheres selecionadas aleatoriamente, idade média de 46 anos com um mínimo de 18 e um máximo de 65 anos, 76% com sobrepeso e 24% com obesidade. Avaliou-se a CVRS com o SF-36 e o questionário de qualidade de vida para mulheres com sintomas do trato urinário baixo (ICIQ-FLUTSqol), a incontinência urinária avaliou-se mediante a forma curta de questionário modular criado pelo grupo Consulta Internacional sobre Incontinência (ICIQ-IU Short Form). *Resultados:* a prevalência de IU global foi de 39,7%, IU Esforço 28,6% e IU mixta 11,1%. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nas 8 dimensões do SF-36 entre mulheres com e sem IU. A dimensão com menor pontuação nas mulheres com IU foi vitalidade (63,4). A pontuação de CVRS avaliado com o questionário ICIQ-FLUTSqol obteve uma média de 27 com um mínimo de 20 e máximo 52. *Conclusão:* em mulheres com excesso de peso não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas 8 dimensões da CVRS ao comparar as mulheres com e sem IU.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Saúde da mulher, Incontinência Urinária, Índice de Massa Corporal, Obesidade, Sobrepeso.

Introducción

La calidad de vida (CV) según la Organización Mundial de Salud es un concepto extenso, complejo, subjetivo, con dimensiones tanto positivas como negativas, determinada por el contexto cultural, social y ambiental, que, relacionada con el ámbito de la salud, permite obtener información complementaria y diferente a los indicadores clínicos tradicionales. A partir de esta definición surge el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que es una evaluación subjetiva de las influencias en el estado de salud, cuidados, promoción y mantenimiento de la funcionalidad en actividades que afecten el estado general de bienestar y consideran diferentes dimensiones esenciales de la vida humana (1, 2).

Por otro lado, la incontinencia urinaria (IU) fue definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como una queja de cualquier tipo de pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable (3). Salgueiro, por su parte, la define como un escape involuntario de la orina a través de la uretra o la imposibilidad de retener la orina, que involucra un problema social o higiénico y no es peligrosa para la vida (4).

Actualmente, es una situación subdiagnosticada, que, relacionada con los problemas urogenitales, se considera un suceso de alta incidencia y prevalencia (5-7); sin embargo, solo un pequeño número de personas que la padece buscan atención médica y otras simplemente realizan cambios en su cotidianidad para sobrellevarla, como evitar actividades sociales y físicas, limitar la ingesta de líquidos que hace frecuente los viajes al baño y el uso de protectores, entre otros (5). Aunque la IU no constituye un riesgo para la vida, puede generar un profundo impacto psicológico, físico, mental, social, higiénico y económico para la sociedad, y puede afectar la CV e interferir en las acti-

vidades cotidianas en todos los escenarios y dimensiones de la persona (8-15).

Así como la IU puede afectar la CVRS, varios estudios han encontrado que esta última se disminuye significativamente en las personas con exceso de peso (8, 17); de la misma manera, se ha encontrado que un índice de masa corporal (IMC) elevado aumenta la probabilidad de presentar IU, por lo anterior, el objetivo de este estudio fue establecer la asociación entre IU y CVRS en mujeres entre los 18 y 65 años con exceso de peso del área urbana de Bucaramanga en 2012 (18-24).

Materiales y métodos

Estudio analítico de corte transversal realizado en 63 mujeres con exceso de peso (IMC por encima de 25 kg/m²), entre los 18 y 65 años de edad, residentes del área urbana de Bucaramanga, que estuvieron de acuerdo en participar voluntariamente en el estudio; se excluyeron las mujeres en estado de embarazo o puerperio, con enfermedades neurológicas congénitas o adquiridas, con alteraciones del sistema musculoesquelético, que requirieran ayudas para la adopción y mantención en posición de pie y desplazamiento.

Se eligieron 4 manzanas del área urbana de Bucaramanga seleccionadas por medio de un muestreo aleatorio multietápico. Se procedió a determinar el número de viviendas por manzana, se estableció un mínimo de 25 viviendas por manzana; en caso tal que no se obtuviera el número de viviendas correspondientes, se procedía a la selección de otra cuadra, eligiendo un número de una vivienda de la cuadra inicial de manera aleatoria y se daba selección a la manzana que quedara en frente de esta, hasta completar 25 mujeres. Una vez seleccionadas las viviendas, se procedió a la selección aleatoria de las mujeres, si en una vivienda se

encontraban dos o más se seleccionaban una mujer por hogar.

En este estudio se recolectaron variables sociodemográficas, mediciones antropométricas, antecedentes patológicos, quirúrgicos, farmacológicos, ginecobstétricos, antecedentes, síntomas y signos de IU y CVRS.

Procedimiento

La recolección de los datos fue realizada entre los meses de marzo y mayo de 2012, por tres estudiantes de último año de fisioterapia y dos fisioterapeutas, previamente entrenados y preparados para la toma de medidas, en las que se tuvo en cuenta las recomendaciones de la ISAK (Internacional Standards for Anthropometrics Assessment) (25). Inicialmente, las participantes firmaban un consentimiento informado por escrito; después de esto, se procedió a diligenciar la primera encuesta, en la cual estaban consignados datos personales, aspectos sociodemográficos, antecedentes personales, patológicos, farmacológicos y hábitos de vida. Las tomas de medidas se realizaron en tres oportunidades, con el objetivo de promediarlos y conseguir una medida más objetiva.

Se aplicó la forma corta del cuestionario modular creado por el grupo Consulta Internacional sobre Incontinencia denominado ICIQ-IU Short Form con el objetivo de determinar o no la presencia de incontinencia urinaria y su tipo a partir de la sintomatología de la siguiente manera: IU de esfuerzo (IUE), que consiste en el escape involuntario de orina ante el esfuerzo, estornudo y tos; IU de urgencia (IUU) que incluye el escape urgente involuntario e inmediato de orina; IU mixta (IUM) que es la combinación de la IUE y la IUU (26, 27). Adicionalmente, la IU por cualquier tipo fue denominada IU global por las autoras.

El cuestionario SF-36 buscaba indagar sobre la CVRS, el cual tiene adecuadas propiedades psicométricas en población colombiana según el estudio de Lugo et al (28, 29). Este cuestionario consta de 36 preguntas, al usar el método *rand score* se obtuvo un puntaje de 0 a 100 por cada dimensión (función física, desempeño físico y emocional, vitalidad, salud mental, función social, dolor corporal y salud general). Cuanto mayor puntaje se obtiene mejor estado de salud se refleja.

Por último, si la participante presentaba síntomas de IU según el ICIQ-IU Short Form, se procedía a aplicar el cuestionario de calidad de vida para mujeres con síntomas del tracto urinario bajo, denominado ICIQ-FLUTSqol versión en español 2007, que está basado en el King's Health Questionnaire (30, 31). Consta de 19 preguntas, con su respectiva escala análoga visual y una escala adicional que da una calificación general a esta situación. Con la suma de estas 19 preguntas se obtuvo un puntaje que oscilaba entre 19 y 76, el cual determinaba que a mayor puntaje, mayor repercusión de su CVRS. La reproducibilidad de este cuestionario en papel fue buena en un estudio realizado en 78 mujeres suecas (alpha de Cronbach de 0,93 y un coeficiente de correlación intraclase de 0,95) (30). Los cuestionarios ICIQ-IU y ICIQ-LUTSqol fueron usados con el permiso de la oficina del ICIQ (International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire).

Para la medición del peso corporal se utilizaron básculas digitales marca Tanita HD-314 con capacidad máxima 150 kilos, con calibración automática $d = 0,1$ kilos, la talla se midió con cintas métricas metálicas marca EM Security Measuring Tape modelo GW-553E, y para la medición del perímetro de cintura se utilizaron cintas métricas metálicas marca Masso de

6 mm, con longitud de un metro, resistente y adaptable para la medición de perímetro de cintura, y para mediciones antropométricas superiores a un metro se utilizó una cinta métrica marca Myotape.

Antes de iniciar la toma de la muestra se realizó una prueba piloto con 20 mujeres, a partir de esta se estableció el orden de aplicación de los instrumentos y de las mediciones y se estandarizó la forma de realizar las preguntas.

Análisis estadístico

Una vez obtenida la muestra, los datos fueron ingresados a la base de datos Epidata 3.1 a cargo de dos personas quienes realizaron la digitación de manera independiente por duplicado; en este mismo programa se validaron los datos y los errores de digitación se corrigieron al revisar las encuestas originales. Los datos se exportaron al programa Stata 11.0. En el análisis descriptivo, se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para estas últimas.

Se comparó el puntaje de CVRS según tipo de IU mediante un análisis de varianza de una vía. Para todo el análisis se utilizó un nivel $\alpha = 0,05$. El poder para encontrar diferencias en CVRS entre los grupos sin IU, IUE y IUU fue de 0,05 en función física, desempeño físico y vitalidad; 0,14 en desempeño emocional; 0,39 en salud mental; 0,18 en función social; 0,12 en dolor físico y 0,08 en salud general.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Santander (UDES). Todos los procedimientos se realizaron de acuerdo con las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud de la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 (32). Esta investigación fue 'sin riesgo',

teniendo en cuenta que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron. Adicionalmente, se consideró el compromiso con la protección ambiental.

Resultados

La muestra quedó conformada por 63 mujeres con exceso de peso, de las cuales el 76,1 % presentaba sobrepeso y el 23,8 % obesidad. La mediana de edad fue de 46 años; con edad mínima de 18 y la máxima de 64 años, la mayoría de estrato socioeconómico tres (65 %). En cuanto al estado civil, el 36,5 % estaban casadas, y el 28,5 % solteras y se desempeñaban principalmente como empleadas (36,5 %) o como trabajadoras independientes (31,7 %), la mayoría realizó estudios secundarios (57,1 %) (tabla 1).

En relación con los antecedentes ginecobstétricos, el 39,6 % había tenido entre uno y dos hijos, el 41,2 % tuvo parto vaginal, predominando el tiempo de trabajo de parto de más de una hora (74,2 %) (tabla 2).

De los antecedentes patológicos, se destacaron el estreñimiento (36,5 %), las infecciones urinarias (20,6 %) y las infecciones vaginales (15,8 %). En antecedentes quirúrgicos, el 23,8 % de la población presentó una operación ginecológica previa y en antecedentes farmacológicos, el 28 % consumía algún fármaco (tabla 3).

Al indagar sobre los antecedentes de la IU, el 35,5 % la presentó durante el embarazo, el 11,1 % durante el puerperio y el 4,8 % manifestó tenerla diagnosticada. Los resultados del ICIQ-SF se presentan en la tabla 4. El 30,1 % presentó síntomas de goteo una vez a la semana o menos y el 4,8 % dos o tres veces por semana. En relación con la cantidad, el 30,1 % refirió muy poco goteo y se daba principalmente al toser o estornudar con un 38,1 %. Según los

Tabla 1. Aspectos sociodemográficos de una muestra de mujeres con exceso de peso del área urbana de Bucaramanga, 2012 (n = 63)

Variables	Medida de resumen	
Edad mediana (min-máx)	46	(18-64)
Rango de edad n (%)		
18-45	31	(49,2)
46-65	32	(50,7)
Estrato n (%)		
Tres	41	(65,0)
Cuatro	22	(34,9)
Estado civil n (%)		
Soltera	18	(28,5)
Casada	23	(36,5)
Unión libre	12	(19,0)
Separada/divorciada/viuda	10	(15,8)
Ocupación n (%)		
Desempleada	1	(1,5)
Ama de casa	15	(23,8)
Empleada	23	(36,5)
Trabajadora independiente	20	(31,7)
Estudiante	3	(4,7)
Pensionada	1	(1,6)
Nivel de estudio n (%)		
Primaria completa/incompleta	4	(6,3)
Secundaria completa/incompleta	36	(57,1)
Técnico/pregrado/posgrado	23	(36,5)

tipos de IU, el 28,6 % presentó IU de esfuerzo, el 11,1 % IU mixta, ninguna participante presentó IU de urgencia y el 39,7 % (n = 25) presentó IU de cualquier tipo (tabla 4).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre las mujeres con y sin IU (tabla 5). Los puntajes más elevados se obtuvieron en las dimensiones función social y física. En contraste, los puntajes más bajos fueron para las dimensiones vitalidad y salud general tanto en las mujeres sin IU como en las mujeres con IU de cualquier tipo.

En la población de mujeres con IU (n = 25), en la puntuación del cuestionario ICIQ-LUS-Tqol, se obtuvo una mediana de 27 con un mínimo de 20 y un máximo de 52. Las respuestas de las participantes por pregunta se presentan en la tabla 6. Se resalta que en la pregunta "le hacen sentirse preocupada o nerviosa", el 48 %, 12 % y 4 % respondió un poco, moderadamente o mucho, respectivamente. En la pregunta "tiene que cambiarse la ropa interior porque está mojada", el 48 %, 4 % y 16 % respondió a veces, a menudo y siempre, respectivamente. Mientras que, en la pregunta "está preocupada

Tabla 2. Antecedentes ginecobstétricos de una muestra de mujeres con exceso de peso del área urbana de Bucaramanga, 2012 (n = 63)

Variables	Medida de resumen	
Cuántos embarazos n (%)		
No	18	(28,5)
Hasta dos hijos	24	(38,1)
Más de dos hijos	21	(33,3)
Cuántos partos n (%)		
No	18	(28,5)
Entre uno y dos	25	(39,6)
Más de dos	20	(31,7)
Vía de parto n (%)		
No tienen hijos	18	(28,7)
Solo cesárea	10	(15,8)
Solo vaginal	26	(41,2)
Cesárea/vaginal	9	(14,2)
Uso de fórceps n (%)*		
No	32	(88,8)
Sí	4	(11,1)
Episiotomía n (%)*		
No	10	(27,7)
Sí	26	(72,2)
Trabajo de parto n (%)		
Más de una hora	26	(74,2)
Menos de una hora	9	(25,7)
Niños o niñas nacidos vivos. Mediana (min-máx)	2	(0-6)
Peso del bebe más grande gr. Mediana (min-máx)	3750	(2500-6500)
Niños o niñas nacidos muertos n (%)		
No	43	(95,5)
Sí	2	(4,4)

* Estos resultados corresponden a la población con parto vía vaginal (n = 36).

Tabla 3. Antecedentes patológicos, quirúrgicos y farmacológicos de una muestra de mujeres con exceso de peso del área urbana de Bucaramanga, 2012 (n = 63)

Antecedentes	n	%
Presencia de antecedentes patológicos		
Prolapso anal n (%)	1	(1,6)
Cáncer de útero n (%)	1	(1,6)
Hipertensión arterial n (%)	11	(82,5)
Diabetes n (%)	3	(4,8)
Infecciones vaginales n (%)	10	(15,8)
Infecciones urinarias n (%)	13	(20,6)
Cálculos renales n (%)	5	(8,0)
Estreñimiento n (%)	23	(36,5)
Antecedentes quirúrgicos		
Operación ginecológica previa n (%)	15	(23,8)
Antecedentes farmacológicos		
Consume actualmente algún fármaco n (%)	18	(28,5)

Tabla 4. Antecedentes y signos de incontinencia de una muestra de mujeres con exceso de peso del área urbana de Bucaramanga, 2012 (n = 63)

Variables	Medida de resumen	
Presentó IU durante el embarazo - n (%)		
No	29	(64,4)
Sí	16	(35,6)
Presentó IU durante el puerperio n (%)		
No	40	(88,9)
Sí	5	(11,1)
Actualmente tiene diagnóstico de IU n (%)		
No	60	(95,2)
Sí	3	(4,8)
Frecuencia pérdida de orina n (%)		
Nunca	38	(60,3)
Una vez a la semana o menos	19	(30,1)
Dos o tres veces a la semana	3	(4,8)
Una vez al día	1	(1,6)
Varias veces al día	1	(1,6)
Continuamente	1	(1,6)
Impresión de la cantidad que cree que se escapa n (%)		
No se me escapa nada	38	(60,3)
Muy poca cantidad	19	(30,1)
Una cantidad moderada	5	(8,0)
Mucha cantidad	1	(1,6)
Cuando pierde orina		
Nunca pierde n (%)		
No	25	(39,7)
Sí	38	(60,3)
Pierde antes de llegar al baño n (%)		
No	56	(88,9)
Sí	7	(11,1)
Pierde cuando tose o estornuda n (%)		
No	39	(61,9)
Sí	24	(38,1)
Pierde cuando duerme n (%)		
No	63	(100)
Sí		
Pierde cuando hace esfuerzos físicos/ejercicio n (%)		
No	60	(95,2)
Sí	3	(4,8)
Pierde al acabar de orinar y ya se ha vestido n (%)		
No	61	(96,8)
Sí	2	(3,2)
Pierde sin motivo evidente n (%)		
No	63	(100)
Sí		
Pierde de forma continua n (%)		
No	62	(98,4)
Sí	1	(1,6)

Tabla 5. CVRS de una muestra de mujeres con exceso de peso del área urbana de Bucaramanga según las dimensiones del SF-36, 2012 (n = 63)

Variables	Sin IU	Con IUE	Con IUU	p
	Promedio ± DE	Promedio ± DE	Promedio ± DE	
Función física	85,0 ± 17,2	85,0 ± 14,5	82,9 ± 17,5	0,949
Desempeño físico	71,0 ± 40,9	66,7 ± 42,0	75,0 ± 28,9	0,880
Desempeño emocional	81,6 ± 37,7	74,1 ± 42,1	71,4 ± 48,8	0,463
Vitalidad	62,9 ± 21,4	62,8 ± 19,6	66,4 ± 17,7	0,910
Salud mental	74,3 ± 17,9	66,9 ± 22,3	83,4 ± 21,2	0,151
Función social	90,8 ± 18,3	87,5 ± 20,1	85,7 ± 28,3	0,750
Dolor físico	77,6 ± 26,8	70,8 ± 19,8	77,5 ± 22,7	0,621
Salud general	65,3 ± 17,7	65,8 ± 21,4	68,6 ± 19,9	0,915

CVRS: Calidad de vida relacionada con salud. IU= Incontinencia urinaria. DE= Desviación estándar.

por si huele”, un 28 % respondió a veces, ese mismo porcentaje respondió siempre y el 16 % a menudo (tabla 6).

Discusión

Los principales hallazgos de este estudio muestran que la CVRS en las mujeres con exceso de peso evaluadas no se ve significativamente afectada por la IUE o IUU. En Colombia, no se encontraron estudios que relacionen el efecto de la IU sobre la CVRS en poblacional general; el único estudio realizado en Colombia sobre el tema fue el de Andrade, que evaluó la percepción de CVRS en 30 mujeres que estaban asistiendo a rehabilitación de suelo pélvico (33).

La CVRS parte del concepto de CV definida por la OMS según la forma en que el individuo percibe su lugar, contexto y cultura, el sistema de valores en que vive una persona en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones; se relaciona con las condiciones de salud de las personas y parte de las experiencias subjetivas de ellas sobre su salud global. La CVRS es el componente de la CV y es un concepto multidimensional que incluye aspectos

físicos, emocionales y sociales asociados con la enfermedad (1, 2, 15).

En cuanto a la CVRS evaluada con el SF-36, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con IUE, IUU y sin incontinencia, a diferencia de los estudios de Tozun et al., en el que se evidencian diferencias significativas en todas las dimensiones del SF-36 en 1585 mujeres de un estudio de base poblacional (12); Liao et al. en 1065 enfermeras encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones: función física, desempeño físico, dolor corporal, salud general y función social (34). Araki et al. compararon la CVRS de 624 enfermeras con IU y 3110 enfermeras sin IU, encontrando en las mujeres con IU puntajes significativamente menores en las dimensiones función física, desempeño físico, dolor corporal, salud general, función social y salud mental (35). Azuma et al. en 975 mujeres trabajadoras, encontraron que en los diferentes tipos de IU los puntajes de las dimensiones salud general y salud mental fueron significativamente menores (36). Por su parte, Balci et al. en un estudio de casos y controles encon-

Tabla 6. ICIQ-LUTSqol de una muestra de mujeres con exceso de peso del área urbana de Bucaramanga, 2012 (n = 25)

Afectación de problemas urinarios	Nada o no, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	No procede	Mediana (RIC)
Tareas domésticas n (%)	20 (80,0)	4 (16,0)	1 (4,0)	0, (0,0)	0, (0,0)	1 (1-2)
Trabajo o actividades diarias habituales fuera de casa n (%)	19 (76,0)	4 (16,0)	1 (4,0)	1 (4,0)	0, (0,0)	1 (1-2)
Actividades físicas n (%)	18 (72,9)	2 (8,0)	3 (12,0)	2 (8,0)	0, (0,0)	1 (1-2)
Capacidad para desplazarse en autobús n (%)	24 (96,0)	0, (0,0)	0, (0,0)	1 (4,0)	0, (0,0)	1 (1-1)
Limitan su vida social n (%)	23 (92,0)	1 (4,0)	1 (4,0)	0, (0,0)	0, (0,0)	1 (1-1)
Limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos n (%)	22 (88,0)	2 (8,0)	1 (4,0)	0, (0,0)	0, (0,0)	1 (1-1)
Su relación con su pareja n (%)	21 (84,0)	0, (0,0)	1 (4,0)	0, (0,0)	3 (12,0)	1 (1-2)
Limitan su vida sexual n (%)	18 (72,0)	0, (0,0)	0, (0,0)	0, (0,0)	7 (28,0)	1 (1-1,5)
Su vida familiar n (%)	24 (96,0)	1 (4,0)	0, (0,0)	0, (0,0)	0, (0,0)	1 (1-1)
Le hacen sentirse deprimida n (%)	22 (88,0)	3 (12,0)	0, (0,0)	0, (0,0)	0, (0,0)	1 (1-2)
Le hacen sentirse preocupada o nerviosa n (%)	9 (36,0)	12 (48,0)	3 (12,0)	1 (4,0)	0, (0,0)	1 (1-2)
	Nunca	A veces	A menudo	Siempre	No procede	
Le afectan durante el sueño n (%)	21 (84,0)	3 (12,0)	0, (0,0)	1 (4,0)	0, (0,0)	1 (1-1)
Le hacen sentirse agotada o cansada n (%)	24 (96,0)	1 (4,0)	0, (0,0)	0, (0,0)	0, (0,0)	1 (1-1)
Lleva compresas/pañales para mantenerse seca n (%)	14 (56,0)	8 (32,0)	0, (0,0)	3 (12,0)	0, (0,0)	1 (1-2)
Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe n (%)	21 (84,0)	2 (8,0)	1 (4,0)	1 (4,0)	0, (0,0)	1 (1-2)
Tiene que cambiarse la ropa interior porque está mojada n (%)	8 (32,0)	12 (48,0)	1 (4,0)	4 (16,0)	0, (0,0)	1 (1-2)
Está preocupada por si huele n (%)	7 (28,0)	7 (28,0)	4 (16,0)	7 (28,0)	0, (0,0)	2 (1-2)
Se siente incómoda con los demás n (%)	17 (68,0)	7 (28,0)	1 (4,0)	0, (0,0)	0, (0,0)	1 (1-2)

Fuente: Datos del estudio, 2012.

traron puntajes significativamente menores en las mujeres con IU en las dimensiones función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental (37).

Por otro lado, en la revisión sistemática realizada por Paick (13), se presentan 10 artículos que evalúan CVRS según el SF-36 por tipo de IU. De estos, el estudio que tiene mayor similitud en los valores obtenidos con los resultados del presente estudio es el de Sand realizado en Estados Unidos, en el cual la muestra de mujeres con incontinencia de esfuerzo en la evaluación basal, obtuvo un puntaje de $81,9 \pm 18,9$ en función física, $64,3 \pm 22,0$ en vitalidad y $85,7 \pm 21,3$ en función social (38). Siendo de mayor afectación la dimensión vitalidad en mujeres con IU.

Los resultados de la CVRS en las mujeres con exceso de peso sin IU, muestran que el puntaje promedio más bajo se obtuvo en la dimensión vitalidad ($62,9 \pm 21,4$) y el puntaje más alto en la dimensión función social ($90,8 \pm 18,3$); resultados similares encontraron Katz et al. en 1012 personas con sobrepeso, donde la dimensión de menor puntaje fue vitalidad (56,8) y la de mayor puntaje función social (84,7) (39).

Los resultados de la evaluación de la CV en mujeres con IU, realizada mediante el ICIQ-LUSTqol, mostraron una mediana de 27, con un mínimo de 20 y un máximo de 52, menor a lo encontrado por Sjöström et al., quienes encontraron un puntaje promedio de 33,6 con un mínimo de 21 y un máximo de 61, cabe resaltar que la población que participó en ese estudio fue seleccionada por conveniencia mediante una página de internet previa publicidad en medios de comunicación masivos (periódicos y televisión), lo cual pudo introducir un sesgo de selección, pues quienes participaron pudieron tener más afectada su CVRS que aquellas que no participaron (30). Por otro lado, en la presente investigación se encontró que la IU afecta

la actividad física mucho y moderadamente en el 8 % y 12 %, respectivamente, mientras que en el estudio de Andrade, el 66,6 % de los participantes tenía afectada moderadamente sus actividades físicas (33). La poca afectación de la CVRS en la población del presente estudio se puede explicar, en parte, porque las mujeres con exceso de peso evaluadas consideraban su incontinencia como normal, en otros casos no constituyen un verdadero problema psicosocial o no tiene relevancia esta condición.

El estudio de Martínez et al. mostró que 73 mujeres (57,94 %) tuvieron más de 10 episodios de escape de orina al día, y en el estudio de Andrade se encontró que el 66,7 % refieren perder poca cantidad y el 33,3 % manifestó perder una cantidad moderada; mientras que en el presente estudio únicamente el 30,1 % presentó algún episodio de goteo una vez a la semana o menos en el último mes, con una pérdida continua para el 1,59 %, y una pérdida de una vez al día en el 1,59 % (15, 33).

Dentro de las limitaciones se destaca que este estudio se restringe a mujeres con exceso de peso, esto ocasiona que no se puedan extrapolar los resultados a la población del área urbana de Bucaramanga. Adicionalmente, se contó con un tamaño de muestra muy reducido con un bajo poder estadístico que posiblemente no permitió encontrar diferencias significativas entre grupos. Otro factor que pudo intervenir fue la susceptibilidad de las mujeres encuestadas induciendo un posible sesgo de información, puesto que sus respuestas puede que no reflejen la realidad que estén viviendo o que, adicionalmente, esta situación no es aceptada como una alteración de su sistema genitourinario que podría ser de importancia en un futuro. En este estudio es posible que existan sesgos de confusión al no incluir factores como la menopausia u otras alteraciones hormonales, que se relaciona tanto con la CVRS como con la IU.

Descargos de responsabilidad

Los autores están de acuerdo con el contenido del artículo y son responsables del mismo. Declaran no tener conflicto de interés alguno. Esta investigación fue financiada por la Convocatoria de Financiación de Investigaciones de la Universidad de Santander 2011-2012, Código 010-11.

Agradecimientos

Los autores agradecen a las mujeres que participaron en el estudio por su colaboración y apoyo para la culminación de esta investigación.

Referencias

1. Gómez E. Un recorrido histórico de concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. TOG (A. Coruña) [internet]. 2009 feb [2013 dic 15] 6(1):1-10. Disponible en: <http://revista-tog.3owl.com/num9/pdfs/original2.pdf>
2. Ramírez R. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. Rev Col Cardiol. 2007;14(4):207-22.
3. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. NeuroUrol Urodyn. 2010;29(1):4-20.
4. Salgueiro M, Salvatierra E, Calderón N. Incontinencia Urinaria. Rev Pac Med Fam. 2005; 2(2): 114-8
5. Ragins AI, Shan J, Thom DH, Subak LL, Brown JS, Van Den Eeden SK. Effects of urinary incontinence, comorbidity and race on quality of life outcomes in women. J Urol. 2008;179(2):651-5.
6. Markland AD, Richter HE, Fwu CW, Eggers P, Kusek JW. Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. J Urol. 2011;186(2):589-93.
7. Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. Urol Int. 2013;90(1):1-9.
8. Hägglund D, Walker-Engström ML, Larsson G, Leppert J. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001;80(11):1051-5.
9. Simeonova Z, Milsom I, Kullendorff AM, Molander U, Bengtsson C. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999;78(6):546-51.
10. Jia H, Lubetkin EI. The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population. J Public Health. 2005;27(2):156-64.
11. Velázquez MM, Bustos LHH, Rojas PG, Oviedo OG, Neri RES, Sánchez CC. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. Ginecol Obstet Mex. 2007;75(6):347-56.
12. Tozun M, Ayranci U, Unsal A. Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in a semirural area of Western Turkey. Gynecol Obstet Invest. 2009;67(4):241-9.
13. Paick JS, Kim SW, Oh SJ, Ku JH. A generic health-related quality of life instrument, the Medical Outcomes Study Short Form-36, in women with urinary incontinence. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2007;130(1):18-24.
14. Kwon BE, Kim GY, Son YJ, Roh YS, You MA. Quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. Int NeuroUrol J. 2010;14(3):133-8

15. 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):202-10.
16. Sach TH, Barton GR, Doherty M, Muir KR, Jenkinson C, Avery AJ. The relationship between body mass index and health-related quality of life: comparing the EQ-5D, EuroQol VAS and SF-6D. *Int J Obes.* 2007;31(1):189-96.
17. Fontaine KR, Barofsky I. Obesity and health-related quality of life. *Obes Rev.* 2001;2(3):173-82.
18. Han MO, Lee NY, Park HS. Abdominal obesity is associated with stress urinary incontinence in Korean women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006;17(1):35-9.
19. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(2):339-45.
20. Hsieh CH, Lee MS, Lee MC, Kuo TC, Hsu CS, Chang ST. Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 20-59 years. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2008;47(2):197-202.
21. Mishra GD, Hardy R, Cardozo L, Kuh D. Body weight through adult life and risk of urinary incontinence in middle-aged women: results from a British prospective cohort. *Int J Obes.* 2008;32(9):1415-22.
22. Lasserre A, Pelat C, Guérout V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T, et al. Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life. *Eur Urol.* 2009;56(1):177-83.
23. Thom DH, Brown JS, Schembri M, Ragins AI, Subak LL, Van Den Eeden SK. Incidence of and risk factors for change in urinary incontinence status in a prospective cohort of middle-aged and older women: the reproductive risk of incontinence study in Kaiser. *J Urol.* 2010;184(4):1394-401.
24. Qiu J, Lv L, Lin X, Long L, Zhu D, Xu R, et al. Body mass index, recreational physical activity and female urinary incontinence in Gansu, China. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;159(1):224-9.
25. International Society for the Advancement of Kinanthropometry. International standards for anthropometric assessment, 2001. Potchefstroom: International Society for the Advancement of Kinanthropometry; 2001.
26. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2004;23(4): 322-30.
27. Busquets M, Serra R. Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (Fonasa). *Rev Med Chile.* 2012;140(3):340-6.
28. McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care.* 1993;31(3):247-63.
29. Lugo LH, García H, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2006;24(2):37-50.
30. Sjöström M, Stenlund H, Johansson S, Umefjord G, Samuelsson E. Stress urinary incontinence and quality of life: a reliability study of a condition-specific instrument in paper and web-based versions. *Neurourol Urodyn.* 2012;31(8):1242-6.
31. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104(12):1374-9.
32. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (1993 oct 4).
33. Andrade ME. Percepción del nivel de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con incontinencia urinaria que asisten a tratamiento de reeducación de piso pélvico. *Urol colomb.* 2013;22(2):17-24.

34. Liao YM, Yang CY, Kao CC, Dougherty MC, Lai YH, Chang Y, et al. Prevalence and impact on quality of life of lower urinary tract symptoms among a sample of employed women in Taipei: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(5):633-44.
35. Araki I, Beppu M, Kajiwara M, Mikami Y, Zakoji H, Fukasawa M, et al. Prevalence and impact on generic quality of life of urinary incontinence in Japanese working women: assessment by ICI questionnaire and SF-36 Health Survey. *Urology.* 2005;66(1):88-93.
36. Azuma R, Murakami K, Iwamoto M, Tanaka M, Saita N, Abe Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence and its influence on the quality of life of Japanese women. *Nurs Health Sci.* 2008;10(2):151-8.
37. Balci E, Gürlevik O, Gün I, Günay O. The effects of stress urinary incontinence on the quality of life of Turkish women in the reproductive age group. *Turk J Med Sci.* 2012;42(5):845-51.
38. Sand PK, Staskin D, Miller J, Diokno A, Sant GR, Davila GW, et al. Effect of a urinary control insert on quality of life in incontinent women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 1999;10(2):100-5.
39. Katz DA, McHorney CA, Atkinson RL. Impact of obesity on health-related quality of life in patients with chronic illness. *J Gen Intern Med.* 2000;15(11):789-96.