

Cuestionarios de calidad de vida en las mujeres con disfunciones del suelo pélvico

Quality of life questionnaires for women with pelvic floor dysfunction

Enia Ramón Musibay, René Santiago Borges Sandrino

Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. Carlos J Finlay". La Habana, Cuba

RESUMEN

Las disfunciones del suelo pélvico tienen un impacto significativo en la calidad de vida de la mujer que la padece. Ella no solo sufrirá de las manifestaciones físicas de algún grado de prolapso, sino de aquellas derivadas de las perturbaciones psíquicas, sexuales, laborales y sociales que estas originan. Los cuestionarios de calidad de vida proporcionan una amplia información sobre la repercusión de los síntomas y signos en la vida de la paciente lo cual permite entender estas condiciones de manera integral. El objetivo de esta revisión fue describir el impacto en la calidad de vida de las mujeres con disfunciones del suelo pélvico y los cuestionarios empleados para evaluarla, sin mediar intervenciones. Se realizó una búsqueda en las bases de datos de Pubmed, SciELO, Hinari, Cochrane y Clinical Key en junio y julio del 2015. Las disfunciones del suelo pélvico generan un impacto negativo en la calidad, que varía según la severidad de los síntomas. Las mujeres presentan limitaciones en la actividad física, actividades cotidianas, el sueño, la sexualidad y suelen estar angustiadas y deprimidas. La medición de la severidad de los síntomas y de los cambios en la calidad de vida en las pacientes con disfunciones del suelo pélvico es parte esencial de la evaluación para el diagnóstico y tratamiento de las mujeres.

Palabras clave: disfunciones del suelo pélvico; cuestionarios de calidad de vida; calidad de vida relacionada con salud.

ABSTRACT

Pelvic floor dysfunction has a significant impact on the quality of life of its female sufferers. These women will not only be affected by the physical manifestations of the disease, such as some degree of prolapse, but also by the psychic, sexual, occupational and social disturbances it brings about. Quality of life questionnaires provide broad information about the effect of the signs and symptoms of the condition upon the patient's daily life, permitting a more comprehensive understanding of the condition. The purpose of the present review was to describe the impact of pelvic floor dysfunction upon the quality of life of sufferers, as well as the questionnaires used to evaluate it, without mediating interventions. A search was conducted in the databases Pubmed, SciELO, Hinari, Cochrane and Clinical Key in June and July 2015. Pelvic floor dysfunction has a negative impact on the quality of life, which varies in keeping with the severity of symptoms. Women patients are faced with limitations in their physical activity, their daily life, sleep and sexuality, and tend to be anguished and depressed. Measurement of the severity of symptoms and changes in the quality of life of patients with pelvic floor dysfunction is an essential part of the evaluation for the diagnosis and treatment of the disease.

Key words: pelvic floor dysfunction; quality of life questionnaires; health-related quality of life.

INTRODUCCIÓN

Las disfunciones del suelo pélvico (DSP) tienen una elevada incidencia en la población femenina, dentro de estas se destacan los prolapsos uterinos, de la cúpula vaginal, los enteroceles, cistoceles, rectoceles y la incontinencia urinaria y fecal. El riesgo de desarrollar esta afección aumenta con la edad, la multiparidad, la obesidad, el hábito de fumar, las intervenciones quirúrgicas previas sobre el suelo pélvico (SP), entre otros. La incorporación de la mujer a la vida laboral y la práctica deportiva ha conllevado a un incremento de la incidencia de esta enfermedad.^{1,2}

Se estima que del 3 % al 6 % de la población femenina desarrollará alguna de estas disfunciones en algún momento de su vida. En los Estados Unidos, alrededor de 10 millones de mujeres sufren algunas de las variedades antes mencionadas.^{2,3}

En Europa, según reportes del Grupo Español de Suelo Pélvico, 40 % de las féminas están afectadas; mientras que en África, 50 % de las mujeres con partos fisiológicos presentan al menos una de dichas variantes. Según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2050 un tercio de la población femenina de todo el mundo entre los 45 y 65 años de edad estará afectada por esta enfermedad.^{4,5}

Muchas veces se ignora las repercusiones que implican las DSP en la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) de la mujer que la padece. Ante la presencia de una incontinencia urinaria o fecal, la paciente no solo sufrirá de las manifestaciones físicas de algún grado de prolapso; sino de aquellas derivadas de las perturbaciones psíquicas, sexuales, laborales y sociales que estas originan.^{6,7}

La medición de la CVRS implica la utilización de cuestionarios de calidad de vida (CV) creados. Estos proporcionan una amplia información sobre la repercusión de los síntomas y signos en la vida de la enferma, lo cual permite entender estas condiciones de manera integral. Algunos se utilizan para determinar las indicaciones de tratamiento médico o quirúrgico, lo cual permite racionalizar los recursos.⁸

En los últimos años, el éxito de las cirugías de las disfunciones del suelo pélvico se han evaluado utilizando instrumentos de medición de calidad de vida. La International Continence Society (ICS) y la International Urogynecology Association (IUGA), recomiendan la inclusión de medición de CVRS en todos los estudios que involucren las DSP, evidenciando su evaluación como un resultado esencial después de cualquier intervención en el área. Sin embargo, no existe consenso de cuál es el instrumento ideal a utilizar para evaluar CVRS en dichas enfermas.^{9,10} El objetivo de esta revisión fue describir el impacto en la calidad de vida de las mujeres con disfunciones del suelo pélvico y los cuestionarios empleados para evaluarla, sin mediar intervenciones.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en las bases de datos bibliográficos médicos de Pubmed, SciELO, Hinari, Cochrane, ClinicalKey y CUMED durante los meses de junio y julio del 2015. La estrategia de búsqueda incluyó las palabras claves: quality of life and pelvic organ prolapse, quality of life and urinary incontinence, quality of life and fecal incontinence, sexual changes in pelvic floor disorders, quality of life questionnaire for pelvic floor disorders, health related quality of life and pelvic organ prolapse, con sus respectivas traducciones al español para los buscadores SciELO y CUMED. En la búsqueda realizada se especificó como límites a los artículos en idioma inglés y español publicados desde el año 2006 en adelante.

De un total de 857 artículos descargados, 539 fueron a texto completo; de estos, se seleccionaron solo aquellas investigaciones que no incluyeran intervenciones médicas o quirúrgicas para un total de 41 artículos.

Los resultados de la revisión incluyen el impacto en la CV de las enfermas de acuerdo a los síntomas presentados, la repercusión en la esfera psicosocial y la descripción de los cuestionarios utilizados.

RESULTADOS

CUESTIONARIOS UTILIZADOS

En los 41 artículos revisados se encontraron varios cuestionarios ya validados, empleados para evaluar la CVRS en las DSP, dentro de los cuales existen dos diseñados para dicho propósito.

Para su mejor comprensión, dichos instrumentos fueron agrupados en tablas que los dividen en genéricos (cuadro 1) y específicos. A su vez, fueron agrupados según el aspecto evaluado en aquellos utilizados para la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal, los síntomas del piso pélvico y la sexualidad (cuadro 2).

Cuadro 1. Descripción de cuestionarios generales empleados para evaluar CVRS en las mujeres con DSP

Cuestionario	Aspecto a evaluar	Dimensiones
Nottingham Health Profile	Percepción de salud	Instrumento para evaluar diferentes condiciones médicas. Contiene 38 preguntas que se dividen en 6 dimensiones: movilidad física, dolor, reacciones emocionales, aislamiento social, energía y sueño. ³⁷
Health Survey (SF-36)	Percepción de salud	Consta de 36 ítems y 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. ^{36,38,39}
EuroQOL EQ-5D	Percepción de salud	Consta de 2 partes, la primera describe el estado de salud en 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor, malestar, ansiedad y depresión y la segunda tiene una escala para evaluar mejor o peor estado de salud. ⁴⁰
Health Form Survey (SF-12)	Percepción de salud	Formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36, evalúa salud física y mental cuando el SF-36 resulta muy largo. ^{38,39}

ASPECTOS EVALUADOS

Datos generales

La aplicación de los cuestionarios evidenció mayor incidencia de las DSP en la tercera edad, con una media de 63,1 y rangos que varían de los 40 a los 80 años. Se demostró una relación entre la edad y grado de severidad del prolapso, siendo más severo a mayor edad. Sin embargo, muchos reportan peor CV en las mujeres más jóvenes aun cuando el prolapso sea de menor grado. La IU también es más frecuente en las ancianas con mayor impacto en la CV en el caso de la incontinencia de urgencia. En cuanto a la raza, los instrumentos recogen un predominio de incontinencia de urgencia en las negras y de esfuerzo en las blancas; los investigadores creen que esto se deba a que las mestizas tienen mayor fuerza muscular que las blancas.^{11,12}

En algunas series, el índice de masa corporal (IMC) oscila entre 24,3 y 42,2 y plantean mayor severidad de los síntomas y peor CV en las pacientes obesas al igual que en aquellas con mayor número de hijos.^{13,14}

Cuadro 2. Descripción de cuestionarios específicos empleados para evaluar CVRS en las mujeres con DSP

Cuestionarios	Aspecto evaluado	Dimensiones
King's Health Questionnaire (KHQ)	Incontinencia urinaria	Tiene nueve dimensiones: una de percepción de salud general y ocho dominios de calidad de vida: impacto de la incontinencia, limitación del rol, limitación física, limitación social, relaciones personales, emociones, alteraciones de sueño/energía, severidad del cuadro. ^{13, 41}
The Incontinence Impact Questionnaire (versión) IIQ-7	Incontinencia urinaria	Consta de siete dimensiones: capacidad para hacer las tareas del hogar, actividad física, actividad recreativa, capacidad para viajar, actividades sociales, estado emocional y frustración. ^{32,42}
The Urge-Urinary Distress Inventory: UDI-6	Incontinencia urinaria	Determina el tipo de incontinencia, presencia y gravedad de los síntomas asociados. Tiene tres subescalas que agrupan los síntomas que recoge el cuestionario. ³²
Incontinence questionnaire Short Form (ICQ-SF)	Incontinencia urinaria	Tiene cuatro secciones. Las dos primeras evalúan frecuencia y severidad de las pérdidas de orina; la tercera, parte la calidad de vida y la cuarta, el tipo de incontinencia. ⁴³
Incontinence Severity Index	Incontinencia urinaria	Evalúa severidad de la incontinencia urinaria según frecuencia y cantidad de las pérdidas de orina. ⁴⁴
Incontinence QOL (I-QOL)	Incontinencia urinaria	Contiene veintidós ítems divididos en tres subescalas: evitación y limitación de la conducta, impacto psicosocial y vergüenza social. ⁴⁴
Fecal Incontinence Severity Index	Incontinencia fecal	Tiene cuatro ítems que evalúan la severidad de los síntomas. ⁵⁰
Fecal Incontinence Quality of Life Scale	Incontinencia fecal	Consta de veintinueve ítems que evalúan la repercusión de la incontinencia en las actividades cotidianas. ⁵¹
Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI)	Síntomas del suelo pélvico	Solo evalúa síntomas. Se dividen en tres subescalas: Alteración urinaria (UDI), alteración por el prolapso (POPD), alteraciones colorrectales (CRADI). Algunos estudios incorporaron solo algunas de estas subescalas. ^{43,45}

Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ)	Síntomas del suelo pélvico	Evalúa actividades del diario vivir y cómo estas afectan los síntomas vesicales, intestinales o pélvicos con la medición de las sensaciones o sentimientos que provocan. Se divide en tres escalas: Impacto de la incontinencia, impacto colorrectal e impacto del prolapso pélvico. ^{24,48}
Prolapse Quality of Life (P-QOL)	Síntomas del suelo pélvico	Tiene nueve dominios que evalúan: salud general, impacto del prolapso, limitación del rol, física, social, relaciones personales, emociones, sueño/energía y severidad de los síntomas. ³
Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire (BFLUTS)	Sexualidad	Evalúa los síntomas y el impacto en la función sexual y la CVRS. Consta de ocho ítems relacionados con incontinencia urinaria, doce para otros síntomas, cuatro relacionados con almacenamiento y eliminación de orina, nueve aspectos específicos de la CVRS y 4 para función sexual. ³⁹
Vaginal Changes Sexual and Body Image Steem Scale	Sexualidad	Tiene diez preguntas que evalúan el grado de acuerdo con aseveraciones respecto a la sexualidad y los cambios producidos por el prolapso. ⁴⁹
Body Exposure During Sexual Activities Questionnaire (BESAQ)	Sexualidad	Consta de veintiocho preguntas para evaluar ansiedad, rechazo corporal, principalmente asociado a la actividad sexual y al contacto corporal. ⁴³
Pelvic Organ Prolapse/ Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire-12 (PISQ-12)	Sexualidad	Corresponde con la versión corta del mismo nombre. Evalúa la función sexual en tres aspectos: comportamiento, emociones, aspectos físicos y relación de pareja. ⁴⁸

Síntomas del suelo pélvico

Los síntomas relacionados con el prolapso y la incontinencia urinaria constituyen el aspecto más evaluado. Algunos estudios plantean que los relacionados directamente con el prolapso son inespecíficos en aquellas portadoras de un grado I y II y que en estos casos los datos aportados por los cuestionarios no son fidedignos comparados con los hallazgos al examen físico, condición que cambia en los grados III y IV, sobre todo cuando se asocia a algún tipo de incontinencia.¹⁴

Las mujeres con prolapsos se quejan de dolor bajo vientre, protrusión de masa a través de la vagina, obstrucción urinaria y dificultad para defecar. Esto limita la actividad física, la realización de esfuerzos físicos, la vitalidad y el dolor de manera significativa.¹⁵

Incontinencia urinaria

Los síntomas de incontinencia urinaria evaluados en la mayoría de los cuestionarios son la urgencia miccional, frecuencia miccional aumentada, incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia mixta, obstrucción y nicturia. Las investigaciones analizadas describen un impacto elevado de la CV que se expresa en diferentes dimensiones que evidencian limitaciones para realizar las actividades domésticas, actividades físicas como caminar, participación en actividades sociales fuera del hogar, entre otras. En la evaluación de la esfera psicológica los instrumentos recogen inseguridad, apatía, angustia, dependencia, depresión, pérdida de autoconfianza y autoestima; a mayor severidad de los síntomas urinarios peor CVRS. En cuanto al tipo de incontinencia, se observa mayor impacto en la CV de las mujeres con incontinencia mixta, medida tanto en concepto de molestia con el UDI-6, como de afectación de los diferentes ámbitos de la vida con el IIQ-7.^{16,17,18}

Incontinencia fecal

Para medir la repercusión de la incontinencia fecal en la CV, numerosos instrumentos la clasifican en incontinencia a los gases, a los líquidos y a los sólidos. Los hallazgos evidencian un impacto significativo en la CV en aquellas que sufren incontinencia a los líquidos, mientras que en resto el impacto es similar a las que no tienen incontinencia fecal ya que la mayoría se asocia a sintomatología urinaria por el prolapso.^{19,20}

Sexualidad

En el ámbito de la sexualidad, las féminas refieren dispareunia y laxitud vaginal con disminución de la satisfacción sexual y en ocasiones anorgasmia. Sin embargo, varios estudios describen un impacto moderado cuando solo están presentes los síntomas de prolapso. En los prolapsos grado III y IV, refieren sentirse menos atractivas sexualmente, evitan desnudarse frente a su pareja y se sienten menos deseadas.²¹

La repercusión en la CV es peor en las que tienen asociado algún grado de incontinencia urinaria en comparación con las mujeres que tiene otros síntomas urinarios sin incontinencia. Diferentes dimensiones recogen salida involuntaria de orina durante la penetración, la estimulación del clítoris o el orgasmo por lo que muchas son rechazadas por su pareja, estas manifestaciones están generalmente asociadas a incontinencia de urgencia y esfuerzo.²²

Aunque la información relacionada con el impacto sexual de la incontinencia fecal es pobre, algunos estudios plantean que el impacto es peor aun cuando el episodio sea limitado, que en las mujeres con incontinencia urinaria.^{22,23}

Aspectos psicosociales

En todos los artículos revisados las alteraciones psicosociales que acompañan a las DSP varían en dependencia de la severidad de los síntomas presentes en cada paciente y del impacto de estos según la percepción de las mismas. Varios estudios concluyen que las mujeres podrían estar más afectadas que lo que muestran estos instrumentos.²³

Los datos analizados evidencian que las mujeres con DSP tienen tendencia a la depresión, la apatía, faltas de confianza y seguridad comparadas con aquellas que no padecen de esta enfermedad. En el caso de la incontinencia, rechazan las reuniones en grupo y los viajes fuera de casa sobre todo en los casos de vejiga hiperactiva. También describen alteraciones del sueño, ya sea por permanecer húmedas durante la noche como por la necesidad de levantarse varias veces a orinar. La micción involuntaria durante el acto sexual hace que se sientan menos deseadas y atractivas, lo cual provoca problemas en la relación de pareja. Otros instrumentos recogen afectación de la esfera económica por ausentismos laborales repetidos motivados por las manifestaciones propias del prolapso.^{23,24}

DISCUSIÓN

Disponer de cuestionarios para medir la CVRS es fundamental para el diagnóstico clínico y la evaluación del tratamiento. En el caso de las DSP revisten gran importancia ya que permiten detectar síntomas que a veces las pacientes esconden, así como la severidad de estos y su impacto en la CV, lo cual permite realizar una evaluación integral de las enfermas.²³

Debido a que la CV se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables, lo cual lleva implícito un largo proceso.²⁴

Los instrumentos disponibles para medir CV se clasifican en genéricos y específicos. Los genéricos o inespecíficos se emplean con la finalidad de discriminar entre las enfermas, predecir el resultado de una intervención y evaluar los posibles cambios en el tiempo. No están relacionados con ningún tipo de enfermedad y son aplicables tanto a la población general como a grupos de pacientes con determinada afección como es el caso de las DSP. Dentro de ellos se destacan el EuroQOL EQ-5D, Nottingham Health Profile y el SF-36.²⁵

Los instrumentos específicos contienen diferentes dimensiones que evalúan el impacto en la CV de una enfermedad determinada y tienen mayor capacidad de discriminación y predicción, por esto son particularmente útiles para ensayos clínicos.^{23,25}

En la actualidad, existe un incremento del número de cuestionarios disponibles para las DSP. La mayoría son para determinar el impacto de la incontinencia urinaria, algunos para la fecal, la esfera sexual y muy pocos para los síntomas propios del prolapso.^{25,26}

Según Barber,²³ dichos instrumentos pueden dividirse en tres categorías: los que miden la presencia y severidad de determinados síntomas, los que miden CV y los que miden función sexual.

Este autor recomienda que dichos instrumentos sean validados antes de aplicarse en poblaciones o culturas diferentes a aquellas en las que fueron diseñados. Algunos prefieren elaborar un instrumento nuevo, pues son escasos los que integran en sus dimensiones la función vesical, intestinal, las alteraciones propias del prolapso y la sexualidad, pero la elaboración y validación consumen mucho tiempo y no se tiene certeza de si será útil, es por eso que en la literatura se recomienda emplear los ya existentes.^{27,28}

En los artículos revisados solo existen dos cuestionarios disponibles que incluyen todos los aspectos de las DSP antes mencionados. Dentro de estos se destaca un cuestionario australiano de suelo pélvico capaz de medir, además, la severidad y frecuencia de los síntomas comparado con el Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ).²⁹

A pesar de esto, la autora de esta revisión reconoce que diseñar un instrumento nuevo que se adapte a los aspectos que se quieren evaluar y a las características socioculturales de la población en la que será utilizado, sería de gran importancia, pues eliminaría el fenómeno de la transculturación. Además, es importante tener en cuenta que las DSP casi nunca se presentan de manera aislada. Generalmente concomitan los síntomas de prolapso e incontinencia -que puede ser doble (urinaria y fecal)- en 69 % de las mujeres y estos coexisten con alteraciones en la esfera sexual. Esta situación explica la elaboración de cuestionarios que evalúen integralmente el impacto en la CV de los síntomas de dichas disfunciones.^{30,31}

Numerosas investigaciones concuerdan en que el impacto en la CV de las féminas con DSP es similar en cuanto a los síntomas. Sin embargo, la repercusión de la esfera psicosocial cambia en relación con la edad, escolaridad, lugar de residencia, entre otros.³⁰

Dentro de los instrumentos que miden la presencia y severidad de los síntomas, los que abordan el impacto de la incontinencia urinaria son los más empleados y aunque en la bibliografía encontramos numerosos cuestionarios de este tipo, la mayoría de los autores coinciden en que la de esfuerzo está muy relacionada con el proceso de envejecimiento. Existe una mayor influencia de esta enfermedad en la quinta y sexta décadas de la vida; aunque también está influenciada por la actividad física, los hábitos sociales, la paridad y la actividad laboral de la mujer. La mayoría de las adultas mayores esconden los síntomas de incontinencia por muchos años, bien porque la consideran un problema sin solución o propia del envejecimiento, por temor a someterse a una intervención quirúrgica, sobre todo si pertenecen a una zona rural, o porque la aceptan y aprenden a vivir con ella, lo cual origina desórdenes psicológicos, económicos y sociales. En otras ocasiones, son los profesionales de la salud los que muestran falta de sensibilidad y minimizan las implicaciones de la incontinencia en la vida cotidiana de la enferma. Por otro lado, las mujeres más jóvenes acuden a consulta tempranamente para la solución de su problema ya que a esta edad existe mayor preocupación por la salud y la imagen corporal.^{32,33}

Numerosas investigaciones han demostrado que la mujer que sufre este tipo de incontinencia se siente angustiada, insegura, con miedo a estar mojada y a que otros perciban el hedor de su ropa interior por lo que evitan la interacción social y terminan recluyéndose en casa.³⁴

Se estima que la incontinencia urinaria en cualquiera de sus variantes está presente del 9 % al 69 % de las mujeres adultas. Los equipos de atención primaria de salud deben generar confianza en las mujeres y valorar la modificación de las actividades cotidianas realizadas por las mismas a fin de realizar el diagnóstico precoz de dichas alteraciones y poder actuar oportunamente sobre ellas.^{33,34}

Si se tiene en cuenta la proximidad anatómica de la vagina a la uretra, la vejiga y el recto, es obvio que las DSP estén asociadas a alteraciones de la función sexual. Se plantea que del 10 % al 56 % de las mujeres con prolapso de los órganos pélvicos e incontinencia experimentan salida involuntaria de orina durante el coito.^{31,33}

Se conoce de la existencia de algunos cuestionarios para la evaluar del impacto de las DSP en la esfera sexual, la mayoría específicos. *Daker White*,³⁵ identificó en su revisión catorce instrumentos validados con dicho fin, pero no todos reunían los estándares recomendados para su empleo de manera general. El Pelvic Organ Prolapse and Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ) fue, hasta hace pocos años, el único cuestionario específico disponible para medir el impacto de las DSP en la función sexual. Se diseñó para mujeres sexualmente activas con prolapsos de los órganos pélvicos con y sin incontinencia urinaria. Posteriormente se validaron algunas versiones cortas del mismo como el PISQ-12, uno de los más empleados en la actualidad.

Algunos autores emplean instrumentos genéricos para determinar el impacto en la CV de las enfermas con DSP, dentro de estos se destaca el SF-36, uno de los más validados internacionalmente. La aplicación de este cuestionario ha demostrado alteraciones importantes de la esfera psicológica y social de dichas pacientes con un impacto negativo en la CV. Sin embargo, no es capaz de discriminar la repercusión de los diferentes tipos de incontinencia urinaria, ni en cuál de ellas tendría mayor impacto en la CV. Por esta razón, algunos estudiosos del tema prefieren los instrumentos específicos con mayor capacidad de discriminación de los síntomas.³⁶

En los artículos analizados existe poca información sobre el impacto de los síntomas propios del prolapso en la CV de las enfermas, debido a la escasez de cuestionarios específicos diseñados con este fin, lo cual constituye una de las limitaciones del estudio. Otra limitación es que se describe la CVRS de las mujeres con DSP sin mediar intervenciones, aspecto de gran importancia para la evaluación inicial de dichas pacientes; pero no brinda información de los cambios en la CV después del tratamiento.

La medición de la severidad de los síntomas y de los cambios en la CV de las pacientes con DSP es parte esencial de la evaluación para el diagnóstico y tratamiento de dicha afección. Estas mujeres tienen un impacto negativo en la CV con un predominio de las dimensiones que evalúan la esfera física, sexual y psicosocial. Disponer de cuestionarios para medirla es fundamental, es responsabilidad de los investigadores seleccionar un instrumento que cuente con las características psicométricas requeridas y que se ajuste a la población en la que será aplicado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACOG practice bulletin. Pelvic organ prolapses. *Obsstet Gynecol.* 2007;110(3):717-29.
2. Sliker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. Symptomatic pelvic organ prolapses and possible risk factors in a general population. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 200(184):1-7.
3. Fritel X, Varnoux N, Zins M, Breart G, Ringa V. Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors in women at the United States Military Academy. *Obstet Gynecol.* 2009;113:609-16.
4. Boulanger DL, Lucot JP, Boukerrou MI. Transvaginal surgery for genital prolapse in women aged over 80 years in Europe Results in 48 procedures. *J Gynecol Obste Biol Reprod.* 2008;35(7):685-90.

5. Giménez NG, Cárdenas BR, Salas LO. Apuntes del primer consenso venezolano de uroginecología. *Uroginecología*. 2008;12(3):10-7.
6. Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, Mc. Clish D, Fantl JA. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: The Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Qual Life Res*. 2011;3:291-306.
7. Matthew D. Barber. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J*. 2007;18:461-5.
8. Barber UM, Walter MB, Bump HR. Association of the magnitude of pelvic organ prolapse and presence and severity of symptoms. *J Pelvic Med Sur*. 2008;21(9):208-12.
9. Abrams P, Andersson KE, Birder L. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29:213-40.
10. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P. Prevalencia de la incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española: Resultados del estudio EPICC. *Actas Urol Esp*. 2009;33(2):159-66.
11. González Carmona EG, Rodríguez Delgado R, Ávalos Arbolaez J, Fernández López S, Bartumeu González HI. Incontinencia urinaria, un problema económico/social. *Acta Méd del Centro*. 2013;7(2).
12. Flores C, Pizarro J. Calidad de vida en mujeres con alteraciones del piso pélvico: revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2012;77(3).
13. Arañó P, Rebollo P, González-Segura Alsina D. Afectación de la calidad de vida relacionada con salud en las mujeres con incontinencia urinaria mixta. *Actas Urol Esp*. 2009;33:410-5.
14. Baessler K, O'Neill SM, Maher CF, Battistutta D. A validated self-administered female pelvic floor questionnaire. *Int Urogynecol J*. 2010;21:163-72.
15. Ramezani Tehrani F, Hashemi S, Simbar M, Shiva N. Screening of the pelvic organ prolapse without a physical examination; (a community based study) *BMC Women's Health*. 2011;11:48.
16. Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, McClish D, Fantl JA. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: The Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Qual Life Res*. 2011;3:291-306.
17. Deng DY. Urinary incontinence in women. *Med Clin North Am*. 2011;95:101-9.
18. Carneiro EF, Araujo NS, Beuttenmüll L. The anatomical -functional characteristics of the pelvic floor and quality of life of women with stress urinary incontinence subjected to perineal exercises. *Actas Urol Esp*. 2010;34(9):788-93.

19. Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonen B, Oian P. Anal incontinence, urinary incontinence and sexual problems in primiparous women - a comparison between women with episiotomy only and women with episiotomy and obstetric anal sphincter injury Stedenfeldt et al. BMC Women's Health. 2014;14:157.
20. Wang JY, Varma MG, Creasman JM, Subak LL, Brown JS, Thom DH, et al. Pelvic floor disorders and quality of life in women with self-reported irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther. 2010;31(3):424-31.
21. Roos A, Thakar R, Sultan AH, Scheer I. Female sexual dysfunction: are urogynecologists ready for it? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008;20:89-101.
22. Herrera Pérez A, Arriagada Hernández J, González Espinosa C, Leppe Zamora J, Herrera Naira F. Quality of life and sexual function in postmenopausal women with urinary incontinence. Actas Urol Esp. 2008;32:624-8.
23. Matthew D. Barber. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. Int Urogynecol J. 2007;18:461-65.
24. Slieker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Elijke-man MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. Prevalence of double incontinence, risks and influence on quality of life in a general female population. Neurourol Urodyn. 2010;29:545-50.
25. Costa DJ. Reflective, causal, and composite indicators of quality of life: A conceptual or an empirical distinction? Qual Life Res. 2015;24:2057-65.
26. Tiesca Molina R. La calidad de vida, su importancia y como medirla. Salud Uninorte. Barranquilla Col. 2005;21:76-86.
27. Shing Chee Chan S, Yau Kar Cheung R, Ka Wah Yiu A, Chak Man Li J, Pui Yee Lai B, Wai Choy K, et al. Chinese validation of Pelvic Floor Distress Inventory and Pelvic Floor Impact Questionnaire. Int Urogynecol J. 2011;22:1305-12.
28. Tadeu J, Almeida FG. The Portuguese validation of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Vaginal Symptoms (ICIQ-VS) for Brazilian women with pelvic organ prolapsed. Int Urogynecol J. 2008;19:1385-91.
29. Baessler K, O'Neill SM, Maher CF, Battistutta D. Australian pelvic floor questionnaire: a validate interviewer-administered pelvic floor questionnaire for routine clinic and research. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2009; 20:149-58.
30. Tourangeau R, Smith T. Asking sensitive questions: the impact of data collection mode, question format, and question context. Public Opin Q. 2010;60(2):275-304.
31. Roos A, Thakar R, Sultan AH, Scheer I. Female sexual dysfunction: are urogynecologists ready for it? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008;20:89-101.

32. Ruiz de Viáspre Hernández R, Tomás Aznar C, Rubio Aranda E. Validación de la versión española de las formas cortas del Urogenital Distress Inventory (UDI-6) y del Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7). *Gac Sanit.* 2011;25(5):379-84.
33. García- Giralda Ruíz L, Guirao Sánchez L, Casas Aranda I, Alfaro González JV, Sánchez Pérez G, Guirao Egea L. Trabajando la incontinencia urinaria en la atención primaria: satisfacción, sexualidad y cumplimiento terapéutico. *Arch. Esp. Urol.* 2007;60(6):625-32.
34. Marinilli Pinto A, Kuppermann M, Nakagawa S, Vittinghoff E, Wing RR, Kusek JW, et al. Comparison and correlates of three preference-based health-related quality-of-life measures among overweight and obese women with urinary incontinence *Qual Life. Res.* 2011;20:1655-62.
35. Daker-White G. Reliable and valid self-report outcome measures in sexual dysfunction: a systematic review. *Arch Sex Behav.* 2002;31:197-209.
36. Seung-June Oh, Ja Hyeon Ku. Is a generic quality of life instrument helpful for evaluating women with urinary incontinence? *Quality of Life Research.* 2006;15:493-501.
37. Sung VW, West DS, Hernández AL, Wheeler TL, Myers DL, Subak LL. Association between urinary incontinence and depressive symptoms in overweight and obese women. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200:557e1-557e5.
38. Malmstron TK, Andresen EM, Wolinsky FD, Schoot-man M, Miller JP, Miller DK. Urinary and fecal incontinence and quality of life in African Americans. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58:1941-5.
39. Zielinski R, Low LK, Tumbarello J, Miller JM. Body image and sexuality in women with pelvic organ prolapse. *Urol Nurs.* 2009;29:239-46.
40. The EuroQoL Group. EuroQoL, a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy.* 1990;16:199-208.
41. Espuna Pons M, Puig Clota M. Coital urinary incontinence: impact on quality of life as measured by the King's Health Questionnaire. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008;19:621-5.
42. Espuna Pons M, Puig Clota M. Coital urinary incontinence. Associated symptoms and severity of incontinence. *Actas Urol Esp.* 2009;33:801-5.
43. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout V, Karram MM. Effects of pregnancy on pelvic floor dysfunction and body image; a prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008;19:1495-501.
44. Kang Y, Phillips LR, Kim SS. Incontinence quality of life among Korean - American women. *Urol Nurs.* 2010;30:130-6.
45. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW. Patient and surgeon ranking of the severity of symptoms associated with fecal incontinence: the fecal incontinence severity index. *Dis Colon Rectum.* 1999;42:1525-32.

46. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:9-16.
47. Richter HE, Kenton K, Haung L, Nygaard I, Kraus S, Whitcomb E. The impact of obesity in urinary incontinence symptoms, severity urodynamic characteristics and quality of life. *J Urol*. 2010;183:622-8.
48. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L, Cartwright R. Experiences and expectations of women with urogenital prolapse: a quantitative and qualitative exploration. *BJOG*. 2008;115:1362-8.
49. Bradway C, Strumpf N. Seeking care: Women's narratives concerning long-term urinary incontinence. *Urol Nurs*. 2008;28:123-9.
50. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW. Patient and surgeon ranking of the severity of symptoms associated with fecal incontinence: the fecal incontinence severity index. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:1525-32.
51. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:9-16.

Recibido: 27 febrero 2016.

Aprobado: 3 mayo 2016.

René Santiago Borges Sandrino. Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. Carlos J Finlay". La Habana, Cuba. Correo electrónico: rborges@infomed.sld.cu