

Prevalencia de incontinencia urinaria y disfunción sexual en embarazadas atendidas en un Centro de Salud Familiar de Santiago de Chile

Prevalence of Urinary Incontinence and Sexual Dysfunction of Pregnant Women Assisted at a Familiar Health Center in Santiago of Chile

Lizet Osorio Cerda, Ana Ortiz Lorca, Paulina Muñoz Herrera, Cinara Sacomori

Universidad Bernardo O´Higgins, Escuela de Kinesiología, Santiago de Chile.

RESUMEN

Introducción: El embarazo es un período de distintos cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales que pueden ocasionar el surgimiento de síntomas de incontinencia urinaria y de problemas en el funcionamiento sexual.

Objetivo: Analizar la prevalencia de incontinencia urinaria y disfunción sexual de embarazadas de un centro de salud familiar de la región metropolitana de Chile.

Método: Estudio de tipo transversal, realizado en 50 mujeres durante su periodo gestacional. Se evaluó incontinencia urinaria con el cuestionario *ICIQ-SF* y la función sexual con el Índice de Función Sexual Femenina, ambos validados en Chile. Se utilizó la prueba *U de Mann Whitney*, $p < 0,05$.

Resultados: La prevalencia de incontinencia urinaria fue 42 %, siendo que para 8 % de las embarazadas la IU les afectaba mucho su calidad de vida (EVA= 10). El puntaje promedio de función sexual fue 27,3 (ds= 6,4). La prevalencia de disfunción sexual fue de un 36 % (n= 18). Hubo diferencia significativa entre las embarazadas con y sin incontinencia urinaria en relación con los dominios excitación ($p = 0,028$) y lubricación ($p = 0,026$).

Conclusiones: Los datos nos indican que tanto la incontinencia urinaria como la disfunción sexual son problemas presentes en las embarazadas, los que puede afectar la calidad de vida. Se recomienda realizar programas de salud preventiva, educación y talleres de rehabilitación del piso pélvico para abordar estos problemas.

Palabras clave: incontinencia urinaria; función sexual; embarazo.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is a period of different physical, hormonal, psychological and social changes that may cause symptoms of urinary incontinence and problems in sexual functioning.

Objective: To analyze the prevalence of urinary incontinence (UI) and sexual dysfunction of pregnant women of a family health center in the metropolitan region of Chile and to compare the sexual function between continent and incontinent pregnant women.

Method: A cross-sectional study was carried out on 50 women during their gestational period. Urinary incontinence was evaluated with the ICIQ-SF questionnaire and sexual function with the Feminine Sexual Function Index, both validated in Chile. The Mann Whitney U test was used, $p < 0.05$.

Results: The prevalence of UI was 42 %, 8 % of the pregnant women referred that UI affected their quality of life very much (VAS= 10). The average score of sexual function was 27.3 (SD= 6.4). The prevalence of sexual dysfunction was 36 % (n= 18). There was significant difference between pregnant women with and with no UI in relation to the excitation ($p = 0.028$) and lubrication ($p = 0.026$) domains. Data indicate that both UI and sexual dysfunction are present problems in pregnant women, which can affect quality of life.

Conclusions: It is recommended to carry out preventive health programs, education and workshops for pelvic floor rehabilitation to address these problems.

Keywords: urinary incontinence; sexual function; pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria y disfunción sexual son problemas que pueden presentar las mujeres embarazadas, independiente de su trimestre de gestación, siendo que ambas disfunciones afectan de forma negativa la calidad de vida.^{1,2} La incontinencia urinaria (IU) es definida como cualquier pérdida involuntaria de orina.³ A su vez, las disfunciones sexuales incluyen reducción del deseo sexual, reducción de la lubricación vaginal, mayor dificultad para poder llegar al orgasmo, insatisfacción sexual y dispareunia.⁴

Según *Petricelli* y otros (2014),⁵ en el embarazo se produce un crecimiento uterino, en donde el piso pélvico se sobrecarga, lo que, sumado a la influencia hormonal y alteraciones biomecánicas de la pelvis, hace que tanto el tono muscular como la fuerza muscular puedan verse disminuidos, lo que puede resultar en IU. Se ha mencionado que esta disfunción es más común en el tercer trimestre, debido a que los altos niveles de progesterona liberada causan una relajación en el músculo liso y dilatación de la zona uro-rectal.⁶

Existen pocos estudios en Latinoamérica que analicen la prevalencia de estas alteraciones en embarazadas atendidas en los controles perinatales del servicio público de atención en el área de la salud. Por otra parte, existe más información oriunda de otros continentes sobre los factores de riesgo asociados al desarrollo de

estas alteraciones, tales como el aumento significativo de la masa corporal, diabetes mellitus, embarazos y partos previos, aumento de la edad, constipación y síntomas depresivos.³

Así, el objetivo de este estudio es analizar la prevalencia de incontinencia urinaria y disfunción sexual en embarazadas atendidas en un centro de salud familiar (CESFAM) de la Comuna La Granja, Santiago de Chile.

MÉTODOS

Estudio de tipo observacional con diseño transversal en el que se evaluó la frecuencia e intensidad de la incontinencia urinaria y función sexual durante el periodo gestacional.

En el estudio participaron 50 mujeres embarazadas independientemente del trimestre gestacional y que se atendían en el Centro de Salud Familiar Esteban Gumucio de la comuna la Granja, región metropolitana de Chile. Consiste en una muestra no probabilística por conveniencia, por lo que fueron invitadas todas las mujeres que asistían a los controles perinatales en el período de realización del estudio.

En los criterios de inclusión se tuvieron en cuenta las mujeres embarazadas mayores de 18 y menores de 45 años, sin importar el trimestre de gestación y que se atendían en el centro de salud antes mencionado. Los criterios de exclusión fueron la presencia de otros trastornos del piso pélvico como incontinencia fecal, prolapso, enfermedades neurológicas y problemas congénitos.

Los instrumentos de evaluación consistieron en una ficha clínica con datos básicos de la persona en donde se registró el trimestre gestacional, edad, peso, talla, nivel de escolaridad, estado civil, número de hijos, comorbilidades y práctica de actividad física en tiempo libre.

Se utilizó el *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form* (ICIQ-SF), el cual evalúa la intensidad y frecuencia de la incontinencia urinaria además de los estragos en la calidad de vida de las personas. Fue validado en Chile por *Busquets y otros* (2012)⁷ en una población usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Para evaluar las disfunciones sexuales se realizó el cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), el cual mide seis aspectos fundamentales para la función sexual: trastornos del deseo, excitación, orgasmo, dolor sexual, lubricación y satisfacción; donde cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, otorgándoles un puntaje de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje la mujer presentará una mejor función sexual. *Blümel y otros* (2004)⁸ validaron esta prueba en Chile.

Para determinar la prevalencia de disfunción sexual se utilizó el punto de corte de 26,6 sugerido por *Wiegel, Meston y Rosen* (2005).⁹ Ambos cuestionarios son autoadministrables pues son simples de entender y de realizar por las participantes de esta investigación.

El comité de ética de la Universidad "Bernardo O'Higgins" aprobó este estudio y se utilizó un consentimiento informado con todas las participantes.

Los datos fueron analizados con el programa de análisis de datos SPSS midiendo frecuencia, porcentajes, media, mediana y desviación estándar. Para comparar la función sexual entre embarazadas con y sin IU se utilizó la prueba U de Mann Whitney. Para comparar la incontinencia y función sexual entre mujeres de los tres períodos gestacionales se utilizó la prueba de *Kruskall Wallis*. En todas las pruebas se utilizó un $p < 0,05$.

RESULTADOS

En el estudio participaron un total de 50 mujeres. La media de edad de fue de 28,5 años (con un rango de 18-40 años y desviación estándar de 5,8), su peso y talla promedio fue 71 kg y 1,60 cm, respectivamente, demostrado en la [tabla 1](#).

Tabla 1. Medidas antropométricas de las participantes del estudio (n= 50)

Medidas antropométricas	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)
Media	28,5	71,2	160,4
Mediana	29,0	71,5	160,0
Desviación Estándar	5,8	10,6	6,4

Como se observa en la [tabla 2](#), 80 % (n= 40) de ellas eran solteras, 50 % (n= 25) fueron madres primerizas al momento de responder los cuestionarios y, a su vez, se encontraban mayoritariamente en el segundo trimestre de gestación (n= 27). También se destaca una mayor prevalencia de embarazadas con escolaridad media completa (56 %) y la escasa prevalencia de mujeres activas físicamente durante el tiempo libre (solamente 12 % realizaban actividad física más de 3 veces por semana).

Tabla 2. Caracterización demográfica de las participantes del estudio (n= 50)

Caracterización demográfica	No. (%)
Estado Civil	
Soltera	40 (80)
Casada	10 (20)
Nº de partos	
0	25 (50)
1	10 (20)
2	6 (12)
3	9 (18)
Tipo de parto	
Parto vaginal natural	10 (20)
Parto vaginal asistido	4 (8)
Parto cesárea	13 (26)
Sin partos	23 (46)
Trimestre gestacional	
Primer trimestre	19 (38)
Segundo trimestre	27 (54)
Tercer trimestre	4 (8)
Mes de gestación	
1er. mes de gestación	2 (4)
2do. mes de gestación	8 (16)
3er. mes de gestación	9 (18)
4to. mes de gestación	7 (14)
5to. mes de gestación	17 (34)
6to. mes de gestación	3 (6)
7mo. mes de gestación	1 (2)
8vo. mes de gestación	1 (2)
9no. mes de gestación	2 (4)
Número de hijos	
0 hijo	23 (46)
1 hijo	14 (28)
2 hijos	6 (12)
3 hijos	7 (14)
Escolaridad	
Básica	4 (8)
Media	28 (56)
Superior	18 (36)
Actividad física	
>3 veces por semana	6 (12)
< 3 veces por semana	10 (20)
Sin actividad física	34 (68)

La prevalencia de IU fue de un 42 % (n= 21). En la [tabla 3](#) se presenta los datos de severidad de la IU en estas mujeres durante su periodo gestacional, lo cual demuestra que un 12 % (n= 6) tenía pérdidas de orina varias veces al día, una vez a la semana o menos (24 %) y un 6 % le ocurría 2-3 veces por semana.

Tabla 3. Prevalencia, frecuencia, cantidad de pérdidas urinarias (n= 50)

Datos IU	No. (%)
Frecuencia de perdida	
Nunca	29 (58)
Una vez a la semana o menos	12 (24)
2 o 3 veces por semana	3 (6)
Varias veces al día	6 (12)
Cantidad	
Nada	28 (56)
Muy poca	15 (30)
Moderada	3 (6)
Mucha	4 (8)
Afecta su vida (escala EVA 0-10)	
Afecta nada (0)	31 (62)
Afecta (1)	2 (4)
Afecta (2)	7 (14)
Afecta (3)	3 (6)
Afecta (4)	1 (2)
Afecta (5)	1 (2)
Afecta (7)	1 (2)
Afecta (10)	4 (8)
Puntaje ICIQ-SF	
Puntaje ICIQ-SF 0	28 (56)
Puntaje ICIQ-SF 3	3 (6)
Puntaje ICIQ-SF 4	2 (4)
Puntaje ICIQ-SF 5	7 (14)
Puntaje ICIQ-SF 6	1 (2)
Puntaje ICIQ-SF 7	1 (2)
Puntaje ICIQ-SF 9	1 (2)
Puntaje ICIQ-SF 11	1(2)
Puntaje ICIQ-SF 12	2 (4)
Puntaje ICIQ-SF 20	4 (8)
Cuándo pierde orina	
Antes de llegar al WC	7 (14)
Al toser o estornudar	19 (38)
Al esfuerzo físico	7 (14)
Al acabar de orinar	4 (8)
Sin un motivo evidente	5 (10)

En relación con la cantidad de pérdida de orina, la mayoría de ellas presentaban poca cantidad (30 %). Sin embargo, existe una minoría de estas (n= 4; 8 %) con un

puntaje final de ICIQ-SF de 20, que notoriamente la IU afecta considerablemente su vida diaria.

Finalmente, la forma más frecuente de pérdida de orina detectada entre las mujeres es cuando realizaban la acción de toser o estornudar (38 %); en cambio, el resto de las opciones variaba entre, antes llegar al WC (14 %), al esfuerzo físico (14 %), al acabar de orinar (8 %), y sin un motivo aparente (10 %).

La prevalencia de disfunción sexual fue de 36 % (n= 18). El promedio del índice del puntaje de función sexual fue 27,3 (DE= 6,4). En cuanto a los resultados obtenidos por dominio en la encuesta de función sexual, se aprecia en la [tabla 4](#) que, en general, las embarazadas presentaron un alto puntaje para todos los dominios, relacionado con óptima función sexual. Hubo diferencia significativa entre mujeres continentales e incontinentes solamente para los dominios excitación y lubricación. Las mujeres incontinentes reportaron mejor excitación y lubricación en comparación con las embarazadas continentales.

En relación con los trimestres gestacionales, no hubo diferencia significativa estadísticamente entre las mujeres de los tres períodos gestacionales en relación con la severidad de la incontinencia urinaria y tampoco en relación con la función sexual ($p > 0,05$).

DISCUSIÓN

La prevalencia de IU identificada en este estudio fue de 42 %, siendo que para 8 % de las embarazadas la IU les afectaba considerablemente en su calidad de vida (EVA= 10). Otros estudios han identificado prevalencias similares.^{10,11} Cuando se considera solo embarazadas del tercer trimestre se obtiene una prevalencia un poco más elevada (59,5 %).¹ Por otra parte, *Bekele, Adefris y Demeke* (2016)¹² reportan una prevalencia de 11,4 % en Etiopía, la cual es menor en comparación a Europa u occidente.

Esta elevada prevalencia de IU durante el embarazo puede ser explicada por los cambios fisiológicos como el aumento en la presión que ejerce el útero sobre la vejiga a medida que crece, sumado al constante cambio hormonal, lo que puede reducir la fuerza y función del esfínter de piso pélvico, que provocan finalmente una debilidad del cuello vesical, combinado con una mayor presión dentro de la vejiga y una menor presión del cierre uretral, generando así el efecto final de la fuga involuntaria de orina.¹⁰

La incontinencia urinaria que comienza durante el embarazo duplica la probabilidad de padecerla a los tres meses después del parto, sin tener en cuenta si el parto es vaginal o por cesárea.¹³

Acerca de la función sexual, los dominios en el cuestionario superan la puntuación de 4, lo que indica un moderado a alto funcionamiento sexual, considerando el deseo sexual, la excitación, la lubricación, el dolor, el orgasmo y la satisfacción, comparados con los puntajes finales obtenidos del estudio de *Blumel y otros* (2004).⁸

No obstante, si se tiene en cuenta el punto de corte de 26.6 sugerido por *Wiegel, Meston y Rosen* (2005)⁹ para identificar disfunción sexual, este estudio identificó una prevalencia de 36 % de disfunción sexual en las mujeres embarazadas. Se estima que aproximadamente el 40- 45 % de las mujeres tienen problemas de disfunción

sexual durante el prenatal debido a diferentes aspectos ya sean temas culturales, educacionales o físicos.¹⁴ Además, ideas preconcebidas de creencias antiguas comunicadas por otras mujeres pueden influir también en la sexualidad de la mujer durante el embarazo.¹⁵

En este estudio, no fue identificada diferencias significativas estadísticamente entre los trimestres gestacionales en relación a la incontinencia urinaria y a la función sexual y sus dominios (deseo, excitación, lubricación, dolor, orgasmo y satisfacción). En contrapartida, otros estudios si muestran que habría diferencia entre estos periodos, como en Turquía que identificó una prevalencia de disfunción en el periodo gestacional de entre un 80-90 %.¹⁵ Según *Balestena y otros* (2014),¹⁶ sus participantes refieren una baja en ciertos dominios como excitación y orgasmo en el 1er. trimestre para luego aumentar en el 2do. trimestre, y volver a disminuir en el tercero, como lo indica la literatura, apoyando el cambio cíclico que se produce entre las disfunciones y el progreso del periodo gestacional.

Cabe destacar que la mayoría de las participantes de este estudio se encontraban en el segundo trimestre gestacional, el cual en general presenta menos síntomas molestos, tales como pirosis, vómitos y compresión de diafragma. Por este motivo, este período es aludido como el trimestre menos afectado por la disfunción sexual.¹⁵

A su vez, *Galazka y otros* (2014)¹⁷ descubrieron que los ítems de excitación, orgasmo y lubricación en las mujeres primíparas, tuvieron cambios notables en el tercer trimestre de gestación. De esta forma se reafirma el grado de afectación que experimentan algunas parejas durante ese periodo de embarazo en su calidad de vida sexual.

Contrariamente a lo esperado, nuestro estudio identificó que las mujeres embarazadas con quejas de incontinencia reportaron más excitación y más lubricación comparado con las mujeres sin quejas de IU. *Chang y otros* (2011)¹⁸ afirman que existe una estrecha relación entre la IU y la presencia de disfunción sexual en la mujer embarazada, específicamente en el dominio de deseo donde pesquisarón una mayor influencia negativa de la IU en el tercer trimestre de embarazo.

La principal limitación de este estudio es su bajo tamaño de muestra. No obstante, la fortaleza es que este estudio fue desarrollado en un centro de atención primaria de salud, siendo pionero en investigar la prevalencia de IU y disfunción sexual de embarazadas chilenas. Otra fortaleza del estudio es que se utilizaron cuestionarios validados.

CONCLUSIÓN

La prevalencia de IU fue de 42 %. El promedio del índice del puntaje de función sexual fue 27,3 (ds= 6,4), siendo que la mayoría de los ítems tenían promedio mayor o igual a 4, lo cual refiere un buen funcionamiento sexual, presentando solo un 36 % de mujeres con disfunción sexual.

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los trimestres gestacionales en relación con la incontinencia urinaria (frecuencia, cantidad e impacto en la vida) y a la función sexual y sus dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor).

Dada la elevada prevalencia de IU y disfunción sexual, se hacen necesarios adoptar estrategias preventivas en los programas de control del embarazo, tales como educación en salud y talleres de ejercicios de piso pélvico.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sacomori C, Böer L, Sperandio FF, Cardoso FL. Prevalência e variáveis associadas à incontinência urinária no terceiro trimestre gestacional. *Rev Bras Saude Mater. Infant.* 2013;13(3):215-21.
2. De Oliveira C, Seleme M, Cansi PF, Consentino RFDC, Kumakura FY, Moreira GA, et al. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. *Revista da Associação Medica Brasileira.* 2013;59(5):460-6.
3. Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: A systematic review. *Urologia Internationalis.* 2013;90(1):1-9.
4. Sacomori C, Cardoso FL. Predictors of Improvement in Sexual Function of Women with Urinary Incontinence After Treatment with Pelvic Floor Exercises: A Secondary Analysis. *The Journal of Sexual Medicine.* 2015;12(3):746-55.
5. Petricelli C, Resende A, Elito J, Araujo E, Alexandre S, Zanetti M, et al. Distensibility and strength of the pelvic floor muscles of women in the third trimester of pregnancy. *Biomed Res Int.* 2014;2014:6.
6. Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Bugge Nielsen J. Correlates of urinary incontinence in pregnancy. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2002;13(5):278-83.
7. Busquets CM, Serra TR. Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA). *Rev Méd Chile.* 2012;140(3):340-6.
8. Blümel MJE, Binfa EL, Cataldo AP, Carrasco VA, Izaguirre LH, Sarrá CS. Índice De Función Sexual Femenina: Un Test Para Evaluar La Sexualidad De La Mujer. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología.* 2004;69(2):118-25.
9. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2005;31:1-20.
10. Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int Urogynecol J.* 2013;24:901-12.

11. Demircan N, Özmen Ü, Köktürk F, Küçük H, Ata Ş, Harma M, et al. What are the probable predictors of urinary incontinence during pregnancy? Peer J. 2016;4:e2283.
12. Bekele A, Adefris M, Demeke S. Urinary incontinence among pregnant women, following antenatal care at University of Gondar Hospital, North West Ethiopia. BMC Pregnancy and Childbirth. 2016;16:333.
13. Eason E, Labrecque M, Marcoux S, Mondor M. Effects of carrying a pregnancy and of method of delivery on urinary incontinence: a prospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2004;4:4.
14. Sacomori C, Cardoso FL. Prácticas Sexuales De Gestantes Brasileñas. Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología. 2008;73(5):313-7.
15. Küçükdurmaz F, Efe E, Malkoç Ö, Kolus E, Amasyalı AS, Resim S. Prevalence and correlates of female sexual dysfunction among Turkish pregnant women. Turkish Journal of Urology. 2016;42(3):178-83.
16. Balestena-Sánchez JM, Fernández-Hernández B, Sanabria-Negrín JG, Fernández-Alech R. Percepción de la mujer gestante sobre su función sexual. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2014;18(3):363-74.
17. Gałazka I, Droszol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. J Sex Med. 2014;12:445-54.
18. Chang S-R, Chen K-H, Lin H-H, Yu H-J. Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. J Sex Med. 2011;8:2859-67.

Recibido: 1 de noviembre de 2017.

Aprobado: 25 de noviembre de 2017.

Cinara Sacomori. Universidad Bernardo O´Higgins, Escuela de Kinesiología, Santiago de Chile.

Correo electrónico: cinara.sacomori@ubo.cl