



PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y ASOCIACIÓN CON LA OBESIDAD EN MUJERES MATRICULADAS EN UNA UNIDAD DOCENTE ASISTENCIAL DE MACEIÓ-AL

ARTÍCULO ORIGINAL

BEZERRA, Ana Clarissa Santos¹, LIMA, Isabella Karoline Moreira Ribeiro², SOUTINHO, Renata Sampaio Rodrigues³

BEZERRA, Ana Clarissa Santos. LIMA, Isabella Karoline Moreira Ribeiro. SOUTINHO, Renata Sampaio Rodrigues. **Prevalencia de incontinencia urinaria y asociación con la obesidad en mujeres matriculadas en una unidad docente asistencial de Maceió-AL.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Año 05, Ed. 10, vol. 09, págs. 91-113. Octubre 2020. ISSN: 2448-0959, Enlace de acceso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/salud/obesidad-en-mujeres>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/salud/obesidad-en-mujeres

RESUMEN

La incidencia del sobrepeso y la obesidad, así como los marcadores de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENT), ha crecido en las últimas décadas. La obesidad, además de estar asociada a enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y la hipertensión, puede ser considerada un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos en las estructuras de soporte de las vísceras abdomino-pélvicas, lo que puede derivar en complicaciones como la Incontinencia Urinaria (IU) y prolapsos genitales. La asociación entre la incontinencia y la obesidad aún está poco estudiada. Debido a la relevancia del tema, se propuso este estudio, que tuvo como objetivo investigar la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres inscritas en una unidad de atención en la ciudad de Maceió y verificar la asociación con la obesidad. Se trata de un estudio observacional, analítico, transversal, con mujeres entre 18 y 60 años, matriculadas en una Unidad de Atención Docente del Municipio de Maceió, de julio a septiembre de 2017. Fueron excluidas mujeres con embarazos sospechados o confirmados que padecía alguna enfermedad neurológica que le impidiera comprender, oír o hablar, imposibilitando la respuesta al cuestionario. Participaron de la investigación 109



mujeres, con una edad media de $38,1 \pm 12,3$, variando entre una edad mínima de 18 y una máxima de 59 años. La prevalencia de IU autorreferida en esta población fue del 17,43%, no encontrándose asociación con la obesidad. Se pudo concluir que la prevalencia de IU se encuentra dentro del porcentaje descrito en la literatura y que, aunque no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre IU y obesidad, el número de mujeres con incontinencia, obesidad o sobrepeso es elevado. Además, la IU está cada vez más presente en mujeres jóvenes, así como la obesidad, como se confirma en este estudio.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, Obesidad, Mujeres.

1. INTRODUCCIÓN

La incidencia del sobrepeso y la obesidad, así como los marcadores de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENT), ha crecido en las últimas décadas. La obesidad no es una enfermedad singular, es un problema de salud pública, ya que es considerada un factor de riesgo para otras morbilidades como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, importantes causas de mortalidad en adultos, que aumentan proporcionalmente con la ganancia de peso (SARTORI; DE SOUZA; CARNEIRO, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2010; VIECELLI *et al.*, 2009).

La obesidad, además de estar asociada a enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y la hipertensión, puede ser considerada un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos en las estructuras de soporte de las vísceras abdomino-pélvicas, lo que puede derivar en complicaciones como la incontinencia urinaria y prolapsos genitales (DA COSTA; MACHADO; CORDÁS, 2010; FORTI *et al.*, 2011; PIRES, 2013).

La incontinencia urinaria (IU) se define como una condición en la que hay una pérdida involuntaria de orina. Esta condición es responsable de trastornos que derivan en problemas higiénicos, disfunciones sexuales, bajo desempeño profesional, impactando negativamente en la calidad de vida. Según la Sociedad Internacional de Continencia, la IU se puede clasificar en Incontinencia Urinaria de



Esfuerzo (IUE), Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU) e Incontinencia Urinaria Mixta (IUM) (DE CARVALHO *et al.*, 2013).

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) se considera el tipo de incontinencia más común en mujeres jóvenes, afectando al 18% de las mujeres mayores de 30 años. En mujeres obesas es el tipo más prevalente, caracterizándose por la pérdida involuntaria de orina, cuando la presión intravesical supera la presión máxima de cierre uretral en ausencia de contracción del músculo detrusor. En este tipo de incontinencia es muy común experimentar pérdida de orina en situaciones como estornudos, tos, risa o incluso durante la práctica de actividades físicas (FROHME *et al.*, 2014).

La asociación entre la incontinencia y la obesidad aún está poco estudiada. Algunos autores encontraron que la obesidad se considera un factor de riesgo relevante para el desarrollo de IUE, especialmente en mujeres con edades comprendidas entre 37 y 54 años. WING y colaboradores (2010) informan que la pérdida de peso en mujeres con sobrepeso u obesas tiene un efecto positivo en la reducción de la frecuencia de episodios de IUE.

El mecanismo que explica la relación entre la IU y la obesidad aún no está bien establecido. Se especula que el exceso de peso aumenta la presión intraabdominal, que se transfiere a la vejiga, aumentando la presión intravesical y la movilidad uretral, lo que lleva a la IU. Además, la obesidad puede afectar la función neuromuscular del tracto genitourinario, lo que contribuye a las molestias urinarias (VIECELLI *et al.*, 2009).

Considerando que aún se subestima el número de mujeres obesas con IU, y que conocer si existe o no asociación entre estas dos condiciones es útil para desarrollar estrategias de tratamiento específicas para esta población, se propuso este estudio, que tuvo como objetivo investigar la prevalencia de incontinencia del tracto urinario



en mujeres inscritas en una unidad de atención en la ciudad de Maceió y verificar la asociación con la obesidad.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional, analítico, transversal con mujeres entre 18 y 60 años, matriculadas en una Unidad de Atención Docente del Municipio de Maceió, de julio a septiembre de 2017. Fueron excluidas las gestantes o con sospecha de embarazo o que tuvieran una enfermedad neurológica que les impidiera entender, oír o hablar, imposibilitando la respuesta al cuestionario.

El tamaño de la muestra se calculó consultando el sitio web *LEE – Laboratório de Epidemiologia e Estatística*, considerando una prevalencia de incontinencia urinaria de 17%, precisión absoluta de 5 y nivel de significancia de 5%. El tamaño de muestra calculado fue de 217, adicionando un 20% por pérdidas y negativas; el tamaño mínimo de la muestra fue de 261 mujeres.

Para la obtención de la muestra se dividió la Unidad Docente Asistencial en 6 microáreas. La recolección comenzó en la 1ra microárea y solo después de la finalización de los hogares en esta región procedieron las siguientes microáreas.

Dentro de cada microárea se identificaron los sectores censales, excluyendo los sectores comerciales.

El proceso de selección de hogares fue iniciado por conglomerados. Se visitó un determinado número de viviendas, realizándose sistemáticamente las entrevistas a las mujeres, por la propia investigadora y por voluntarios previamente capacitados en el área de salud.

Si no se encontraban mujeres entre las edades de 18 y 60 años en los hogares objetivo de la investigación, el investigador continuaba hasta el hogar más cercano, de forma continua, hasta que se identificaba a una mujer elegible. Si se encontraba



un hogar que tenía una mujer elegible, y ella no estaba presente en ese momento, se programaba otra hora de visita, como máximo dos veces, para considerarlo como una pérdida. Ante la ocurrencia de más de una mujer con edad entre 18 y 60 años viviendo en el hogar, todas fueron entrevistadas.

Luego de la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado - TCLE[4] (anexo A), con base en la resolución 466/12, del Consejo Nacional de Salud, Ministerio de Salud (CNS/MS), a través de una entrevista estructurada, de forma individual, se recolectaron datos en el domicilio de cada participante por un solo investigador.

Las variables independientes, como aspectos sociodemográficos y económicos, enfermedades autorreferidas, estilo de vida y antecedentes ginecoobstétricos, fueron recolectadas mediante un formulario de recolección de datos.

Las variables independientes del estudio incluyeron: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, ingreso *per capita*, paridad, tipo de parto, cirugía uroginecológica previa, presencia de enfermedad crónica y tipo de enfermedad crónica, práctica de actividad física regular y uso diario de medicamentos.

La variable dependiente “incontinencia urinaria” se obtuvo a través de la pregunta:

“¿Ha tenido pérdida de orina en algún momento en los últimos doce meses?”, lo que permitió obtener datos sobre la incontinencia autorreferida.

También se midió el perímetro de la cintura con una cinta métrica, se pidió al voluntario que se pusiera de pie y se colocó la cinta métrica en la línea umbilical, obteniéndose la medida en centímetros. Esta medida muestra el contenido de grasa visceral y de acuerdo con las Directrices Brasileñas de Obesidad (2010), una medida igual o superior a 80 cm en mujeres representa un mayor riesgo y mayor o igual a 88 representa un riesgo sustancialmente mayor para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Con base en el estudio de Oliveira (2010), el



presente estudio consideró obesidad abdominal a la circunferencia superior a 88 cm.

Para comprobar la altura se utilizó un estadiómetro sobre una superficie plana y sin desniveles, solicitando al voluntario que permaneciera de pie.

El Índice de Masa Corporal (IMC) se calculó a partir de las medidas de peso y talla, mediante la siguiente fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla}^2 \text{ (cm)}$. Y se adoptaron los siguientes puntos de corte de IMC, bajo peso ($IMC < 18,5$); peso normal ($IMC 18,5-24,99$); sobrepeso ($IMC 25-29,99$) y obesidad ($IMC \geq 30,00$).

Los resultados fueron registrados en la base de datos y sus respectivos análisis. Las variables cuantitativas se presentaron como media y desviación estándar, mientras que las variables cuantitativas se realizaron en forma de tabla de frecuencias.

Se realizaron análisis bivariados para identificar una posible asociación entre la IU y la obesidad mediante la medición del IMC y la circunferencia de la cintura.

3. RESULTADOS

Los resultados aquí presentados se refieren al análisis parcial de datos, ya que no fue posible completar la recolección a tiempo por problemas en la micro área donde se estaba realizando la investigación, totalizando el 41,7% del cálculo de la muestra.

Participaron de la investigación 109 mujeres, con una edad media de $38,1 \pm 12,3$, variando entre una edad mínima de 18 y una máxima de 59 años.

La prevalencia de IU autoinformada en esta población fue del 17,43 % ($n=19$), con un 21 % ($n=4$) que informó tener fuga urinaria de esfuerzo, un 26,3 % ($n=5$) que informó pérdida asociada con la incontinencia urinaria de urgencia y la la mayoría



52,7% (n=10) indicó que la pérdida ocurre tanto con los esfuerzos como con la urgencia, siendo sugestivo de incontinencia urinaria mixta.

En cuanto al tiempo de incontinencia, el 52,7% (n=10) relató que las quejas comenzaron hace menos de 1 año y el 47,3% (n=9) hace más de 1 año. De estos, el 47,3% (n=9) refirió tener que usar protector higiénico diario, mientras que el 52,7% (n=10) no usó el protector. Solo 1 (5,26%) participante tenía un diagnóstico basado en el estudio urodinámico y 2 (10,52%) de ellos manifestaron que ya habían realizado algún tratamiento para esta condición.

La Tabla 1 muestra el perfil de las mujeres participantes de la investigación, en cuanto a datos sociodemográficos, económicos y estilo de vida, según la presencia o no de incontinencia urinaria.

Tabla 1 – Perfil de los participantes de la investigación, en cuanto a datos sociodemográficos, económicos y estilo de vida, según la presencia o ausencia de incontinencia urinaria

		Sin IU		Con IU		TOTAL		p**
Características		n=90	%	n=19	%	n=109	%	
Estado civil								
	Solteras	33	30,3	7	6,4	40	36,7	0,14
	Casadas	50	45,8	11	10	61	55,9	
	Divorciadas	3	2,8	0	0	3	2,8	
	Viudas	3	2,8	1	0,9	4	3,6	
Ocupación								0,27
	De casa	46	42,2	9	8,3	55	50,5	
	Empleada	20	18,3	6	5,6	26	23,9	
	Alumno	7	6,4	1	0,9	8	7,3	
	Desempleada	17	15,6	3	2,7	20	18,3	
Grado de escolaridad								0,33
	No alfabetizado	9	8,3	1	0,9	10	9,2	
	Enseñanza fundamental	40	36,7	11	10	51	46,7	



	Escuela secundaria	31	28,5	6	5,6	37	34,1	
	Enseñanza superior	10	9,1	1	0,9	11	10	
El ingreso <i>per capita</i>								0,29
	Hasta 1 sueldo	67	61,5	13	11,9	80	73,4	
	Del 1 al 3	17	15,5	5	4,6	22	20,1	
	Por encima de 3 a 5	6	5,6	1	0,9	7	6,5	
	Por encima de 5	0	0	0	0	0	0	
Enfermedades mencionadas*								0,33
	Hipertensión	23	21,1	6	5,5	29	26,6	
	Diabetes	4	3,6	2	1,8	6	5,5	
	Otros	0	0	1	0,9	1	0,9	
	Ninguno	63	57,8	10	9,2	73	67	
Medicación de rutina								0,34
	Sí	34	31,2	10	9,2	44	40,4	
	No	56	51,3	9	8,3	65	59,6	
Actividad física								0,25
	Sí	18	16,5	5	4,6	23	21,2	
	No	72	66	14	12,8	86	78,8	

Fuente: Datos de la encuesta, 2017. n= número de participantes. %=porcentaje. *permite más de una alternativa. p** menor o igual a 0,05.

En cuanto al estado civil, se encontró que la mayoría de los participantes incontinentes eran casados (11/10%) y luego solteros (7/6,4%) siendo viudos un número menor (1/0,9%). Entre aquellos sin quejas de pérdidas urinarias, también hubo predominio de mujeres casadas (50/45,8%) seguidas de solteras (33/30,3%).

En cuanto a la ocupación, la mayoría con y sin incontinencia eran amas de casa, seguidas de ocupadas (20/18,3% - 6/5,6%), desocupadas (17/15,6% - 3/2,7 %) y



estudiantes (7/6,4% - 1/ 0,9%) para aquellos sin y con incontinencia respectivamente.

Con relación al nivel de escolaridad, se encontró que el mayor número entre incontinentes (11/10%) y continentes (40/36,7%) fueron mujeres que estudiaron hasta la primaria, seguidas de las que reportaron estudiar hasta la secundaria (6/5,6% - 31/28,5%).

En cuanto a la renta *per capita*, tanto entre las mujeres incontinentes (13/11,9%) como las no incontinentes (67/61,5%) hubo un predominio de hasta 1 salario mínimo, seguido de 1 a 3 salarios (5/4, 6 % - 17/15,5%) y más de 3 a 5 salarios (1/0,9% - 6/5,6%).

En cuanto a las enfermedades mencionadas, la mayoría de los entrevistados refirió no tener ninguna enfermedad en ambos grupos. Entre los que relataron tener enfermedades, la hipertensión arterial seguida de la diabetes fueron las más citadas entre los pacientes incontinentes y continentes. En el grupo de incontinentes, la mayoría utiliza medicación habitual (10/9,2%) y en los que no presentan incontinencia, el 56 (51,3%) % no utiliza medicación diaria.

En cuanto a la actividad física, se constató que en ambos grupos - con incontinencia (14/12,8%) y sin incontinencia (72/66%), la mayoría relató no tener el hábito de realizar ejercicios físicos por lo menos tres veces por semana.

La Tabla 2 presenta los datos ginecológicos-obstétricos de las participantes del estudio.

Tabla 2: Datos ginecológicos-obstétricos de las participantes según la presencia o ausencia de incontinencia urinaria

		Con IU(n=19)		Sin IU(n=90)		Total (n=109)		p**
Características		N	%	N	%	Nº	%	
Paridad								0,02
	Nulípara	2	1,9	18	16,6	20	18,5	
	Primípara	5	4,7	20	18,5	25	23,2	
	Múltipara	12	11,1	51	46,9	63	58	
Tipo de parto								0,44
	Vaginal	10	9,3	31	28,4	41	37,7	
	Ninguno	2	1,8	18	16,5	20	18,3	
	Cesárea	3	2,7	26	23,8	29	26,6	
	Ambos	4	3,6	15	13,7	19	17,4	
Cirugías Previas*								0,36
	Abdominales y pélvicos	1	0,9	3	2,8	4	3,7	
	Pélvico	6	5,5	9	8,3	15	13,8	
	Abdominal	2	1,8	7	6,4	9	8,2	
	Perineo	0	0	1	0,9	1	0,9	
	Ninguno	10	9,2	70	64,2	80	73,3	

Fuente: Datos de la encuesta, 2017. N= número de participantes. %=porcentaje.

*permite más de una alternativa. p** menor o igual a 0.05.

Los datos ginecológicos y obstétricos revelaron que en cuanto a la paridad, las mujeres incontinentes predominaron las múltiparas (12/11,1%) seguidas de las primíparas (5/4,7%). En los continentes también hubo predominio de mujeres múltiparas (51/46,9%) seguidas de primíparas (20/18,5%) y nulíparas (18/16,6%).

De las 17 mujeres incontinentes que dieron a luz, 10 (9,3%) tuvieron parto vaginal, 3 (2,7%) tuvieron cesárea y 4 (3,6%) ambos partos. De los 71 continentes que



dieron a luz, 31 (28,4%) fueron partos vaginales, 18 (16,5%) cesáreas y 15 (13,7%) ambos tipos de parto.

En cuanto a la realización de cirugías uroginecológicas, la mayoría de las mujeres incontinentes (10/9,2%) y continentes (70/64,2%) refirió no haber realizado ninguna cirugía. Entre las operadas, hubo mayor predominio de cirugías pélvicas para ambos grupos, incontinentes (6/5,5%) y continentes (9/8,2%).

En cuanto a los datos antropométricos, el perímetro de cintura medio encontrado fue de $92,06 \pm 15,08$ cm, siendo 5 (4,6%) de las mujeres incontinentes con perímetro de cintura igual o inferior a 88 cm y 14 (12,8%) mayor de 88 cm. Entre los continentes, 39 (35,8%) tenían una circunferencia de cintura menor o igual a 88 cm y 51 (46,8%) mayor a 88 cm. El peso promedio fue de $68,82 \pm 15,94$ kg y la altura promedio de $1,55 \pm 0,06$ m.

En cuanto al IMC, entre los incontinentes se destacan los obesos (12/11%), seguidos de los eutróficos (6/5,5%), con sobrepeso (1/0,9%) y ninguno con bajo peso. Entre continentes, la mayoría eran eutróficos (31/28,5%), seguidos de sobrepeso (29/26,7%), obesidad y bajo peso (2/1,9%).

En la Tabla 3 se describen las características antropométricas de la población estudiada, según la presencia o no de incontinencia urinaria.

Tabla 3 - Características antropométricas de la población estudiada, según presencia o ausencia de incontinencia urinaria

		Con IU(n=19)		Sin IU(n=90)		Total (n=90)		p*
Características		N	%	N	%	Nº	%	
IMC								0,27
	Bajo peso	0	0	2	1,9	2	1,9	
	Eutrofia	6	5,5	31	28,5	37	34	
	Exceso de peso	1	0,9	29	26,7	30	27,6	



	Obesidad	12	11	27	24,8	39	35,8	
	Circunferencia abdominal							0,21
	≤88 cm	5	4,6	39	35,8	44	40,4	
	>88 cm	14	12,8	51	46,8	65	59,6	

Fuente: Datos de la encuesta, 2017. N= número de participantes. %=porcentaje.

p* menor o igual a 0,05

El análisis estadístico mostró una correlación estadísticamente significativa entre las variables incontinencia urinaria y paridad.

En los análisis bivariados, considerando la asociación de la IU con el IMC y/o la circunferencia de la cintura, se encontró que no hubo asociación entre las variables estudiadas.

4. DISCUSIÓN

Los datos sobre prevalencia de IU encontrados en la literatura son bastante variables y revelan un amplio espectro de tasas de prevalencia, lo que según Dedicação *et al.*(2008) se debe a que existen variaciones en las definiciones de IU y en las características de los pacientes, estudios y población diana.

Es un hecho que, en Brasil, existen pocos estudios sobre la prevalencia de la IU y sus factores de riesgo. La amplia gama de estudios realizados sobre este tema no se centran en la relación entre el aumento de la grasa corporal y la incidencia de pérdidas urinarias, además de la posibilidad de que ocurra una evolución a la incontinencia urinaria.

Los hallazgos de la presente investigación fueron similares al estudio de Oliveira (2010), quien también encontró una prevalencia de IU del 17%, presentando la mayoría síntomas sugestivos de IUU, mientras que en este trabajo hubo un mayor predominio de IUM. Ambos estudios difieren de lo que se supone en la literatura,



que destaca que el tipo de IU más frecuente en mujeres obesas sería la IUE, lo cual es justificado por Silva y colaboradores (2011) porque en mujeres obesas existe una acumulación excesiva de grasa corporal que aumenta la presión arterial músculo intraabdominal sobrecargando los músculos del piso pélvico, contribuyendo a un soporte anatómico inadecuado, lo que conduciría a una mayor predisposición a la pérdida urinaria.

Es importante resaltar que se evaluó la IU reportada por el participante y solo 1 de ellos contaba con prueba diagnóstica para esta condición. El diagnóstico de la IU involucra la historia clínica, el examen físico y el estudio urodinámico, que según Feldner Jr (2006), tiene como objetivo identificar las causas específicas de los síntomas de los pacientes, siendo considerado el mejor método diagnóstico para evaluar la función del tracto urinario; sin embargo, algunos autores creen que no es necesario de forma rutinaria y prefieren manejar a sus pacientes en función de los síntomas clínicos.

Otro dato a destacar es que solo 2 de las mujeres incontinentes reportaron haber realizado algún tipo de tratamiento para esta condición. Un estudio realizado por Da Silva y Lopes (2009) señaló que la mayoría de las mujeres con incontinencia no buscan tratamiento porque consideran normal la pérdida de orina, no considerándola algo importante y diciendo el médico que no sería necesaria. Los autores concluyeron que la falta de conocimiento sobre los tipos de tratamiento puede contribuir a no buscar ayuda profesional.

La mayoría de los entrevistados no mencionó ninguna enfermedad, pero entre los incontinentes, muchos relataron tener hipertensión arterial sistémica seguida de diabetes, común en mujeres con sobrepeso y obesidad y cuya característica es no practicar actividad física regular como la población estudiada. Aunque no se trata de un dato estadísticamente significativo para este estudio, se sabe que algunos medicamentos utilizados de forma rutinaria por los pacientes hipertensos aumentan la frecuencia y la urgencia urinaria, actuando sobre el tracto urinario inferior, con la



posibilidad de alterar la función vesical, empeorar o contribuir al aumento de la misma frecuencia de pérdidas urinarias (HIGA; LOPES y REIS, 2008). Tamanini (2009) también destaca que una de las enfermedades más asociadas a la IU es la diabetes.

La variable paridad fue la única que mostró una asociación estadísticamente significativa con la IU. Según Higa; Lopes y Reis (2006), se reconoce a la paridad como el agente que más preocupa por estar asociado al desarrollo de la IU. La incontinencia a menudo está presente durante el embarazo y, cuando es frecuente, hay un aumento en la paridad, lo que favorece la IU. En el presente estudio, hubo mayor predominio de mujeres multíparas entre las que presentaron incontinencia y parto vaginal.

Según Barbosa y colaboradores (2005), el parto vaginal en mujeres primíparas disminuye la fuerza muscular del piso pélvico y aumenta el riesgo relativo de disminución de la fuerza muscular del piso pélvico de 4 a 6 meses después del parto.

En cuanto a los datos antropométricos, cabe señalar que la población estudiada, independientemente de la IU, presenta medidas elevadas de perímetro abdominal e IMC, lo cual es un dato preocupante, ya que el sobrepeso y la obesidad han aumentado significativamente en los últimos tiempos en los países desarrollados y también en desarrollo, convirtiéndose en un grave problema de salud pública debido a que la obesidad tiene varias consecuencias.

Según Castro y colaboradores (2012), las mujeres obesas tienen mayor probabilidad de desencadenar IU, principalmente relacionada con el esfuerzo. Para Fitz *et al.* (2012) la integración existente entre la obesidad y las disfunciones del suelo pélvico está relacionada con el índice de masa corporal y la presión intraabdominal, debido a que la obesidad y el sobrepeso alcanzan el suelo pélvico por el aumento crónico de la presión intraabdominal presión abdominal La obesidad



genera una acumulación de grasa en el interior del abdomen e induce un aumento de la presión intraabdominal, que se transmite a la vejiga, y de la presión intravesical, que fatiga y debilita los músculos del suelo pélvico, facilitando así la pérdida de orina en situaciones como toser, estornudar o correr.

Vale la pena considerar que, aunque no se encontró asociación estadísticamente significativa entre IU y obesidad, identificamos en esta investigación un número considerable de mujeres obesas o con sobrepeso con circunferencia de cintura superior a 88 cm, que requieren una intervención para modificar estos indicadores de salud.

5. CONCLUSIÓN

El análisis de los resultados parciales de esta investigación concluye que la prevalencia de IU se encuentra dentro del porcentaje descrito en la literatura y que, aunque no se encontró asociación estadísticamente significativa entre IU y obesidad, el número de mujeres con incontinencia, obesidad o sobrepeso es alto.

Además, la IU está cada vez más presente en mujeres jóvenes, así como la obesidad, como se confirma en este estudio. Por lo tanto, la profilaxis de la pérdida urinaria es importante para evitar su aparición y sus consecuencias que interfieren negativamente en la calidad de vida.

Se pueden realizar otros estudios para el seguimiento de mujeres con incontinencia con sobrepeso u obesas, para evaluar si la pérdida de peso tiene un impacto significativo en la reducción de las molestias urinarias.

REFERENCIAS

BARBOSA, A. *et al.* **Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v.27, n.11,2 005



CASTRO, L. A. *et al.* **Effects of bariatric surgery on pelvic floor function.** Revista ABCD: arquivos brasileiros de cirurgia digestiva, Curitiba, v. 25, n. 4, p. 1-6, 2012

DA COSTA, R., MACHADO, S., CORDÁS, T. **Imagem corporal e comportamento sexual de mulheres obesas com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica.** Revista de Psiquiatria Clínica, v.37, n. 1, São Paulo, 2010.

DA SILVA, L., LOPES, M. H. **Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.43, n.1, 2009

DE CARVALHO, M., *et al.* **O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosos.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 721-730, 2014

DEDICAÇÃO, A. C., *et al.* **Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina.** Revista Brasileira de Fisioterapia. São Carlos, n.2, p. 116-122, 2008.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica.** - 3.ed. - Itapevi, São Paulo, 2009.

FELDNER, P., *et al.* **Diagnóstico Clínico e subsidiário da incontinência urinária.** Revista brasileira de Ginecologia e obstetrícia. São Paulo, n. 1, p.54-62, 2006.

FITZ, F. F., *et al.* **Qual o índice de massa corporal de mulheres com disfunções dos músculos do assoalho pélvico que procuram tratamento fisioterapêutico?** Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 309-313, 2012

FORTI, E. M., *et al.* **Estudo da mobilidade torácica de pacientes portadoras de obesidade Mórbida, submetidas a gastroplastia com acompanhamento Fisioterapêutico.** Revista Eletrônica Inspirar, Curitiba, v. 3 n. 10, 2011.

FROHME, C., *et al.* **TOT Approach in stress urinary incontinence (SUI) – outcome in obese female.** BMC Urology, v.14, n.20, 2014

HIGA, R., LOPES, M. H., REIS, M. J. **Fatores de risco para incontinência urinária na mulher.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, n. 1, p. 187-192, 2008

OLIVEIRA E. *et al.* **Influência do índice de massa corporal na incontinência urinária feminina.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 454-458, 2010.



OLIVEIRA, J. **Prevalência da incontinência urinária e sua associação com a obesidade em mulheres na transição menopausal e após-menopausa.** 2010.120 f. Trabalho de conclusão de curso (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PIRES, K. **Relação de perdas urinárias e obesidade em mulheres: Avaliação da força muscular do assoalho pélvico.** Trabalho de Conclusão de Curso, 83 f. Vitória, 2013.

SARTORI, D., DE SOUZA, J. P., CARNEIRO, P. **A influência da obesidade na musculatura do assoalho pélvico em mulheres continentas.** Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 9-23, 2011.

SILVA J. de C., *et al.* **Grau de força do assoalho pélvico em mulheres incontinentes obesas e não obesas.** Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 37-44, 2011.

TAMANINI, José T. N., *et al.* **Analysis of the prevalence of end factors associated with urinary incontinence among elderly people in the municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study.** (Health, Wellbeing and Aging). Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.8, p. 1756-1762, 2009

VIECELLI, C., *et al.* **Obesidade como fator de risco para a falha da cirurgia de Burch.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia., Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 182-188, 2009.

WING, R., *et al.* **Effect of Weight Loss on Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women: Results at 12 and 18 Months.** J. Urology, v. 183, n.3, p. 1005-1010, 2014.

APÊNDICE - NOTA AL PIE

4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).



Enviado: Mayo de 2020.

Aprobado: Octubre de 2020.

¹ Postgrado en Terapia Manual, Diplomado en Fisioterapia.

² Graduada en Fisioterapia.

³ Tutor. Máster en Fisioterapia. Graduada en Fisioterapia.