

Incontinencia urinaria en pacientes hospitalarios: prevalencia y factores asociados¹

Jaqueline Betteloni Junqueira²
Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos³

Objetivos: analizar la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus factores asociados en pacientes hospitalarios. **Método:** se trata de un estudio epidemiológico transversal cuyos datos se recopilaron mediante el uso de los instrumentos Datos Sociodemográficos y Clínicos, Características de las Pérdidas Urinarias y International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form. La prevalencia fue investigada en un solo día durante cuatro meses consecutivos. Los datos se analizaron mediante el uso de las pruebas de ji-cuadrado, exacta de Fisher, t de Student, Mann-Whitney y regresión logística (forward stepwise). **Resultados:** la muestra final consistió en 319 adultos hospitalarios (57,1% mujeres), con edad promedio de 47,9 años (DE=21,1). La prevalencia de la incontinencia urinaria fue del 22,9% (el 28% para las mujeres y el 16,1% para los hombres) y los factores asociados fueron: sexo femenino (OR=3,89), edad (OR=1,03), asma (OR=3,66), uso de laxantes (OR=3,26), uso de pañales en el momento de la evaluación (OR=2,75), uso de pañales en el hogar (OR=10,29) y uso de pañales en algún momento durante la estancia hospitalaria (OR=6,74). **Conclusión:** los resultados de este estudio difieren de los encontrados en la escasa literatura existente sobre el tema para pacientes hospitalarios. Existe la necesidad de estudios previos como este antes de proponer la implementación de acciones preventivas y terapéuticas durante el periodo de la estancia hospitalaria.

Descriptores: Incontinencia Urinaria; Epidemiología; Prevalencia; Estudios Transversales; Enfermería; Hospitalización.

¹ Artículo parte de Tesis de Maestría "Incontinências Urinária e Fecal e Constipação Intestinal em pacientes hospitalizados: prevalência e fatores associados", presentada en la Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² Especialista, Especialización en Estomaterapia, Maestría, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, Enfermero, Clínica Médica, Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ Post-Doctorado, Profesor Asociado, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Junqueira JB, Santos VLGC. Urinary incontinence in hospital patients: prevalence and associated factors. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2970. [Access \uparrow \uparrow \uparrow]; Available in: \uparrow . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2139.2970>.
mes día año URL

Introducción

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) define la incontinencia urinaria (IU) como "queja de pérdida involuntaria de orina", y la clasifica como *incontinencia urinaria de urgencia (IUU)* cuando la pérdida involuntaria de orina se asocia con urgencia, como *incontinencia urinaria por esfuerzo (IUE)* cuando hay pérdida involuntaria de orina durante el esfuerzo físico o la actividad física, y como *incontinencia urinaria mixta (IUM)* cuando la pérdida involuntaria de orina se asocia con la urgencia, así como con el ejercicio físico, el esfuerzo, el estornudo y la tos⁽¹⁾. Se trata de una condición que afecta negativamente a la relación social y sexual, causa cambios psico-emocionales y disminución de la calidad del sueño/descanso⁽²⁾ y su severidad ha sido descrita como un predictor de la calidad de vida⁽³⁾.

Los estudios internacionales muestran una prevalencia global de IU que oscila entre el 8,2% y el 26,8% (del 13% al 38,7% para las mujeres y del 2,9 al 9,9% para los hombres)⁽⁴⁻⁶⁾ y prevalencias parciales que oscilan entre el 1,15% y el 6,5% para la IUU (del 1,15% al 8,2% para las mujeres y del 1,15% al 4,5% para los hombres); del 3,2% al 14,1% para la IUE (del 5,8% al 21,2% para las mujeres y del 0,49% al 3,9% para los hombres) y del 1,2% al 5,6% para la IUM (del 1,26% al 9% para las mujeres y del 0,8% al 1,26% para los hombres)⁽⁴⁻⁶⁾. Para la población de edad avanzada, estas tasas de prevalencia alcanzan el 29,4% (del 26,7% al 36,3% para las mujeres y del 6,4% al 17% para los hombres), también en el escenario internacional⁽⁷⁻⁸⁾.

Los estudios poblacionales realizados en Brasil muestran una prevalencia de IU que oscila entre el 10,7% y el 20,1% en la población general, y es más frecuente entre las mujeres (del 15,6% al 32,9%) que entre los hombres (del 3,7% al 6,2%)⁽⁹⁻¹¹⁾. Para las personas mayores de la comunidad, esta prevalencia alcanza el 29,4% (el 36,3% para las mujeres y el 17% para los hombres), pudiendo alcanzar hasta el 41,5% para los mayores de 75 años de edad^(7,11).

Prevalencias más altas también se encontraron en estudios con mujeres embarazadas, en las que las estimaciones oscilaron entre el 10,4 y el 71,1%, dependiendo del trimestre del embarazo, y fueron más frecuentes en las últimas semanas de embarazo⁽¹²⁾.

En un estudio nacional más antiguo, se encontró una prevalencia de IU del 35% en 77 adultos y personas de edad avanzada hospitalizados en el Hospital Universitario de la Universidad de São Paulo (HU-USP)⁽¹³⁾.

Los estudios analizados revelaron que género femenino, edad avanzada, bajo nivel de escolaridad, color de la piel/etnia, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), Accidente Cerebrovascular (ACV), obesidad, asma, tos crónica, depresión, polifarmacia, tabaquismo, ingesta de alimentos y de

agua, disuria, Infección Urinaria Recurrente (IUR), paridad, menopausia, cistocele y limitación funcional fueron los factores más fuertemente asociados con la presencia de IU^(7-9,13-14).

Como puede observarse, los estudios epidemiológicos sobre IU son predominantemente basados en una población o en grupos específicos, y la literatura sobre pacientes hospitalarios es escasa. Existe la necesidad de estudios previos como este antes de proponer la implementación de acciones preventivas y terapéuticas, lo que justifica la importancia de este estudio, cuyo objetivo fue analizar la prevalencia puntual de IU y las variables sociodemográficas y clínicas asociadas con su incidencia en pacientes hospitalarios.

Método

Se trata de un estudio epidemiológico, observacional, transversal, analítico y descriptivo.

Este estudio se ha llevado a cabo en el Hospital Universitario de la Universidad de São Paulo (HU-USP), tras su aprobación por los Comités de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo (EEUSP) y por el propio hospital (protocolos CAAE 51278715.0.0000.5392 y CAAE 51278715.0.3001.0076, respectivamente). El HU-USP es un hospital secundario, una referencia en la región oeste del municipio de São Paulo. Este hospital atiende a la comunidad USP (estudiantes, profesores y empleados) y a la población de su área de cobertura (regiones de Jaguaré, Vila Sônia, Río Pequeno y Butantã).

La población estudiada quedó compuesta por todos los pacientes adultos ingresados en el HU-USP, en las Unidades de Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (UTI) e Internación Conjunta durante el período de recolección de datos. La tasa promedio de ocupación de camas durante la recopilación de datos fue del 86,13%, totalizando 410 pacientes hospitalarios.

El cálculo de la muestra se basó en una prevalencia global del 27% para IU, de acuerdo con su epidemiología^(4-7,9-11), y se consideró un margen de error (α) del 5% y un Intervalo de Confianza (IC) del 95%, resultando en una muestra final de 303 sujetos.

Para obtener la muestra calculada, los datos se recopilaron cuatro veces (prevalencia puntual) en un solo día, siempre el mismo día del mes (día 18), durante un período de 12h (de 7h a 19h), en marzo, abril, mayo y junio de 2016.

La muestra del estudio consistió en pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: tener 18 años o más, estar en un estado consciente y ser ayudado para responder las preguntas o estar acompañado por un interventor en el momento de la recopilación de datos, consentir en participar en la investigación, no estar en uso de Cateterismo Vesical

de Demora (CVD), no tener anuria y no tener derivación urinaria (nefrostomía, cistostomía, vesicostomía, ureteroleostomía de Bricker). Sesenta y cuatro (15,6%) pacientes fueron excluidos del estudio por edad inferior a 18 años (16), confusión mental sin la presencia de un interventor (15), estado inconsciente sin la presencia de un interventor (3), negativa a participar 4), presencia de CVD (20) y anuria (6). Además, no se abordaron otros 27 pacientes (6,5%) por diversas razones: alta hospitalaria (11), transferencia al centro quirúrgico u obstétrico (14), realización de examen o procedimientos médicos (1) y transferencia a otra institución (1). Al final, la muestra estuvo compuesta de 319 pacientes.

Todos los pacientes incluidos en el estudio fueron entrevistados para la recopilación de los datos sociodemográficos y clínicos utilizándose un instrumento específico destinado a la *caracterización sociodemográfica de la muestra* (sexo, edad, color de la piel, nivel de educación, años de estudio, ocupación, número de hijos, ingreso familiar, estado civil y religión); *investigación sobre las variables clínicas de interés* (diagnóstico de ingreso hospitalario, SAH, DM tipo 2, Insuficiencia Cardíaca, asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), ACV, trauma raquimedular, Esclerosis Múltiple, Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Parkinson, demencia senil, depresión, insomnio, tabaquismo, alcoholismo, obesidad, diarrea, cirugías ginecológicas/uroológicas/anorrectal, radioterapia pélvica o abdominal, limitación funcional, megacolon idiopático, Síndrome del Intestino Irritable-SII, Enfermedad Intestinal Inflamatoria, neoplasia del intestino/recto, hipotiroidismo, hepatopatía, enfermedad hemorroidal, absceso/infección alrededor del ano, trauma o lesión en el recto/ano, fisura anal, rectocele, cistocele, prolapso rectal, prolapso uterino, menopausia, embarazo, tipo de parto, episiotomía, laceración, disuria, IU recurrente, uso previo de catéter vesical de demora/ catéter vesical de alivio/ catéter rectal, uso de medicamentos (diuréticos, anticolinérgicos, opioides, hipotensores, laxantes, antibióticos, etc.), uso de pañales en el hogar, durante la estancia hospitalaria y durante la evaluación, e *identificación de la presencia de IU*.

La presencia de IU fue considerada como la pérdida involuntaria de orina. Para aquellos considerados incontinentes, se aplicaron dos instrumentos para la caracterización de la pérdida urinaria: *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form - ICIQ-SF* y Características de las Pérdidas Urinarias. El primer instrumento fue culturalmente adaptado y validado para Brasil en 2004⁽¹⁵⁾. Consiste en seis preguntas, las dos primeras se refieren a datos demográficos (edad y sexo), y las tres siguientes se refieren a la frecuencia y cantidad de la pérdida urinaria y cuánto afecta a la vida diaria. Estas preguntas admiten puntuaciones parciales que, cuando se suman, producen

una puntuación final de gravedad. La última pregunta tiene como objetivo caracterizar la situación en la que se produce la pérdida urinaria. Este instrumento no tiene punto de corte para la estratificación de la severidad de la pérdida urinaria, pero sus puntuaciones son directamente proporcionales a la magnitud de la incontinencia urinaria. En cuanto al segundo instrumento, desarrollado por brasileños⁽¹³⁾, consta de 13 preguntas que fueron diseñadas para caracterizar la pérdida urinaria, incluyendo el tiempo, las condiciones, la frecuencia y la cantidad de la pérdida urinaria y el uso y la frecuencia de los cambios de los recursos de contención de la pérdida urinaria. Este instrumento no presenta puntuaciones parciales o finales y la comprensión de la gravedad de la IU depende de la interpretación del profesional que lo aplica. Aunque no ha sido validado formalmente, su validación se ha producido a través de estudios en los que ya se ha utilizado⁽⁹⁻¹⁰⁾. La recopilación de datos se complementó consultando los registros médicos y mediante el examen físico. El examen físico consistió en una comprobación rápida de la presencia o no de CVD o de derivación urinaria, que se utiliza como criterio para la selección de los pacientes.

Los datos recopilados se codificaron e introdujeron en una hoja de cálculo de MS Office Excel®, versión 2007, para la creación de la base de datos. Posteriormente, fueron transportados al software SPSS, versión 22.0, para la realización de los análisis. En este estudio se utilizó la prevalencia puntual, que es la proporción de individuos que presentan una condición clínica en un determinado momento. Se utilizaron dos pruebas estadísticas para el estudio de variables categóricas independientes: la prueba de ji-cuadrado y la prueba de Fisher. La prueba t de Student y la prueba de Mann-Whitney se utilizaron para medir la asociación entre las variables numéricas. Además, el análisis multivariante se realizó mediante regresión logística (*forward stepwise*), para identificar las variables asociadas con el resultado de IU. Para todos los análisis estadísticos del estudio, la significación estadística se fijó en el 5% ($p < 0,05$). Sin embargo, para la inclusión de las variables independientes en el modelo de regresión, el nivel de significación se fijó en el 10% ($p < 0,1$). El Intervalo de Confianza se fijó en el 95%.

Resultados

Según la Tabla 1, la muestra estuvo constituida predominantemente por mujeres (182/57,1%), edad promedio de 47,9 años (DE = 21,1), color de la piel blanca (147/46,1%), 8,4 años de estudio en promedio (DE=4,6), casados (169/53%), asalariados y con empleo debidamente registrado (86/27%). De acuerdo con la Tabla 2, entre los entrevistados, 116 (36,4%) pacientes informaron tener HAS, 71 (22,2%) tenían DM, 64 (20%) tenían limitación funcional, 57 (17,9%) IU recurrente y 57 (17,9%) eran fumadores. La duración media de la estancia hospitalaria fue de 8,4 días (DE=13,5).

Tabla 1 - Características sociodemográficas de la muestra (N=319). São Paulo, SP, Brasil, 2016

Variables	Media	Mediana	DE*	Mínimo	Máximo
Edad	47,9	49	21,1	18	103
Años de estudio	8,4	9	4,6	0	24
				N†	%
Sexo					
Femenino				182	57,1
Masculino				137	42,9
Color de la piel					
Blanca				147	46,1
Negra				52	16,3
Parda				112	35,1
Amarilla				8	2,5
Estado civil					
Soltero				93	29,2
Viudo				35	11,0
Unión estable/casado				169	53,0
Separado				22	6,9
Situación laboral					
Asalariado con registro				86	27
Asalariado sin registro				6	1,9
Trabajador autónomo				42	13,2
Trabajo informal				20	6,3
Jubilado				81	25,4
Pensionado				13	4
Desempleado				67	21
Apartado del trabajo				4	1,2

* Desviación Estándar; †Número absoluto

Tabla 2 - Características clínicas de la muestra (N=319). São Paulo, SP, Brasil, 2016

Variables	Media	Mediana	DE*	Mínimo	Máximo
Duración de la estancia hospitalaria	8,4	13,5	3	1	113
				N†	%
Historial clínico					
Hipertensión Arterial Sistémica				116	36,4
Diabetes Mellitus				71	22,2
Asma				20	6,2
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica				23	7,21
Insuficiencia Cardíaca				51	16
Infección Urinaria Recurrente				57	17,9
Tabaquismo				57	17,9
Alcoholismo				19	5,9
Limitación funcional				64	20
Uso de medicamentos					
Uso de diuréticos				51	16
Uso de laxantes				22	6,9

*Desviación Estándar; †Número absoluto

La prevalencia global de IU fue del 22,9% (73), 28% (51) para las mujeres y del 16,1% (22) para los hombres.

Entre las variables demográficas, las que presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con y sin IU fueron: edad ($p<0,001$), sexo ($p=0,012$), años de estudio ($p<0,001$) y nivel de educación ($p<0,001$). Entre las variables clínicas, las que mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con y sin IU fueron: HAS ($p=0,001$,

DM ($p<0,001$), Insuficiencia Cardíaca ($p=0,002$), Enfermedad de Alzheimer ($p=0,001$), asma ($p=0,001$), EPOC ($p=0,003$), tabaquismo ($p=0,030$), limitación funcional ($p=0,000$), enfermedad hemorroidal ($p=0,04$), IU recurrente ($p=0,006$), cirugía anorrectal ($p=0,005$), uso de pañales ($p<0,001$), uso de diuréticos ($p=0,001$) o laxantes ($p=0,002$). Para las mujeres, las variables que mostraron diferencias estadísticamente significativas fueron: cistocele ($p=0,000$), menopausia ($p<0,001$), número de embarazos ($p=0,008$), número de partos

(0,005), parto natural (parto vaginal con o sin utilización de fórceps) ($p=0,001$) y parto vaginal (sin utilización de fórceps) ($p=0,001$). Entre los hombres incontinentes, la impotencia sexual fue significativamente más frecuente ($p<0,001$), en comparación con aquellos sin IU.

Como se muestra en la Tabla 3, según el modelo de regresión logística, las variables que permanecieron asociadas con la incidencia de IU fueron: sexo femenino (OR=3,89, IC95%: 1,8-7,9), edad (OR=1,03, IC95%: 1,01-1,05), asma (OR=3,66; IC95%: 1,3-10,2); uso de laxantes (OR=3,26; IC95%: 1,0-9,8), uso de pañales en el momento de la evaluación (OR=2,75; IC95%: 1,0-6,9), uso de pañales en el hogar (OR=10,29; IC95%: 1,8-57,6), uso de pañales en algún momento durante la estancia hospitalaria (OR=6,74; IC95%: 0,4-91,8). Según el modelo de regresión logística, las mujeres tienen 3,9 veces más probabilidades de presentar IU; para cada año de edad, la probabilidad de tener IU aumenta en el 3,6%; tener asma aumenta en 3,7 veces las posibilidades de presentar IU; el uso de laxantes aumenta estas posibilidades en 3,3 veces. El uso de pañales por el paciente en el momento de la evaluación aumentó en 2,7 veces las posibilidades de tener IU, mientras que el uso de pañales en el hogar aumentó las posibilidades en 10,3 veces; y el uso de pañales en algún momento durante la estancia hospitalaria aumentó estas posibilidades en 6,7 veces.

Tabla 3 - Variables asociadas con la presencia de incontinencia urinaria (N=319). São Paulo, SP, Brasil, 2016

Variables	P valor	Exp.*	IC95% [†]	
			Lower	Upper
Sexo (femenino)	0,000	3,896	1,899	7,991
Edad	0,000	1,036	1,019	1,054
Asma	0,014	3,660	1,302	10,290
Estar en uso de laxantes	0,035	3,262	1,085	9,811
Uso de pañales en el momento	0,031	2,752	1,096	6,908
Uso de pañales en el hogar	0,008	10,293	1,839	57,606
Uso previo de pañales en la estancia hospitalaria	0,152	6,749	0,496	91,834

*Exposición o razón de probabilidades; †Intervalo de Confianza del 95% para la razón de probabilidades

Para la aplicación del modelo de regresión logística, para evaluar la asociación entre las variables y la IU en mujeres, se repitió la edad y el asma, junto con el número de partos y la DM, como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4 - Variables asociadas con la presencia de incontinencia urinaria en mujeres (N=182). São Paulo, SP, Brasil, 2016

Variables	P valor	Exp*	IC95% [†]	
			Lower	Upper
Edad	0,000	1,037	1,017	1,056
DM [†]	0,041	2,596	1,039	6,489
Asma	0,010	4,921	1,460	16,588
Número de Partos	0,008	1,273	1,064	1,522

*Exposición o razón de probabilidades; †Intervalo de Confianza del 95% para la razón de probabilidades; †DM - Diabetes Mellitus

Entre las personas con IU, 24 (32,9%) la tenían por más de seis años, 15 (20,5%) por menos de un año y 15 (20,5%) entre uno y tres años; ocho (11%) reportaron el inicio de la incontinencia después de su estancia hospitalaria. En cuanto a la frecuencia de las pérdidas urinarias, estas ocurrían una vez por semana o menos en 25 (21,9%) pacientes y varias veces al día en 22 (30,1%) pacientes. Las pérdidas urinarias ocurrían en pequeñas cantidades en 42 (57,5%) pacientes y en grandes cantidades en 20 (27,4%) pacientes. Los pacientes informaron que las situaciones en las que las pérdidas urinarias ocurrían con más frecuencia fueron al toser o estornudar en 38 (52,1%) pacientes, seguido por su ocurrencia cuando los pacientes estaban durmiendo, 27 (37%). Entre los incontinentes, 21 (28,8%) pacientes informaron que sólo "a veces" era posible llegar al baño a tiempo; 53 (72,6%) pacientes relataron despertar durante la noche cuando se daban cuenta de que necesitaban orinar; 69 (94,5%) pacientes no tenían pérdida urinaria durante la relación sexual. En cuanto al uso de recursos de contención las pérdidas urinarias, el 52,1% (38) informó utilizar algún tipo de recurso, el 52,6% (21) utilizaba pañales, los otros informaron el uso de servilletas sanitarias. Los recursos eran sustituidos tres veces al día en 22 (59,2%) incontinentes. Cuando se les preguntó acerca de los cambios en la vida diaria debido a las pérdidas urinarias, 33,8% (23) de los pacientes declararon que estos cambios ocurrieron, principalmente asociados con situaciones como salir de casa (18/26,5%), en el tiempo libre (8/11,8%) y al dormir (8/11,8%). La mayoría (56/81,2%) cree que la IU no ha afectado sus relaciones. Para 24 (35,8%) pacientes, las pérdidas urinarias se consideraron como un problema grave.

Entre los pacientes con IU antes de la estancia hospitalaria, sólo el 16,7% de los pacientes informó haber buscado ayuda profesional para lidiar con este problema.

Discusión

La prevalencia de IU encontrada entre los pacientes hospitalarios fue del 22,9% (el 28% para las mujeres y el 16,1% para los hombres), que es mucho menor que la encontrada en un estudio realizado en el mismo hospital, con 77 pacientes adultos y de edad avanzada, el 35%⁽¹³⁾. No se encontró ningún otro estudio internacional sobre la prevalencia de IU en una población hospitalaria, además de un estudio español realizado en 2015 con 924 pacientes de edad avanzada hospitalizados en Zaragoza, en lo que se observó una prevalencia global de IU del 80% (el 84,76% para las mujeres y el 73,9% para los hombres). Este estudio mostró que la IU fue uno de los diez problemas de salud más comunes en ambos sexos, con una prevalencia mayor que la de comorbilidades ampliamente distribuidas como la HAS y la DM tipo 2⁽¹⁶⁾. La prevalencia encontrada en el presente estudio es similar a la encontrada en estudios nacionales e internacionales realizados con la población en general,

en los que la prevalencia de IU oscila entre el 8,2% y el 27% (del 13% al 38,7% para las mujeres y del 2,9% al 11% para los hombres)^(4-7,9-11).

En un estudio poblacional realizado con 1.705 adultos mayores en el municipio de Florianópolis, en Santa Catarina, la prevalencia de IU fue del 29,4% (el 36,3% para las mujeres y el 17,0% para los hombres), alcanzando el 41,5% entre los adultos mayores de 75 años⁽⁷⁾. En otro estudio llevado a cabo con personas mayores de siete países de América Latina y Caribe, incluido Brasil, la prevalencia auto reportada de IU en el municipio de São Paulo fue del 11,8% entre los hombres y del 26,2% entre las mujeres⁽¹⁰⁾.

En el presente estudio, el sexo femenino, la edad avanzada, el asma, el uso de laxantes, el uso de pañales en el hogar, el uso de pañales en algún momento durante la estancia hospitalaria o en el momento de la evaluación se asociaron a la incidencia de IU, de acuerdo con el modelo de regresión logística. Un estudio llevado a cabo con individuos hospitalizados en el mismo hospital mostró una correlación estadísticamente significativa entre IU en individuos hospitalarios y otros factores como: disuria, infecciones urinarias, duración de la estancia hospitalaria y sexo masculino⁽¹³⁾.

A pesar de la creencia popular y el gran número de estudios llevados a cabo con pacientes de edad avanzada, la IU no es una alteración inherente al proceso de envejecimiento. Sin embargo, de hecho, su incidencia aumenta proporcionalmente con la edad y puede ser considerada como un síndrome geriátrico^(8,7,17-18). El envejecimiento conduce a cambios cognitivos relacionados con la coordinación del cuerpo y la movilidad, así como la aparición de enfermedades asociadas, como las enfermedades neurodegenerativas, y estos factores contribuyen a la aparición de la IU.

En contraste con el factor edad, la asociación entre la IU y el uso de laxantes ha sido poco estudiada y no se encontró en la literatura nacional e internacional otro estudio para corroborar esta asociación. Probablemente, el uso de laxantes emergió como un factor asociado con la IU debido a la presencia concomitante de IU y estreñimiento en el mismo individuo. Otra hipótesis es que debido a la diarrea, el individuo tiene una mayor dificultad para contener la pérdida de orina durante la evacuación.

La asociación entre asma y pérdida de orina ha sido frecuentemente demostrada en otros estudios epidemiológicos^(7,14). Los problemas respiratorios causan tos crónica o estornudos frecuentes, que provocan un aumento repetido de la presión intraabdominal y la consiguiente sobrecarga del suelo pélvico. Un estudio llevado a cabo en 2015, mostró que los individuos que informaron tener bronquitis o asma fueron un 38% más propensos a tener IU que aquellos que no tenían estas enfermedades⁽⁷⁾.

El uso de pañales entre los factores asociados con la IU conduce a la formulación de algunas hipótesis sobre la relación entre estas variables. El uso previo de pañales en el hogar muestra claramente la existencia de colinealidad entre las variables. Por

lo tanto, naturalmente se espera que los que tienen incontinencia de larga duración usarán pañales y viceversa. Sin embargo, el uso de pañales durante la evaluación o en algún momento durante la estancia hospitalaria plantea dudas sobre la inducción de la pérdida de control de la continencia urinaria, debido al uso de pañales en pacientes previamente continentales. Se sabe que el uso de pañales durante la estancia hospitalaria puede facilitar el cuidado de los pacientes de edad avanzada, evitando esfuerzos al retirarlos de la cama y llevarlos al baño. Además, el uso de pañales se utiliza comúnmente durante la estancia hospitalaria, especialmente durante la noche, para evitar el riesgo de caídas en pacientes de edad avanzada. Un estudio internacional mostró que el uso excesivo de pañales en pacientes continentales durante la estancia hospitalaria fue la segunda causa más frecuente de iatrogenia, es decir, indujo la IU⁽¹⁹⁾.

Las mujeres son generalmente la población más afectada por la IU, y el adelanto de la edad es un factor agravante para la aparición de la IU. La incidencia de IU en hombres y mujeres se da de una manera sistemáticamente diferente, ocurriendo predominantemente en mujeres^(4,6-8). Esta asociación puede deberse a la deficiencia estrogénica y a la paridad, entre otros factores⁽²⁰⁻²¹⁾.

El estrógeno desempeña un papel importante en el mecanismo de apoyo pélvico, controlando la síntesis y la degradación del colágeno⁽²⁰⁾. Además, los tejidos del tracto urinario inferior son sensibles al estrógeno, lo que influye en el aumento de la resistencia uretral, en la frecuencia y amplitud de las contracciones del músculo detrusor, y consecuentemente, en el umbral sensorial de la vejiga⁽²¹⁾. Por estas razones, la reducción de esta hormona después de la menopausia es un posible factor etiológico para los trastornos del suelo pélvico, incluida la incontinencia urinaria⁽¹⁴⁾.

En este estudio, hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de mujeres con diferentes números de embarazos y diferentes tipos de partos en lo que se refiere a la ocurrencia de IU. Entre los resultados, cabe destacar el aumento de las posibilidades (27,3%) de la mujer tornarse incontinente en cada parto, independientemente del tipo de parto.

Las discusiones sobre la asociación entre el tipo de parto y la aparición de la IU son todavía contradictorias, sin embargo, las publicaciones más recientes sugieren que el parto por cesárea es un factor de protección para la IU⁽²²⁻²³⁾. En un estudio realizado con mujeres que han dado a luz recientemente, la frecuencia de IUE en el posparto fue significativamente mayor en el parto vaginal comparado con el parto por cesárea después de un mes ($p < 0,001$), seis meses ($p < 0,001$) y 12 meses ($p < 0,001$)⁽²²⁾. En una revisión sistemática⁽²³⁾ que incluyó 16 estudios que compararon el riesgo de IUE y IUU entre el parto vaginal y el parto por cesárea, se encontró, excepto en un estudio, que existe un mayor riesgo de IUE y IUU después del parto vaginal en comparación con el parto por cesárea (OR=1,85 [IC95%: 1,56-2,19]).

Para el grupo de los hombres, no ha surgido ninguna variable asociada con la IU. De acuerdo con el estudio previamente mencionado, con individuos hospitalarios, correlaciones estadísticamente significativas se encontraron entre la prevalencia de IU en los hombres y el aumento de edad⁽¹³⁾. En otros estudios epidemiológicos, se ha demostrado que la prostatectomía radical es un importante factor de riesgo para la IU, especialmente en el postoperatorio inmediato, con tasas de prevalencia auto reportadas que van del 20% al 57%, un año después de la cirugía, dependiendo del método quirúrgico utilizado⁽²⁴⁾.

Es importante señalar que en ocho pacientes incontinentes (11%), el problema surgió durante su estancia hospitalaria. Durante la estancia hospitalaria, los pacientes están sujetos a la pérdida de control miccional debido al deterioro de su estado de salud, a la disminución de la funcionalidad y la disminución frecuente en su nivel de conciencia causada por la propia enfermedad o por la sedación. En los pacientes de edad avanzada, la aparición de la IU durante la estancia hospitalaria es bastante común. En esta edad, las alteraciones funcionales se justifican por su baja reserva funcional, lo que los hace más vulnerables a disfunciones en situaciones de estrés orgánico. Entre los entrevistados que presentaron IU, la mayoría de ellos generalmente se despiertan para ir al baño cuando necesitan orinar, pero sólo un tercio de ellos consiguen llegar al baño a tiempo. En un estudio poblacional a nivel nacional⁽¹⁰⁾ estas tasas fueron más altas, el 93% se despertó en plena noche para orinar y el 56,3% no pudo mantener la continencia hasta llegar al baño. La IUU es común en las personas mayores y se asocia con un mayor riesgo de caídas y consecuentes fracturas⁽²⁵⁾. Este riesgo es aún mayor en el período nocturno, generalmente cuando el cuidador está durmiendo.

Además, sólo el 16,7% de los pacientes informo haber buscado ayuda profesional para lidiar con este problema. Esto puede explicarse por la creencia de que la incontinencia urinaria es un fenómeno esperado durante el envejecimiento, lo que puede implicar cierta resiliencia por parte de las personas afectadas, con respecto al problema y al desarrollo de acciones adaptativas⁽¹⁸⁾.

La prevalencia de IU encontrada en este estudio, así como sus factores asociados, corroboran los hallazgos de la literatura nacional e internacional sobre la IU en la población general. Sin embargo, todavía hay una laguna de conocimiento sobre la aparición de esta condición de salud en pacientes hospitalarios. A pesar de su contribución para minimizar esta laguna, se reconoce que este estudio se limita a un solo hospital y presenta las limitaciones de un estudio con diseño transversal. Así, este estudio fomenta nuevos estudios que incluirán otras instituciones hospitalarias, así como la recopilación longitudinal de datos, lo que permite, principalmente, la confirmación de las variables asociadas a la incidencia de IU en esta clientela.

Conclusión

Este estudio, llevado a cabo con 319 pacientes hospitalarios, concluyó que la prevalencia general de IU fue del 22,9%, el 28% para las mujeres y el 16,1% para los hombres. Las variables: sexo femenino (OR=3,89; IC95%: 1,899-7,991), edad (OR=1,03; IC95%: 1,019-1,054), asma (OR=3,66; IC95%: 1,302-10,290), uso de laxantes (OR=3,26; IC95%: 1,085-9,811), uso de pañales en el momento de la evaluación (OR=2,75; IC95%: 1,096-6,908), uso de pañales en el hogar (OR=10,29; IC95%: 1,839-57,606) y el uso de pañales en algún momento durante la estancia hospitalaria (OR=6,74; IC95%: 0,496-91,834) se asociaron con la IU.

Referências

- 1 Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Incontinence Society (ICS) join report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):4-20. doi: 10.1002/nau.20798.
- 2 Gomes AGP, Veríssimo JH, Santos KFO, Andrade CG, Costa IC, Fernandes MGM. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres/ The Impacto of urinary incontinence on quality of life of women. *Rev Baiana Enferm.* 2013;27(2):181-92. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v27i2.6922>
- 3 Unsal A, Ayranci U, Tozun M, Arslan G, Calik E. Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students. *Ups J Med Sci.* 2010;115(2):138-45. doi: 10.3109/03009730903457218.
- 4 Lee YS, Lee KS, Jung JH, Han DH, Oh SJ, Seo JT, et al. Prevalence of overactive bladder, urinary incontinence, and lower urinary tract symptoms: results of Korean EPIC study. *World J Urol.* 2011;29(2):185-90. doi:10.1007/s00345-009-0490-1.
- 5 Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU Int.* 2011;108(7):1132-8. doi: 10.1111/j.1464-410X.2010.09993.x.
- 6 Zumrutbas AE, Bozkurt AI, Tas E, Acar CI, Alkis O, Coban K. Prevalence of lower urinary tract symptoms, overactive bladder and urinary incontinence in western Turkey: Results of a population-based survey. *Int J Urol.* 2014;21(10):1027-33. doi: 10.1111/iju.12519.
- 7 Marques LP, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, D`Orsi E. Fatores demográficos, condições de saúde e hábitos de vida associados à incontinência urinária em idosos de Florianópolis, Santa Catarina/ Demographic, health conditions, and lifestyle factors associated with urinary incontinence in elderly from Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(3):595-606. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500030006>.

- 8 Wu JM, Matthews CA, Vaughan CP, Markland AD. Urinary, fecal, and dual incontinence in older U.S. Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(5):947-53. doi: 10.1111/jgs.13385.
- 9 Santos CRS, Santos VLCG. Prevalence of Urinary Incontinence in a Random Sample of the Urban Population of Pouso Alegre, Minas Gerais, Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(5):903-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000500010>.
- 10 Menezes MAJ, Hashimoto SY, Santos VLCG. Prevalence of urinary incontinence in a community sample from the city of São Paulo. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2009;36(4):436-40. doi: 10.1097/WON.0b013e3181aaf446.
- 11 Tamanini JTN, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad Saúde Pública.* 2009;25(8):1756-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800011>.
- 12 Lin KL, Shen CJ, Wu MP, Long CY, Wu CH, Wang CL. Comparison of low urinary tract symptoms during pregnancy between primiparous and multiparous women. *BioMed Res Int.* 2014. doi:10.1155/2014/303697.
- 13 Silva APM, Santos VLCG. Prevalence of Urinary Incontinence in Hospitalized Patients. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(1):36-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000100005>.
- 14 Townsend MK, Lajous M, Medina-Campos RH, Catzin-Kuhlmann A, Ridaura RL, Rice MS. Risk factors for urinary incontinence among postmenopausal Mexican women. *Int Urogynecol J.* (2016). doi: 10.1007/s00192-016-3196-0.
- 15 Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto Júnior NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública.* 2004;38(3):438-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015>.
- 16 Clerencia-Sierra M, Calderon-Larranaga A, Martínez-Velilla N, Vergara-Mitxeltoarena I, Aldaz-Herce P, Poblador-Plou B, et al. Multimorbidity patterns in hospitalized older patients: associations among chronic diseases and geriatric syndromes. *PLoS One.* 2015;10(7). doi: 10.1371/journal.pone.0132909.
- 17 Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Factors associated with geriatric syndromes in older homeless adults. *J Health Care Poor Underserved.* 2013;24(2):456-68. doi: 10.1353/hpu.2013.0077.
- 18 Honório MO, Santos SMA. Urinary incontinence and aging: impact on daily basis and on the quality of life. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(1):51-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100008>.
- 19 Sourdet S, Lafont C, Rolland Y, Nourhashemi F, Andrieu S, Vellas B. Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization. *J Am Med Dir Assoc.* 2015 Aug 1;16(8):674-81. Published online 2015 Apr 24. doi: 10.1016/j.jamda.2015.03.011.
- 20 Chung da J, Bai SW. Roles of sex steroid receptors and cell cycle regulation in pathogenesis of pelvic organ prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2006;18(5):551-4. doi: 10.1097/O1.gco.0000242959.63362.1e.
- 21 Matsubara S, Okada H, Shirakawa T, Gotoh A, Kuno T, Kamidono S. Estrogen levels influence beta-3-adrenoceptor-mediated relaxation of the female rat detrusor muscle. *Urology.* 2002;59(4):621-5. [http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295\(01\)01583-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295(01)01583-7).
- 22 Kokabi R, Yazdanpanh D. Effects of delivery mode and sociodemographic factors on postpartum stress urinary incontinence in primipara women: a prospective cohort study. *J Chin Med Assoc.* 2016;79. doi: 10.1016/j.jcma.2016.06.008.
- 23 Tähtinen RM, Cartwright R, Tsui JF, Aaltonen RL, Aoki Y, Cárdenas JL, et al. Long-term impact of mode of delivery on stress urinary incontinence and urgency urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol.* 2016;70(1):148-58. doi: 10.1016/j.eururo.2016.01.037.
- 24 Haglind E, Carlsson S, Strannec J, Wallerstedt A, Wilderäng U, Thorsteinsdóttir T, et al. Urinary incontinence and erectile dysfunction after robotic versus open radical prostatectomy: a prospective, controlled, nonrandomised trial. *Eur Urol.* 2015;68(2):226-7. doi: 10.1016/j.eururo.2015.02.029.
- 25 Foley AL, Loharuka S, Barrett JA, Mathews R, Williams K, McGrother CW, et al. Association between the Geriatric Giants of urinary incontinence and falls in older people using data from the Leicestershire MRC Incontinence Study. *Age Ageing.* 2012;41(1):35-40. doi: 10.1093/ageing/afr125.

Recibido: 27.03.2017

Aceptado: 22.09.2017

Correspondencia:

Jaqueline Betteloni Junqueira
Hospital Universitário da USP Clínica Médica
Av. Prof Lineu Prestes 2565 Cidade Universitária
Bairro: Butantã
CEP: 05508-000, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: jaque.betteloni@hotmail.com

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.