Páginas

Tabla de contenidos. **1**

AGRADECIMIENTOS. **11**

DEDICATORIA. **14**

RESUMEN. **13**

ABSTRACT. **15**

Capítulo I INTRODUCCIÓN. **17**

Capítulo II REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. **19**

2.1 Definiciones 19

2.1.1 Calidad de vida 19

2.1.2 Incontinencia urinaria 20

2.1.3 Incontinencia urinaria de esfuerzo 20

2.2 Anatomía del piso pélvico. 20

2.2.1 Huesos de la pelvis 20

2.2.2 Suelo y paredes de la pelvis 21

2.2.3 Vejiga 22

2.2.4 Soportes de la uretra 23

2.2.5 Inervación de la vejiga 24
2.3. Fisiología de la micción 25
2.3.1 Almacenamiento 25
2.3.2 Evacuación 25
2.3.3 Detención 26
2.4 Datos Epidemiológicos 26
2.5 Tipos de incontinencia urinaria 27
2.6 Clasificación de la incontinencia urinaria de esfuerzo 29
2.7 Fisiopatología de la incontinencia urinaria de esfuerzo 30
2.8 Manifestaciones clínicas de la incontinencia urinaria de esfuerzo 32
2.9 Consecuencias psicosociales de la incontinencia urinaria de esfuerzo 32
2.10 Diagnóstico de la incontinencia urinaria de esfuerzo 33
2. 10.1 Diario miccional 34
2.10.2 Prueba del Q-tip 34
2.10.3 Estudio urodinámico 35
2.10.3.1 Flujometría 35
2.10.3.2 Cistometría 36
2.10.4 Técnicas de imagen 36
2.11 Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo 37
2.11.1 Tratamiento conservador 37
2.11.1.1 Cambios del estilo de vida 37
2.11.1.2 Diario miccional 38

2.11.1.3 Ingesta de líquidos 38

2.11.1. 4 Ejercicios de Kegel 39

2.11.1. 5 Estrategia de esfuerzo, contratención y maña (knack) 39

2.11.1. 6 Entrenamiento vesical 40

2.11.1. 7 Pérdida de peso 40

2.11.1. 8 Tratamiento intestinal 40

2.11.1.9 Tratamiento farmacológico 41

2.11.2 Tratamiento quirúrgico 42

2.11.2.1 Cirugías retropúbicas 42

2.11.2.1.1 Técnica de Burch 43

2.11.2.1.2 Técnica de Marshall 43

2.11.2.2 Técnicas sin laparotomía (Intervenciones de cabestrillo) 43

2.11.2.2.1. TVT (Tension free Vaginal Tape) 44

2.11.2.2.2 TOT (Trans Obturator Tape) 44

2.11.2.2.3. Mini Sling 44

2.11.2.2.4 Técnica de agujas 44

2.11.3 Cuestionarios de calidad de vida 45

Capítulo III: MATERIALES Y MÉTODOS. 47

3.1 Problema de la Investigación. 47

3.2 Objetivo general. 47

3.3 Objetivos específicos. 47

3.4 Hipótesis. 48

3.5 Tipo de Estudio. 48

3.6 Muestra. 49

3.7 Procedimientos de recolección de la información. 49

3.7.1 Criterios de inclusión. 50

3.7.2 Criterios de exclusión. 50

3.8 Plan de análisis. 50

Capítulo IV: RESULTADOS. 53

4.1 Tamaño muestral. 53

4.2 Descripción de la población estudiada. 54

4.3 Calidad de vida en pacientes con IUE antes y después del tratamiento quirúrgico 61

4.4 Análisis bivarial. 63

Capítulo V: DISCUSIÓN. 72

Capítulo VI: 76

6.1 CONCLUSIONES 76

Páginas

6.2 LIMITACIONES **79**

Capítulo VII: RECOMENDACIONES. **80**

Referencias Bibliográficas. **132**

LISTA DE TABLAS. **Páginas**

Tabla 1. Distribución de la población según el estado civil 55

Tabla 2. Distribución de la población según el número de cesáreas 58

Tabla 3. Calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria según rangos de edad 63

Tabla 4. Calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria según el número de gestas 65

Tabla 5. Calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria según el número de partos 66

Tabla 6. Calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria según el número de cesáreas 68

Tabla 7. .Calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria según el número el índice de masa corporal 69

8. Correlación del impacto de la incontinencia urinaria con las preguntas del KHQ 71

LISTA DE GRÁFICOS E ILUSTRACIONES. **Páginas**

Figura 1. Calidad de vida 19

Figura 2. Distribución de las pacientes que participaron en el estudio 53

Figura 3. Descripción de la población según la edad 54

Figura 4. Distribución de la población según el número de embarazos 56

Figura 5. Distribución de la población según el número de partos 57

Figura 6. Distribución de la población según el índice de masa corporal 59

Figura 7. Distribución de la población según el procedimiento quirúrgico realizado 60

Figura 8. Calidad de vida según las dimensiones de KHQ antes y después de la cirugía expresadas en medias aritméticas 62

ANEXOS:

Anexo 1. Operacionalización de variables 82

Anexo 2. Consentimiento informado 85

Anexo 3. Encuesta de datos personales. 86

Anexo 4. King´s Health Questionnrie (KHQ) 87

Anexo 5. Puntaje del King's Health Questionnaire 92

Anexo 6. Fórmulas para calcular el puntaje del KHQ 94

Anexo 7. TABLAS

Tabla1. Diferencia de la calidad de vida en pacientes con IUE antes y después del tratamiento quirúrgico según las dimensiones del KHQ expresada en medias. 95

Tabla 2. Tabla de ANOVA. Dimensiones del KHQ 96

Tabla 3. Medidas de asociación. Dimensiones del KHQ 97

Tabla 4. Tabla de ANOVA. Calidad de vida según la edad 98

Tabla 5. Medida de asociación. Calidad de vida según la edad 99

Tabla 6. Calidad de vida según la edad. Intervalo: 39-50 años 100

Tabla 7. Calidad de vida según la edad. Intervalo: 51-61 años 101

Tabla 8. Calidad de vida según la edad. Intervalo: 62-73 años 102

Tabla 9. Calidad de vida según la edad. Intervalo: 74-85 años 103

Tabla 10. Tabla de ANOVA. Calidad de vida según el número de gestas 104

Tabla11. Medidas de asociación. Calidad de vida según el número de gestas 105

Tabla 12. Calidad de vida según el número de gestas. Número de gestas: 0 106

Tabla 13. Calidad de vida según el número de gestas. Número de gestas:1 107

Tabla 14. Calidad de vida según el número de gestas. Número de gestas:2 108

Tabla 15. Calidad de vida según el número de gestas. Número de gestas: 3 109

Tabla 16. Calidad de vida según el número de gestas. Número de gestas: 4 110

Tabla 17. Calidad de vida según el número de gestas. Número de gestas: 5-14 111

Tabla 18. Tabla de ANOVA. Calidad de vida según el número de partos 112

Tabla 19. Medidas de asociación. Calidad de vida según el número de partos 113

Tabla 20. Calidad de vida según el número de partos. Número de Partos: 0 114

Tabla 21. Calidad de vida según el número de partos. Número de Partos: 1 115

Tabla 22. Calidad de vida según el número de partos. Número de Partos: 2 116

Tabla 23. Calidad de vida según el número de partos. Número de Partos: 3 117

Tabla 24. Calidad de vida según el número de partos. Número de Partos: 4 118

Tabla 25. Calidad de vida según el número de partos. Número de Partos: 5-14 119

Tabla 26.Tabla de ANOVA. Calidad de vida según el número de cesáreas 120

Tabla 27. Medida de asociación. Calidad de vida según el número de cesáreas 121

Tabla 28. Calidad de vida según el número de cesáreas. Número de cesáreas: 0 122

Tabla 29. Calidad de vida según el número de cesáreas. Número de cesáreas: 1 123

Tabla 30. Calidad de vida según el número de cesáreas. Número de cesáreas: 2 124

Tabla 31. Calidad de vida según el número de cesáreas. Número de cesáreas: 3 125

Tabla 32. Tabla de ANOVA. Calidad de vida según el índice de masa corporal 126

Tabla 33. Medidas de asociación. Calidad de vida según el índice de masa corporal 127

Tabla 34. Calidad de vida según el índice de masa corporal. Rango: 18.5-24.99 128

Tabla 35. Calidad de vida según el índice de masa corporal. Rango: 25-29.99 129

Tabla 34. Calidad de vida según el índice de masa corporal. Rango: 30-39.99 130

AGRADECIMIENTOS.

A todas las personas que colaboraron para la realización de esta Tesis, leyendo, escuchando, pensando, llenando cuestionarios, corrigiendo, preocupándose, dándome ánimos, teniéndome paciencia y acompañándome.

De manera especial a mi Dios

A mi ma Glory

A mi pa Mario Enrique

A mis hermanos Atito y Gordo

A mi Lila preciosa

Al Dr. Julito Galárraga

Al MD. Andrés Sánchez

A la MD. Gaby Trujillo

A las pacientes del HEE

Mil gracias de ♥!

DEDICATORIA.

A mi Dios por iluminar mi camino y llenarme de bendiciones.

A mis padres al ser las personas más importantes de mi vida.

A mis hermanos por ser mis ángeles guardines.

A mis abuelos.

Y a todas las personas que creen en mi.

RESUMEN.-

Este estudio descriptivo transversal, tuvo como objetivo ponderar los cambios de la calidad de vida de las 84 pacientes diagnosticadas de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) que fueron intervenidas quirúrgicamente en el año 2011 para la colocación de bandas libres de tensión en el servicio de Ginecología del Hospital Eugenio Espejo.

Se utilizó el Cuestionario de Salud King's (KHQ), instrumento válido y específico (Badia. 2000), éste fue aplicado mediante entrevista a las pacientes, además se revisaron sus historias clínicas para la obtención de información complementaria. Se logró valorar al 90% del universo.

Para los análisis se utilizó el programa SPSS19, tras éstos se puede afirmar que la calidad de vida de las mujeres sometidas a cirugía por IUE, mejora significativamente en todas las dimensiones valoradas por el KHQ, siendo la escala con mayor mejoría la del Impacto de la incontinencia urinaria (p. 0.000, eta 0.797), seguida de las dimensiones de Limitaciones de roles (p. 0.000 eta 0.727) y actividad física (p. 0.000 eta 0.682). La edad, el número de gestas, partos, cesáreas e índice de masa corporal están íntimamente relacionados con la calidad de vida en las pacientes con IUE. Se obtuvo un valor de significancia estadística de 0.000 en todos los análisis realizados.

Se recomienda utilizar el KHQ de forma rutinaria en estas pacientes para cuantificar el impacto de esta patología en la vida de las mujeres y posteriormente evaluar los resultados del tratamiento.

Palabras clave: Calidad de vida, Incontinencia urinaria de esfuerzo, Cuestionario de Salud King, banda libre de tensión.

ABSTRACT.

This cross sectional descriptive study was aimed to quantify the quality of life changes of the 84 patients diagnosed with stress urinary incontinence (SUI) who underwent surgery in 2011 to place tension-free vaginal tape in the Gynecology Department of Eugenio Espejo Hospital. The tool used was the King's Health Questionnaire (KHQ), specific and valid instrument (Badia. 2000), this was applied by interviews to the patients, and also medical records were reviewed to obtain information. It was possible to assess 90% of the universe.

For the analysis it was used the SPSS19 program, after them it's possible to affirm that women´s quality of life improves significantly in all dimensions assessed by the King's Health Questionnarie, being the most improved the scale of impact of urinary incontinence (p. 0000, eta 0797), followed by the dimensions of role limitations (p. 0000 eta 0727) and physical limitations (p. 0000 eta 0682). Age, pregnancies, deliveries, cesarean and BMI are closely related to quality of life in patients with SUI. It was found a statistical significance of 0.000 in all the analysis done.

It´s recommended to use the KHQ routinely in these patients so we could quantify the impact of this disease in the women´s lives and then evaluate the treatment´s results.

Keywords: Quality of life, Stress urinary incontinence, King´s Heath Questionnaire, tension-free vaginal tape.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina que se puede demostrar de forma objetiva y que ocasiona un problema social y de higiene, definición adoptada por la Sociedad Internacional de Continencia (Hu et al. 2004).

Alrededor del mundo la incontinencia de orina es un problema común que afecta entre el 17% al 45% de las mujeres adultas, reflejándose en un deterioro de su vida social, asociado a un impacto negativo en la calidad de vida de la paciente. El alto costo en cuidados por incontinencia urinaria, que supera el 2% de los gastos en salud en los Estados Unidos, hace de este síndrome una preocupación en la salud pública (Palma, et al. 2006). Las tasas de prevalencia varían en función de las áreas estudiadas y de la edad. En Chile, un estudio reporta que el 62.2% presenta algún tipo de incontinencia urinaria, siendo el 40.2% incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) (Salazar et al. 2005). La prevalencia aumenta con la edad de manera que si a los 35 años ya el 21% la padece, este porcentaje crece muy ligeramente hasta los 60 años, alcanzando entonces el 25% y llegando hasta el 34% a los 65 y al 61% a los 90 años (Modroño et al. 2004). En el Ecuador no se han realizados estudios al respecto por lo cual estos datos son desconocidos.

A la evaluación clínica con anamnesis y exploración física, en los últimos años se han añadido las encuestas de calidad de vida, que pretenden reflejar el impacto que tiene la incontinencia en la percepción de salud de las personas, mediante una evaluación más comprensiva, integral y válida. Estos sistemas de medida de calidad de vida son recomendados hoy en día para una correcta evaluación, no sólo diagnóstica, sino

también para valorar los resultados de los tratamientos (Napal et al.2004; Neves et al. 2005).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el concepto de calidad de vida es definido como: la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las relaciones con las características sobresalientes del entorno (Gómez. 2009).

Los principales factores de riesgo para IUE comprenden una mayor edad y paridad, índice de masa corporal alto, menopausia e hipoestrogenismo, etnia negra y tabaquismo. La IUE se manifiesta con la pérdida de orina sin control que puede ocurrir al toser, hacer ejercicio, tener relaciones sexuales, estornudar, levantar peso, pararse y realizar actividad física. El tratamiento definitivo es el quirúrgico, siendo el más usado en la actualidad la colocación de bandas libres de tensión con resultados valorados en los cambios favorables en la calidad de vida de las pacientes.

Capítulo II REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

2.1 Definiciones

2.1.1 Calidad de vida.- Según la Organización Mundial de la Salud es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las relaciones con las características sobresalientes del entorno (Gómez. 2009).

Figura 1. Calidad de vida



Fuente: Gómez. 2009
Elaboración: La autora

2.1.2 Incontinencia urinaria.- En 1979, Bates y cols. la definieron como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, que se puede demostrar de forma objetiva y que ocasiona un problema social o de higiene.

2.1.3 Incontinencia urinaria de esfuerzo o estrés (sui).

La Sociedad Internacional de Continencia define a la incontinencia urinaria de esfuerzo como la manifestación de cualquier escape pérdida involuntaria de orina al realizar esfuerzo, o al estornudar o toser, la misma que tiene lugar cuando, en ausencia de contracción del detrusor, la presión intravesical supera la presión uretral máxima.

2.2 Anatomía del piso pélvico

2.2.1 Huesos de la pelvis

Los huesos de la pelvis aportan los cimientos en los que se anclan finalmente todas las estructuras pélvicas. En bipedestación se dispersan las fuerzas para reducir al mínimo las presiones sobre las vísceras pélvicas y la musculatura, así como para distribuir las fuerzas a los huesos que se adapten mejor al estrés de la vida diaria. En posición erecta, las ramas ilíacas del pubis se orientan en un plano prácticamente vertical. De forma semejante a los soportes de un arco o puente, el peso de la mujer se transmite a los fémures a lo largo de estos soportes óseos. Esto dirige la presión del contenido intraabdominal y pélvico hacia los huesos de la pelvis en lugar de hacia los músculos y las inserciones en la fascia endopélvica del suelo de la pelvis. Las ramas del pubis son prácticamente horizontales en el lugar en que se articulan en la línea media. La

articulación ósea sostiene inferiormente el peso de las vísceras abdominales y algunas de las pélvicas.

2.2.2 Suelo y paredes laterales de la pelvis

El suelo y las paredes laterales de la pelvis están constituidos por estructuras musculares y fasciales que rodean la cavidad abdómino pélvica, la abertura vaginal externa, la uretra y el recto. Los componentes fasciales constan de la fascia parietal, la misma que recubre los músculos esqueléticos pélvicos y permite la inserción de los músculos a la pelvis ósea; y la fascia visceral, que está menos separada y existe por toda la pelvis en forma de un entramado de colágeno, elastina y tejido adiposo, que atraviesan los vasos sanguíneos, linfáticos y nervios para alcanzar los órganos pélvicos, las condensaciones de esta fascia se han descrito como ligamentos diferenciados como los ligamentos cardinales o úterosacros.

Los músculos obturador interno y piriforme son los músculos de las paredes laterales de la pelvis.

Los músculos esqueléticos del suelo pélvico comprenden los músculos elevadores del ano, el músculo coccígeo, el esfínter anal externo, el esfínter uretral estriado y los músculos superficiales del periné (builbocavernoso, isquiocavernoso y transverso superficial del periné) (Waters. 2008).

2.2.3 Vejiga

Es un órgano muscular hueco que actúa como reservorio del sistema urinario. La vejiga vacía se encuentra enteramente, o casi, en la pelvis y descansa en el pubis y en la parte adyacente del piso de la pelvis. A medida q se llena, sube en el abdomen y puede llegar a nivel del ombligo. La superficie superior y los 1 o 2 cm superiores de la superficie posterior están recubiertos de peritoneo, que desplaza la vejiga hacia el fondo de saco vesicouterino. La porción anterior es extraperitoneal y se encuentra adyacente al espacio retropúbico. Entre la vejiga y los huesos del pubis hay tejido adiposo, el músculo y los ligamentos pubovesicales, así como un plexo venoso prominente. La vejiga descansa inferiormente sobre la porción anterior de la vagina y el segmento uterino inferior, separada por una envoltura (fascia endopélvica).

Con frecuencia se describe que la musculatura de la pared de la vejiga posee tres capas: longitudinal interna, circular media y longitudinal externa. Sin embargo, esta disposición en capas sólo tiene lugar en el cuello de la vejiga; el resto de la musculatura vesical está constituido por fibras que discurren en muchas direcciones, tanto dentro como entre las capas. Esta organización de los haces del músculo detrusor es ideal para reducir todas las dimensiones de la luz de la vejiga con la contracción. La capa longitudinal externa forma una lámina de haces musculares alrededor de la pared vesical, por encima de la altura del cuello de la vejiga. Estas fibras se continúan anteriormente pasando el cuello de la vejiga en forma de los músculos pubovesicales y se insertan en los tejidos de la cara posterior de la sínfisis del pubis.

2.2.4 Soportes de la uretra

Los elementos de soporte anatómico de la uretra, así como del cuello vesical y de las paredes posteriores de la vejiga, derivan primariamente de la fascia pélvica y se insertan bilateralmente en el arco tendíneo, que corresponde a un engrosamiento de la fascia pélvica que cruza bilateralmente la pared lateral de la pelvis, sobre el músculo elevador del ano a cada lado, paralelo al ramo isquio-pubiano a nivel de la uretra, las condensaciones de esta fascia originan los ligamentos uretro-pélvicos y los ligamentos pubo-uretrales, ambos con la función de prevenir la hipermovilidad de la uretra, además de involucrados en el mecanismo esfinteriano intrínseco (Palma, 2006).

Los estudios efectuados por De Lancey ofrecen una perspectiva más completa del sostén de la uretra. En lugar de encontrarse suspendida ventralmente por estructuras ligamentosas, la uretra proximal y la base de la vejiga están sostenidas, a modo de cabestrillo, por la pared vaginal anterior, que se inserta de forma bilateral en los músculos del diafragma pélvico (músculos elevadores del ano) a la altura del arco tendinoso de la fascia pélvica.

Es posible que la inserción vaginal anterior en el arco tendinoso de la fascia pélvica contribuya al cierre de la uretra al proporcionar una base estable sobre la que se comprimen el cuello de la vejiga y la uretra proximal al aumentar la presión intraabdominal. Estas inserciones también son responsables del movimiento posterior del cuello de la vejiga que se observa al inicio de la micción y durante la elevación que se aprecia cuando se indica a una paciente que detenga el chorro de la orina. Es

probable que los defectos en estas inserciones provoquen defectos en el sostén de la uretra proximal y prolapso vaginal anterior, procesos que se relacionan con una incontinencia urinaria de esfuerzo (Walters.2008).

2.2.5 Inervación de la vejiga

La inervación principal de la vejiga proviene de los nervios pelvianos, que conectan con la médula espinal a través del plexo sacro, en especial los segmentos S2 y S3. Por los nervios pelvianos discurren tanto fibras nerviosas sensitivas como fibras nerviosas motoras. Las primeras detectan el grado de distensión procedente de la uretra posterior, son especialmente fuertes y las principales responsables de la iniciación de los reflejos que provocan el vaciado de la vejiga.

Las fibras nerviosas motoras de los nervios pelvianos son fibras parasimpáticas que terminan en las células ganglionares de la pared vesical. A continuación, emiten cortas ramas posganglionares que inervan el músculo detrusor.

Además de los nervios pelvianos, existen otros dos tipos de inervación importantes para la función vesical. Las más importantes son las fibras motoras esqueléticas que transmiten a través del nervio pudendo al esfínter vesical externo. Son fibras nerviosas somáticas que inervan y controlan el musculo esquelético voluntario del esfínter. Además, la vejiga recibe la inervación simpática procedente, sobre todo, del segmento L2 de la médula espinal y que llega a través de los nervios hipogástricos. Estas fibras simpáticas estimulan fundamentalmente los vasos sanguíneos, con escasa participación en la contracción vesical. En los nervios simpáticos viajan algunas fibras sensitivas que

pueden ser importantes para la sensación de plenitud y en algunos casos de dolor (Guyton 2001).

2.3 Fisiología de la micción

2.3.1 Almacenamiento.- la distensión vesical provoca una descarga del nervio pélvico eferente. Tras hacer sinapsis en el núcleo pudendo, los impulsos eferentes del nervio pudendo originan una contracción del esfínter uretral externo. Al mismo tiempo, las descargas simpáticas aferentes atraviesan el nervio hipogástrico. Después de hacer sinapsis en núcleos simpáticos, las descargas eferentes provocan: a) inhibición de la transmisión de neuronas parasimpáticas posganglionares, lo que inhibe la contracción del detrusor, b) aumento del tono del cuello de la vejiga. El efecto neto consiste en que la presión uretral sigue siendo mayor que la presión del detrusor, lo que facilita el almacenamiento de la orina.

2.3.2 Evacuación.- las descargas aferentes del nervio pélvico ascienden por la médula espinal y hacen sinapsis en el centro pontino de la micción. Las vías eferentes descendentes provocan: a) inhibición de la descarga pudenda, lo que relaja el esfínter externo; b) inhibición de la descarga simpática, lo que abre el cuello del a vejiga y permite la transmisión parasimpática posganglionar, y c) descarga parasimpática pélvica, lo que origina una contracción del detrusor. El resultado consiste en que la relajación del esfínter externo produce una disminución de la presión uretral, seguido prácticamente de inmediato de una contracción del detrusor, y tiene lugar la evacuación.

2.3.3 Detención: interrupción voluntaria del chorro urinario. Las vías corticoespinales descendentes que se originan en el complejo motor hacen sinapsis en el núcleo pudendo, lo que ocasiona una contracción del esfínter externo. La presión uretral aumenta por encima la presión del detrusor, lo que interrumpe el chorro.

2.4 Datos epidemiológicos

Hay una variación considerable en la prevalencia calculada de incontinencia urinaria de cualquier tipo, es decir pérdida de orina durante un período de 12 meses en mujeres de la comunidad. Cuando el mecanismo de continencia se ve sometido a fuerzas extremas, se constata una prevalencia importante en las mujeres que tradicionalmente no se pensaba que tuvieran riesgo de incontinencia urinaria, como las deportistas de élite nulíparas (Walters. 2008).

En todo el mundo la incontinencia de orina es un problema común que afecta entre el 17% al 45% de las mujeres adultas (Palma. 2006). En las mujeres de la comunidad, la prevalencia de incontinencia urinaria de cualquier tipo oscila entre el 9 y el 69% (Walters. 2008).

En Buenos Aires, una encuesta realizada en 483 mujeres de 24 a 85 años, el 49 % reportó pérdida de orina, de ellas el 90 % no consultó ni realizó algún tratamiento y sólo el 52 % reportó alteración de su calidad de vida. En otra encuesta aplicada en una población rural de El Salvador se encontró una alta incidencia de incontinencia urinaria: 71 % (Obregon. 2009).

El alto costo en cuidados por incontinencia urinaria, que supera el 2% de los gastos en salud en los Estados Unidos, hace de este síndrome una preocupación en la salud pública (Palma. 2006) Las mujeres jóvenes y de edad adulta manifiestan incontinencia urinaria con una frecuencia inferior (del 3 al 8% anual) a la de las de edad más avanzada.

La incontinencia urinaria de esfuerzo es el tipo más común de incontinencia, especialmente en la edad media de la vida, con una prevalencia estimada entre el 13 y 48%, le sigue en frecuencia la Incontinencia de Urgencia (IOU), provocada por la hiperactividad vesical, en un 17% (Botlero et al. 2008; Palma. 2006).

Aggazzotti y colaboradores reportan que la prevalencia de incontienencia urinaria tiene una relación asociada significativamente a la paridad, siendo del 54.1% en nulíparas y 65.4% en multíparas.

Lukacz y colaboradores luego de realizar un estudio en 4458 pacientes concluyeron que el parto por cesárea tiene un efecto protector, similar a la nuliparidad, en el desarrollo de trastornos del suelo pélvico en comparación con el parto vaginal (Lukacs. 2006).

2.5 Tipos de incontinencia urinaria

2.5.1. Incontinencia urinaria de esfuerzo.- es la que tiene lugar en ausencia de contracción del detrusor, la presión intravesical supera la presión uretral máxima (Abrams et al. 2002).

2.5.2. Incontienecia urinaria de urgencia.- es la referida por la paciente como una pérdida involuntaria acompañada o inmediatamente precedida por urgencia; está acompañada habitualmente de frecuencia (mayor a 8 micciones por día) y nicturia. No ocurre sincrónicamente con el inicio de la tos ni cede al finalizar esta.

a) Por hiperactividad del detrusor

- De origen neurogénico: secundaria a una enfermedad neurológica.
- De origen ideopático: también llamada vejiga hiperactiva.

b) Sensorial o vejiga dolorosa: existe una patología vesical que determina una menor capacidad vasical y que obliga a orinar con mayor frecuencia (hay una excesiva señal aferente de llenado vesical). La más frecuente es la cistitis intersticial.

2.5.3. Incontinencia urinaria mixta.- es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a urgencia como a esfuerzo.

2.5.4. Incontinencia urinaria continua o total.- dado a la pérdida de la competencia de los esfínteres los pacientes tienen pérdida de orina en todo momento, se manifiesta en casos de una cirugía previa en lesiones nerviosas o en una infiltración por neoformación. Otras causas con las fístulas vesicovaginales o ureterovaginales, también depende de anormalidades anatómicas.

2.5.5. Incontinencia urinaria inconsciente.- es la pérdida de orina sin deseo miccional e independientemente de cualquier aumento de la presión abdominal. Este tipo de IU se presenta sólo con grandes volúmenes de orina dentro de la vejiga. Desde el punto de vista etiológico es una forma extrema de disfunción de vaciado vesical, bien por una obstrucción en el tracto urinario inferior (crecimiento prostático, esclerosis del cuello vesical) o por un detrusor acontráctil (neurológico o por otros factores).

2.5.6. Incontinencia urinaria transitoria.- es reversible y se presenta en casos de vaginitis, uretritis, infecciones urinarias, o alteraciones psicológicas.

2.5.7. Enuresis nocturna: es la pérdida involuntaria de orina durante el sueño.

2.5.8. Otras incontinecias urinarias.- se pueden presentar de forma ocasional, como la incontinencia urinaria durante el coito o la IU con la risa ("giggle incontinence"). Cuando se presenta inmediatamente después de la micción, se describe con el término de goteo postmiccional, que es la pérdida de orina que se percibe justo tras la micción, generalmente después de salir del baño (Gómez. 2011; Robles. 2006; Salgueiro. 2005).

2.6 Clasificación de la incontinencia urinaria de esfuerzo

Según estudio urodinámico

Tipo 0: Incontinencia referida por la paciente, pero que no es reproducida por el examen clínico o por el estudio urodinámico.

Tipo I: Incontinencia por esfuerzo con presión de pérdida sobre 90 cmH2O e hipermovilidad de cuello y uretra menor a 2 cm.

Tipo II: Incontinencia por esfuerzo con presión de pérdida sobre 90 cmH2O e hipermovilidad de cuello y uretra mayor a 2 cm.

Tipo III: Insuficiencia uretral intrínseca, con presión de pérdida inferior a 60 cmH2O.

Además se debe tomar en cuenta la incontinencia de esfuerzo:

a. Por hipermovilidad uretral: es el tipo más frecuente; es el fracaso de la musculatura del diafragma pelviano, fascia endopelviana y esfínter externo uretral.

b. Por disfunción uretral intrínseca: fracaso del sistema de esfínter uretral interno (Solá. 2008).

2.7 Fisiopatología de la incontinencia urinaria de esfuerzo

En cuanto a la continencia, ésta se fundamenta en una simple relación de presiones: mantener una presión uretral superior a la vesical en cualquier momento salvo en la micción. Son necesarias 3 condiciones:

- ✓ Vejiga con buena capacidad y anatómicamente correcta
- ✓ Mecanismos de cierre uretral anatómicamente normales y funcionalmente competentes
- ✓ Integridad del sistema nervioso central y periférico

La incontinencia urinaria de esfuerzo se caracteriza por la pérdida involuntaria de orina que se ocasiona por el aumento de la presión intraabdominal al toser, reír, estornudar, realizar ejercicios forzados; en algunas mujeres puede aparecer al ponerse de pie, al andar o al coger objetos pesados.

La Teoría Integral de la Continencia descrita por Peter Petros y Ulmsten, considera básicamente que la incontinencia a los esfuerzos, se presentan por las alteraciones sucedidas en los elementos de soporte suburetral, de los ligamentos y de los músculos del suelo pélvico. De acuerdo con esa teoría, las alteraciones de la tensión aplicada por los músculos y ligamentos sobre las fascias yuxtapuestas a la pared vaginal determinan la apertura o el cierre del cuello vesical y de la uretra. Alteraciones de la tensión sobre la vagina determinan, también, la activación prematura del reflejo miccional, desencadenando contracciones involuntarias del detrusor. La Teoría Integral además propone una nueva clasificación para la incontinencia urinaria de la mujer, fundamentada en tres zonas de disfunción y seis defectos principales, que deben ser sistemáticamente explorados y simultáneamente corregidos durante el tratamiento quirúrgico (Riccettoet al. 2005).

La participación de una serie de factores como: hipoestrogenismo produciendo atrofia muscular, de los ligamentos, fascias e incluso del urotelio, obesidad, partos múltiples, atrofia de la musculatura perineal con la edad, influirían sobre este mecanismo de soporte alterado.

2.8 Manifestaciones clínicas IUE

La pérdida de orina sin control es el principal síntoma de la incontinencia urinaria de esfuerzo y puede ocurrir al:

- Toser
- Hacer ejercicio
- Tener relaciones sexuales
- Estornudar
- Pararse
- Realizar actividad física

2.9 Consecuencias psicosociales de la IUE

De forma generalizada, se acepta que la incontinencia urinaria de esfuerzo es infra diagnosticada e infra tratada. Menos de la mitad de las personas con este problema en la comunidad consultan a los profesionales sanitarios acerca de este problema. Entre los motivos señalados cabe señalar la vergüenza, la obtención fácil de productos absorbentes, bajas expectativas de efectos beneficiosos del tratamiento, temor al tratamiento quirúrgico y falta de información.

En una revisión de la repercusión de los síntomas de las vías urinarias inferiores en pacientes de edad avanzada, Naughton y Wyman (1997) apreciaron un efecto considerable de la incontinencia urinaria sobre la calidad de vida global y el bienestar. Las relaciones y las actividades sociales se redujeron como consecuencia de los escapes

involuntarios, un hecho relacionado, al menos en parte, con el miedo al olor o la vergüenza. Las áreas afectadas comprenden actividades sociales, domésticas, físicas, laborales y de ocio. El miedo a la aparición de episodios de incontinencia pueden llevar a las pacientes a abandonar o limitar los quehaceres domésticos, así como actividades tales como acudir a la iglesia, ir de compras, viajar, ir de vacaciones, practicar deportes y actividades recreativas, disfrutar de entretenimientos fuera de domicilio y practicar aficiones. Algunas pacientes se aíslan cada vez más conforme limitan sus actividades y contactos sociales, sobre todo con sus familiares. Parece que las relaciones conyugales son las que más se deterioran, debido quizá a un efecto adverso adicional sobre las relaciones sexuales.

La incontinencia urinaria ocasiona una angustia psicológica importante, lo que contribuye a la aparición de trastornos emocionales, ansiedad y depresión. Con la mejora de los instrumentos para medir los aspectos psicosociales de la incontinencia, se han descrito variaciones importantes cuando ha sido tratada con éxito. La magnitud de la mejora de los factores psicosociales se ha relacionado con una disminución de la frecuencia de episodios de incontinencia y una mejoría del estado de salud global (Nygaard et al. 1990; Ruta et al.1994; Walters et al. 2008).

2.10 Diagnóstico IUE

Los métodos básicos disponibles en todos los niveles asistenciales para el correcto diagnóstico de la incontinencia urinaria son la anamnesis, la exploración física y el

diario miccional. Una detallada anamnesis, correctamente enfocada no sólo hacia el tipo de síntomas sino también hacia posibles factores de riesgo, permitirá intuir el tipo de incontinencia y, a partir de ahí, dirigir las pruebas diagnósticas complementarias en ese sentido. [10] En el examen físico se debe incluir una exploración general, neurológica y ginecológica sistemática, seguida por una exploración dirigida a la incontinencia urinaria, la misma que tiene por objetivo evidenciar la incontinencia con el esfuerzo y la movilidad uretral (Glazener. 2012)

2.10.1 Diario miccional.- ayuda a determinar el tipo y la intensidad de la pérdida de orina y a planificar la intervención adecuada. La paciente debe como mínimo registrar la hora, el volumen y las circunstancias de cada episodio de incontinencia.

Es de utilidad además durante el tratamiento para determinar la eficacia del mismo y para orientar otras intervenciones.

2.10.2 Prueba del Q-tip.- se realiza para el diagnóstico de hipermovilidad uretral, el mismo que consiste en introducir un hisopo estéril a través de la uretra a nivel del ángulo uretrovesical, se le dice a la paciente que puje y se registra su desplazamiento en grados, siendo normal menor a 30°.

Es necesario cuantificar la orina residual mediante cateterismo o ecografía en mujeres con síntomas de dificultad miccional (Gómez. 2011). Además, es imprescindible descartar infección urinaria mediante la realización de un cultivo de orina. No obstante,

se consideran de utilidad como cribado las tiras reactivas, que tienen una elevada especificidad (92-100%) pero variable sensibilidad (35-85%) en el caso de la bacteriuria (Espuña. 2002).

2.10.3 Estudio urodinámico

Debido a las limitaciones del estudio clínico, en determinados casos, y dependiendo de la clínica y el tratamiento al que se deba someter, se debe realizar el estudio urodinámico (Gómez. 2011).

El término urodinámico abarca varias pruebas fisiológicas de la vejiga y de la función uretral que tienen como objetivo demostrar una anomalía en el almacenamiento o en la micción. Los estudios urodinámicos son invasivos, por lo general incluyen al menos la inserción de un catéter en la uretra. Una gama de parámetros pueden medirse, incluyendo la presión en la uretra, la vejiga y el abdomen, la función eléctrica nerviosa y las tasas del flujo urinario. Un número significativo de personas refieren que los estudios son embarazosos, dolorosos o estresantes. Sin embargo, son muy valiosos para el diagnóstico al aumentar la comprensión acerca de los diferentes los procesos involucrados tanto en la continencia y la incontinencia (Glazener. 2012).

2.10.3.1 Flujometría: Es un estudio global de función de vaciado. Es la consecuencia de la contractibilidad del detrusor, la resistencia uretral y el esfuerzo abdominal. Se

realiza un análisis de la micción a través del flujo máximo, flujo medio, tiempo de micción y volumen.

Es un test de screening para disfunción de vaciado en mujeres con incontinencia, pero no puede ser utilizada para diferenciar una obstrucción de cuello vesical de una hipocontractilidad vesical (Bergera et al. 2004).

2.10.3.2 Cistometría: consiste en determinar mediante un procedimiento reglado, los cambios de presión que experimenta la vejiga urinaria, con el incremento progresivo de volumen intravesical, siendo representado todo ello en un registro gráfico. Pretende reproducir los síntomas urinarios que refiere el enfermo en la fase de llenado vesical, obteniendo unos parámetros cualitativos y cuantitativos (Romero, Prieto. 2003).

2.10.4 Técnicas de imagen

Permiten visualizar el tracto urinario inferior mediante una imagen ecográfica, radiológica o por resonancia magnética. Pueden ayudarnos, junto con el estudio urodinamico a la identificación de la incontinencia urinaria de esfuerzo por disfunción uretral intrínseca.

Ecografía.- Junto con la exploración clínica y los datos urodinámicos, puede utilizarse para detectar alteraciones anatómicas relacionadas con la incontinencia de esfuerzo, ayudar a seleccionar el tratamiento adecuado y evaluar los resultados quirúrgicos y

complicaciones postoperatorias; mas no para realizar un diagnóstico como tal (Walters. 2008).

Uretrocistoscopia: es la visualización de la cavidad vesical y del conducto uretral por vía endoscópica. Permite descartar patología orgánica. Está indicada en pacientes con hematuria, clínica de urgencia, frecuencia miccional sin respuesta al tratamiento, leucocituria con urocultivo negativo y dolor (Glazener. 2012). Está indicada en las mujeres que refieren incontinencia persistente o síntomas miccionales después de cirugía antiincontinencia. Sólo se identifican lesiones vesicales en cerca del 1% de las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo.

2.11 Tratamiento de la IUE

2.11.1 Tratamiento conservador

2.11.1.1 Cambios del estilo de vida:

Comprende el manejo inicial, dentro del cual se realizan cambios en el comportamiento de las pacientes, el mismo que puede desempeñar un papel sea en la patogénesis o en el tratamiento de la incontinencia urinaria. Las principales medidas conductuales incluyen la disminución de peso, control de la ingesta hídrica, tratamiento del estreñimiento, los ejercicios de Kegel, y el control de la micción por horario.

2.11.1.2 Diario miccional.- como práctica de auto control, incrementa la conciencia de la paciente acerca de sus patrones de evacuación e incontinencia y, a menudo, facilita la identificación de la relación entre sus actividades y la incontinencia. El conocimiento claro de los precipitantes del escape de orina optimiza la disposición de la paciente a aplicar las habilidades de continencia que aprende mediante el tratamiento conductista (Walters 2008).

2.11.1.3 Ingesta de líquidos.- Es necesario hacer entender que lo necesario no es la sub-hidratación sino la adecuación de los horarios de toma de líquidos. Disminuyendo o cesando la ingesta de los mismos dos a tres horas antes de ir a dormir van a disminuir las posibilidades de tener episodios nocturnos; se debe entonces equilibrar la situación metabólica con una mayor ingesta de líquidos en la mañana. La orina muy concentrada es por sí misma una causa posible de irritación vesical además de facilitar la reproducción bacteriana. Es de destacar que estas medidas, se deben complementar con el control de la calidad de los líquidos ingeridos, obviando la ingesta de excesos de café, té, gaseosas, cola, etc. que generan diuresis más abundantes, así como son irritantes vesicales directos. Las restricciones hídricas tienen otro efecto colateral significativo como es el de alterar la consistencia de la materia fecal con estreñimiento que puede ser otro factor de descompensación del periné (Malfatto, 2006).

2.11.1.4 Ejercicios de Kegel.-

Antes de indicar a las pacientes la realización de estos ejercicios, es primordial que se les ayude a identificar los músculos pélvicos para que se realicen de una forma óptima y adecuada, ya que las mujeres tienden a contraer otros músculos, normalmente los abdominales o glúteos, en lugar de los pélvicos o en combinación de ellos.

Los ejercicios consisten en contraer la musculatura pélvica con la finalidad de incrementar la fuerza muscular y potenciar la destreza en el uso de los músculos a través de la práctica. A fin de evitar la fatiga muscular, los ejercicios han de espaciarse a lo largo del día, en dos o tres sesiones diarias; se los debe realizar tanto en decúbito como en sedestación o bipedestación.

Para mejorar la fuerza muscular, las contracciones deben mantenerse durante 2-10 segundos, en función de la capacidad inicial de cada paciente. Cada ejercicio consiste en contraer el músculo durante un máximo de 10 segundos, seguido de un período de relajación, y utilizando una proporción 1:1 o 1:2. Esto permite que los músculos se recuperen entre las contracciones.

2.11.1.5 Estrategia de esfuerzo, contratensión y maña (knack).-

Con práctica y motivación, las pacientes pueden desarrollar el hábito de contraer conscientemente los músculos pélvicos para ocluir la uretra antes y durante la tos, los estornudos u otras actividades que provocan pérdidas de orina.

2.11.1.6 Entrenamiento vesical.-

Consiste en colocar a las pacientes en un régimen miccional estricto durante 7 a 10 días para prolongar el intervalo entre las micciones y establecer un intervalo miccional normal. El mecanismo de mejora consiste en que la micción regular contribuye a evitar situaciones en que la vejiga está llena, lo que hacer que la paciente sea menos vulnerable a la pérdida de orina durante las actividades físicas. También es posible que el entrenamiento dé lugar a que la paciente tenga una mayor conciencia de la función vesical y que el hecho de posponer la micción incremente el uso de los músculos pélvicos.

2.11.1.7 Pérdida de peso.-

El adelgazamiento ejerce un efecto positivo sobre la incontinencia. La incontinencia mejora cuando se pierde tan solo 5% con respecto al peso basal, un objetivo razonable en muchas mujeres con sobrepeso u obesidad. Los síntomas urinarios pueden mejorar de forma significativa en las mujeres con obesidad mórbida que logran una pérdida importante (45-50 kg) después de someterse a cirugía bariátrica.

2.11.1.8 Tratamiento intestinal.-

El estreñimiento y la impactación fecal son factores que contribuyen a la incontinencia urinaria. En los casos intensos, la impactación fecal puede obstruir una micción normal, contribuir a una incontinencia por rebosamiento o ser un

factor irritante en los síntomas de vejiga hiperactiva. A menudo resulta beneficioso aplicar un programa de tratamiento intestinal, lo que engloba consumo normal de líquidos y fibra alimentaria para mantener la consistencia normal de las heces y deposiciones regulares. Cuando la fibra no resulta suficiente, se pueden utilizar enemas para estimular la aparición de unas deposiciones regulares (Walters. 2008).

2.11.1.9 Tratamiento Farmacológico.-

Se han empleado muchos agentes farmacológicos para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, aunque ninguno de ellos ha demostrado mejoría significativa de los síntomas para ser ampliamente empleado en esta condición. Dentro de estos se encuentran los estrógenos, agonistas alfa adrenérgicos, agonistas y antagonistas beta adrenérgicos y antidepresivos tricíclicos.

El uso de los inhibidores de la recaptación de serotonina y de norepinefrina, agentes que actúan centralmente, representan un abordaje prometedor para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. La duloxetina es la primera molécula con acción sobre el rabdoesfínter, probablemente en función de la retención de los neurotransmisores ya citados, resultando en una neuromodulación farmacológica. Siendo así, la duloxetina cumple con los criterios mayores tanto de eficacia y seguridad como de nivel de evidencia, pudiendo ser utilizada como abordaje inicial en grupos seleccionados, tales

como pacientes de alto riesgo quirúrgico, pacientes que no han completado su descendencia, aquellas que no desean ser operadas o como adyuvante en el tratamiento fisioterapéutico, entre otros. Aunque no están disponibles aún estudios a largo plazo sobre estos fármacos y son fundamentales a fin de que se compruebe el mantenimiento de estos resultados (Van et al. 2006; Walters. 2008).

2.11.2 Tratamiento Quirúrgico

2.11.2.1 Cirugías Retropúbicas

Desde 1949, momento en que Marshall et al. describieron por primera vez una suspensión uretrovesical retropúbica para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo, las intervenciones retropúbicas se han presentado de manera sistemática como curativas. Aunque se han descrito numerosas terminologías y variaciones de las reparaciones retropúbicas, el objetivo básico sigue siendo el mismo: suspender y estabilizar la pared vaginal anterior, de este modo, el cuello de la vejiga y la uretra proximal, en una posición retropúbica. Esto impide su descenso y permite la comprensión de la uretra contra una capa suburetral estable.

Pocos datos diferencian una intervención retropúbica de otra, aunque todas tienen ventajas e inconvenientes. Históricamente las intervenciones retropúbicas más estudiadas son las siguientes:

2.11.2.1.1 Técnica de Burch

Se realiza laparotomía mediante incisión infraumbilical o mediante incisión de Pfannenstiel accediendo al espacio Retzius y localizando la uretra y vagina.

Se dan puntos en vagina, lateralmente a la uretra y al cuello vesical, de tal manera que se utiliza la vagina como cabestrillo y se eleva la uretra, al mismo tiempo que se comprime y se fija al ligamento inguinal de Cooper.

2.11.2.1.2 Técnica de Marshall

La técnica es una variación a la de Burch donde los puntos dados se fijan al periostio. Consiguiendo levantar y fijar la uretra al retropubis. En ambas técnicas la duración del acto quirúrgico es de 1 hora aproximadamente.

2.11.2.2 Técnicas sin laparotomía (Intervenciones de cabestrillo)

Petros y Ulmsten, desarrollaron la intervención de banda vaginal libre de tensión (TVT) en la década de los noventa. El concepto que justifica esta intervención consiste en la teoría integral, la misma que en relación al tratamiento se fundamenta en el modelo de que la continencia se mantiene a la altura de la porción media de la uretra y no en el cuello de la vejiga. La finalidad de la banda (cabestrillo) es reforzar los ligamentos pubouretrales funcionales y, en consecuencia, asegurar una fijación adecuada de la porción media de la uretra al pubis (Echeandía et. al. 2007; Walters. 2008).

2.11.2.2.1. TVT (Tension free Vaginal Tape)

La técnica TVT (Tension free Vaginal Tape) consiste en la colocación de una malla de prolene suburetral. Esta malla induce la creación de un tejido fibroso alrededor suya que se convierte en un auténtico tendón o fascia suburetral contra la que choca la uretra cuando la presión abdominal la impulse hacia abajo. No existe herida abdominal.

2.11.2.2.2 TOT (Trans Obturator Tape)

La base es la misma que la TVT. Se coloca la malla de prolene debajo de la uretra realizando la incisión suburetral por vagina. Las agujas en vez de pasarlas por detrás del pubis se pasan por los orificios obturadores situados lateralmente a la vagina y dejando la malla sujeta en dichos orificios.

2.11.2.2.3. Mini Sling

Es una nueva técnica basada en la TVT mediante la utilización de una mini malla de prolene. Los resultados son favorables, similares a los obtenidos con el TVT, siendo una técnica menos invasiva.

2.11.2.2.4 Técnica de agujas

Se realiza por vía vaginal, abriendo la vagina a ambos lados de la uretra y del cuello vesical y mediante una pequeña incisión en hipogastrio se introducen unas agujas por detrás del pubis, de tal manera que se tira de los hilos hacia

arriba, para subir la uretra, anudándolos en el hipogastrio sobre la fascia de los rectos y dejando el cuello vesical elevado y fijo. No tiene una buena respuesta a largo plazo.

2.11.3 Cuestionarios de calidad de vida

La calidad de vida relacionada con la salud (CDVRS) hace referencia a la sensación total de bienestar de una persona y tiene en cuenta varias dimensiones, entre las cuales figuran a título de ejemplo, su salud física, social y emocional (Walters. 2008).

Desde comienzos de la última década del siglo pasado, el estudio de la CDVRS ha logrado captar la atención de muchos investigadores que intentan dar respuesta científica a la necesidad de incluir en las evaluaciones en salud la percepción de los usuarios respecto de su bienestar. Tradicionalmente, en medicina, se consideraban válidas sólo las observaciones del equipo médico (datos “objetivos”). Posteriormente tomó mayor importancia la consideración de los datos provenientes del paciente (datos “subjetivos”). En la actualidad se intenta dejar de lado el debate “objetivo” versus “subjetivo” revalorizándose los datos subjetivos que reflejan sentimientos y percepciones legítimas del paciente que condicionan su bienestar o malestar y su estilo de vida (Schwartzmann. 2003).

Las medidas de CDVRS pueden clasificarse en dos tipos: genéricas y específicas de enfermedades. Los instrumentos de CDVRS genéricos se utilizan para evaluar la calidad de vida en un amplio espectro de enfermedades o poblaciones. Cuentan con la ventaja de que permiten comparar entre diferentes grupos o enfermedades, si bien es

posible que carezcan de de sensibilidad con respecto a los aspectos peculiares de una enfermedad concreta y de cómo afecta a la vida de una persona. Por ejemplo los cuestionarios SF-36, Euro QOL y EQ-5D.

Los instrumentos de CDVRS específicos de las enfermedades están diseñados para medir el efecto de una enfermedad concreta. Estos instrumentos ofrecen una evaluación más profunda de aspectos e intereses específicos de vital importancia para el proceso patológico para el que fueron diseñados. En el caso de la incontinencia urinaria contamos con los cuestionarios: Cuestionario de Salud King [1] (KHQ) (Kelleher. 1997; Badia 2000), Cuestionario de consecuencias de la incontinencia (IIQ), Cuestionario de las consecuencias de la incontinencia-versión abreviada (IIQ-7), Cuestionario de calidad de vida en caso de incontinencia (I-QOL) (Walters. 2008). Mediante estos cuestionarios es posible valorar el impacto de los tratamientos quirúrgicos.

[1] Ver Anexo 4

CAPITULO III: MATERIALES Y MÉTODOS.

3.1 Problema de la Investigación.

La incontinencia urinaria de esfuerzo es un problema que afecta directamente a la calidad de vida de las mujeres, alterando así la percepción de su estado de salud general, sus actividades diarias y sociales, sus emociones y relaciones interpersonales.

La edad, el número de gestas y el índice de masa corporal de las pacientes diagnosticadas de incontinencia urinaria de esfuerzo están íntimamente relacionadas con un mayor deterioro de la calidad de vida, siendo así: a mayor edad, mayor número de partos y mayor índice de masa corporal, peor calidad de vida.

Varios autores coinciden que luego de recibir un tratamiento quirúrgico para la incontinencia urinaria de esfuerzo, las pacientes presentan una evidente mejoría en su calidad de vida.

3.2 Objetivo general.

Ponderar los cambios de la calidad de vida de las pacientes diagnosticadas de incontinencia urinaria de esfuerzo que fueron intervenidas quirúrgicamente en el año 2011 en el servicio de Ginecología del Hospital Eugenio Espejo.

3.3 Objetivos específicos.

- Caracterizar a las pacientes demográficamente.

- Determinar los parámetros del King’s Health Questionarie (Cuestionario de Salud King) que son modificables con la resolución quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

- Comparar la calidad de vida de las pacientes antes y después de la cirugía mediante la aplicación del King’s Health Questionarie .

3.4 Hipótesis.

Las pacientes diagnosticadas de incontinencia urinaria de esfuerzo mejoran su calidad de vida al ser tratadas quirúrgicamente mediante la colocación de bandas libres de tensión en el HEE.

A mayor edad, mayor número de partos y mayor índice de masa corporal en las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, peor calidad de vida.

3.5 Tipo de Estudio.

El presente trabajo se trata de un estudio descriptivo transversal cuyo objetivo fue ponderar los cambios de la calidad de vida de las pacientes diagnosticadas de incontinencia urinaria de esfuerzo que fueron intervenidas quirúrgicamente en el año 2011 en el servicio de Ginecología del Hospital Eugenio Espejo, las mismas

que cumplieron los criterios de inclusión y el King's Health Questionnaire [2] (Cuestionario de Salud King).

3.6 Muestra.

Se trabajó con el universo de la muestra, lo que quiere decir que se incluyeron a todas las de las mujeres diagnosticadas de incontinencia urinaria de esfuerzo, que fueron intervenidas para la colocación de bandas libres de tensión en el año 2011 en el Servicio de Ginecología del Hospital Eugenio Espejo.

3.7 Procedimientos de recolección de la información.

Previa la autorización del Departamento de Estadística del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, se accedió a las historias clínicas de todas las pacientes estudiadas, las mismas que fueron revisadas minuciosamente para la obtención de datos, esta información fue recolectada y guardada en una base de datos. Posteriormente se realizaron visitas domiciliarias en las cuales se les puso al tanto a las pacientes del motivo de la encuesta, además se explicó verbalmente a cada mujer la forma de llenar cada una de las encuestas, en las que se debía llenar una primera hoja de consentimiento informado, una encuesta completa de datos personales para determinar las condiciones

[2] Ver Anexo1. Operacionalización de variables

sociodemográficas y el cuestionario de salud King para la determinación de la calidad de vida tanto antes como después de la cirugía.

3.7.1 Criterios de inclusión.

Todas las pacientes diagnosticadas de incontinencia urinaria de esfuerzo que fueron tratadas quirúrgicamente para la colocación de bandas en el año 2011 en el servicio de Ginecología del Hospital de Especialidades Eugeno Espejo que aceptaron libre y voluntariamente participar en este estudio.

3.7.2 Criterios de exclusión.

Pacientes que decidan no participar en el estudio.

3.8 Plan de análisis.

El cuestionario consta de 21 preguntas distribuidas en 9 dimensiones, de las cuales se obtendrá un valor que va de 0 que representa un menor impacto de la incontinencia urinaria y por tanto mejor calidad de vida a 100 que se interpreta como un mayor impacto, ósea peor calidad de vida.

Para un análisis con mayor significancia y entendimiento para el lector, se asignaron valores cualitativos a los puntajes obtenidos los mismos que son:

0-19=Muy bueno, 20-39=Bueno, 40-59=Regular, 60-79= Malo, 80-100=Muy Malo.

Primera dimensión: Percepción de la mujer.- consta de la pregunta 1 del cuestionario; es la descripción del estado de salud general.

Segunda dimensión: Afectación por Problemas Urinarios.- está formada únicamente de la pregunta 2, refleja la influencia de la incontinencia urinaria en la vida.

Tercera dimensión: Limitaciones en las Actividades Cotidianas o Roles.- manifiesta el impacto en las tareas domésticas, trabajo y actividades fuera del hogar, se compone por las preguntas 3a y 3b.

Cuarta dimensión: Limitaciones Físicas.- valora las actividades físicas y capacidad para viajar, incluye a las preguntas 4a y 4b.

Quinta dimensión: Limitaciones Sociales.- refleja las limitaciones que provoca la incontinencia urinaria en las interacciones sociales, con el grupo de amigos y vida familiar, consta de las preguntas 4c, 4d, 5c.

Sexta dimensión: Relaciones Personales.- demuestra cómo se ven afectadas las relaciones de pareja y vida sexual, está formada por las preguntas 5a y 5b.

Séptima dimensión: Emociones: evalúa la presencia de depresión, ansiedad y baja autoestima, se compone de las preguntas 6a, 6b y 6c.

Octava dimensión: Sueño/Energía.- valora la actividad y el reposo, integra a las preguntas 7a y 7b.

Novena dimensión: Actividades realizadas, abarca las acciones que ejecutan las pacientes como consecuencia de la incontinencia urinaria como utilizar toallas, compresas o pañales para mantenerse secas, limitarse en la cantidad de líquido que beben, cambiarse de ropa interior porque se encuentran mojadas, preocuparse por si

huelen mal y sentirse incómodas con las demás personas por estos problemas urinarios. Incluye a las preguntas 8a, 8b, 8c, 8d, 8e.

El puntaje para cada pregunta y las fórmulas empleadas para obtener los puntajes de las diferentes dimensiones del cuestionario se encuentran en los anexos 5 y 6 respectivamente.

Para el análisis estadístico de los datos y variables se utilizó el programa de estadística SPSS 19. Los métodos utilizados son el Análisis de la varianza (ANOVA, ANalysis Of Variance, según terminología inglesa) y la Correlación de Pearson (Fernández. 1997), los mismos que ofrecen un alto valor estadístico y son adecuados en muestras relativamente pequeñas como es el caso de este estudio. Además se empleó la correlación de eta, la misma q sirve para cuantificar el grado de asociación existente entre una variable cuantitativa y una variable categórica.

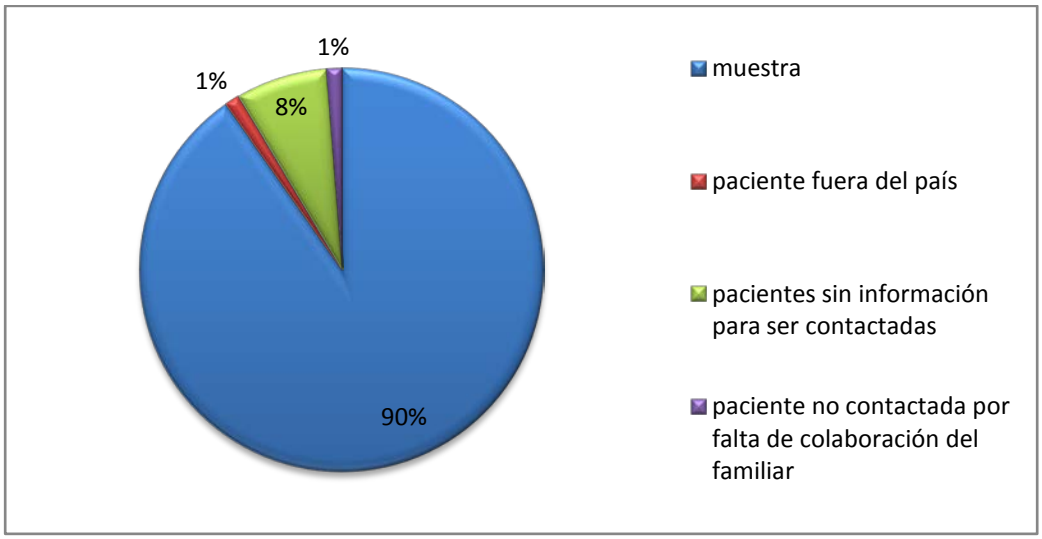
CAPITULO IV: RESULTADOS.

4.1 Tamaño muestral.

El universo inicial fue de 84 pacientes según los archivos del año 2011 del servicio de ginecología del HEE. Al iniciar la recolección de datos y revisar las historias clínicas y archivos del servicio no se encontró la información necesaria para contactar a 6 pacientes y poder realizar la entrevista; a una paciente no se la pudo localizar ya que se contaba únicamente con el contacto de uno de sus familiares, quién no colaboró para poder encontrarla; y una paciente se encontraba fuera del país.

Con estas consideraciones el estudio se redujo a 74 pacientes ya que debido al diseño del mismo no se pudo reemplazar a las personas, esto representa el 90.24% del número inicial.

Figura 2. Distribución de las pacientes que participaron en el estudio.

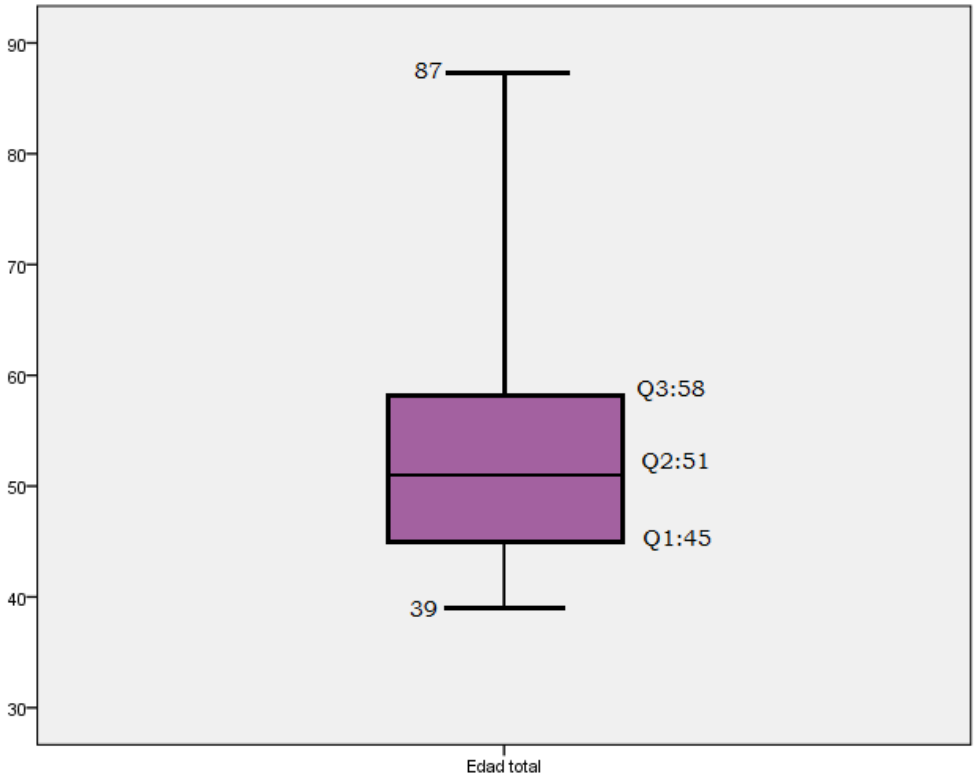


Fuente: Archivos del servicio de ginecología y del departamento de estadística del HEE
Elaboración: La autora

4.2 Descripción de la población estudiada.

Las pacientes estudiadas tienen una edad media de 53.54, con un mínimo 39 de y un máximo de 85 años. La moda es de 51. El grupo de edad que abarca el mayor porcentaje de pacientes es el de 50-54 años; cabe recalcar que alrededor del 70% de las pacientes tienen entre 40 y 59 años.

Figura 3. Descripción de la población según la edad.



Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011

Elaboración: La autora

Según el estado civil, la mayoría de las pacientes con casadas siendo el 70.27%, el 8.10% son divorciadas, 6.75% son solteras, 5.40% están separadas así como el 5.40% unión libre, y el menor porcentaje que es 4.05% corresponde a las mujeres viudas.

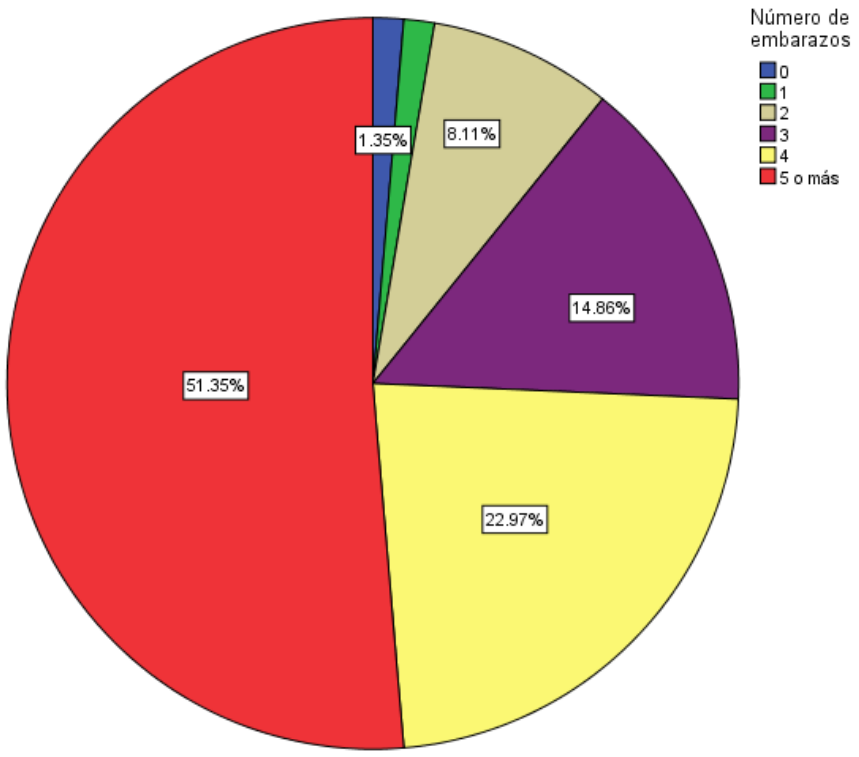
Tabla 1. Distribución de la población según el estado civil

Estado Civil		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	5	6.8	6.8	6.8
	Casada	52	70.3	70.3	77.0
	Divorciada	6	8.1	8.1	85.1
	Separada	4	5.4	5.4	90.5
	Unión libre	4	5.4	5.4	95.9
	Viuda	3	4.1	4.1	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Del total de la muestra solo una paciente no tuvo gestas, el número máximo de embarazos fue 14, la media aritmética fue 5.28 y la moda 4. Además se agrupó a las pacientes en grupos para hacer más fácil la interpretación.

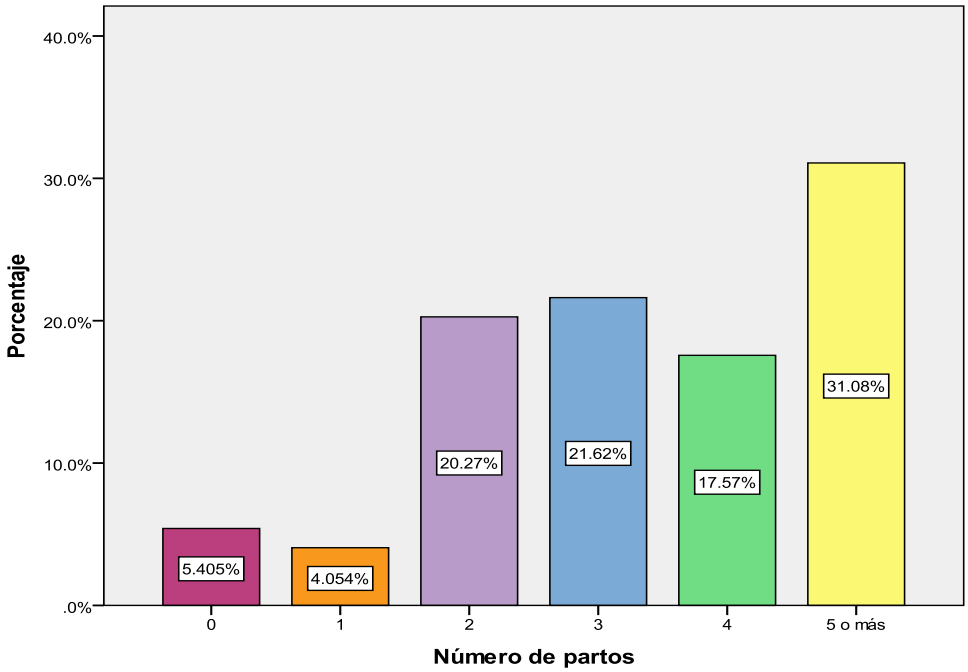
Figura 4 . Distribución de la población según el número de embarazos



Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

El mayor porcentaje de las pacientes tuvieron 5 o más partos, con un mínimo de 0, un máximo de 14, siendo la media aritmética de 4.04 y la moda 3. Se agrupó a las pacientes por facilidades de interpretación.

Figura 5. Distribución de la población según el número de partos



Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

El número de cesáreas fue limitado en las pacientes estudiadas, al mayor porcentaje nunca le realizaron una cesárea, la media aritmética fue de 0.31, el mínimo y la moda fueron 0, y el valor máximo fue 3.

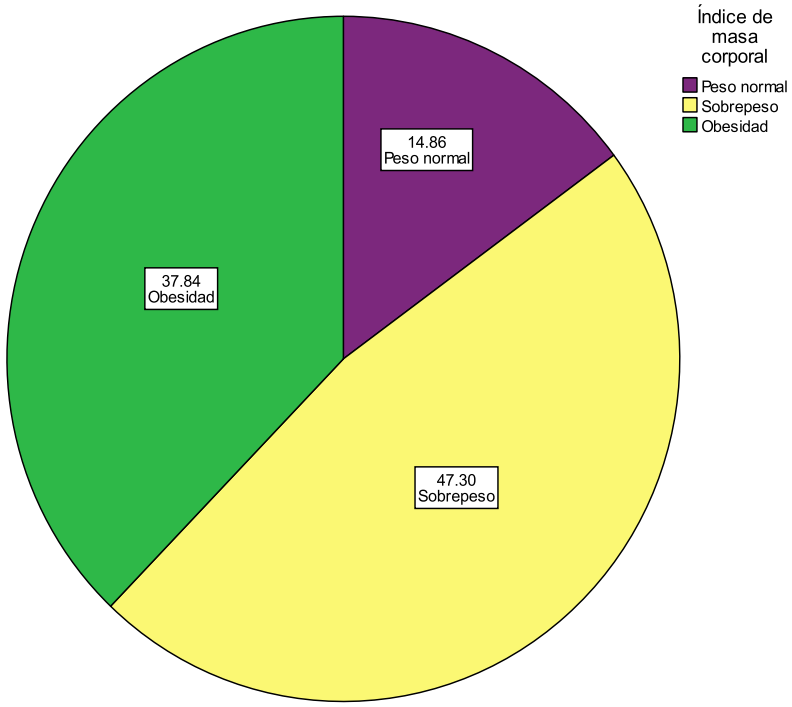
Tabla 2. Distribución de la población según el número de cesáreas

# de cesáreas		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	59	79.7	79.7	79.7
	1	10	13.5	13.5	93.2
	2	2	2.7	2.7	95.9
	3	3	4.1	4.1	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

La distribución de la muestra de acuerdo al índice de masa corporal: se encuentran pacientes con peso normal representados por el 14.86%, sobrepeso 47.30% siendo la mayoría y pacientes obesas en un 37.84%.

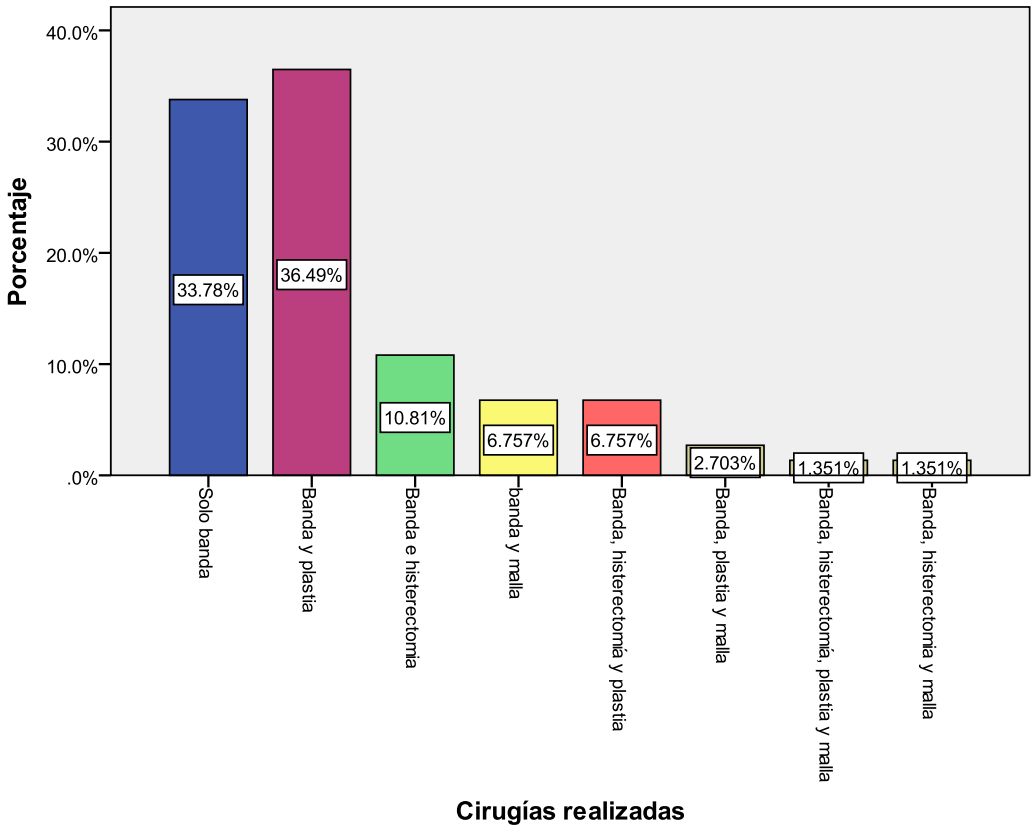
Figura 6. Distribución de la población según el índice de masa corporal



Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tomando en cuenta la cirugía realizada a las pacientes, al 33.8% se les intervino quirúrgicamente sólo para la colocación de una banda libre de tensión; a la mayoría de las pacientes, siendo el 36.49%, en el mismo tiempo quirúrgico adicionalmente a la colocación de una banda se les realizó una plastia ya sea anterior, posterior o ambas; al resto de las pacientes además de la colocación de bandas libres de tensión se les realizó histerectomía, plastias y se les colocó mallas por diferentes tipos de prolapsos, datos que se encuentra detallados en el siguiente gráfico.

Figura 7. Distribución de la población según el procedimiento quirúrgico realizado



Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011

Elaboración: La autora

4.3 Calidad de vida en pacientes con IUE antes y después del tratamiento quirúrgico

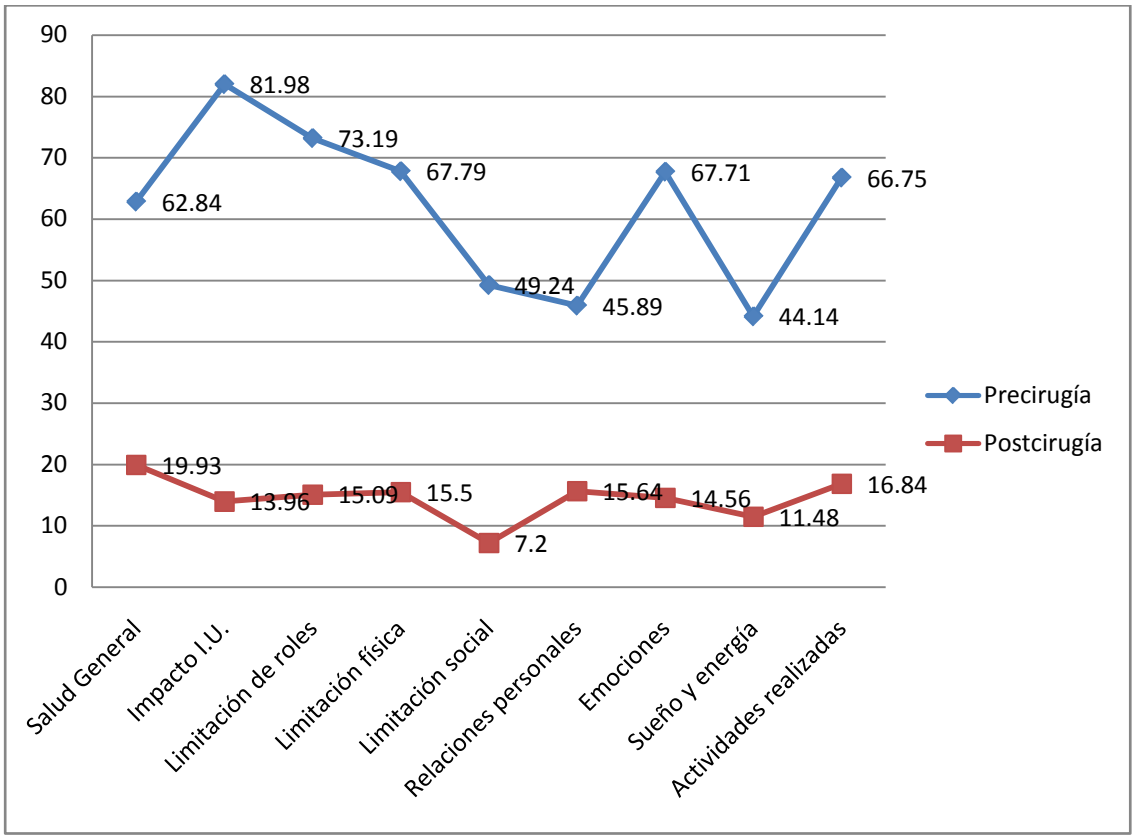
Antes de ser sometidas al tratamiento quirúrgico, la calidad de vida de las pacientes estaba afectada moderadamente en todas las dimensiones valoradas por el King´s Health Questionnarie (Cuestionario de Salud King), teniendo como media aritmética 62.14, al realizar la valoración post quirúrgica, se encontró una mejoría de 47.67%; siendo considerablemente mejores los puntajes de todas las dimensiones.

La dimensión más afectada en la evaluación prequirúrgica es la que evalúa el impacto de la IUE, la mayoría manifestaron que sus problemas urinarios les afectaba mucho a su vida, teniendo una media de 81.98 en esta dimensión; en la valoración postquirúrgica ésta presentó el mayor porcentaje de cambio entre las dimensiones del cuestionario siendo del 68%.

Dentro de las dimensiones que se vieron más afectadas antes de la cirugía están además la limitación de roles, las emociones y las actividades físicas. Las que mejoraron en menor medida fueron las relaciones personales, las limitaciones sociales y el sueño y energía. En el siguiente gráfico se puede observar claramente el patrón de cambio de cada una de las dimensiones del cuestionario después del tratamiento[3].

[3] Ver tablas 1,2 y 3 en Anexos.

Figura 8. Calidad de vida según las dimensiones de KHQ antes y después de la cirugía expresadas en medias aritméticas



Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011. Elaboración: La autora

4.4 Análisis bivarial.

Según la edad, las pacientes que tenían peor calidad de vida antes de la cirugía se encuentran en el grupo etario de 73-85, tras el procedimiento quirúrgico éstas pacientes tuvieron un porcentaje de mejoría similar al de las demás, mejorando en todos los parámetros de calidad de vida valorados por el KHQ. Las pacientes de menor edad fueron quienes obtuvieron los mejores puntajes en el cuestionario poscirugía, siendo el grupo más favorecido el de mujeres de entre 50 a 61 años[4].

Tabla 3. Calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria según rangos de edad

		Medias aritméticas según grupo de edad				
	Dimensiones del KHQ	**39-50**	**50-61**	**62-73**	**73-85**	**Total**
PreQuirúrgico	Percepción de salud general	56.25	65.38	70.83	75.00	62.83
	Impacto de la IU	84.37	80.76	75.00	91.66	81.98
	Limitación de roles	71.87	76.92	68.05	75.00	73.19
	Limitación física	68.75	71.15	55.55	75.00	67.79
	Limitación social	45.48	57.69	38.88	55.55	49.24
	Relaciones personales	45.55	54.54	33.33	25.00	45.89
	Emociones	66.66	68.80	63.88	75.00	67.41
	Sueño y energía	42.18	48.71	37.50	50.00	44.14
	Actividades realizadas	66.25	69.23	60.55	73.33	66.75
	Media	**60.81**	**65.99**	**55.95**	**66.17**	**62.13**
PostQuirúrg	Percepción de salud general	19.53	20.19	18.75	25.00	19.93
	Impacto de la IU	18.75	6.41	13.88	25.00	13.96
	Limitación de roles	18.22	8.97	13.88	33.33	15.09
	Limitación física	20.83	9.61	12.50	20.83	15.54

[4] Ver tablas 4,5,6,7,8 y 9 en Anexos.

Limitación social	10.06	2.56	5.55	19.44	7.20
Emociones	14.93	13.24	12.03	27.77	14.56
Sueño y energía	13.54	8.97	8.33	20.83	11.48
Actividades realizadas	16.66	14.35	18.33	30.00	16.84
Media	**16.57**	**11.38**	**12.65**	**22.46**	**14.47**

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Las gestas son un factor de riesgo muy importante para el desarrollo de la incontinencia urinaria de esfuerzo, sin embargo en la muestra se encontró a una paciente que nunca tuvo gestas la misma que presentó el peor puntaje antes de la cirugía; a continuación las pacientes con peor calidad de vida son las que estuvieron embarazadas por 4 y 5 ocasiones o más. La paciente sin gestas obtuvo la mejor puntuación del cuestionario luego de la cirugía, sin embargo no fue quien obtuvo el mayor porcentaje de cambio. El grupo de mujeres con 5 o más gestas obtuvieron una diferencia antes-después similar a los grupos de 3 y 4 gestas, pero los resultados finales fueron los menos favorecidos[5].

[5] Ver tablas 10,11,12,13,14,15,16,17 en Anexos

Tabla 4. Calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria según el número de gestas

KHQ	Dimensiones del	Medias aritméticas según el número de gestas						
		0	1	2	3	4	5-14	Total
PreQuirúrgico	Media Percepción de salud general	50.00	100.00	45.83	52.27	66.17	66.44	62.83
	Impacto de la IU	66.66	100.00	66.66	78.78	84.31	84.21	81.98
	Limitación de roles	16.66	83.33	66.66	66.66	67.64	79.82	73.19
	Limitación física	16.66	100.00	50.00	60.60	65.68	74.12	67.79
	Limitación social	.00	100.00	40.74	42.42	49.01	52.63	49.24
	Relaciones personales	33.33	100.00	30.55	43.93	44.87	48.48	45.89
	Emociones	55.55	100.00	51.85	66.66	64.05	71.05	67.41
	Sueño y energía	16.66	100.00	44.44	39.39	42.15	45.61	44.14
	Actividades realizadas	53.33	100.00	60.00	57.57	74.11	66.66	66.75
	Media	**34.32**	**98.15**	**50.75**	**56.48**	**62**	**65.45**	**62.14**
PostQuirúrgico	Media Percepción de salud general	25.00	25.00	29.16	20.45	22.05	17.10	19.93
	Impacto de la IU	.00	33.33	16.66	3.03	13.72	16.66	13.96
	Limitación de roles	.00	.00	16.66	6.06	14.70	18.42	15.09
	Limitación física	.00	16.66	22.22	10.60	9.80	18.85	15.54
	Limitación social	.00	.00	1.85	.00	6.53	10.81	7.20
	Relaciones personales	.00	.00	19.44	1.51	20.51	18.68	15.64
	Emociones	22.22	.00	9.25	5.05	12.41	19.29	14.56
	Sueño y energía	.00	.00	13.88	1.51	16.66	12.28	11.48
	Actividades realizadas	26.66	20.00	15.55	4.84	17.25	20.00	35.47
	Media	**8.209**	**10.55**	**16.07**	**5.894**	**14.85**	**16.9**	**16.54**

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Según el número de partos, antes de la cirugía los mayores valores en las diferentes dimensiones del cuestionario pertenecen a las pacientes que tuvieron 3 y más partos, por lo tanto son quienes refieren una peor calidad de vida, al ser tratadas mejoraron en mayor porcentaje que el grupo que tuvo menos de 3 partos, sin embargo las mujeres con menor número de partos fueron quienes presentan una mejor calidad de vida en la valoración post quirúrgica[6].

Tabla 5. Calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria según el número de partos

		Medias aritméticas según el número de partos						
KHQ	**Dimensiones del**	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5-14**	**Total**
PreQuirúrgico Media	Percepción de salud general	25.00	66.66	58.33	70.58	61.53	67.04	62.83
	Impacto de la IU	66.66	66.66	77.77	84.31	84.61	86.36	81.98
	Limitación de roles	41.66	50.00	71.11	79.41	65.38	83.33	73.19
	Limitación física	45.83	77.77	55.55	78.43	57.69	76.51	67.79
	Limitación social	33.33	44.44	41.48	60.13	43.58	53.03	49.24
	Relaciones personales	37.50	83.33	30.76	56.66	52.56	38.23	45.89
	Emociones	63.88	48.14	49.62	81.69	55.55	78.78	67.41
	Sueño y energía	33.33	55.55	43.33	42.15	37.17	50.75	44.14
	Actividades realizadas	56.66	68.88	60.88	73.33	61.53	70.30	66.75
	Media	**44.87**	**62.38**	**54.31**	**69.63**	**57.73**	**67.15**	**62.14**
Post Media	Percepción de salud general	31.25	16.66	21.66	25.00	13.46	17.04	19.93

[6] Ver tablas 18,19,20,21,22,23,24 y 25

	Impacto de la IU	8.33	22.22	8.88	21.56	7.69	15.15	13.96
	Limitación de roles	8.33	16.66	12.22	18.62	14.10	15.90	15.09
	Limitación física	12.50	16.66	11.11	18.62	12.82	18.18	15.54
	Limitación social	.00	.00	1.48	12.41	4.27	11.11	7.20
	Relaciones personales	16.66	.00	6.41	23.33	25.64	10.78	15.64
	Emociones	19.44	.00	4.44	20.26	8.54	21.71	14.56
	Sueño y energía	16.66	22.22	5.55	13.72	6.41	14.39	11.48
	Actividades realizadas	11.66	22.22	9.77	21.56	10.25	22.12	16.84
	Media	**13.87**	**12.96**	**9.058**	**19.45**	**11.46**	**16.26**	**14.47**

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

A mayor número de cesáreas, mejor calidad de vida antes de la cirugía. A menor número de cesáreas, mayor diferencia de medias cuadráticas entre el antes y después, además mayor puntaje en el cuestionario post quirúrgico, por lo tanto peor calidad de vida luego del tratamiento quirúrgico[7].

[7] Ver tablas 26,27,28,29,30 y 31

Tabla 6. Calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria según el número de cesáreas

		Medias aritmética según el número de cesáreas				
	Dimensiones del KHQ	**0**	**1**	**2**	**3**	**Total**
PreQuirúrgico Media	Percepción de salud general	61.86	72.50	75.00	41.66	62.83
	Impacto de la IU	81.35	90.00	66.66	77.77	81.98
	Limitación de roles	74.01	76.66	58.33	55.55	73.1
	Limitación física	66.94	75.00	66.66	61.11	67.79
	Limitación social	48.77	58.88	22.22	44.44	49.24
	Relaciones personales	44.11	57.4	41.66	44.44	45.89
	Emociones	67.79	71.11	50.00	59.25	67.41
	Sueño y energía	45.76	45.00	16.66	27.77	44.14
	Actividades realizadas	65.64	73.33	63.33	68.88	66.75
	Media	**61.80**	**68.87**	**51.17**	**53.43**	**62.14**
Pos Quirúrgico Media	Percepción de salud general	17.79	30.00	25.00	25.00	19.93
	Impacto de la IU	11.86	30.00	16.66	.00	13.96
	Limitación de roles	12.99	31.66	16.66	.00	15.09
	Limitación física	14.12	25.00	33.33	.00	15.54
	Limitación social	5.83	16.66	11.11	.00	7.20
	Relaciones personales	12.41	29.62	8.33	33.3333	15.64
	Emociones	12.05	25.55	27.77	18.5185	14.56
	Sueño y energía	9.32	28.33	.00	5.5556	11.48
	Actividades realizadas	15.14	25.33	50.00	.00	16.84
	Media	**12.39**	**26.90**	**20.98**	**9.15**	**14.47**

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011

Elaboración: La autora

Con respecto al índice de masa corporal (IMC), las pacientes con peso normal tenían una mejor calidad de vida que las mujeres con sobrepeso y obesas antes de la cirugía. El grupo de pacientes que mejoró más luego del tratamiento fue el de pacientes obesas, las mismas que obtuvieron los mejores resultados en la evaluación post quirúrgica, cabe recalcar que la diferencia con las pacientes con peso normal y con sobrepeso es mínima en cuanto a los resultados de la calidad de vida post cirugía[8].

Tabla 7. Calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria según el número el índice de masa corporal

			Medias aritmética según el IMC			
		Dimensiones del KHQ	**18.5-24.**	**25-29.99**	**30-39.99**	**Total**
PreQuirúrgico	Media	Percepción de salud general	66.66	59.55	65.17	62.83
		Impacto de la IU	83.33	75.49	89.28	81.98
		Limitación de roles	66.66	73.03	76.19	73.19
		Limitación física	59.72	67.15	72.02	67.79
		Limitación social	36.11	46.07	58.73	49.24
		Relaciones personales	34.84	45.97	50.66	45.89
		Emociones	66.66	65.68	69.84	67.41
		Sueño y energía	30.55	45.09	48.80	44.14
		Actividades realizadas	59.44	64.70	72.3	66.75
		Media	**56**	**60.3**	**67**	**62.14**
Post Quirúrg	Media	Percepción de salud general	22.9167	20.5882	17.8571	19.9324
		Impacto de la IU	19.4444	12.7451	13.0952	13.9640
		Limitación de roles	23.6111	14.7059	11.9048	15.0901

[8] Ver tablas 32,33,34,35 y 36 en Anexos

	Limitación física	20.8333	14.2157	14.8810	15.5405
	Limitación social	6.4815	5.8824	9.1270	7.2072
	Relaciones personales	10.6061	21.2644	11.3333	15.6410
	Emociones	13.8889	16.9935	11.9048	14.5646
	Sueño y energía	9.7222	12.2549	11.3095	11.4865
	Actividades realizadas	23.8889	15.2941	15.7143	16.8468
	Media	**16.82**	**14.88**	**13.01**	**14.47**

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Al realizar una correlación de la dimensión de impacto de la incontinencia urinaria con el valor de cada una de las preguntas del cuestionario a partir de la tercera dimensión, se evidenció una relación estadísticamente significativa entre éstas, con lo cual se valida a este cuestionario en la población estudiada. Las preguntas correspondientes a la relación con la pareja y a la vida sexual de la paciente, que están comprendidas en la dimensión de relaciones personales, fueron las que tuvieron menor correlación, lo cual no quiere decir que no haya relación.

Tabla 8. Correlación del impacto de la incontinencia urinaria con las preguntas del KHQ

Preguntas del KHQ	Indicador	Valor
Afectaban sus problemas urinarios a las tareas domésticas?	Correlación de Pearson	.860**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148
Afectaban a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?	Correlación de Pearson	.810**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148
Afectaba a sus actividades físicas?	Correlación de Pearson	.784**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148
Afectaba sus capacidades para desplazarse?	Correlación de Pearson	.796**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148
Limitaban su vida social?	Correlación de Pearson	.788**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148
Limitaba su capacidad de ver o visitar amigos?	Correlación de Pearson	.722**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148
Afectaban a su relación con su pareja?	Correlación de Pearson	.376**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148
Afectaban a su vida sexual?	Correlación de Pearson	.410**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148
Afectaban a su vida familiar?	Correlación de Pearson	.608**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148
Le hacían sentirse deprimida?	Correlación de Pearson	.736**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148

Le hacían sentirse preocupada/nerviosa?	Correlación de Pearson	.752**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148
Le hacían sentirse mal consigo misma?	Correlación de Pearson	.849**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148
Afectaban a su sueño?	Correlación de Pearson	.664**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148
Le hacían sentirse agotada o cansada?	Correlación de Pearson	.606**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148
Llevaba compresas/pañales para mantenerse seca?	Correlación de Pearson	.622**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148
Tenía cuidado con la cantidad de líquido que tomaba?	Correlación de Pearson	.637**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148
Se cambiaba de ropa interior porque estaba mojada?	Correlación de Pearson	.755**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148
Estaba preocupada por si olía?	Correlación de Pearson	.802**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148
Se sentía incómoda con los demás por sus problemas urinarios?	Correlación de Pearson	.748**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en e HEE en el año 2011

Elaboración: La autora

CAPITULO V: DISCUSIÓN

El objetivo de los distintos procedimientos terapéuticos de la incontinencia urinaria de esfuerzo están enfocados en eliminar o disminuir la pérdida involuntaria de orina, siendo la colocación de bandas libres de tensión el método actual más usado y con mejores resultados. Para poder valorar el impacto de la cirugía y sus resultados, los cuestionarios de calidad de vida son elementos de gran importancia. Según estos cuestionarios es claro que las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo tienen afectada su calidad de vida que les limita tanto su actividad física, su imagen corporal así como su estado emocional.

El total del universo que pudo ser evaluado son 74 pacientes, representados por el 90%, en donde la calidad de vida antes de la cirugía tiene como media 62.14, la misma que puede ser definida cualitativamente como mala y está dada por un mayor puntaje en la dimensión del impacto de la incontinencia urinaria, seguida por la limitación de roles y la limitación física.

La entrevista a las pacientes se les realizó luego de 6-18 meses después de la cirugía, obteniendo excelentes resultados en el King´s Health Questionnarie (KHQ) (Cuestionario de Salud King), llegando a una media 14.47 denominada muy buena cualitativamente. Las dimensiones que presentaron un mayor cambio son las mismas que obtuvieron los valores más altos en el cuestionario prequirúrgico; todas las dimensiones alcanzaron valores menores a 20, siendo la menor la de emociones, seguida de sueño/energía y en tercer lugar la de impacto de la incontinencia urinaria; la

percepción del estado de salud general es la dimensión que mayor puntaje obtuvo en la valoración luego de la cirugía y se le relaciona con la presencia de otras patologías, mismas que no fueron analizadas en este estudio.

Se evidenció que las pacientes de mayor edad son las que presentan peor calidad de vida antes y después de la cirugía, sin embargo presentan un porcentaje de mejoría similar a las mujeres de los otros grupos de edad.

El número de gestas es un factor determinante en la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, las pacientes con mayor número de gestas tienen una peor calidad de vida antes y después de la cirugía, el porcentaje de cambio es mayor en las mujeres con más número de gestas; éste patrón de correlación es igual al número de partos y se lo atribuye a un mayor trauma de los componentes del piso pélvico que intervienen en la continencia.

Otro de los factores que influye en la calidad de vida es el número de cesáreas, con una relación inversamente proporcional; las pacientes con mayor número de cesáreas, que en este estudio son 3, antes de la cirugía tienen una menor puntuación en el cuestionario por lo tanto una mejor calidad de vida, estas pacientes tuvieron un menor porcentaje de mejoría, sin embargo las pacientes con 2 y 3 cesáreas fueron el grupo que obtuvieron menor puntaje en diferentes dimensiones del KHQ luego de la cirugía y por consiguiente una mejor calidad de vida post quirúrgica.

El índice de masa corporal está íntimamente relacionado con la incontinencia urinaria de esfuerzo, siendo que a mayor índice de masa corporal hay una peor calidad de vida antes de la cirugía; tanto las mujeres con un peso normal como las con sobrepeso u obesas obtuvieron puntajes similares en la valoración post cirugía.

Las pacientes que consiguieron un mayor porcentaje de mejoría fueron las pacientes obesas.

La calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo puede ser valorada por varios cuestionarios y los resultados obtenidos en este estudio son similares a los encontrados en la literatura, cabe recalcar que en nuestro país no se ha realizado estudios como este con los que se pueda realizar una comparación.

Los sesgos que se pueden presentar en el estudio, se relacionan con el grado de sinceridad de las respuestas de las encuestadas, dado que el cuestionario es un instrumento de valoración subjetivo; además se relacionan con la forma retrospectiva en la que se realizó el cuestionario de calidad de vida prequirúrgico y puede existir un sesgo de memoria.

CAPITULO VI:

1. CONCLUSIONES

- Se puede afirmar que la calidad de vida de las mujeres sometidas a cirugía por IUE, mejora en todas las dimensiones valoradas por el King´s Health Questionnarie, siendo la escala con mayor mejoría la del impacto de la incontinencia urinaria, seguida de las dimensiones de limitaciones de roles, actividad física, y emociones. Los resultados de todas las dimensiones de la valoración post quirúrgica muestran una misma tendencia, presentando puntajes menores a 20 y con una media de 14.47, con lo cual se otorga una calificación cualitativa de muy buena a la calidad de vida luego de la cirugía.
- La cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) con colocación de banda libre de tensión ha demostrado producir una mejoría en los síntomas que produce dicha patología y de la importancia o problemática que la paciente le confiere a los mismos. Está claro que esta mejoría repercute en gran medida en la calidad de vida de las pacientes que fueron tratadas quirúrgicamente en el año 2011 por el servicio de Ginecología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.
- La dimensión de relaciones personales fue la que presentó una menor relación estadística en los diferentes análisis que se realizaron durante la investigación, esto se atribuye a un componente socio-cultural en el cual las mujeres no hablan abiertamente de su sexualidad y de la relación con su pareja, es por esto que

existen cuestionarios que valoran específicamente estos parámetros, los mismos que deben ser abordados de una forma diferente.

- La edad está íntimamente relacionada con la calidad de vida, siendo que a mayor edad peor calidad de vida antes del tratamiento quirúrgico; el porcentaje de mejoría no depende de la edad, sin embargo los resultados finales son mejores en las pacientes de menor edad.
- El número de gestas y partos tienen un patrón de correlación semejante con respecto a la calidad de vida de las pacientes con IUE. Las que refieren haber estado embarazadas por más ocasiones así como las que han tenido más partos presentan una peor calidad de vida tanto antes como después de la cirugía en comparación a las mujeres que no tuvieron ni gestas ni partos o a las que refirieron menor número de los mismos.
- Las cesáreas favorecen para tener una mejor calidad de vida antes y después de la cirugía.
- Se asevera que el índice de masa corporal es un factor de riesgo importante para la IUE, como se evidencia en los datos obtenidos: 37.84% obesas, el 47.30% sobrepeso y 14.86% peso normal. Las mujeres con IMC mayor obtuvieron mayores resultados en el cuestionario prequirúrgico y por lo tanto peor calidad de vida, éstas pacientes tras ser operadas refieren niveles de calidad de vida semejantes a las que tienen menor IMC, con lo cual se evidencia que no hay diferencias en los resultados de la cirugía según el IMC.

- El trabajo que se realiza en el servicio de Ginecología del Hospital Eugenio Espejo, en la incontinencia urinaria de esfuerzo es de alta calidad, lo que se refleja en el mejoramiento de calidad de vida de las mujeres incluidas en la investigación, resultados similares a los encontrados en trabajos realizados en otros países.
- El King´s Health Questionnarie es un elemento válido para la evaluación de la calidad de vida de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo en nuestro medio.

2. LIMITACIONES

- Puede existir un sesgo en los resultados, el mismo que se relaciona con el grado de sinceridad con que responden las encuestadas, dado que el cuestionario es un instrumento de valoración subjetiva, además en el cuestionario prequirúrgico existe el sesgo de memoria ya que fue realizado de forma retrospectiva.

CAPITULO VII: RECOMENDACIONES.

- Utilizar el King´s Health Questionnarie de forma rutinaria en las pacientes diagnosticadas de incontinencia urinaria, para realizar una valoración completa de la paciente, poder cuantificar el impacto de esta patología en la vida de las mujeres y posteriormente evaluar los resultados del tratamiento.
- Valorar a las pacientes con factores de riesgo para presentar incontinencia urinaria de esfuerzo, de tal manera que se pueda realizar un diagnóstico temprano y por consiguiente un tratamiento oportuno con mejores resultados.
- Recomendar a las mujeres con sobrepeso y obesas medidas para disminuir su índice de masa corporal con lo que se podría disminuir el impacto de la incontinencia urinaria de esfuerzo en su calidad de vida.
- Aplicar cuestionarios más específicos en el caso de evaluar la vida sexual y las relaciones personales.
- Realizar más estudios para valorar la calidad de vida de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, de preferencia de forma prospectiva para que tengan mayor valor estadístico.
- Comunicar a las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo que serán intervenidas quirúrgicamente los posibles resultados que se obtendrán luego de la cirugía dependiendo de su edad, sus antecedentes obstétricos.

- Enseñar a los estudiantes de pregrado de Medicina la existencia de los cuestionarios de calidad de vida como instrumento complementario de diagnóstico.

ANEXOS:

Anexo 1. Operacionalización de variables

VARIABLES	***DIMENSIÓN***	***SUBDIMENSIÓN***	***INDICADOR***	***SUBINDICADOR***
Edad	Número de años de vida		39-50 51-61 62-73 74-85	
Paridad	Número de partos		1 2 3 4 5 o más	
Cesáreas	Número de cesáreas		1 2 3	
Índice de masa corporal	Relación entre peso y talla		< 18,5 kg/m2 18,5 a 24 25 a 29,9 30 a 39,9 > 40	Bajo peso Peso normal Obesidad grado 1 Obesidad grado 2 Obesidad mórbida o grado 3.
Percepción de la mujer	Descripción del estado actual de salud		Muy buena Buena Regular Mala Muy mala	Puntaje otorgado a cada indicador
Cirugías realizadas	Cirugías realizadas en el mismo tiempo quirúrgico		Solo banda Banda y plastia. Banda e histerectomía. Banda y malla. Banda, histerectomía y plastia. Banda, malla y plastia. Banda, histerectomía y malla. Banda,	

			histerectomía, malla y plastia.	
Impacto de la incontinencia urinaria	Influencia de la incontinencia urinaria en la vida		No, en lo absoluto Un poco Moderadamente Mucho	Puntaje otorgado a cada indicador
Limitación de roles	Tareas domésticas, trabajo y actividades fuera del hogar	Influencia de la incontinencia urinaria en sus tareas domésticas, trabajo y / o actividades fuera del hogar	No, en lo absoluto Un poco Moderadamente Mucho	Puntaje otorgado a cada indicador
Limitación física	Actividades físicas y capacidad para viajar	Influencia de la incontinencia urinaria en las actividades físicas y capacidad para viajar	No, en lo absoluto Un poco Moderadamente Mucho	Puntaje otorgado a cada indicador
Limitación social	Interacción social, con el grupo de amigos y vida familiar	Influencia de la incontinencia urinaria en vida social, en la relación con amigos y la familia	No, en lo absoluto Un poco Moderadamente Mucho	Puntaje otorgado a cada indicador
Relaciones personales	Relaciones de pareja y vida sexual	Influencia de la incontinencia urinaria en la relación de pareja y vida sexual	No procede No, en lo absoluto Un poco Moderadamente Mucho	Puntaje otorgado a cada indicador
Emociones	Depresión, ansiedad y baja autoestima	Influencia de la incontinencia urinaria en el estado de ánimo, autoestima	No, en lo absoluto Un poco Moderadamente Mucho	Puntaje otorgado a cada indicador
Sueño y energía	Actividad y reposo	Influencia de la incontinencia urinaria en el patrón de sueño, sensación de agotamiento	Nunca Algunas veces A menudo Siempre	Puntaje otorgado a cada indicador

Actividades realizadas			Nunca Algunas veces A menudo Siempre	Puntaje otorgado a cada indicador

Anexo 2:

Consentimiento Informado

Yo, ... , paciente intervenida quirúrgicamente en el año 2011 en el servicio de ginecología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, declaro que he sido informada adecuadamente sobre el propósito de este estudio y por libre voluntad sin ningún tipo de compromiso económico ni perjuicio, proporcionaré la información que se me ha solicitado, con absoluta verdad, la cual será confidencial y solamente para un trabajo académico sin fines de lucro.

Firma de la paciente

Firma del encuestador
Yesenia Molina V.

Anexo 3: Encuesta de datos personales.

	Pcte.#1	Pcte.#2	Pcte.#3	Pcte.#4	Pcte.#5	Pcte.#6	etc……
Nombre							
Historia Clínica							
Estado civil							
Edad							
Gestas							
partos							
Cesáreas							
Peso							
Talla							
IMC							
Cirugía realizada							

Anexo 4:

King´s Health Questionnarie (Cuestionario de Salud King)

CALIDAD DE VIDA PREVIA A LA CIRUGÍA

1. ¿Cómo describiría su estado de salud general antes de la cirugía?
Muy bueno Bueno Regular Malo Muy Malo

2. ¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectaban a su vida?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

A continuación aparecen algunas actividades diarias que pudieron verse afectadas por problemas urinarios. ¿Hasta qué punto le afectaban sus problemas urinarios?

LIMITACIONES EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS

3.a. ¿Hasta qué punto afectaban sus problemas urinarios a las tareas domésticas (ej. limpiar, hacer la compra, pequeñas reparaciones, etc.)?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

3.b. ¿Sus problemas urinarios afectaban a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES

4.a. ¿Sus problemas urinarios afectaban a sus actividades físicas (ej. ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.)?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

4.b. ¿Sus problemas urinarios afectaban a su capacidad para desplazarse en autobús, coche, tren, avión, etc?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

4.c.¿Sus problemas urinarios limitaban su vida social?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

4.d. ¿Sus problemas urinarios limitaban su capacidad de ver o visitar a los amigos?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

RELACIONES PERSONALES

5.a. ¿Sus problemas urinarios afectaban a su relación con su pareja?
No procede No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

5.b. ¿Sus problemas urinarios afectaban a su vida sexual?
No procede No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

5.c. ¿Sus problemas urinarios afectaban a su vida familiar?
No procede No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

EMOCIONES

6.a. ¿Sus problemas urinarios le hacían sentirse deprimido/a?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

6.b. ¿Sus problemas urinarios le hacían sentirse preocupado/a o nervioso/a?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

6.c. ¿Sus problemas urinarios le hacían sentirse mal consigo mismo/a?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

SUEÑO / ENERGÍA

7.a. ¿Sus problemas urinarios afectaban a su sueño?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

7.b. ¿Sus problemas urinarios le hacían sentirse agotado/a o cansado/a?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE ENCONTRÓ EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES?

8.a. ¿Llevaba compresas/pañales para mantenerse seco/a?
Nunca A veces A menudo Siempre

8.b. ¿Tenía usted cuidado con la cantidad de líquido que bebía?
Nunca A veces A menudo Siempre

8.c. ¿Se cambiaba la ropa interior porque estaba mojado/a?
Nunca A veces A menudo Siempre

8.d. ¿Estaba preocupada/a por si olía?
Nunca A veces A menudo Siempre

8.e. ¿Se sentía incómoda con los demás por sus problemas urinarios?
Nunca A veces A menudo Siempre

CALIDAD DE VIDA ACTUAL (POST CIRUGÍA)

1. ¿Cómo describiría su estado de salud general en la actualidad?
Muy bueno Bueno Regular Malo Muy Malo

2. ¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

LIMITACIONES EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS

3.a. ¿Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domésticas (ej. limpiar, hacer la compra, pequeñas reparaciones, etc.)?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

3.b. ¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES

4.a. ¿Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (ej. ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.)?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

4.b. ¿Sus problemas urinarios afectan a su capacidad para desplazarse en autobús, coche, tren, avión, etc?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

4.c. ¿Sus problemas urinarios limitan su vida social?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

4.d. ¿Sus problemas urinarios limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

RELACIONES PERSONALES

5.a. ¿Sus problemas urinarios afectan a su relación con su pareja?
No procede No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

5.b. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida sexual?
No procede No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

5.c. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida familiar?
No procede No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

EMOCIONES

6.a. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse deprimido/a?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

6.b. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse preocupado/a o nervioso/a?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

6.c. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse mal consigo mismo/a?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

SUEÑO / ENERGÍA

7.a. ¿Sus problemas urinarios afectan a su sueño?
No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

7.b. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse agotado/a o cansado/a?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE ENCUENTRA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES?

8.a. ¿Lleva compresas/pañales para mantenerse seco/a?
Nunca A veces A menudo Siempre

8.b. ¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?
Nunca A veces A menudo Siempre

8.c. ¿Se cambia la ropa interior porque está mojado/a?
Nunca A veces A menudo Siempre

8.d. ¿Está preocupado/a por si huele?

Nunca A veces A menudo Siempre

8.e. ¿Se siente incómodo/a con los demás por sus problemas urinarios?
Nunca A veces A menudo Siempre

Anexo 5. Puntaje del King´s Health Questionnarie (Cuestionario de Salud King) según ítems

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

- Estado de salud actual: fue medido en las categorías de:

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

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

Nada----------1 punto
Unos poco----------2 puntos
Moderadamente----3 puntos
Muchos----------4 puntos

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

Nada----------1 punto
Levemente---------2 puntos
Moderadamente---3 puntos
Mucho----------4 puntos

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

Nada----------1 punto
Levemente---------2 puntos
Moderadamente---3 puntos
Mucho----------4 puntos

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

Nada----------1 punto
Levemente---------2 puntos
Moderadamente---3 puntos
Mucho----------4 puntos

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

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

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

Nunca----------1 punto
Levemente----------2 puntos
Moderadamente----3 puntos
Mucho----------4 puntos

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

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

• Acciones para enfrentar la incontinencia urinaria (5 preguntas): se consideró el tipo de acción realizada por la mujer afectada de incontinencia urinaria. Dentro de estas acciones se incluyeron:

- uso de productos absorbentes
- restricción en la ingesta de agua
- cambio de ropa interior cada vez que esta se humedece.
- preocupación por olores
- incomodidad con los demás por los problemas urinarios

Cada una de ellas expresada en la categoría de:

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

Anexo 6. Fórmulas para calcular el puntaje del cuestionario de salud King

1. Percepción de la mujer:
PUNTAJE = ((puntaje pregunta 1 – 1) / 4) * 100

2. Impacto de la incontinencia urinaria:
PUNTAJE = ((puntaje pregunta 2 – 1) / 3) * 100

3. Limitación de roles:
PUNTAJE = (((puntaje pregunta 3a + 3b) – 2) / 6) * 100

4. Limitación física:
PUNTAJE = (((puntaje pregunta 4a+ 4b) –2) / 6) * 100

5. Limitación social:
Si puntaje de 5c es >/= 1 PUNTAJE = (((puntaje de las preguntas 4c + 4d + 5c) - 3) / 9) * 100
Si puntaje de 5c 0 PUNTAJE = (((puntaje de las preguntas 4c + 4d) - 2) / 6) * 100

6. Relaciones personales:
Si puntaje 5a + 5b >/= 2 PUNTAJE = (((puntaje preguntas 5a + 5b) - 2) / 6) * 100
Si puntaje 5a + 5b = 1 PUNTAJE = (((puntaje preguntas 5a + 5b) -1) / 3) * 100
Si puntaje 5a + 5b= 0,... No aplicable

7. Emociones:
PUNTAJE = (((puntaje preguntas 6a + 6b + 6c) - 3) / 9) * 100

8. Sueño y energía:
PUNTAJE = (((puntaje preguntas 7a + 7b) - 2) / 6) * 100

9. Actividades realizadas:
PUNTAJE = (((puntaje preguntas 8a + 8b + 8c + 8d + 8e) - 5) / 15) * 100

Tabla 1. Diferencia de la calidad de vida en pacientes con IUE antes y después del tratamiento quirúrgico según las dimensiones del KHQ expresada en medias.

		Condición del pcte.		
		PreQuirúrgico	PostQuirúrgico	Total
Percepción de salud general	Media	62.8378	19.9324	41.3851
	N	74	74	148
	Desv. típ.	27.83367	21.88847	32.95442
Impacto de la IU	Media	81.9820	13.9640	47.9730
	N	74	74	148
	Desv. típ.	26.56899	25.28784	42.80885
Limitación de roles	Media	73.1982	15.0901	44.1441
	N	74	74	148
	Desv. típ.	29.17140	26.05008	40.11816
Limitación física	Media	67.7928	15.5405	41.6667
	N	74	74	148
	Desv. típ.	31.12931	24.87887	38.41631
Limitación social	Media	49.2492	7.2072	28.2282
	N	74	74	148
	Desv. típ.	32.59357	18.06020	33.68119
Relaciones personales	Media	45.8974	15.6410	30.7692
	N	65	65	130
	Desv. típ.	36.92038	28.84900	36.32929
Emociones	Media	67.4174	14.5646	40.9910
	N	74	74	148
	Desv. típ.	30.68258	22.96518	37.84866
Sueño y energía	Media	44.1441	11.4865	27.8153
	N	74	74	148
	Desv. típ.	27.36979	20.99606	29.31496
Actividades realizadas	Media	66.7568	16.8468	41.8018
	N	74	74	148
	Desv. típ.	27.64183	22.53961	35.47833

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 2. Tabla de ANOVA. Dimensiones del King's heath Questionnaire

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	Fisher	Sig.
Percepción de salud general * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	68112.331	1	68112.331	108.648	.000
	Intra-grupos	91528.716	146	626.909		
	Total	159641.047	147			
Impacto de la IU * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	171178.679	1	171178.679	254.468	.000
	Intra-grupos	98213.213	146	672.693		
	Total	269391.892	147			
Limitación de roles * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	124932.432	1	124932.432	163.355	.000
	Intra-grupos	111659.159	146	764.789		
	Total	236591.592	147			
Limitación física * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	101021.021	1	101021.021	127.231	.000
	Intra-grupos	115923.423	146	793.996		
	Total	216944.444	147			
Limicación social * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	65398.732	1	65398.732	94.200	.000
	Intra-grupos	101361.361	146	694.256		
	Total	166760.093	147			
Relaciones personales * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	29752.137	1	29752.137	27.104	.000
	Intra-grupos	140504.274	128	1097.690		
	Total	170256.410	129			
Emociones * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	103356.690	1	103356.690	140.734	.000
	Intra-grupos	107223.891	146	734.410		
	Total	210580.581	147			
Sueño y energía * Condición del	Inter-grupos (Combinadas)	39461.336	1	39461.336	66.325	.000

pcte.						
	Intra-grupos	86865.616	146	594.970		
	Total	126326.952	147			
Actividades realizadas * Condición del pcte.	Inter- (Combinadas) grupos	92166.967	1	92166.967	144.905	.000
	Intra-grupos	92863.664	146	636.052		
	Total	185030.631	147			

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 3. Medidas de asociación. Dimensiones del King's heath Questionnaire

	Eta
Percepción de salud general * Condicion del pcte.	.653
Impacto de la IU * Condición del pcte.	.797
Limitación de roles * Condición del pcte.	.727
Limitación física * Condición del pcte.	.682
Limicación social * Condición del pcte.	.626
Relaciones personales * Condición del pcte.	.418
Emociones * Condición del pcte.	.701
Sueño y energía * Condición del pcte.	.559
Actividades realizadas * Condición del pcte.	.706

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 4. Tabla de ANOVA. Calidad de vida según la edad

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	Fisher	Sig.
Percepción de salud general * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	68112.331	1	68112.331	108.648	.000
	Intra-grupos	91528.716	146	626.909		
	Total	159641.047	147			
Impacto de la IU * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	171178.679	1	171178.679	254.468	.000
	Intra-grupos	98213.213	146	672.693		
	Total	269391.892	147			
Limitación de roles * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	124932.432	1	124932.432	163.355	.000
	Intra-grupos	111659.159	146	764.789		
	Total	236591.592	147			
Limitación física * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	101021.021	1	101021.021	127.231	.000
	Intra-grupos	115923.423	146	793.996		
	Total	216944.444	147			
Limitación social * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	65398.732	1	65398.732	94.200	.000
	Intra-grupos	101361.361	146	694.256		
	Total	166760.093	147			
Relaciones personales * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	29752.137	1	29752.137	27.104	.000
	Intra-grupos	140504.274	128	1097.690		
	Total	170256.410	129			
Emociones * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	103356.690	1	103356.690	140.734	.000
	Intra-grupos	107223.891	146	734.410		
	Total	210580.581	147			
Sueño y energía * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	39461.336	1	39461.336	66.325	.000

	Intra-grupos	86865.616	146	594.970		
	Total	126326.952	147			
Actividades realizadas * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	92166.967	1	92166.967	144.905	.000
	Intra-grupos	92863.664	146	636.052		
	Total	185030.631	147			

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 5.. Medidas de asociación. Calidad de vida según la edad

	Eta
Percepción de salud general * Condición del pcte.	.653
Impacto de la IU * Condición del pcte.	.797
Limitación de roles * Condición del pcte.	.727
Limitación física * Condición del pcte.	.682
Limitación social * Condición del pcte.	.626
Relaciones personales * Condición del pcte.	.418
Emociones * Condicion del pcte.	.701
Sueño y energía * Condición del pcte.	.559
Actividades realizadas * Condición del pcte.	.706

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 6. Calidad de vida según la edad. Intervalo: 39-50 años

Condición del pcte.		Media	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	56.2500	84.3750	71.8750	68.7500	45.4861	45.5556	66.6667	42.1875	66.2500
	N	32	32	32	32	32	30	32	32	32
	Desv. típ.	28.3980	26.7530	31.80290	30.74639	31.21837	39.85927	33.63069	30.2274	28.98214
PosQuirúrgico	Media	19.5313	18.7500	18.2292	20.8333	10.0694	16.6667	14.9306	13.5417	16.6667
	N	32	32	32	32	32	30	32	32	32
	Desv. típ.	24.3747	32.7229	32.88935	32.79129	24.49967	34.74042	28.16707	26.5850	24.53876
Total	Media	37.8906	51.5625	45.0521	44.7917	27.7778	31.1111	40.7986	27.8646	41.4583
	N	64	64	64	64	64	60	64	64	64
	Desv. típ.	32.118	44.4165	41.96241	39.71626	33.06772	39.82857	40.33248	31.7139	36.52389

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 7. Calidad de vida según la edad. Intervalo: 51-61 años

Condición del pcte.		Media	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	65.3846	80.7692	76.9231	71.1538	57.6923	54.5455	68.8034	48.7179	69.2308
	N	26	26	26	26	26	22	26	26	26
	Desv. típ.	27.456	25.250	27.11167	29.27179	32.05231	34.18817	29.65135	21.041	25.99671
PosQuirúrgico	Media	20.1923	6.4103	8.9744	9.6154	2.5641	18.1818	13.2479	8.9744	14.3590
	N	26	26	26	26	26	22	26	26	26
	Desv. típ.	21.235	13.397	15.07814	15.75724	5.71564	27.17233	15.71953	14.322	16.51314
Total	Media	42.7885	43.5897	42.9487	40.3846	30.1282	36.3636	41.0256	28.8462	41.7949
	N	52	52	52	52	52	44	52	52	52
	Desv. típ.	33.334	42.543	40.60358	38.82060	35.97631	35.63248	36.59023	26.836	35.10620

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 8. Calidad de vida según la edad. Intervalo: 62-73 años

Condición del pcte.		Media	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	70.8333	75.0000	68.0556	55.5556	38.8889	33.3333	63.8889	37.5000	60.5556
	N	12	12	12	12	12	11	12	12	12
	Desv. típ.	27.86602	32.17691	27.94144	34.32858	34.65397	33.33333	30.38289	28.53759	30.14555
PosQuirúrgico	Media	18.7500	13.8889	13.8889	12.5000	5.5556	10.6061	12.0370	8.3333	18.3333
	N	12	12	12	12	12	11	12	12	12
	Desv. típ.	18.84446	17.16429	21.12174	12.56297	11.11111	13.48400	18.01504	11.23666	23.97389
Total	Media	44.7917	44.4444	40.9722	34.0278	22.2222	21.9697	37.9630	22.9167	39.4444
	N	24	24	24	24	24	22	24	24	24
	Desv. típ.	35.33932	40.12862	36.77164	33.50649	30.38490	27.40369	36.02895	25.91910	34.27181

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011

Elaboración: La autora

Tabla 9. Calidad de vida según la edad. Intervalo: 74-85 años

Condicion del pcte.		Media	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	75.0000	91.6667	75.0000	75.0000	55.5556	25.0000	75.0000	50.0000	73.3333
	N	4	4	4	4	4	2	4	4	4
	Desv. típ.	20.4124	16.6666	31.91424	39.67460	39.54473	35.35534	18.97583	40.8248	26.10520
PosQuirúrgico	Media	25.0000	25.0000	33.3333	20.8333	19.4444	.0000	27.7778	20.8333	30.0000
	N	4	4	4	4	4	2	4	4	4
	Desv. típ.	20.4124	31.9142	30.42903	25.00000	22.90614	.00000	33.33333	31.549	38.29708
Total	Media	50.0000	58.3333	54.1667	47.9167	37.5000	12.5000	51.3889	35.4167	51.6667
	N	8	8	8	8	8	4	8	8	8
	Desv. típ.	32.732	42.724	36.46046	42.19898	35.60389	25.00000	35.60389	37.201	38.17254

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 10. Tabla de ANOVA. Calidad de vida según el número de gestas

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	Fisher	Sig.
Percepción de salud general * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	68112.331	1	68112.331	108.648	.000
	Intra-grupos	91528.716	146	626.909		
	Total	159641.047	147			
Impacto de la IU * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	171178.679	1	171178.679	254.468	.000
	Intra-grupos	98213.213	146	672.693		
	Total	269391.892	147			
Limitación de roles * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	124932.432	1	124932.432	163.355	.000
	Intra-grupos	111659.159	146	764.789		
	Total	236591.592	147			
Limitación física * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	101021.021	1	101021.021	127.231	.000
	Intra-grupos	115923.423	146	793.996		
	Total	216944.444	147			
Limitación social * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	65398.732	1	65398.732	94.200	.000
	Intra-grupos	101361.361	146	694.256		
	Total	166760.093	147			
Relaciones personales * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	29752.137	1	29752.137	27.104	.000
	Intra-grupos	140504.274	128	1097.690		
	Total	170256.410	129			
Emociones * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	103356.690	1	103356.690	140.734	.000
	Intra-grupos	107223.891	146	734.410		
	Total	210580.581	147			
Sueño y energía * Condición del	Inter-grupos (Combinadas)	39461.336	1	39461.336	66.325	.000

pcte.						
	Intra-grupos	86865.616	146	594.970		
	Total	126326.952	147			
Actividades realizadas * Condición del pcte.	Inter- (Combinadas) grupos	92166.967	1	92166.967	144.905	.000
	Intra-grupos	92863.664	146	636.052		
	Total	185030.631	147			

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 11. Medidas de asociación. Calidad de vida según el número de gestas

	Eta
Percepción de salud general * Condición del pcte.	.653
Impacto de la IU * Condición del pcte.	.797
Limitación de roles * Condición del pcte.	.727
Limitación física * Condición del pcte.	.682
Limitación social * Condición del pcte.	.626
Relaciones personales * Condición del pcte.	.418
Emociones * Condicion del pcte.	.701
Sueño y energía * Condición del pcte.	.559
Actividades realizadas * Condición del pcte.	.706

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 12. Calidad de vida según el número de gestas. Número de gestas: 0

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	50.0000	66.6667	16.6667	16.6667	.0000	33.3333	55.5556	16.6667	53.3333
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Desv. típ.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
PosQuirúrgico	Media	25.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	22.2222	.0000	26.6667
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Desv. típ.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	Media	37.5000	33.3333	8.3333	8.3333	.0000	16.6667	38.8889	8.3333	40.0000
	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Desv. típ.	17.67767	47.14045	11.78511	11.78511	.00000	23.57023	23.57023	11.78511	18.85618

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 13. Calidad de vida según el número de gestas. Número de gestas: 1

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	100.0000	100.0000	83.3333	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Desv. típ.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
PosQuirúrgico	Media	25.0000	33.3333	.0000	16.6667	.0000	.0000	.0000	.0000	20.0000
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Desv. típ.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	Media	62.5000	66.6667	41.6667	58.3333	50.0000	50.0000	50.0000	50.0000	60.0000
	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Desv. típ.	53.03301	47.14045	58.92557	58.92557	70.71068	70.71068	70.71068	70.71068	56.56854

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 14. Calidad de vida según el número de gestas. Número de gestas: 2

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	45.8333	66.6667	66.6667	50.0000	40.7407	30.5556	51.8519	44.4444	60.0000
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	Desv. típ.	18.81932	29.81424	27.88867	23.57023	26.91245	30.58080	32.71023	17.21326	18.37873
PosQuirúrgico	Media	29.1667	16.6667	16.6667	22.2222	1.8519	19.4444	9.2593	13.8889	15.5556
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	Desv. típ.	18.81932	18.25742	14.90712	20.18434	4.53609	26.70137	14.76845	19.48409	13.77061
Total	Media	37.5000	41.6667	41.6667	36.1111	21.2963	25.0000	30.5556	29.1667	37.7778
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12
	Desv. típ.	19.94310	35.17632	33.70999	25.45875	27.40490	27.97907	32.86711	23.70377	27.90074

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 15. Calidad de vida según el número de gestas. Número de gestas: 3

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	52.2727	78.7879	66.6667	60.6061	42.4242	43.9394	66.6667	39.3939	57.5758
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	Desv. típ.	32.50874	30.81388	39.44053	38.92495	35.07248	41.00998	38.16792	26.11165	34.02910
PosQuirúrgico	Media	20.4545	3.0303	6.0606	10.6061	.0000	1.5152	5.0505	1.5152	4.8485
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	Desv. típ.	18.76893	10.05038	15.40694	13.48400	.00000	5.02519	11.50806	5.02519	7.35808
Total	Media	36.3636	40.9091	36.3636	35.6061	21.2121	22.7273	35.8586	20.4545	31.2121
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22
	Desv. típ.	30.59652	44.75899	42.61193	38.24713	32.51357	35.83673	41.84625	26.69236	36.12948

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 16. Calidad de vida según el número de gestas. Número de gestas:4

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	66.1765	84.3137	67.6471	65.6863	49.0196	44.8718	64.0523	42.1569	74.1176
	N	17	17	17	17	17	13	17	17	17
	Desv. típ.	23.28689	23.91434	29.14915	26.00119	30.18943	41.60251	29.00868	25.76446	22.47002
PosQuirúrgico	Media	22.0588	13.7255	14.7059	9.8039	6.5359	20.5128	12.4183	16.6667	17.2549
	N	17	17	17	17	17	13	17	17	17
	Desv. típ.	27.78595	26.50687	26.27469	24.33763	24.23484	29.77838	24.17859	27.63854	24.83935
Total	Media	44.1176	49.0196	41.1765	37.7451	27.7778	32.6923	38.2353	29.4118	45.6863
	N	34	34	34	34	34	26	34	34	34
	Desv. típ.	33.74303	43.60466	38.32242	37.67414	34.51876	37.55907	37.12359	29.31853	37.10509

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 17. Calidad de vida según el número de gestas. Número de gestas: 5-14

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	66.4474	84.2105	79.8246	74.1228	52.6316	48.4848	71.0526	45.6140	66.6667
	N	38	38	38	38	38	33	38	38	38
	Desv. típ.	28.63819	26.55024	24.85933	30.43660	33.15107	35.44451	29.40172	29.17386	28.95580
PosQuirúrgico	Media	17.1053	16.6667	18.4211	18.8596	10.8187	18.6869	19.2982	12.2807	20.0000
	N	38	38	38	38	38	33	38	38	38
	Desv. típ.	21.04152	28.73719	29.96231	28.51980	18.71530	33.27014	25.66229	20.75316	25.27922
Total	Media	41.7763	50.4386	49.1228	46.4912	31.7251	33.5859	45.1754	28.9474	43.3333
	N	76	76	76	76	76	66	76	76	76
	Desv. típ.	35.21083	43.71403	41.26650	40.39763	34.02753	37.26693	37.81417	30.22979	35.78537

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 18. Tabla de ANOVA. Calidad de vida según el número de partos

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	Fisher	Sig.
Percepción de salud general * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	68112.331	1	68112.331	108.648	.000
	Intra-grupos	91528.716	146	626.909		
	Total	159641.047	147			
Impacto de la IU * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	171178.679	1	171178.679	254.468	.000
	Intra-grupos	98213.213	146	672.693		
	Total	269391.892	147			
Limitación de roles * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	124932.432	1	124932.432	163.355	.000
	Intra-grupos	111659.159	146	764.789		
	Total	236591.592	147			
Limitación física * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	101021.021	1	101021.021	127.231	.000
	Intra-grupos	115923.423	146	793.996		
	Total	216944.444	147			
Limitación social * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	65398.732	1	65398.732	94.200	.000
	Intra-grupos	101361.361	146	694.256		
	Total	166760.093	147			
Relaciones personales * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	29752.137	1	29752.137	27.104	.000
	Intra-grupos	140504.274	128	1097.690		
	Total	170256.410	129			
Emociones * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	103356.690	1	103356.690	140.734	.000
	Intra-grupos	107223.891	146	734.410		
	Total	210580.581	147			
Sueño y energía *	Inter-grupos (Combinadas)	39461.336	1	39461.336	66.325	.000

Condición del pcte.	Intra-grupos	86865.616	146	594.970		
	Total	126326.952	147			
Actividades realizadas * Condición del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	92166.967	1	92166.967	144.905	.000
	Intra-grupos	92863.664	146	636.052		
	Total	185030.631	147			

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 19. Medidas de asociación Calidad de vida según el número de partos

	Eta
Percepción de salud general * Condición del pcte.	.653
Impacto de la IU * Condición del pcte.	.797
Limitación de roles * Condición del pcte.	.727
Limitación física * Condicion del pcte.	.682
Limitación social * Condicion del pcte.	.626
Relaciones personales * Condicion del pcte.	.418
Emociones * Condicion del pcte.	.701
Sueño y energía * Condicion del pcte.	.559
Actividades realizadas * Condicion del pcte.	.706

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 20. Calidad de vida según el número de partos. Número de Partos: 0

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	25.0000	66.6667	41.6667	45.8333	33.3333	37.5000	63.8889	33.3333	56.6667
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Desv. típ.	20.41241	.00000	31.91424	28.46375	27.21655	34.35921	27.77778	13.60828	24.64564
PosQuirúrgico	Media	31.2500	8.3333	8.3333	12.5000	.0000	16.6667	19.4444	16.6667	11.6667
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Desv. típ.	12.50000	16.66667	16.66667	25.00000	.00000	33.33333	13.98117	23.57023	13.74369
Total	Media	28.1250	37.5000	25.0000	29.1667	16.6667	27.0833	41.6667	25.0000	34.1667
	N	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	Desv. típ.	16.02175	33.03437	29.54684	30.53751	25.19763	33.25885	31.28635	19.92048	30.32889

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 21. Calidad de vida según el número de partos. Número de Partos: 1

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	66.6667	66.6667	50.0000	77.7778	44.4444	83.3333	48.1481	55.5556	68.8889
	N	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Desv. típ.	28.86751	33.33333	28.86751	19.24501	50.91751	28.86751	50.10278	50.91751	27.75555
PosQuirúrgico	Media	16.6667	22.2222	16.6667	16.6667	.0000	.0000	.0000	22.2222	22.2222
	N	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Desv. típ.	14.43376	19.24501	28.86751	16.66667	.00000	.00000	.00000	38.49002	10.18350
Total	Media	41.6667	44.4444	33.3333	47.2222	22.2222	41.6667	24.0741	38.8889	45.5556
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	Desv. típ.	34.15650	34.42652	31.62278	37.14337	40.36867	49.15960	41.22607	44.30534	31.66959

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 22. Calidad de vida según el número de partos. Número de Partos: 2

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	58.3333	77.7778	71.1111	55.5556	41.4815	30.7692	49.6296	43.3333	60.8889
	N	15	15	15	15	15	13	15	15	15
	Desv. típ.	26.16341	34.88454	34.19521	31.91424	33.97963	37.17212	34.08327	26.57723	30.32801
PosQuirúrgico	Media	21.6667	8.8889	12.2222	11.1111	1.4815	6.4103	4.4444	5.5556	9.7778
	N	15	15	15	15	15	13	15	15	15
	Desv. típ.	18.58058	15.25792	16.01917	14.99559	3.90962	12.79913	10.11399	10.28689	10.65078
Total	Media	40.0000	43.3333	41.6667	33.3333	21.4815	18.5897	27.0370	24.4444	35.3333
	N	30	30	30	30	30	26	30	30	30
	Desv. típ.	29.06592	43.89992	39.81519	33.33333	31.28214	29.93583	33.73744	27.58940	34.26961

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 23. Calidad de vida según el número de partos. Número de Partos: 3

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	70.5882	84.3137	79.4118	78.4314	60.1307	56.6667	81.6993	42.1569	73.3333
	N	17	17	17	17	17	15	17	17	17
	Desv. típ.	23.77514	23.91434	25.36498	26.19684	33.11475	37.69131	26.04044	25.08157	25.71208
PosQuirúrgico	Media	25.0000	21.5686	18.6275	18.6275	12.4183	23.3333	20.2614	13.7255	21.5686
	N	17	17	17	17	17	15	17	17	17
	Desv. típ.	26.51650	31.04919	32.74605	32.21152	26.31784	34.38807	30.48864	25.84361	27.33835
Total	Media	47.7941	52.9412	49.0196	48.5294	36.2745	40.0000	50.9804	27.9412	47.4510
	N	34	34	34	34	34	30	34	34	34
	Desv. típ.	33.91592	41.93762	42.23176	41.91695	38.12956	39.29455	41.85358	28.93176	37.05541

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 24. Calidad de vida según el número de partos. Número de Partos: 4

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	61.5385	84.6154	65.3846	57.6923	43.5897	52.5641	55.5556	37.1795	61.5385
	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13
	Desv. típ.	28.16504	22.00751	29.23527	31.63404	29.55832	35.90507	24.42760	29.77838	31.64079
PosQuirúrgico	Media	13.4615	7.6923	14.1026	12.8205	4.2735	25.6410	8.5470	6.4103	10.2564
	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13
	Desv. típ.	19.40625	27.73501	27.92695	28.18084	10.67521	37.02813	13.72409	14.49531	20.65867
Total	Media	37.5000	46.1538	39.7436	35.2564	23.9316	39.1026	32.0513	21.7949	35.8974
	N	26	26	26	26	26	26	26	26	26
	Desv. típ.	34.09545	46.26198	38.31940	37.21616	29.59685	38.28034	30.84440	27.79657	37.00219

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 25. Calidad de vida según el número de partos. Número de Partos: 5-14

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	67.0455	86.3636	83.3333	76.5152	53.0303	38.2353	78.7879	50.7576	70.3030
	N	22	22	22	22	22	17	22	22	22
	Desv. típ.	29.26314	26.54554	23.00219	31.56378	31.78629	34.74346	24.94181	27.44753	26.40565
PosQuirúrgico	Media	17.0455	15.1515	15.9091	18.1818	11.1111	10.7843	21.7172	14.3939	22.1212
	N	22	22	22	22	22	17	22	22	22
	Desv. típ.	23.63709	26.68109	27.92529	24.61830	21.13755	25.64527	26.66607	23.17146	26.85539
Total	Media	42.0455	50.7576	49.6212	47.3485	32.0707	24.5098	50.2525	32.5758	46.2121
	N	44	44	44	44	44	34	44	44	44
	Desv. típ.	36.47743	44.59907	42.45208	40.65726	34.07579	33.13966	38.52645	31.11921	35.86935

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 26 . Tabla de ANOVA. Calida de vida según el número de cesáreas

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Percepción de salud general * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	68112.331	1	68112.331	108.648	.000
	Intra-grupos	91528.716	146	626.909		
	Total	159641.047	147			
Impacto de la IU * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	171178.679	1	171178.679	254.468	.000
	Intra-grupos	98213.213	146	672.693		
	Total	269391.892	147			
Limitación de roles * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	124932.432	1	124932.432	163.355	.000
	Intra-grupos	111659.159	146	764.789		
	Total	236591.592	147			
Limitación física * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	101021.021	1	101021.021	127.231	.000
	Intra-grupos	115923.423	146	793.996		
	Total	216944.444	147			
Limitación social * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	65398.732	1	65398.732	94.200	.000
	Intra-grupos	101361.361	146	694.256		
	Total	166760.093	147			
Relaciones personales * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	29752.137	1	29752.137	27.104	.000
	Intra-grupos	140504.274	128	1097.690		
	Total	170256.410	129			
Emoiones * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	103356.690	1	103356.690	140.734	.000
	Intra-grupos	107223.891	146	734.410		
	Total	210580.581	147			

Sueño y energía * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	39461.336	1	39461.336	66.325	.000
	Intra-grupos	86865.616	146	594.970		
	Total	126326.952	147			
Actividades realizadas * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	92166.967	1	92166.967	144.905	.000
	Intra-grupos	92863.664	146	636.052		
	Total	185030.631	147			

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 27. Medidas de asociación. Calidad de vida según el número de cesáreas

	Eta
Percepción de salud general * Condicion del pcte.	.653
Impacto de la IU * Condicion del pcte.	.797
Limitación de roles * Condicion del pcte.	.727
Limitación física * Condicion del pcte.	.682
Limitación social * Condicion del pcte.	.626
Relaciones personales * Condicion del pcte.	.418
Emociones * Condicion del pcte.	.701
Sueño y energía * Condicion del pcte.	.559
Actividades realizadas * Condicion del pcte.	.706

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 28. Calidad de vida según el número de cesáreas. Número de cesáreas: 0

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	61.8644	81.3559	74.0113	66.9492	48.7759	44.1176	67.7966	45.7627	65.6497
	N	59	59	59	59	59	51	59	59	59
	Desv. típ.	27.21084	27.17277	29.56764	33.26020	33.77844	36.94193	29.73524	28.29667	28.65607
PosQuirúrgico	Media	17.7966	11.8644	12.9944	14.1243	5.8380	12.4183	12.0527	9.3220	15.1412
	N	59	59	59	59	59	51	59	59	59
	Desv. típ.	20.26274	22.96317	24.18554	22.06173	14.78611	24.00073	19.27685	17.58155	20.56037
Total	Media	39.8305	46.6102	43.5028	40.5367	27.3070	28.2680	39.9247	27.5424	40.3955
	N	118	118	118	118	118	102	118	118	118
	Desv. típ.	32.56113	42.95359	40.76861	38.64262	33.74685	34.84913	37.49678	29.74864	35.49452

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 29. Calidad de vida según el número de cesáreas. Número de cesáreas: 1

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	72.5000	90.0000	76.6667	75.0000	58.8889	57.4074	71.1111	45.0000	73.3333
	N	10	10	10	10	10	9	10	10	10
	Desv. típ.	21.88988	22.49829	23.83068	19.64186	28.23087	39.18538	31.51414	23.63561	21.99888
PosQuirúrgico	Media	30.0000	30.0000	31.6667	25.0000	16.6667	29.6296	25.5556	28.3333	25.3333
	N	10	10	10	10	10	9	10	10	10
	Desv. típ.	30.73181	36.68350	35.52950	40.25382	32.81490	42.30985	37.78867	34.29178	29.94645
Total	Media	51.2500	60.0000	54.1667	50.0000	37.7778	43.5185	48.3333	36.6667	49.3333
	N	20	20	20	20	20	18	20	20	20
	. Desv típ.	33.90680	42.71489	37.41462	40.10221	36.83375	42.06239	41.14587	29.91215	35.50142

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 30. Calidad de vida según el número de cesáreas. Número de cesáreas: 2

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	75.0000	66.6667	58.3333	66.6667	22.2222	41.6667	50.0000	16.6667	63.3333
	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Desv. típ.	35.35534	47.14045	35.35534	.00000	31.42697	11.78511	70.71068	23.57023	23.57023
PosQuirúrgico	Media	25.0000	16.6667	16.6667	33.3333	11.1111	8.3333	27.7778	.0000	50.0000
	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Desv. típ.	35.35534	23.57023	23.57023	.00000	15.71348	11.78511	39.28371	.00000	23.57023
Total	Media	50.0000	41.6667	37.5000	50.0000	16.6667	25.0000	38.8889	8.3333	56.6667
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Desv. típ.	40.82483	41.94352	34.35921	19.24501	21.27616	21.51657	48.43221	16.66667	20.72751

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 31. Calidad de vida según el número de cesáreas. Número de cesáreas: 3

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	41.6667	77.7778	55.5556	61.1111	44.4444	44.4444	59.2593	27.7778	68.8889
	N	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Desv. típ.	52.04165	19.24501	41.94352	34.69443	19.24501	50.91751	35.71723	9.62250	36.71714
PosQuirúrgico	Media	25.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	33.3333	18.5185	5.5556	.0000
	N	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Desv. típ.	.00000	.00000	.00000	.00000	.00000	57.73503	16.97250	9.62250	.00000
Total	Media	33.3333	38.8889	27.7778	30.5556	22.2222	38.8889	38.8889	16.6667	34.4444
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	Desv. típ.	34.15650	44.30534	40.36867	40.02314	27.21655	49.06534	33.51801	14.90712	44.30534

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 32. Tabla de ANOVA. Calidad de vida según el índice de masa corporal

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Percepción de salud general * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	68112.331	1	68112.331	108.648	.000
	Intra-grupos	91528.716	146	626.909		
	Total	159641.047	147			
Impacto de la IU * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	171178.679	1	171178.679	254.468	.000
	Intra-grupos	98213.213	146	672.693		
	Total	269391.892	147			
Limitación de roles * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	124932.432	1	124932.432	163.355	.000
	Intra-grupos	111659.159	146	764.789		
	Total	236591.592	147			
Limitación física * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	101021.021	1	101021.021	127.231	.000
	Intra-grupos	115923.423	146	793.996		
	Total	216944.444	147			
Limitación social * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	65398.732	1	65398.732	94.200	.000
	Intra-grupos	101361.361	146	694.256		
	Total	166760.093	147			
Relaciones personales * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	29752.137	1	29752.137	27.104	.000
	Intra-grupos	140504.274	128	1097.690		
	Total	170256.410	129			
Emociones * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	103356.690	1	103356.690	140.734	.000
	Intra-grupos	107223.891	146	734.410		
	Total	210580.581	147			
Sueño y energía * Condicion del	Inter-grupos (Combinadas)	39461.336	1	39461.336	66.325	.000
	Intra-grupos	86865.616	146	594.970		

pcte.	Total	126326.952	147			
Actividades realizadas * Condicion del pcte.	Inter-grupos (Combinadas)	92166.967	1	92166.967	144.905	.000
	Intra-grupos	92863.664	146	636.052		
	Total	185030.631	147			

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 33. Medidas de asociación. Calidad de vida según el índice de masa corporal

	Eta cuadrado
Percepción de salud general * Condicion del pcte.	.653
Impacto de la IU * Condicion del pcte.	.797
Limitación de roles * Condicion del pcte.	.727
Limitación física * Condicion del pcte.	.682
Limitación social * Condicion del pcte.	.626
Relaciones personales * Condicion del pcte.	.418
Emociones * Condicion del pcte.	.701
Sueño y energía * Condicion del pcte.	.559
Actividades realizadas * Condicion del pcte.	.706

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 34. Calidad de vida segun el índice de masa corporal. Rango: 18.5-24.99

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
Pre Quirúrgico	Media	66.6667	83.3333	66.6667	59.7222	36.1111	34.8485	66.6667	30.5556	59.4444
	N	12	12	12	12	12	11	12	12	12
	Desv. típ.	24.61830	22.47333	28.42676	35.85770	34.53231	39.75938	36.69879	30.01122	34.51931
PostQuirúrgico	Media	22.9167	19.4444	23.6111	20.8333	6.4815	10.6061	13.8889	9.7222	23.8889
	N	12	12	12	12	12	11	12	12	12
	Desv. típ.	19.82404	33.20683	32.92042	28.53759	12.93889	15.40694	20.17043	16.60342	24.85649
Total	Media	44.7917	51.3889	45.1389	40.2778	21.2963	22.7273	40.2778	20.1389	41.6667
	N	24	24	24	24	24	22	24	24	24
	Desv. típ.	31.25906	42.82214	37.26105	37.40258	29.65478	31.93307	39.56452	25.99664	34.57122

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 35. Calidad de vida según el índice de masa corporal. Rango: 25-29.99

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emociones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	59.5588	75.4902	73.0392	67.1569	46.0784	45.9770	65.6863	45.0980	64.7059
	N	34	34	34	34	34	29	34	34	34
	Desv. típ.	28.87716	31.04122	30.70844	32.94861	31.08372	38.99918	31.11203	24.45686	28.16638
PosQuirúrgico	Media	20.5882	12.7451	14.7059	14.2157	5.8824	21.2644	16.9935	12.2549	15.2941
	N	34	34	34	34	34	29	34	34	34
	Desv. típ.	18.94029	20.12537	22.38502	22.14596	12.30468	32.70132	20.87414	18.49052	18.75085
Total	Media	40.0735	44.1176	43.8725	40.6863	25.9804	33.6207	41.3399	28.6765	40.0000
	N	68	68	68	68	68	58	68	68	68
	Desv. típ.	31.1893	40.90241	39.68203	38.56703	30.99066	37.78612	35.95780	27.14215	34.40082

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Tabla 36. Calidad de vida segun el índice de masa corporal. Rango: 30-39.99

Condición del pcte.		Percepción de salud general	Impacto de la IU	Limitación de roles	Limitación física	Limitación social	Relaciones personales	Emciones	Sueño y energía	Actividades realizadas
PreQuirúrgico	Media	65.1786	89.2857	76.1905	72.0238	58.7302	50.6667	69.8413	48.8095	72.3810
	N	28	28	28	28	28	25	28	28	28
	Desv. típ.	28.33275	20.39441	28.11959	26.85641	31.98324	33.49959	28.34518	28.66314	23.42763
PosQuirúrgico	Media	17.8571	13.0952	11.9048	14.8810	9.1270	11.3333	11.9048	11.3095	15.7143
	N	28	28	28	28	28	25	28	28	28
	Desv. típ.	26.22653	27.72482	27.16250	26.96564	24.94687	28.34967	26.69556	25.68148	25.80167
Total	Media	41.5179	51.1905	44.0476	43.4524	33.9286	31.0000	40.8730	30.0595	44.0476
	N	56	56	56	56	56	50	56	56	56
	Desv. típ.	36.07971	45.37800	42.45361	39.27095	37.86796	36.57843	39.98356	32.94005	37.59816

Fuente: Encuesta realizada a pacientes operadas para colocación de banda libre de tensión en el HEE en el año 2011
Elaboración: La autora

Referencias Bibliográficas.

Abrams P. *et al.* (2002) *The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society.* Neurourol Urodyn; 21: 167-178.

Badía X, *et al.* (2000) J. *Validez del cuestionario King´s Health para evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria.* Med Clin (Barc) ;114:647-52.

Bates P. *et al* (1979) *The standardization of terminology of lower urinary tract function.* J Urol; 12:551-54.

Bergera Z. *et al.* (2004) *Incontinencia femenina: evaluación urodinámica*. Departamento de Urología. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Rev Med Uviv Navarra/Vol 48, N4,32-36

Botlero R. *et al. (2008)Prevalence and incidence of urinary incontinence in women: Review of the literature and investigation of methodological issues*. Int J Urology;15:230-4.

Córcoles B. *et al.* (2009) *Impacto de la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la calidad de vida de las pacientes*. Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España. Urología Neurológica y Urodinámica Arch. Esp. Urol. ; 62 (1): 22-33

Echeandía V. *et al.* (2007) *De la Incontinencia Urinaria*. Servicio de urología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. NÚM. 101

Espuña P. (2002) *Incontinencia urinaria de urgencia. Vejiga hiperactiva en la mujer.* Prog Obstet Ginecol; 45 (Supl. 1): 41-51.

Fernández P., Díaz P. (2001) *Relación entre variables cuantitativa,* Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complexo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. Cad Aten Primaria 2001; 4: 141-144. [en línea]
http://www.fisterra.com/mbe/investiga/var_cuantitativas/var_cuantitativas2.pdf

Glazener C, Lapitan M. (2012) Urodynamic studies for management of urinary incontinence in children and adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 1. Art. No.: CD003195. DOI: 10.1002/14651858.CD003195.pub2

Gómez E. (2009) *Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida de los documentos de la OMS.* TOG (A Coruña) (Revista en Internet).; 6(9) (10p.)

Gómez V. (2011) *Incontinencia Urinaria: Diagnóstico y tratamiento*. Servivio de Obstetricia y ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España. [en línea]
http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_incontinencia_urinaria.pdf

Guyton, Arthur; Hall, Jhon. *Tratado de Fisiología Medica*. Décima Edición. 2001;32:444

Hu T W, Wagner T H, Hawthorne G, Moore K, Subak L L. *Economics of incontinence* (2004) en Abrams, Cardozo, Kohuri, Wein; Incontinece. Basics and evaluation. 3º International Consultation. International Continence Society:73- 97)

Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. *A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women.* Department of Urogynaecology, King's College Hospital, London, UK. Br J Obstet Gynaecol. (1997) Dec;104(12):1374-9.

Lukacs, Emily. Lawrence, Jean. *Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders.* (2006) American College og Obstetricians and Ginecologists;107

Malfatto, Gustavo. T*ratamiento no quirúrgico de la incontinencia de orina de esfuerzo de la mujer*. (2006) Uroginecología, Caracas.

Modroño Freire, F. J.; Sánchez Cougil, M. J.; Gayoso Diz, P.; Valero Paternain, M. y cols. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 25 años y su influencia en la calidad de vida. (2004) Aten Primaria; 34: 134-149.

Napal Ros, C.; Lara Bueno, C.; Echeandía Valencia, B.; Egaña Gorraiz, C.; Sancho Rey, B.; Recalde Yoldi, A. *Pasado, presente y futuro de la incontinencia urinaria*. (2004) Enfuro; 89: 8 -10.

Neves de Sousa, C., Nascimento, A.; Machado Andrade, M. *Incontinencia urinaria versus calidad de vida.* (2005) Enfuro; 95: 27 -29.

Obregón, Luisa. Saunero, Arturo. *Disfunción del piso pélvico: epidemiología*. (2009) Rev. Obstet Ginecol Venezuela;69(3):172-178.

Palma Paulo, Casio Ricceto, Rogerio de Fraga. *Anatomía quirúrgica del piso pélvico*. (2006) Uroginecología, Caracas; 2:25

Palma Paulo, Dambros Miriam, Kobelinsky Marcelo. *Incontinencia urinaria femenina, Epidemiología en Suramérica*. (2006) Uroginecología, Caracas.

Riccetto , Palma P, Tarazona A. *Aplicaciones clínicas de la teoría integral de la continencia*. (2005) Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, São Paulo. Brasil. Universidad El Bosque. Colombia.Actas Urológicas Españolas 2005 Actas Urol Esp 29; (1): 31-40

Reig A, Bordes P. *La calidad de vida en la atención sanitaria.* En: Tratado de Epidemiología Clínica. (1994) Madrid: DuPont Pharma; p. 327-343.

Nygaard I, DeLancey JO, Arnsdorf L, Murphy E. *Exercise and incontinence*. (1990) Obstet Gynecol;75:848-51

Robles José Enrique, *La incontinencia Urinaria*. (2006) Departamento de Urología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. An. Sist. Sanit. Navar.; 29 (2): 219-232

Romero Maroto J. Prieto Chaparro L. *Técnica y actualidad de la urodinámica. Problemas y retos*. (2003) Servicio de Urología. Unidad de Urodinámica. Hospital Universitario de San Juan. San Juan (Alicante) Actas Urol Esp v.27 n.2 Madrid.

Ruta DA, Garratt AM, Leng M, Russell IT, MacDonald LM. *A new approach to the measurement of quality of life*. (1994) The Patient-Generated Index (PGI). Med Care;32:1109-26.

Salazar , Oyanedel p, Montiglio C, Campero JM, CaroC,Mmonje B, Chavez P, Herrera L. *Prevalencia y factores de riesgo de la incontinencia de orina*.(2005) Centro de urología femenina, vejiga y continencia urinaria, Servicio de urología, Hospital FACH. Consultorio externo hospital FACH. Revista chilena de urología volumen 70 / n° 1/2 año.

Salgueiro María, Salvatierra Elizabeth, Calderón Néstor. *Incontinencia Urinaria*. Revista Paceña de Medicina Familiar. España. Rev Pac Med Fam 2005; 2(2): 114-118

Solà Dalenz V, Ricci Arriola P, Pardo Schanz J. *Estudio urodinámico en la evaluación de la incontinencia urinaria femenina, con el nuevo sistema MoniTorr MR (urodinamia monocanal con medición de presión de retro-resistencia uretral). Experiencia con 100*

pacientes. (2008) Unidad de Uroginecología y Cirugía Vaginal. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Clínica Las Condes. Santiago de Chile. Chile. Actas Urol Esp.;32(3):325-331

Walters, Mark. Karram, Mickey. *Uroginecología y Cirugía Reconstructiva de la Pelvis*. (2008) Tercera edición. Barcelona, España; 2:20-28

Van Kerrebroeck, Philip; Palma Paulo; Dambros Miriam; Tarazona, Alejandro. *Tratamiento no farmacológico de la incontinencia urinaria de esfuerzo*. (2006) Uroginecología. Caracas.