

Introducción

La incontinencia urinaria (IU), según la International Continence Society (ICS), es cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema social o higiénico. Se presenta tanto en personas sanas como asociada a diferentes enfermedades, y puede ser consecuencia de diversas causas. Se trata de un problema clínico relevante, tanto por su prevalencia como por sus connotaciones psicosociales y económicas, sin llegar a poner en peligro la vida del paciente, pero deteriorando significativamente su calidad de vida, ya que reduce la autoestima y merma su autonomía. [1]

En cuanto al tipo de incontinencia, desde un punto de vista sintomático y de acuerdo con las directrices de la ICS, ésta puede clasificarse de diferentes formas [2]: incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria de urgencia, incontinencia urinaria mixta, insuficiencia urinaria "continua", incontinencia urinaria por rebosamiento, incontinencia funcional, enuresis nocturna.

Entre las diversas formas de presentación de la IU existen una serie de factores de riesgo que influyen en su aparición [3]: sexo, genética, edad, parto vaginal y/o complicado, obesidad, colapsos de la pared vaginal, debilidad de los músculos del suelo pélvico, cistitis, menopausia, infecciones urinarias repetitivas, cirugías uroginecológicas, estreñimiento crónico, las cardiopatías, diabetes mellitus, ictus, demencias.

Los ejercicios Kegel (fortalecedores del suelo o diafragma pélvico) se consideran de elección para el tratamiento de las incontinencias de esfuerzo ya que ayudan a fortalecer los músculos periuretrales (en hombres y mujeres) y perivaginales (en mujeres), mejorando el tono muscular y favoreciendo así la capacidad de aguantar la orina. El practicar estos ejercicios regularmente puede disminuir los incidentes de IU, y, en un pequeño porcentaje de individuos, resolver la incontinencia.

Los profesionales sanitarios tienen un papel importante centrado en divulgar intervenciones precoces educativas para prevenir o reducir situaciones de IU, encaminadas a mejorar la calidad de vida y bienestar personal de personas con factores de riesgo que puedan desencadenar este tipo de disfunción.

Objetivo

Determinar la prevalencia de IU presente en la muestra de estudio y la influencia de distintas variables sobre ésta (sexo, edad, peso, actividad física realizada y ejecución de ejercicios de Kegel).

Material y método

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal. La muestra de estudio se constituyó con 67 personas que realizaron un cuestionario anónimo autoadministrado, el cual poseía un total de 10 ítems, donde se valoraban a través de escala Likert, las siguientes variables: sexo, edad, peso, talla, número de hijos, actividad física realizada, tiempo de empleo en actividad física, existencia de IU, conocimientos y realización adecuada de los ejercicios de Kegel. La recogida de cuestionarios se realizó durante los meses enero, febrero y marzo de 2016.

Se estableció la necesidad de dividir secuencialmente la población en distintos grupos, con el fin de estudiar la influencia de las distintas variables sobre la prevalencia de la IU:

1. **Sexo y/o gravidez** que, se realizó en primer lugar, seleccionando a los individuos de la muestra en base al sexo, *hombre* y *mujer*, y en el caso de las mujeres, se llevó a cabo una subdivisión según el número de hijos: *nulíparas* (0 hijos), *primíparas* (1 hijo) y *multíparas* (2 o más hijos), con el fin de estudiar que influencia tiene el sexo y la gravidez sobre la presencia de IU.
2. **Sexo-gravidez y edad**, esta agrupación se realizó para observar la influencia del envejecimiento sobre la prevalencia de la IU, por lo que se distribuyó a los individuos de los distintos grupos en tres extractos distintos según edad: *adulto joven* (de 18 a 34 años), *adulto* (de 35 a 59 años) y *mayor* (de 60 o más años).
3. **Estado nutricional**, en este punto se diseñó una clasificación según el IMC, obtenido a partir del peso y la talla recogida en el cuestionario, estableciéndose como rangos: *normopeso* ($18,5 > \text{IMC} < 25$), *sobrepeso* ($25 > \text{IMC} < 30$) y *obeso* ($30 > \text{IMC}$), para conocer cómo afecta el sobrepeso y la obesidad sobre la aparición de IU.
4. **Actividad motora**, donde se establecieron como parámetros *actividad física adecuada* (150 minutos/semana de actividad aeróbica moderada o 75 minutos/semana de actividad física vigorosa o dos veces/semana de fortalecimiento de grandes grupos musculares) y *actividad física inadecuada* (periodos de actividad inferiores a los anteriores rangos o la inactividad por parte del sujeto) [4].

Resultados

De la población de los 67 sujetos que se ofrecieron voluntarios para estudio, 57 cumplimentaron el cuestionario de manera válida, teniendo una tasa de respuesta total del 85 % de participación, siendo la muestra final de 57 personas. En el grupo sexo y gravidez las edades medias fueron: hombres (50,14), nulípara (32,5), primíparas (40,1) y múltiparas (59,54).

En cuanto a la *presencia de IU*, la presentan en algún grado; el 3,5 % (2) de los hombres y el 42,2 % (24) de las mujeres, las cuales se subdividieron según la gravidez; 1,9% (1) nulíparas, 12,2 % (7) primíparas y 28,1 % (16) múltiparas.

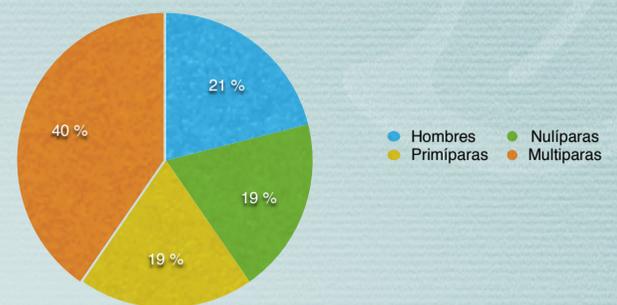
En relación al *estado nutricional*, se cuantificó en los sujetos con prevalencia de algún tipo de IU, *con respecto a la muestra total*; hombres (1,75% (1) normopeso y 1,75% (1) obesos) y *mujeres* (15,7% (9) normopeso, 8,77% (5) sobrepeso y 17,54% (10) obeso), debiéndose destacar en relación con los grupos *sexo y/o gravidez*: *hombres* (8,33% (1) normopeso y 8,33% (1) obeso), *nulíparas* (9,09% (1) sobrepeso), *primíparas* (27,27% (3) normopeso, 18,18% (2) sobrepeso y 18,18% (2) obeso) y *multíparas* (26,08% (6) normopeso, 8,69% (2) sobrepeso y 34,78% (8) obeso).

Con respecto a la *actividad motora*, presentan *actividad física inadecuada* con respecto a la muestra total, el 1,75% (1) de *hombres con IU* y el 7,01% (4) de *hombres sin IU* y, el 28,07% (16) de *mujeres con IU* y el 19,29% (11) de *mujeres sin IU*, teniendo que contemplar que por *grupo de sexo-gravidez* con respecto a la muestra total de cada uno de estos grupos, presentan inadecuada actividad física; en el caso de los *hombres* (con IU el 8,33% (1) y sin IU 33,33 % (4)), las *nulíparas* (con IU el 9,09% (1) y sin IU 45,45% (5)), las *primíparas* (con IU 45,45% (5) y sin IU 27,27% (3)) y las *multíparas* (con IU 43,47% (10) y sin IU 13,04% (3)).

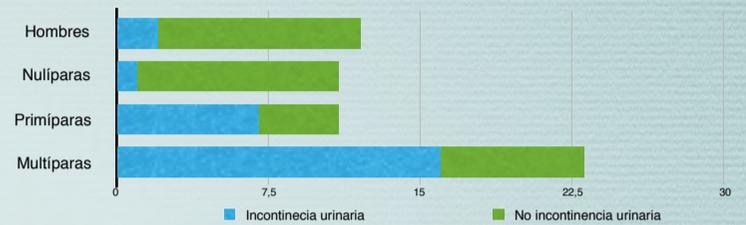
En el conocimiento de los ejercicios de Kegel destacan el 1,75 % (1) en los hombres y el 45,61 % (26) en las mujeres, con respecto a la muestra total, encontrándonos que en el caso de los grupos por *sexo-gravidez* ocurre que el 8,77% (5) de las nulíparas, el 15,78% (9) de las primíparas y el 21,05% (12) de las múltiparas.

Y por último, realizan los ejercicios de Kegel con respecto al grupo poblacional que los conoce, hombres el 0% (0), nulíparas (con IU 0 % (0) y sin IU 7,40% (2)), primíparas (con IU 14,81% (4) y sin IU 3,7% (1)) y, múltiparas (con IU 29,62% (8) y sin IU 11,11% (3)).

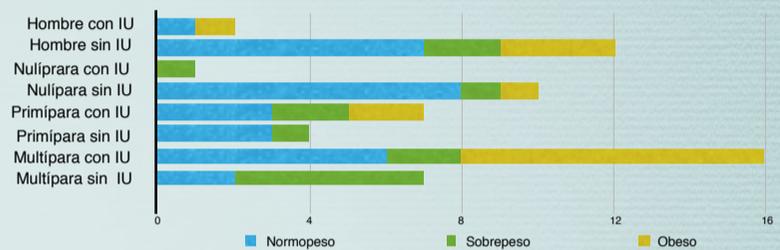
Composición de muestra según sexo y/o gravidez



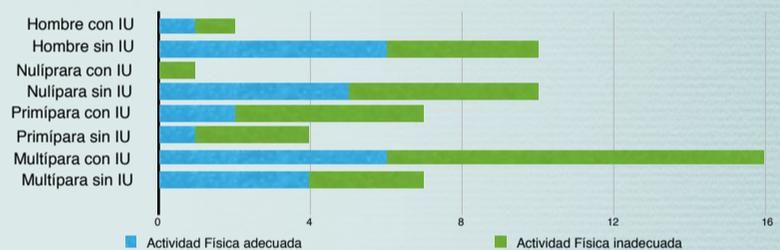
Incontinencia Urinaria (IU)



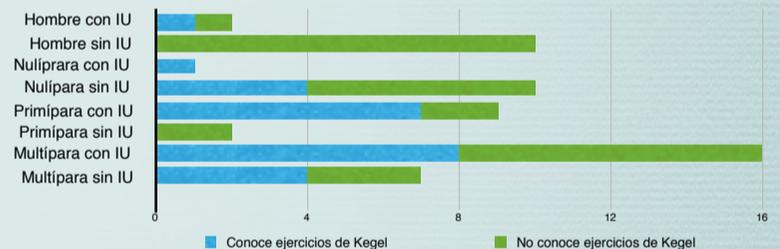
Relación estado nutricional - incontinencia urinaria (IU)



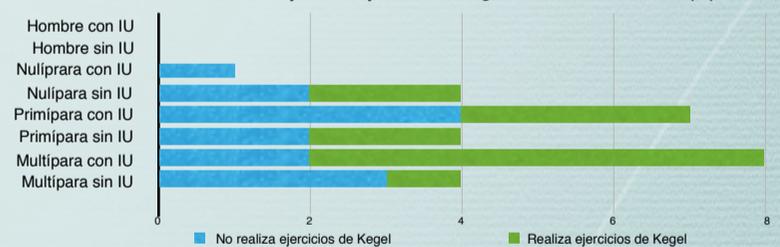
Relación de actividad motora - incontinencia urinaria (IU)



Conocimientos de ejercicios de Kegel-Incontinencia urinaria (IU)



Relación ejecución ejercicios de Kegel - Incontinencia urinaria (IU)



Conclusiones

Podemos destacar que la presencia de IU, en cualquier modo de presentación, es más evidente en mujeres múltiparas y primíparas que en hombres, existiendo una estrecha relación con la obesidad y la realización de una actividad física inadecuada.

El porcentaje de mujeres que conocen y realizan correctamente los ejercicios de Kegel es llamativo porque predomina más en mujeres que ya presentan algún tipo de IU, lo cual pone de manifiesto la necesidad de información adecuada que destaque la importancia de la ejecución de los mismos como prevención a lo largo de la vida, sin tener que esperar a la aparición de los primeros escapes de orina, que pueden desencadenar en un problema real de IU.

Los profesionales sanitarios debemos realizar y extender actividades educativas que reflejen la importancia del fomento del autocuidado en las personas susceptibles a padecer algún tipo de IU a lo largo de su vida, destacando los factores de riesgo que pueden predisponer y favorecer su aparición y promoviendo hábitos de vida saludables.

Bibliografía

1. A. Franco de Castro, L. Peri Cusi, A. Alcaraz Asensio. La incontinencia urinaria. Servicio de Urología, ICNU, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.
2. J.W. Thüroff a,*, P. Abrams b, K.-E. Andersson, W. Artibani d, C.R. Chapple, M.J. Drake b, C. Hampel a, A. Neisius a, A. Schröder a y A. Tubarof. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. Actas Urológicas Españolas 2011;35(7): 373-388.
3. D. Vázquez Alba, S. Bustamante Alarma, G. Rodríguez Reina y J. Carballido Rodríguez. Actualización incontinencia urinaria. Medicine. 2011;10(83):5612-8
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. [Acceso 12 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/