

Conocimientos sobre incontinencia urinaria en pacientes hospitalizados.

GUILLEN LOPEZ Otto, LLANOS ZAVALAGA Fernando*, LECCA GARCIA, Leonid*

SUMMARY

Objective: To find out knowledge about urinary incontinence (IU) in hospitalized patients. **Material and Methods:** A cross sectional, descriptive study; a saturation sample of 325 hospitalized patients 30 years old or more at Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), Lima – Peru, was used. A knowledge questionnaire about incontinence was used, considering appropriate knowledge when more than 50% of correct answers were given. **Results:** Only 35.7% had an appropriate knowledge about IU. Up to 90% were aware of treatment effectiveness and of cure possibility of the incontinence patients. Nevertheless, 75% erroneously believed that UI was due to aging, while less than 50% of the patients knew the role of certain medicines and physical therapy in IU. **Conclusions:** There is a poor knowledge about IU, and it is necessary an intervention of health professionals in the education of people, specially in persons hospitalized with predisposing factors for developing IU, in order to be able to modify wrong ideas about the subject. (*Rev Med Hered 2003; 14: 186-194*).

KEY WORDS: Urinary incontinence, epidemiology, knowledge, hospitalization, Peru.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos sobre incontinencia urinaria (IU) en pacientes hospitalizados. **Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo; se entrevistó una muestra por saturación de 325 pacientes hospitalizados de 30 años a más del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), Lima – Perú, utilizando un cuestionario de conocimientos sobre incontinencia, considerándose como adecuado conocimiento cuando había más de 50% de aciertos en él. **Resultados:** Solamente 35.7% tuvieron conocimiento adecuado sobre IU. Hasta 90% conocía acerca del éxito del tratamiento y posibilidad de curación de los pacientes incontinentes. Sin embargo, 75% consideraron erróneamente que la IU era consecuencia inevitable del envejecimiento, mientras menos de 50% de pacientes conocía el papel de ciertos medicamentos y ejercicios en la IU. **Conclusiones:** Se demostró un pobre conocimiento general sobre la IU, siendo necesaria una intervención de los profesionales de la salud en la educación de la población, sobre todo hospitalizada y con factores predisponentes para desarrollar IU, para así poder modificar las ideas erróneas que existen sobre el tema. (*Rev Med Hered 2003; 14: 186-194*).

PALABRAS CLAVE: Incontinencia urinaria, epidemiología, conocimiento, hospitalización, Perú.

* Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima - Perú.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) o pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable, es un problema social, tanto para los pacientes que la sufren, como para quienes cuidan de ellos (1). Su prevalencia es alta, afectando aproximadamente alrededor de 30% de los individuos mayores que desarrollan sus actividades en la comunidad, a 35% de los que se encuentran en instituciones hospitalarias de cuidados agudos y a más de 60% de los internados en residencias de cuidados geriátricos (2).

A pesar del progreso en la evaluación, manejo y tratamiento de la incontinencia, muchos pacientes ni consultan a los profesionales de la salud sobre ella ni revelan sus síntomas urinarios cuando los visitan por otras razones (3,4). Hasta un 50% de los pacientes con este problema no consultan al médico a pesar de experimentar la incontinencia como un problema (5), quizás porque desconocen que hay formas de ayudarlos (6), lo cual puede subestimar la prevalencia real del problema (7).

Esta falta de conocimiento sobre este trastorno se demuestra también en algunas investigaciones, las cuales demuestran que entre 45% y 63% de personas consideran erróneamente que la IU es una consecuencia inevitable del envejecimiento (8). Los pacientes que sufren de IU pueden aceptar su situación y aprender a vivir con el sufrimiento formando parte de su vida cotidiana, o pueden creer que es un problema sin tratamiento o que existe un conocimiento poco preciso del mismo por parte del personal médico y sanitario (9). Ellos no van a comunicar siempre sus inquietudes acerca de sus síntomas urinarios a su médico sea por vergüenza o por conceptos erróneos sobre la IU (8). Los National Institutes of Health (NIH) (10) de los Estados Unidos mencionan que los primeros pasos para un adecuado tratamiento de este problema son el conocimiento adecuado de la enfermedad y una apropiada evaluación y diagnóstico.

Además, las actitudes sociales negativas acerca de la incontinencia también han sido una barrera para aumentar el conocimiento tanto público como profesional sobre el tema (10). Existen estudios que han demostrado que un simple programa de educación de salud es capaz de mejorar las actitudes hacia este tema de las personas que sufren de este trastorno y los alientan a buscar ayuda profesional (11).

Recientemente se determinó que el punto más

frecuentemente relacionado a la falta de búsqueda de ayuda profesional en los pacientes con incontinencia fue la falta de conocimiento acerca de la IU y de los tratamientos disponibles para ella y/o una percepción negativa de la enfermedad (8,12). Los estudios revelan que más de la mitad de las personas entrevistadas no se sienten lo suficientemente informados acerca de la IU, y la mitad refiere que no tienen información disponible sobre ello (12).

Debido a la escasa información sobre IU en nuestro medio, se realizó el presente trabajo con la finalidad de determinar el nivel de conocimientos que tienen los pacientes hospitalizados sobre la enfermedad. Esperamos con ello comenzar a identificar las deficiencias de información existentes, lo cual nos permitiría realizar intervenciones educativas de esta enfermedad en la población, sobre todo en grupos con factores predisponentes para desarrollar IU, para así modificar las ideas erróneas que existen sobre el tema.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo, realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), Lima – Perú, que incluyó a pacientes hombres y mujeres de 30 años de edad o más hospitalizados en los Departamentos de Cirugía, Medicina, Ginecología y Obstetricia, Medicina Tropical y el Servicio de Traumatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), entre el 19 de noviembre del 2001 y el 09 de enero del 2002.

Para la determinación de la muestra, primero se realizó un estudio piloto para determinar la proporción de los pacientes mayores de 30 años con un nivel adecuado de conocimientos (más de 50% de aciertos a las preguntas del cuestionario). Se entrevistaron 20 pacientes, encontrando que 30% presentaron un nivel adecuado de conocimientos.

Considerando un error muestral absoluto de 0.05 con un nivel de confianza del 95% se estimó un tamaño muestral de 325 pacientes, los que fueron seleccionados mediante muestreo por saturación (hasta completar el tamaño muestral fijado para el estudio). No se tomó en cuenta el número de días de hospitalización ni el diagnóstico o enfermedad que causó la hospitalización.

Se excluyeron a los pacientes que no deseaban ser entrevistados, con grado de enfermedad y estado de conciencia no apto para realizar la entrevista, los que

usaban algún tipo de dispositivo orotraqueal (tubo endotraqueal) u orogástrico (sonda nasogástrica) que impidiera una comunicación adecuada, y los hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos durante la realización de las entrevistas.

Se recolectó información sobre las características demográficas (edad, sexo, estado civil y grado de instrucción) y clínicas de la población estudiada, la presencia de síntomas de alguno de los tipos de IU evaluadas (incontinencia de esfuerzo y de tipo urgencia). Asimismo, se aplicó un cuestionario de incontinencia propuesto y validado en inglés por Branch (11), compuesto por 14 aseveraciones sobre IU (6 debían responderse como “de acuerdo”, y las demás como “desacuerdo”). Para la validación de este cuestionario, primero se realizó la traducción al castellano por 3 personas diferentes (un traductor bilingüe especializado en un instituto de idiomas del país, una persona nacida en el Perú pero que radica en EE.UU. y un médico natural de los EE.UU.). Con el cuestionario traducido se realizó el estudio piloto antes mencionado donde se realizó a cada persona una “entrevista en profundidad” (13), para indagar sobre el grado de entendimiento del cuestionario. Este cuestionario englobó 4 categorías: conocimientos acerca de la existencia de tratamiento, curación y recuperación completa de la IU y de los efectos de este problema en la vida de estas personas (aseveraciones 1, 2, 3,7, 8 y 9), conocimientos sobre la existencia de múltiples causas de este problema, como el consumo de ciertos medicamentos y la predominancia del sexo femenino en esta enfermedad (aseveraciones 4, 5, 6 y 10), conocimientos acerca de la relación del envejecimiento con la IU (aseveraciones 11 y 12), y, conocimientos acerca del interés de los médicos y de los pacientes sobre la enfermedad (aseveraciones 13 y 14).

El cuestionario se administró directamente a cada paciente mediante una entrevista personal. Se les leyó cada afirmación en forma de pregunta anteponiendo la frase: ¿Usted cree que...?, para que ellos respondan afirmativa (de acuerdo) o negativamente (desacuerdo), según corresponda. Esto para minimizar la posibilidad de adivinar la respuesta y para reducir la vergüenza o el temor por fallar la respuesta (13).

Definiciones operacionales

Tipos de IU: Se indagó por sintomatología de 3 determinados tipos de IU (las más prevalentes) (1).

IU de esfuerzo (IUE): Pérdida de orina asociada a maniobras de esfuerzo o ejercicio físico que aumenten la presión intraabdominal (tosar, estornudar, reír, o

alguna actividad física) (14,15,16). Se preguntó ¿si alguna vez se le había escapado la orina al hacer esfuerzos, toser, reír, etc.? Una respuesta afirmativa se catalogó como IUE.

IU tipo urgencia: inicio súbito de la necesidad imperiosa para miccionar y de llegar al baño a tiempo (14, 15, 16). Se preguntó ¿si alguna vez cuando tiene muchas ganas de orinar puede llegar al baño a tiempo? Una respuesta negativa se catalogó como incontinencia de urgencia.

IU mixta: Cuando tenían a la vez características de los 2 tipos de IU antes mencionadas.

Nivel de conocimientos sobre IU: Se consideró un nivel adecuado de conocimientos cuando los aciertos fueron mayores de 50% (17). Si respondían “de acuerdo” en las aseveraciones del 1 al 6; y “desacuerdo” en las aseveraciones del 7 al 14, se consideró un adecuado conocimiento; y si respondían “no sé” o alguna respuesta diferente a las mencionadas se consideró que no tenían conocimiento del tema.

Análisis estadístico

El análisis se realizó utilizando el programa SPSS 7,5 para Windows. Se realizó un análisis descriptivo univariado: las variables categóricas (sexo, estado civil, paridad, cirugías previas y medicaciones utilizadas, y presencia y tipos de incontinencia) se expresaron en frecuencias y porcentajes y las variables numéricas

Tabla N°1. Características de la población.

	Frecuencia	Porcentaje (%)*
Sexo		
Femenino	170	52.30
Masculino	155	47.70
Edad (años)		
30-39	115	35.40
40-49	77	23.70
50-59	67	20.60
≥ 60	66	20.30
Grado de instrucción		
Analfabeto(a)	18	5.50
Primaria (completa e incompleta)	99	30.50
Secundaria (completa e incompleta)	152	46.80
Superior (completa e incompleta)	56	17.20
Estado Civil		
Sin pareja	83	25.60
Casado(a) o conviviente	242	74.40

Tabla N°2. Resultados del cuestionario de conocimientos de IU.

RESPUESTA CORRECTA	DE ACUERDO		DESACUERDO		NO SABE	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1. La mayoría de personas que actualmente sufren de pérdida involuntaria de su orina llevan sus vidas en forma normal.	36	(11.1)	271	(83.4)	18	(5.5)
2. Muchas personas que tienen pérdida involuntaria de la orina pueden ser curados y casi todas pueden experimentar una mejoría significativa.	293	(90.2)	19	(5,8)	13	(4.0)
3. Existen ejercicios que pueden ayudar a controlar la orina en las personas que se les escapa cuando tosen, estornudan o se ríen.	149	(45.8)	34	(10.5)	142	(43.7)
4. La pérdida involuntaria de la orina puede ser causada por varias condiciones médicas que son fácilmente tratables.	226	(69.5)	42	(12.9)	57	(17.5)
5. Las mujeres tienen más probabilidad que los hombres para desarrollar incontinencia urinaria.	183	(56.3)	84	(25.8)	88	(17.8)
6. Muchos medicamentos de venta libre en farmacias pueden causar la pérdida involuntaria de la orina.	135	(41.5)	63	(19.4)	127	(39.1)
RESPUESTA INCORRECTA						
7. Una vez que las personas empiezan a perder el control de su orina, usualmente nunca podrán recuperar por completo el control de la orina nuevamente.	29	(8.9)	272	(83.7)	24	(7.4)
8. El mejor tratamiento para la pérdida involuntaria de la orina es generalmente la cirugía.	166	(51.1)	104	(32.0)	55	(16.9)
9. Además del uso de toallas, pañales o sondas, poco se puede hacer para tratar o curar la pérdida involuntaria de la orina.	28	(8.6)	239	(73.5)	58	(17.8)
10. La pérdida involuntaria de la orina es producida solamente por una o dos condiciones o causas.	54	(16.6)	186	(57.2)	85	(26.2)
11. La mayoría de personas cuando lleguen a los 85 años perderán el control de su orina.	246	(75.7)	49	(15.1)	30	(9.2)
12. La pérdida involuntaria de la orina, a menudo llamada incontinencia urinaria, es resultado del envejecimiento normal.	163	(50.1)	138	(42.5)	24	(7.4)
13. La mayoría de médicos pregunta a sus pacientes de edad avanzada si tienen problemas con el control de su vejiga.	217	(66.8)	76	(23.4)	32	(9.8)
14. La mayoría de personas con pérdida involuntaria de la orina consultan a sus médicos sobre ello.	187	(57.5)	114	(35.1)	24	(7.4)

(edad y puntajes obtenidos en el cuestionario) se expresaron como medias \pm desviación estándar (DS).

Además, el análisis de la inferencia estadística se realizó con la prueba chi cuadrado (X^2) con corrección de Yates o la prueba exacta de Fisher, según el caso. Se consideró una diferencia significativa cuando $p < 0.05$. Se correlacionó los puntajes obtenidos y cada una de las respuestas a cada una de las aseveraciones del cuestionario según sexo, grupo étnico, grado de instrucción y presencia de sintomatología de IU en los pacientes.

RESULTADOS

Se entrevistaron 325 pacientes, 52.3% mujeres, con una edad promedio de 48.04 ± 14.05 años (rango: 30 - 94 años) y 64.0% contaba con educación secundaria o superior (completa o incompleta). Las características

demográficas de la población estudiada se muestran en la tabla N°1.

Conocimientos sobre incontinencia urinaria

Se encontró entre 1 y 13 respuestas correctas al cuestionario (promedio: 6.75 ± 2.10) (Tabla N°2). Sólo 35.7% de las pacientes tuvieron un adecuado conocimiento sobre IU, observándose una tendencia de un mayor nivel de conocimientos con un mayor grado de instrucción, aunque no significativa. Tampoco se encontraron diferencias significativas en el nivel de conocimientos entre ambos sexos ni entre personas incontinentes y las que no lo eran (Tablas N° 3 y N°4).

En la primera categoría del cuestionario, el mayor porcentaje de aciertos se refirieron a la posibilidad de recuperación completa y mejoría significativa/curación en la mayoría de personas que sufren este problema

Tabla N°3. Puntajes de acuerdo a sexo, grado de instrucción y edad.

PUNTAJE	SEXO		GRADO DE INSTRUCCIÓN				EDAD (años)				TOTAL
	Femenino	Masculino	Analfabeto	Primaria	Secundaria	Superior	30-39	40-49	50-59	≥ 60	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
≤ 7	114 (67)	95 (61.30)	13 (72.20)	67 (67.70)	97 (63.82)	32 (57.14)	77 (67)	46 (59.70)	38 (56.70)	48 (72.70)	209 (64.30)
≥ 8	56 (33)	60 (38.70)	5 (27.80)	32 (32.30)	55 (36.18)	24 (42.86)	38 (33)	31 (40.30)	29 (43.30)	18 (27.30)	116 (35.70)
	170 (100)	155 (100)	18 (100)	99 (100)	152 (100)	56 (100)	115 (100)	77 (100)	67 (100)	66 (100)	325 (100)
	NS		NS				NS				

Tabla N°4. Correlación de la categoría 1 según edad y grado de instrucción.

CATEGORÍA 1		EDAD		SEXO		GRADO DE INSTRUCCIÓN		PRESENCIA DE INCONTINENCIA		TOTAL
		< 60 años	≥ 60 años	Masculino	Femenino	Analfabeto-Primaria	Secundaria-Superior	Si	No	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Aseveración 1	Conoce	NS		NS		NS		21 (16.50)	15 (7.60)	36 (11.10)
	No conoce	NS		NS		NS		106 (83.50)	183 (92.40)	289 (88.90)
		NS		NS		NS		$p=0.012$		
Aseveración 2	Conoce	241 (93.10)	52 (78.60)	NS		100 (85.50)	193 (92.80)	NS		293 (90.20)
	No conoce	18 (6.90)	14 (21.20)	NS		17 (14.50)	15 (7.20)	NS		32 (9.80)
		$p=0.001$		NS		$p=0.034$		NS		
Aseveración 3	Conoce	NS		NS		64 (54.70)	85 (40.90)	NS		149 (45.80)
	No conoce	NS		NS		53 (45.30)	123 (59.10)	NS		176 (54.20)
		NS		NS		$p=0.016$		NS		
Aseveración 4	Conoce	NS		NS		NS		113 (89.00)	159 (80.30)	272 (83.70)
	No conoce	NS		NS		NS		14 (11.00)	39 (19.70)	53 (16.30)
		NS		NS		NS		$p=0.039$		
Aseveración 5	Conoce	96 (37.10)	8 (12.10)	NS		27 (23.10)	77 (37.00)	NS		104 (32.00)
	No conoce	163 (62.90)	58 (87.90)	NS		90 (76.90)	139 (63.00)	NS		221 (68.00)
		$p=0.001$		NS		$p=0.01$		NS		
Aseveración 6	Conoce	NS		NS		70 (59.80)	169 (81.30)	NS		239 (73.50)
	No conoce	NS		NS		47 (40.20)	39 (18.80)	NS		86 (26.50)
		NS		NS		$p=0.001$		NS		

* No hubo relación significativa (NS) con ninguna de las aseveraciones de esta categoría en relación a sexo.

Tabla N°5. Correlación entre la categoría 2 según edad, sexo y grado de instrucción.

CATEGORÍA 2		EDAD				SEXO				GRADO DE INSTRUCCIÓN				PRESENCIA DE INCONTINENCIA		TOTAL	
		< 60 años		≥ 60 años		Masculino		Femenino		Analfabeto-Primaria		Secundaria-Superior		Sí	No	n	%
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
Aseveración 4	Conoce	NS				NS				73 (32.40) 153 (73.60)				NS		226	(69.50)
	No conoce	NS				NS				44 (37.60) 55 (26.40)				NS		99	(30.50)
Aseveración 5	Conoce	NS				121 (71.20)	62 (40.00)	NS				88 (69.30)	95 (48.00)	183	(56.30)		
	No conoce	NS				49 (28.80)	93 (60.00)	NS				39 (30.70)	103 (52.00)	142	(43.70)		
Aseveración 6	Conoce	NS				80 (51.60)	55 (32.40)	NS				61 (52.10)	74 (35.60)	135	(41.50)		
	No conoce	NS				75 (48.40)	115 (67.60)	NS				56 (47.90)	134 (64.40)	190	(58.50)		
Aseveración 10	Conoce	156 (60.20)	30 (45.50)	NS				NS				NS		186	(57.20)		
	No conoce	103 (39.80)	35 (54.50)	NS				NS				NS		139	(42.80)		

*No hubo relación significativa (NS) entre la aseveración 11 de la 3° categoría con ninguna de las variables mencionadas.

(83.7 y 90.2% de aciertos, respectivamente). Por otro lado, se encontró una tendencia a un bajo conocimiento con respecto a algunas formas específicas de tratamiento de la IU como ejercicios y cirugías con índices de aciertos de sólo 45.8% y 32.0%, respectivamente. No obstante, 73.5% cree que pueden existir otras formas de tratamientos además de usar sólo contenedores de orina como toallas higiénicas, pañales o sondas. Además, 11.1% de las personas creen que las personas que sufren de IU pueden realizar su vida con normalidad, sin que esto afecte sus labores cotidianas. Se observó mayor desconocimiento en general sobre esta categoría entre las personas de 60 años o mayores, con bajo grado de instrucción y que no eran incontinentes (p<0.05).

En la segunda categoría sobre las causas de la IU, se identificó que 69.5% pensaron que este problema es producido por varias condiciones médicas fácilmente tratables; un mayor conocimiento sobre este tema estuvo

asociado con un mayor grado de instrucción (p<0.05). Sólo 41.5% conocían que existen medicamentos comunes que pueden ser causa de IU, observándose un mayor índice de desconocimiento entre el sexo femenino y en las personas con educación secundaria o superior (p<0.01). 56.3% conocían que las mujeres tienen un mayor riesgo para desarrollar IU, observándose el mayor número de aciertos en el sexo femenino (71.0 vs. 40.0% de hombres) (p=0.001) y en personas incontinentes (p<0.05)(Tabla N°5).

En la tercera categoría acerca de la relación real entre el envejecimiento y la IU sólo se obtuvo entre 15.1% y 42.5% de aciertos, resaltando un mayor índice de desconocimiento en este tema entre las personas con menor grado de instrucción (p<0.05) (Tabla N°6).

En la cuarta categoría acerca de la discusión entre el paciente y el médico acerca de la IU, se observó que apenas 23.4% de los pacientes entrevistados cree que

Tabla N°6. Correlación de las categorías 3* y 4 según sexo y grado de instrucción.

CATEGORÍA			EDAD		SEXO		GRADO DE INSTRUCCIÓN		PRESENCIA DE INCONTINENCIA		TOTAL	
			< 60 años	≥ 60 años	Masculino	Femenino	Analfabeto-Primaria	Secundaria-Superior	Sí	No	n	%
			n	(%)	n	(%)	n	(%)	N	(%)		
3	Aseveración 11	Conoce	NS		NS		NS		NS		49	(15.10)
	Aseveración 12	No conoce	NS		NS		41 (35.00)	97 (46.60)	NS		138	(42.30)
4	Aseveración 13	Conoce	NS		NS		76 (65.00)	111 (53.40)	NS		187	(57.30)
		No conoce	NS		NS		18 (15.40)	38 (27.90)	NS		76	(23.40)
	Aseveración 14	Conoce	66 (42.60)	48 (28.20)	31 (26.50)	83 (39.10)	36 (28.30)	78 (39.40)	114	(35.10)		
		No conoce	89 (57.40)	122 (71.80)	86 (73.50)	125 (60.10)	91 (71.70)	120 (60.60)	211	(64.90)		

*No hubo relación significativa (NS) entre la aseveración 11 de la 3° categoría con ninguna de las variables mencionadas.

la mayoría de médicos no indagan sobre síntomas de IU en sus pacientes de edad avanzada, y que 35.1% saben que la mayoría de personas que sufren de IU no consultan sobre ello a sus médicos, respectivamente. El mayor desconocimiento se observó en personas con menor grado de instrucción ($p < 0.05$) (Tabla N°6).

DISCUSIÓN

Nuestro estudio reveló un pobre conocimiento en los pacientes hospitalizados, ya que solamente 35.7 % tenían un nivel adecuado de conocimientos acerca de la incontinencia. En general, se observó un mejor nivel de conocimiento a mayor grado de instrucción, mas no se observó diferencias significativas en cuanto al sexo, grupo étnico o entre las personas incontinentes y quienes no lo eran. Se obtuvo que 6 aseveraciones de las 14 del cuestionario tuvieron más de 50% de aciertos en general, y 4 de ellas se referían al hecho de que este problema es producido por causas que pueden ser fácilmente tratables y con la posibilidad de curación y mejoría en la mayoría de los casos.

La edad avanzada en sí está relacionada con alteraciones anatómicas y fisiológicas sobre el tracto urinario inferior y a enfermedades sistémicas frecuentes o ciertos grados de dependencia o incapacidad física que pueden actuar como factores asociados al desarrollo de la pérdida del mecanismo normal de continencia (16). La relación de la IU con el envejecimiento según los resultados obtenidos parece ser una frecuente creencia en la población entrevistada. Hasta 76% de personas afirmaban dicha creencia, lo cual fue mayor al 45.0 y 63.0% encontrado por otros autores (12,17). Por otro lado, apenas poco más del 50% de entrevistados en nuestro estudio tuvieron el correcto conocimiento sobre el mayor riesgo de las mujeres de desarrollar IU.

Hubo un consenso mayoritario respecto a la existencia de curación para la IU en los entrevistados (entre 84.0 y 90.0%). Sin embargo, sólo 11.0% concordaron que las personas con IU pueden llevar una vida normal en relación probablemente a que nuestro estudio se realizó bajo la modalidad de entrevista personal directa y que pudo haber establecido "presión" indirecta en la respuesta del paciente.

Actualmente, existen diversas opciones terapéuticas que deben ser conocidas y adecuadamente explicadas a los pacientes. Dentro de estas alternativas terapéuticas destacan las técnicas de comportamiento como la reeducación vesical y los ejercicios del suelo pélvico (6,14). Kegel encontró índices de curación de 16.0 a

70.0% y de mejoría de 43.0 a 96.0% (14). Por otro lado, tenemos el tratamiento farmacológico con agentes anticolinérgicos, relajantes de músculo liso, los agentes alfa adrenérgicos y la terapia de reemplazo con estrógenos (14), según el tipo de IU y los factores asociados a ella. Con ello se logra un efecto de beneficio y mejoría de hasta 67.0% de pacientes (19). Existen medicamentos, sin embargo, que pueden ser factores causales transitorios de IU (relajantes de músculo liso y depresores del sistema nervioso central) produciendo por su acción sobre el tracto genito-urinario inferior (4,6) algunos síntomas de incontinencia. Dentro de estos, algunos son de uso frecuente, con o sin prescripción médica, por lo que su uso indiscriminado - especialmente en nuestra sociedad donde la consulta y prescripción por farmacéuticos y la automedicación son frecuentes - pueden predisponer para el desarrollo de IU. Hasta 58% de entrevistados desconocía sobre la relación de ciertos medicamentos comunes con el potencial desarrollo de IU, observándose un mayor desconocimiento de este tema en el sexo femenino. El tratamiento quirúrgico para la IU es realizado sólo en pacientes selectos que declinan o no mejoran con el tratamiento conservador descrito, siendo el tratamiento de elección para los pacientes con IUE genuina. Con esto se recupera la continencia en 70.0 a 90.0% de pacientes (10), aunque frecuentemente se requieren reoperaciones.

La mayoría de personas (73.0%) conocía que existen diferentes formas de tratamiento. No obstante, existe la creencia errónea (51.1%) de que la cirugía es el mejor tratamiento para la IU en general. Esto puede ser una de las causas de no solicitar ayuda médica profesional por temor a ser sometido a este procedimiento invasivo. Por otro lado, apenas 46.0% conocían los ejercicios de suelo pélvico para fortalecer los músculos que sostienen el tracto genito-urinario inferior.

El 67% de pacientes afirma que los médicos en general preguntan a sus pacientes si tienen problemas para el control de su vejiga. Sin embargo, realmente existe una reducida investigación acerca del funcionamiento urinario por parte de los profesionales de la salud, especialmente en los médicos generales. Branch (18) encontró que 67% de los médicos de atención primaria mencionaron realizar preguntas sobre IU a sólo 25% o menos de sus pacientes; y, aproximadamente 50% de los pacientes señalaron que sus médicos nunca les han preguntado sobre la IU o tratado esta enfermedad o referido para tratamiento especializado. En dicho estudio, 41% de los médicos, entre ginecólogos y urólogos, informaron apenas iniciar alguna conversación sobre el tema con 1 o ninguno de

cada 10 de sus pacientes por encima de los 65 años.

Una cuestión de suma importancia es el conocimiento e interés de los profesionales de la salud y de los pacientes sobre la IU. En nuestro estudio, 57.5% afirma que las personas con IU conversan con sus médicos sobre su problema. Sin embargo, esta aseveración no es cierta, ya que hasta 50.0% de pacientes no consultan al médico a pesar de experimentar la incontinencia como problema (5), sea por vergüenza o por temor a una probable cirugía, o porque creen que poco se puede hacer para tratar dicha entidad o por considerar que sus síntomas son insignificantes (19) o inevitables por la edad (8,12). Debido a estas creencias, urge la necesidad de una mayor educación pública y la propagación de información sobre este tema a la población general para así ayudar a disipar los mitos y creencias sobre este problema (16).

Todas estas percepciones erróneas probablemente tienen un efecto negativo en la decisión de buscar tratamiento, llevando a las personas con este problema a tentativas individuales de ajustar su estilo de vida a sus pérdidas urinarias y además a no revelar sus síntomas e inquietudes al médico u otro profesional de la salud, por creer que este problema es "normal" o por temor a la necesidad de cirugía para resolverlo.

Según las recomendaciones del Comité Científico de la Primera Junta Internacional sobre Incontinencia (1), la IU debe identificarse como un tópico separado en la agenda de los cuidados de salud y que las políticas de gobierno deben incluir estrategias y campañas de prevención públicas para romper los tabúes que rodean esta enfermedad. Este tipo de programas de educación simple representa un medio económico y efectivo de mejorar el acceso al tratamiento para las personas incontinentes. El Comité recomienda también que el manejo de la IU debe ser enseñado en todas las escuelas de medicina, enfermería y de entrenamiento fisioterapéutico, y que cada país debe establecer una organización nacional de continencia, de la cual formen parte tanto pacientes, como profesionales de la salud e instituciones.

Es obvio entonces, que la educación para la población debe comenzar desde los médicos de atención primaria, que dentro del sistema sanitario actual, es el que juega un papel decisivo en la identificación de este problema.

En nuestro medio, esto involucra sobre todo la atención en postas médicas y en hospitales públicos y de la seguridad social, donde acude la mayoría de nuestra población por la falta de recursos económicos suficientes. Los médicos de atención primaria que están

capacitados para su diagnóstico e incluso tratamiento pueden mejorar de manera notoria la calidad de vida de muchas personas (10). Ellos deben enfatizar la búsqueda de molestias urinarias ya que la mayoría de pacientes con estos problemas no serán capaces de hablar sobre el tema por sí mismos (18). Todo ello implica la necesidad de intervenciones de educación sobre la población general, que permita la búsqueda de soluciones precoces a este problema. Esto debe partir desde una temprana investigación de síntomas de IU en la población en riesgo, generalmente mujeres y personas mayores, en las que ya se empiezan a manifestar los síntomas de incontinencia.

Entonces, se debe de trabajar en conjunto tanto las universidades, el Ministerio de Salud y la Seguridad Social privada y pública, el Colegio Médico del Perú y los médicos en general, así como los medios de comunicación para reforzar la educación e información de la población acerca de la IU y así poder erradicar los mitos y conceptos erróneos que tienen las personas sobre este tema y con ello mejorar la capacidad de búsqueda de atención médica y tratamiento para este problema en la población general, y en especial en los pacientes incontinentes. Asimismo, se debe mejorar el conocimiento de los prestadores de salud en general en nuestro medio y la actitud a veces displicente con que éstos manejan o enfocan un problema aparentemente irrelevante y sencillo, pero que tiene grandes repercusiones personales, familiares y sociales. Esto puede lograrse ofreciendo cursos educativos continuos enfocados en los tipos de IU y en medidas de diagnóstico y tratamiento apropiados, si es necesario de forma obligatoria.

Correspondencia:

Fernando Llanos Zavalaga.
Facultad de Salud Pública y Administración.
Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Av. Honorio Delgado 430, San Martín de Porres,
Lima – Perú. Apto. 4314.
Teléfono: (51-1) 4824353. Fax: (51-1) 381-9072.
E-mail: fllanos@upch.edu.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Scientific Committee of the First International Consultation on Incontinence. Assessment and treatment of urinary incontinence. *Lancet* 2000; 355: 2153-8.
2. Torres B, Cuadro JC, Calandra D. Detección y diagnóstico de la incontinencia urinaria. En: *Actualización en Ginecología para el médico general*. Medical MAG 1997; 2 (18):46-50.
3. Fonda D, Ouslander JG, Norton C. Continence across

- continents. *J Am Geriat Soc* 1994;42:109-12.
4. Rowe JW, Besdine RW, Ford AB. Urinary incontinence in adults: NIH Consensus Development Conference. *JAMA* 1989;261:26885-90.
 5. Brocklehurst JC. Urinary incontinence in the community-analysis of a MORI poll. *BMJ* 1993;306:832-4.
 6. Culligan PJ, Sand PK, Kaplan D. Urinary incontinence in women. *Patient Care* 1999;1(5):35-50.
 7. Ouslander JG. Geriatric urinary incontinence. *Dis Mon* 1992;38:71-149.
 8. Shaw C, Tansey R, Jackson C, Hyde C, Allan R. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Fam Pract* 2001;1:48-52.
 9. Puente MC, Valles ML. Incontinencia urinaria. *Medicina General* 2001;37:719-25.
 10. National Institutes of Health. Urinary incontinence in adults. NIH Consens Statement 1988;7(5):1-32.
 11. Branch LG, Walker LA, Wetle TT, DuBeau CE, Resnick NM. Urinary incontinence knowledge among community-dwelling people 65 years of age and older. *J Am Geriat Soc* 1994;42:1257-62.
 12. Ueda T, Tanaki M, Kageyama S, Yoshimura N, Yoshida O. Urinary incontinence among community-dwelling people aged 40 years or older in Japan: prevalence, risk factors, knowledge and self-perception. *Int J Urol* 2000;3:95-103.
 13. Bowling A. *Research methods in health. Investigating health and health services.* Open University Press: London, England. 1997.
 14. Martínez F, Fouz C, Gil P, Téllez M. Incontinencia urinaria: una visión desde atención primaria. *Medifam* 2001;11:55-64.
 15. Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. *J Urol* 1991;146:1255-9.
 16. Resnick NM. Urinary incontinence. *Lancet* 1995;346:94-9.
 17. Blanes L, Pinto RCT, Santos VL. Urinary incontinence. Knowledge and attitudes in Sao Paulo. *Braz J Urol* 2001; 27(3):281-8.
 18. Branch L, Resnick N, DuBeau C, Balsam A, Bottum C, Siegal D, et al. Knowledge, Attitudes, and Practices of Physicians Regarding Urinary Incontinence in Persons Aged greater than or equal to 65 years — Massachusetts and Oklahoma, 1993. *MMWR* 1995; 44 (40):747-753.
 19. Sandvik H, Hunskaar S, Sein A, Hernestad R, Vanvik A, Bratt H. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J Epidemiol Community Health* 1993; 47:497-9.