

112410



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

"CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA
DE LAS MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA
QUE ACUDEN A CONSULTA DE UROLOGIA
GINECOLOGICA EN EL INSTITUTO NACIONAL
DE PERINATOLOGIA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

UROLOGIA GINECOLOGICA

P R E S E N T A:

DR. JUAN TINAJERO CORONA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO:
DRA. MARIA DEL PILAR VELAZQUEZ SANCHEZ

TUTORES:
DR. JORGE R. KUNHARDT RASH
DRA. MARIA DEL PILAR VELAZQUEZ SANCHEZ
M. EN C. MARIA ESTRELLA FLORES COLLINS
M. EN C. GABRIEL ARETAGA TRONCOSO



MEXICO, D.F. **INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA** 2005



DIRECCION DE ENSEÑANZA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Titulo de tesis:



“Cuestionario para evaluar la calidad de vida de las mujeres
con incontinencia urinaria que acuden a consulta de
Urología Ginecológica en el Instituto Nacional de
Perinatología”.

AUTOR:

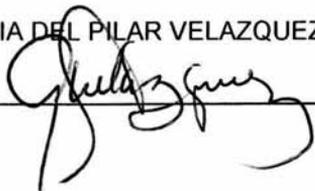
DR. JUAN TINAJERO CORONA.

TUTORES:

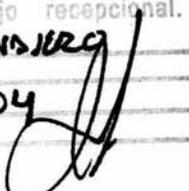
DR. JORGE R. KUNHARDT RASH



DRA. MARIA DEL PILAR VELAZQUEZ SANCHEZ



Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

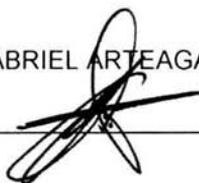
NOMBRE: Juan Tinajero Corona
FECHA: Oct 7, 04
FIRMA: 

TUTORES:

M EN C MARIA ESTRELLA FLORES COLLINS



M. EN C. GABRIEL ARTEAGA TRONCOSO



INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

JUSTIFICACIÓN

ANTECEDENTES

OBJETIVOS

METODOLOGÍA

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

RESUMEN

La pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico, social y laboral se denomina incontinencia urinaria. Este problema está influenciado por factores de percepción, conocimiento, satisfacción, sensaciones subjetivas y personales de cada paciente en particular y del equipo de salud en general.

La evaluación de la calidad de vida como una herramienta para el diagnóstico integral de las pacientes con problemas como este nos permite proporcionar atención de calidad y motivar al cambio de conductas personales y del mismo equipo de salud.

Los instrumentos empleados en la medición de la calidad de vida, que han sido diseñados de dos diversos tipos, permiten estudiar la confiabilidad y validez. El King's Health Questionnaire es un instrumento para evaluar la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria, mismo que hemos traducido e implementado en la Clínica de Urología Ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología. El objetivo de nuestro trabajo fue "Validar el cuestionario para la evaluación de la calidad de vida King's Health Questionnaire en las pacientes con incontinencia urinaria de la clínica de urología ginecológica" con el fin de utilizarlo cotidianamente en ellas y poder evaluar el grado de afectación de la calidad de vida. El estudio se realizó de febrero a julio del 2004.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria es un problema multifactorial, puede ser resultado de:

1) una insuficiencia uretral ó incontinencia urinaria de esfuerzo la cual se define como la pérdida involuntaria de orina durante el esfuerzo ó ejercicio, 2) Por la presencia de un detrusor hiperactivo ó incontinencia urinaria de urgencia que es la queja de pérdida involuntaria acompañada por ó precedida inmediatamente por urgencia y 3) La combinación de esto dos trastornos lo cual se conoce como incontinencia urinaria mixta es la queja de pérdida involuntaria asociada con urgencia y también con esfuerzo, ejercicio, estornudos ó tos, en todos los casos con afectación importante a la calidad de vida de quien la padece.

La incontinencia urinaria es un problema clínico que con frecuencia no es reportado por los pacientes; afecta a todos los grupos de edades. La prevalencia de la incontinencia urinaria tiene una relación directamente proporcional con la edad, afectando más frecuentemente a las mujeres que a los hombres. La incontinencia urinaria afecta social, psicológica, doméstica, ocupacional, física y sexualmente.

El estudio de la incontinencia urinaria debe incluir los aspectos de la clínica médica, la ingesta de fármacos y complementado con auxiliares diagnósticos, centrándose en delimitar el grado y/o la severidad de la incontinencia urinaria a través de realizar mediciones objetivas, sin embargo, ninguno de estos estudios solos ó en combinación nos provee información sobre el grado de

afectación que existe a la calidad de vida de las pacientes que padecen incontinencia urinaria, de ahí la necesidad en los últimos años de intentar evaluar la calidad de vida con el uso de cuestionarios autoaplicables.

El estudio se realizó en la Clínica de Urología Ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología, como parte de las actividades de postgrado – asistenciales durante el periodo de febrero a julio del 2004, ya que se trata de un instituto de tercer nivel que dentro de sus objetivos se encuentra la formación de personal médico de especialidad y subespecialidad.

MARCO TEÓRICO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud define la salud como: "Un estado de completo equilibrio físico, social y emocional", desechando la idea de que se trata sólo de la mera ausencia de enfermedad (OMS, 1947). Históricamente los resultados de los tratamientos empleados se han evaluado en términos objetivos, tales como curación, mejoría, complicaciones y muerte (Jackson, 1997). En consecuencia, por consenso internacional se ha establecido, que los instrumentos para valorar calidad de vida deben evaluar el funcionamiento físico, social y emocional, así como la percepción global de la calidad de vida de los sujetos evaluados (Berzon, 1993).

La mayoría de los estudios clínicos sobre incontinencia urinaria miden como variables de desenlace la cantidad y la frecuencia de la pérdida urinaria mediante diario vesical, prueba de la toalla o estudio de urodinámica (puntos de pérdida abdominales, contracciones no inhibidas del músculo detrusor) (Miklos, 1995). Estas observaciones nos dan una idea de la severidad de la incontinencia, pero no reflejan el grado de afectación a la calidad de vida de los pacientes, por lo que es necesario evaluar los resultados en función de dicha afectación.

La evaluación de la calidad de vida se ha utilizado en una gran variedad de ramas de la medicina y ha probado ser un adecuado instrumento para medir

los resultados en los estudios clínicos. Estas mediciones consideran el impacto de la enfermedad o del tratamiento empleado sobre la percepción subjetiva e individual dentro de un contexto de bienestar físico, social y psicológico (Corcos, 2002). En la Urología Ginecológica cada vez cobra mayor importancia como variable de desenlace en los estudios clínicos en los que se desea evaluar la efectividad de un tratamiento, ya sea quirúrgico ó farmacológico en el manejo de la incontinencia urinaria (Yalcin, 2003).

En las últimas décadas se ha incrementado el interés por incorporar en las evaluaciones médicas la percepción del estado de salud, realizado ésta por el propio paciente, de ahí la recomendación de la Sociedad Internacional de Continencia de que se incluyan en los estudios clínicos mediciones sobre la calidad de vida,¹ sin embargo hoy en día no existe en nuestro medio un cuestionario validado al español que nos permita evaluar de que manera la incontinencia urinaria afecta la calidad de vida de las mujeres.

JUSTIFICACIÓN

La incontinencia urinaria es uno de los padecimientos más frecuentes en la mujer, se describe que el 30 a 50% de ellas ha presentado algún tipo de incontinencia urinaria durante su vida.

La evaluación de la severidad de la incontinencia urinaria incluye herramientas para una valoración objetiva: los diarios vesicales que registran los síntomas y episodios de incontinencia de la paciente, así como el estudio de urodinamia que registra las presiones uretrales y vesicales, sin embargo, la evaluación de la severidad de los síntomas o la percepción de la paciente de su enfermedad es algo complejo de medir satisfactoriamente debido a que esto puede ser altamente influenciado por cuestiones personales, sociales, culturales y económicas.

Por lo anterior en la actualidad se han diseñado cuestionarios de calidad de vida para evaluar de manera sencilla y eficaz los síntomas subjetivos. Dentro de estos instrumentos para medir la calidad de vida, los cuestionarios específicos se utilizan para medir severidad de los síntomas o cambios en la autopercepción de un padecimiento específico. Se han creado varios cuestionarios específicos para evaluar la incontinencia urinaria, sin embargo, el King's Health Questionnaire ha demostrado ser una herramienta eficaz de fácil aplicabilidad en la evaluación de la severidad de la incontinencia urinaria y como instrumento para determinar mejoría clínica subjetiva posterior a un tratamiento.

ANTECEDENTES

A. De la incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina, que condiciona un problema higiénico y social (Abrahams, 2002). Esta pérdida del control sobre la continencia es una condición estresante e incapacitante causando significativa morbilidad en la persona que la padece.

La incontinencia urinaria tiene muchas causas, puede ser resultado de:

1) insuficiencia uretral ó incontinencia urinaria de esfuerzo la cual se define como la pérdida involuntaria de orina durante el esfuerzo ó ejercicio, 2) Por la presencia de un detrusor hiperactivo ó incontinencia urinaria de urgencia que es la queja de pérdida involuntaria acompañada por ó precedida inmediatamente por urgencia y 3) La combinación de esto dos trastornos lo cual se conoce como incontinencia urinaria mixta, es la queja de pérdida involuntaria asociada con urgencia y también con esfuerzo, ejercicio, estornudos ó tos, en todos los casos con afectación importante a la calidad de vida de quien la padece (Abrahams, 2002; Khan, 2004; Melvilla, 2002).

La incontinencia urinaria es uno de los problemas clínicos que con mayor frecuencia no son reportados por los pacientes; afecta a todos los grupos de edades, sin embargo se presenta con mayor frecuencia en la tercera edad. La prevalencia de la incontinencia urinaria tiene una relación directamente

proporcional con la edad, afectando más frecuentemente a las mujeres que a los hombres (con una relación 2:1) antes de los 80 años, después de esta edad afecta por igual a ambos sexos (Ouslander, 2001; Merkelj, 2001). En términos generales se calcula que la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres es de 20 a 30% en pacientes jóvenes, del 30 a 40% en pacientes en edad media y del 40 a 50% en mujeres de la tercera edad (Harvey, 2001). Se estima que la incontinencia urinaria afecta social, psicológica, doméstica, ocupacional, física y sexualmente aproximadamente al 20% de todas las mujeres (Burgio, 1991; Kelleher, 1995).

El estudio de la incontinencia urinaria debe incluir un historia clínica detallada en la cual se registre toda la sintomatología urinaria referida por la paciente, enfocándose el interrogatorio a establecer el tipo de incontinencia, la severidad del padecimiento, presencia de patologías agregadas, así como ingesta de fármacos; debe ser complementado con auxiliares diagnósticos como son: diario vesical (Siltlbergh, 1997) para determinar los hábitos miccionales y de ingesta de líquidos; prueba de la tos (Wall, 1994; Scotti, 1993) prueba de la toalla (Sutherst, 1981; Jorgensen, 1987) uretrocistoscopia y estudio de urodinámica (Bump, 1995; Swift, 1995) centrándose en delimitar el grado y/o la severidad de la incontinencia urinaria a través de realizar mediciones objetivas, sin embargo, ninguno de estos estudios solos ó en combinación nos provee información sobre el grado de afectación que existe a la calidad de vida de las pacientes que se padecen incontinencia urinaria, de ahí la necesidad en los últimos años de intentar evaluar la calidad de vida con el uso de cuestionarios autoaplicables.

B. De la calidad de vida

La calidad de vida es un concepto abstracto de autopercepción que incluye un nivel de bienestar físico, psicológico y social. Se trata de un fenómeno altamente subjetivo, influenciado por valores y creencias tanto personales como culturales, autoconceptos, metas y expectativas de vida. Es un término influenciado por una amplia variedad de experiencias humanas, dentro de las que podemos incluir enfermedades, accidentes, tratamientos, relaciones personales y apoyo social (Kelleher, 1995).

Este concepto incluye la suma de las sensaciones y percepciones subjetivas y personales del "sentirse bien", varía de acuerdo con el sistema de valores, los estándares, y al mismo tiempo entre las personas, los grupos y el lugar donde se realice. Desde el punto de vista médico, la calidad de vida se limita a la relacionada con la salud y la enfermedad o con los efectos del tratamiento (Velarde, 2002).

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sufrido evolución desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud. Para integrar este concepto, es necesario considerar que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, esta percepción no puede ser evaluada por el equipo

de salud, ya que en los procesos de evaluación se ha observado que a un solo problema o concepto existan diversas interpretaciones.

Históricamente probablemente la primera escala desarrollada para definir el estado funcional de los pacientes con padecimientos crónicos fue Karnofsky (KPS) (1970); se trata de una escala de 10 puntos, diseñada para diagnóstico de cáncer, la que se ha utilizado en otros padecimientos crónicos.

Entre los objetivos de efectuar mediciones de calidad de vida se encuentran la planeación de programas de tratamiento y la evaluación de grupos con diagnósticos específicos. Generalmente se utilizan para identificar el estado funcional y medir el impacto de la enfermedad en el individuo, en ensayos clínicos, en estudios de comunidad y en evaluación económica.

Las consecuencias de las discapacidades adquiridas pueden ser de larga duración e irreversibles, así como conducir a dificultades en las funciones de la vida diaria o limitar las posibilidades de participar en las actividades sociales familiares, laborales y de la comunidad.

La OMS emplea los siguientes términos para describir sus consecuencias: a) deficiencia: es la pérdida de la función psicológica, fisiológica o de una estructura anatómica (en los niveles de órgano y función) como podría ser la ausencia de un miembro, la sordera o el retraso mental; b) discapacidad: es toda restricción (resultado de una deficiencia) de la habilidad para desarrollar una actividad considerada normal para un individuo y

que se manifiesta por dificultad para caminar, hablar, vestirse, o comprender, y c) minusvalía: es la desventaja de una persona como resultado de una deficiencia o discapacidad que impide el total desarrollo de su funcionamiento normal (Simeonsson, 2000; Mainaire, 1992).

C. De los instrumentos de medición de calidad de vida

Los instrumentos de medición de calidad de vida han ido evolucionando como todos los conceptos que no son estáticos y donde la participación activa tanto del equipo de salud como de los pacientes considera un proceso integral. Para esto, los instrumentos deben reunir requisitos metodológicos preestablecidos mediante un cuestionario que incluya grupos de preguntas de acuerdo con el problema en estudio. Las preguntas representan las variables que aportan un peso específico o una calificación global, miden la percepción y el conocimiento de un concepto mismos que combinados conforman la escala estadísticamente cuantificable.

Se han diseñado instrumentos genéricos que permiten evaluar grupos y poblaciones, y los específicos que miden el impacto de un diagnóstico específico en condiciones crónicas. Los que existen actualmente, son confiables y constituyen una herramienta complementaria para evaluar la respuesta al tratamiento médico o quirúrgico.

Bombardier (1987) establecieron lineamientos que sirven de referencia para el diseño de instrumentos:

- a) **Objetivo:** definir claramente qué se va a estudiar y en qué población se va a aplicar para establecer un objetivo.
- b) **Función:** se define el instrumento en función de su capacidad de discriminación, descripción y predicción de la calidad de vida. La discriminación es la propiedad que sirve para establecer diferencias entre padecimientos o entre enfermos con una misma enfermedad y que permite estratificar poblaciones; el instrumento debe ser capaz de describir la evolución del padecimiento y detectar cambios en la calidad de vida a través del tiempo, predecir el tipo de discapacidad y el desenlace.
- c) **Selección de preguntas:** nos permite analizar la utilidad de los cuestionarios empleando técnicas estadísticas. El análisis factorial y de componentes principales es de utilidad para reducir y caracterizar las dimensiones que se están midiendo. El análisis multifactorial es un método multivariable, que se emplea para explicar las relaciones entre un número importante de variables correlacionadas e identificar unos cuantos factores independientes, que conceptualmente sean significativos.
- d) **Contenido:** deben incluirse dimensiones importantes como el autocuidado, la actividad física, la comunicación, la interacción social, el descanso, las actividades recreativas y las repercusiones emocionales.
- e) **Formas de respuesta:** tomar en cuenta que si se suman las calificaciones de las preguntas relacionadas con la actividad física se puede obtener una evaluación representativa de dicha área.

- f) Sentido biológico: el instrumento debe comportarse de acuerdo con teorías que se vinculen con la calidad de vida. Cuando los instrumentos cumplen con las predicciones clínicas tienen mayor credibilidad.
- g) Factibilidad: los instrumentos tienen que ser adecuados para las diferentes culturas en las cuales se aplican. Se debe buscar que las preguntas se entiendan y se acepten para poderse contestar.

Norton (1982) realiza las primeras evaluaciones en urología ginecológica, observa que la incontinencia urinaria afecta principalmente la actividad social y el bienestar mental, que se comenzó a dar importancia e inician los primeros intentos por correlacionar estas mediciones objetivas con el impacto que tiene la incontinencia urinaria sobre la función psicosocial de los pacientes.

La medición de los daños a la salud que no llegan a provocar la muerte, es un tema de gran interés para la investigación. El desarrollo de un indicador que facilite la determinación de las necesidades de salud y que a la vez permita hacer una mejor asignación de recursos es un reto para la medicina y la sociedad en general.

Otros indicadores diseñados para medir de manera integral tanto el efecto social de la enfermedad como el efecto que causa la muerte, donde la mayoría aceptan que el proceso salud-enfermedad-muerte como continuo; destacándose por su importancia dos corrientes:

- 1) La que intenta medir la proporción de salud de la población que se recupera después de una intervención. Se trata de un método ampliamente utilizado por Europeos y Norteamericanos, es conocido como QALY (Quality Adjusted Life Year). Se evalúa mediante un indicador que combina el incremento en la sobrevida y la ganancia en salud relacionada con la calidad de vida. Para su elaboración se emplean procedimientos de larga duración, como son estudios de sobrevida y ensayos clínicos.

- 2) La que busca medir la importancia de los problemas de salud a partir de la cuantificación de la vida saludable perdida debido a enfermedad, discapacidad o muerte, así como la duración de la afectación a la calidad de vida y los años perdidos por muertes prematuras (Frenk, 1994).

El valor que los seres humanos hemos asignado a la calidad de vida depende de aspectos sociales, económicos y culturales y en muchas ocasiones, la gravedad de la afectación a la calidad de vida se define en función de la duración de la enfermedad, sin embargo, con los cuestionarios se separan estos conceptos, ya que el grado de afectación a la calidad de vida es independiente de la duración (Frenk, 1994).

En la actualidad existe una gran cantidad de cuestionarios para medir calidad de vida. En términos generales existen dos formas de medir la calidad de vida, con instrumentos genéricos y específicos,ⁱⁱ ambos comparten características en

común, como el hecho de que ambos constan de varias dimensiones o secciones, habitualmente de 1 a 9, a su vez conformadas por un número de preguntas enfocadas a aspectos particulares de la salud y la calidad de vida. Los cuestionarios de calidad de vida tiene muchas y variadas aplicaciones, quizá la más importante sea su uso como instrumento de medición en los resultados obtenidos en los ensayos clínicos controlados (Kelleher, 1995).

Concretamente en los pacientes con incontinencia urinaria se ha utilizados dos tipos de cuestionarios: 1) Genéricos, como lo son el Short Form Health Survey (SF-36), (Jenkinson, 1993; Sand, 1994)); Nottingham Health Profile (Sickness Impact Profile) (Grimby, 1993); y 2) Específicos como son: Patient Global Impression of Severity (PGI-S), (Burgio, 1991); Patient Global Impression of Improvement (PGI-I), (Burgio, 1991); Incontinence Impact Questionnaire (Wyman, 1990); Urological Distress Inventory (Shumaker, 1994); el I-Qol (Patrick, 1999); Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms (Jackson, 1996) King's Health Questionnaire (KHQ) (Kelleher, 1997).

El inconveniente que presentan los cuestionarios genéricos, es el hecho de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por usar preguntas genéricas en sus dominios; mientras que los cuestionarios específicos incluyen preguntas que cubren aspectos relacionados con el impacto y la gravedad de los síntomas urinarios de los pacientes.

D. King's Health Questionnaire

El King's Health Questionnaire es un cuestionario específico para evaluar la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria en relación con su uso como instrumento evaluativo en los ensayos clínicos; el motivo por el que se eligió este cuestionario fue el hecho de que además de evaluar los síntomas urinarios, a diferencia de los demás, mide el impacto de la incontinencia sobre la limitación física, social y mental de las pacientes (Wyman, 1987; Bergner, 1985).

Las preguntas que conforman este cuestionario se formularon con base a la combinación de la revisión de cuestionarios genéricos y específicos publicados, de la discusión entre expertos y de la opinión de mujeres con incontinencia urinaria que acudían a la consulta externa urologinecológica (Kelleher, 1997).

Este cuestionario se encuentra dividido en dos partes, lo conforman 21 preguntas que en conjunto consignan 9 dimensiones. La primera parte está conformada por dos dimensiones (percepción de la salud en general y el impacto de la incontinencia) evaluadas por una pregunta cada dimensión. La segunda parte, consigna 7 dimensiones (limitaciones del rol, física y social, relaciones personales, emociones, energía y sueño, medidas severas) evaluadas con 19 preguntas. Se utiliza un sistema de calificación de 4 puntos, incluyéndose una opción de inaplicabilidad para facilitar las respuestas 10 y

11. La puntuación para cada dominio tiene un rango que va del 0 a 100, dicha puntuación guarda una relación directamente proporcional al grado de afectación a la calidad de vida (Bergner, 1985).

E. Análisis estadístico

Una técnica para la validación de calidad de vida es la utilización en el análisis estadístico, de las curvas ROC ó curva característica del operador receptor (en inglés Receiver Operator Characteristic), la cual es una gráfica lineal que muestra la probabilidad de un resultado positivo real – o sensibilidad de la prueba- en función de la probabilidad de un resultado falso positivo para varios puntos de corte. Para su interpretación debemos tomar en cuenta que entre más se encuentre la línea a la esquina superior izquierda de la grafica, más precisa es la prueba. Además, el punto que se ubica más cerca de esta esquina por lo general se elige como el punto de corte que lleva su máximo valor a la sensibilidad y a la especificidad simultáneamente.

OBJETIVOS

General: "Validar el cuestionario para la evaluación de la calidad de vida King's Health Questionnaire en las pacientes con incontinencia urinaria de la clínica de urología ginecológica

Específico: Evaluar la eficacia del cuestionario King's Health Questionnaire mediante la técnica estadística de ROC curva característica del operador receptor (en inglés Receiver Operator Characteristic).

METODOLOGÍA

El estudio se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología, a todas las mujeres que ingresen a la consulta externa de la clínica de Urología Ginecológica de febrero a julio de 2004,

Es un estudio prospectivo, transversal y observacional. Todas las pacientes fueron entrevistadas y exploradas por un uroginecólogo; durante la consulta se les auto-administró el cuestionario de calidad de vida King's Health Questionnaire y posteriormente se les realizó uretrocistoscopia y urodinámica multicanal.

El proyecto contempló como hipótesis "Las pacientes con incontinencia urinaria tienen una mala calidad de vida", a partir de la cual se establecieron las variables dependiente e independiente.

La variable dependiente es la calidad de vida.

La variable independiente es la incontinencia urinaria.

Los criterios de inclusión y exclusión que se marcaron como importantes para el manejo de las variables de confusión y espurias fueron:

Criterios de inclusión:

- Mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria
- Mayores de 18 años
- No hospitalizadas
- Sin tratamiento para incontinencia urinaria

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de vejiga neurogénica
- Embarazadas
- En puerperio
- Con padecimientos asociados graves
- Bajo tratamiento con diuréticos

Análisis de sensibilidad: con el fin de realizar una evaluación con validez y confiabilidad, se realizó este análisis de sensibilidad que consta de:

- **Propósito:**

Función clínica:

La función del cuestionario es evaluar la afectación a la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria.

Aplicabilidad clínica:

El cuestionario esta diseñado para ser autoaplicado a paciente con diagnóstico de incontinencia urinaria que sepan leer y escribir.

- **Comprensibilidad:**

Simplicidad:

El presente cuestionario ha demostrado ser fácil de entender y utilizar.

- **Replicabilidad**

Claridad de las instrucciones:

Se explico a cada paciente previo a iniciar la evaluación que debe leer cada pregunta y solo seleccionar una respuesta.

Examen imparcial:

Para evitar influir sobre la respuesta de las pacientes, previo a la entrega del cuestionario se les proporcionaron instrucciones para su llenado, sin que ningún miembro del equipo medico permaneciera durante el llenado.

Análisis Estadístico

El análisis estadístico se realizó mediante la utilización de las curvas ROC ó curva característica del operador receptor (en inglés Receiver Operator Characteristic); se calculo también la razón de verosimilitud, la ventaja de utilizar esta prueba es el hecho de que estos resultados no se ven influenciados por la prevalencia de la enfermedad, para lo cual es necesario calcular la razón de probabilidad positiva ó LR + (en inglés Likelihood ratio positive) y LR - (en inglés Likelihood ratio negative). El LR + es la razón de la sensibilidad de la tasa de error de los falso positivo de la prueba, la ecuación para su calculo es la siguiente: $LR+ = (a/b) / ((a+c)/(b+d))$. En otras palabras para calcular el LR+, se debe dividir "algo" que el clínico busca en la prueba (sensibilidad), entre ese "algo" que el clínico no desea (error falso positivo). Entre mas grande sea la razón mejor es el resultado, para considerar un resultado bueno la razón debe ser mayor a uno.

De manera similar, el LR- es la razón de la tasa de error de los falsos negativos dividido entre la especificidad, la formula es la siguiente: $LR- = (c/d) / ((a+c)/(b+d))$. En otras palabras el LR- es "algo" que el clínico no

desea (error falso positivo), dividido entre busca "algo" que el clínico busca en la prueba (sensibilidad). Entre mas pequeño sea la razón y mas cercano sea del cero mejor es el resultado. En pocas palabras si tenemos una prueba con un LR+ grande y un LR- pequeño, existen altas probabilidades de que se trate de una prueba buena.

RESULTADOS

Se incluyeron 71 pacientes que cumplieron con los criterios de selección con los siguientes diagnósticos: 19 (26.4%) incontinencia urinaria de esfuerzo, 35 (48.6%) incontinencia urinaria de urgencia y 17 (23.6%) incontinencia urinaria mixta; el promedio de edad fue de 46.5 (26-68) años, el nivel de estudio de la pacientes incluidas se distribuyó de la siguiente manera: primaria 26 (40.8%), secundaria 16 (22.5%), bachillerato 19 (26.8%), licenciatura 7 (9.9%).

De las pacientes incluidas, 15 (21.1%) tenían diagnóstico de síndrome climatérico, 6 (8.5%) diabetes mellitus, 4 (5.6%) hipertensión arterial sistémica, 31 (43.7%) sólo diagnóstico de incontinencia urinaria y las 15 restantes (21.1%) otras patologías.

En el anexo 1, se incluyen los cuadros, las figuras y las tablas resultados de las técnicas estadísticas empleadas.

DISCUSIÓN

La calidad de vida del paciente y su adaptación psicosocial a la enfermedad son tan importantes como el estado de su enfermedad física.

Este estudio ha demostrado que es sencillo y rápido evaluar la afectación a la calidad de vida de pacientes con incontinencia con el uso de cuestionarios autoaplicables.

En la investigación clínica resulta crucial el poder estimar la afectación a la calidad de vida en los pacientes y de esta manera evaluar los beneficios terapéuticos obtenidos con los tratamientos implementados.

La medición del peso de la enfermedad en los cuestionarios de calidad de vida debe abarcar en la medida de lo posible, toda alteración de la salud que represente la pérdida del bienestar y no sólo enfocarse en la enfermedad y las complicaciones que de ella se deriven, así como la muerte.

Los cuestionarios nos permiten con técnicas estadísticas evaluar y demostrar la validez y confiabilidad de los mismos.

CONCLUSIONES

El médico que frecuentemente asume un doble papel en la práctica clínica, en ocasiones como investigador y en otras tantas como proveedor de atención médica, puede verse inmerso en un conflicto de intereses, el cual debe ser resuelto lo antes posible por el investigador, ya que cada papel tiene diferentes metas y prioridades. Por un lado se encuentra el investigador quien siempre intenta generar conocimiento susceptible de ser utilizado en el futuro en beneficio de los enfermos y por otro se encuentra el clínico quien desea implementar lo antes posible el mejor tratamiento para su paciente.

Este conflicto de papeles entre el clínico y el investigador se presenta siempre que se desea innovar en las terapéuticas empleadas, la Urología Ginecológica no es la excepción, justamente es ahí donde radica la importancia de contar con un instrumento de evaluación adecuado al momento de realizar estudios clínicos en los cuales se comparen tratamientos; ya sea un fármaco o una técnica quirúrgica nueva.

Es por eso que las evaluaciones obtenidas con el uso de cuestionarios de calidad de vida deben ser tomadas en cuenta para evaluar los resultados terapéuticos objetivos obtenidos, en todo ensayo clínico controlado que se realice en el futuro, relacionado con el tratamiento de la incontinencia urinaria.

El mayor beneficio en la utilización de los cuestionarios de calidad de vida es cuando se comparan dos tratamientos, donde los resultados objetivos

esperados de acuerdo a la metodología empleada no sean lo suficientemente importantes para establecer una diferencia estadística, pero que desde el punto de vista de la mejoría en la calidad de vida sea posible establecer una diferencia significativa para el paciente, en quien finalmente debe recaer la decisión del tratamiento a emplearse y no en el medico como habitualmente sucede.

Se debe adoptar el uso rutinario de cuestionarios de calidad de vida en la práctica clínica diaria, con lo cual sin duda incrementaremos nuestro entendimiento sobre los efectos que la incontinencia urinaria tiene sobre nuestras pacientes y al mismo tiempo podremos proporcionar atención de calidad que integre una perspectiva desde la satisfacción de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Abrahams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The Standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167-178.

Khan IJ, Tariq SH. *Clin Geriatr Med*. 2004;20(3):499-505.

Melville JL, Walker E, Katon W, Lentz G, Miller J, Fenner D. Prevalence of comorbid psychiatric illness and its impact on symptom perception, quality of life, and functional status in women with urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(1): 80-7

Ouslander JG, Maloney C, Grasela TH, Rogers L. Implementation of a nursing home urinary incontinence management program with and without tolterodine. *J Am Med Dir Assoc* 2001;207-14.

Merkelj I. Urinary incontinence in the elderly. *South Med J* 2001;94:952-7.

Harvey MA, Baker K, Wells GA. Tolterodine versus oxybutynin in the treatment of urge urinary incontinence: A meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185(1): 56-61.

Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy middle-age women. *J Urol* 1991;146:1255-59.

Kelleher CJ, Cardozo LD, Toozs-Hobson PM. Quality of life and urinary incontinence. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1995;7:404-08.

Siltberg H, Larsson G, Victor A. Frequency / volume chart: the basic tool for investigating urinary symptoms. *Act Obstet Gynecol Scand* 1997; Suppl 166: 76: 24-27.

Wall LL, Wiskind AK, Taylor PA. Simple bladder filling with cough stress test compared with subtracted cystometry for the diagnosis for urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1994, 171: 1472.

Scotti RJ, Meyers DC. A comparison of the cough stress test and single-channel cystometry with multichannel urodynamic evaluation in genuine stress incontinence. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 430-3.

Sutherst J, Brown M, Shower M. Assessing the severity of urinary incontinence in women by weighing perineal pads. *Lancet* 1981;i:1128-31.

Jorgensen I, Lose G, Thorup AJ. One hour pad weighing test for assessment of female urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 39-42.

Bump RC, Elser DM, Theofrastous JP, McClish DK. Valsalva leak point pressures in women with genuine stress incontinence: Reproducibility, effect of catheter caliber, and correlations with other measures of urethral resistance. AM J OBSTET GYNECOL 1995;173:551-7.

Swift SE, Ostergard DR. Evaluation of current urodynamic testing methods in the diagnosis of genuine stress incontinence. Obstet Gynecol 1995;86:85-91

Norton C. The effects of urinary incontinence in women. Int Rehab Med 1982;4:9.

Wyman JF, Harkins SW, Choi SC, Taylor JR, Fantl A. Psychosocial impact of urinary incontinence in women. Obstet Gynecol 1987;70:378-81.

Frenk J et al. Construcción del indicador años de vida saludables (AVISA), en Economía y Salud, propuestas para el avance del sistema de salud en México. Fundación Mexicana para la Salud. Primera edición. México DF 1994. 329-36.

Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, Kane RL, Mavrantonis C, Thorson AG, Wexner SD, Bliss D, Lowry AC. Fecal incontinence quality of life scale, Quality of life instrument for patients with fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 2000; 43:9-17.

Jenkinson C, Wright L, Coulter A. Quality of life measurement in Health care. A review of measures and population norms for the UK-SF-36. Health Services Research Unit, Department of Public Health and Primary Care. Oxford: University of Oxford, 1993

Sand PK, Richardson DA, Staskin DR, Swift SE, Appell RA, Whitmore KE. Pelvic Floor stimulation in the treatment of genuine stress incontinence: a multicenter placebo trial. *Neurourol Urodynam* 1994;13:356-7.

Grimby A, Milson J, Molander V, Wiklund I, Ekelund P. The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women. *Age Ageing* 1993;22:82-89.

Bergner M, Bobbitt R, Carter W, Gibson B. The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 19985;19:787-805.

Wyman JF, Harkins SW, Fantl JA. Psychosocial impact of urinary incontinence in the community dwelling population. *J Am Geriat soc* 1990;38:282-288.

Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, McClish D, Fantl JA. Health-related quality of life measures for woman with urinary incontinence: the incontinence impact questionnaire and the urogenital distress inventory. *Qual Life Res* 1994;3:291-306.

Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Yalcin I, Wagner TH, Buesching DP. Quality of life of woman with Urinary incontinence: Further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). *Urology* 1999;53:71-76.

Jackson S, Donovan J, Brookes S, Eckford S, Swithinbank L, Abrams P. The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *Br J Urol* 1996;77:805-9.

Kelleher CJ, Cardozo L, Khullar V, Salvatore S. A New Questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent woman. *B J Obstet Gynaecol* 1997;104:1374-1379.

The Constitution of the World Health Organization. *World Health Organization World Health Organ Chron.* 1947;1:29

Jackson S. The patient with an overactive bladder-symptoms and quality-of-life issues. *Urology* 1997;50(suppl 6A)18-22.

Berzon R, Hays RD, Shumaker SA. International use, application and performance of health-related quality of life instruments. *Qual Life Res* 1993;2:367-9.

Miklos JR, Sze EH, Karma MM. A critical appraisal of the methods of measuring in women with stress incontinence. *Obstet Gynecol* 1995; 86: 349-52.

Corcos J, Beaulieu S, Donovan J, Naughton M, Gotoh M, and members of the symptom and quality of life assessment committee of the first international consultation on incontinence. Quality of life assessment in men and women with urinary incontinence. J Urol 2002;168:896-905.

Yalcin I, Bump RC. Validation of two global impression questionnaires for incontinence. A J Obstet Gynecol 2003;189:98-101.

Mattiasson A, Djurhuus JC, Fantl A, Fonda D, Nordling J, Storer M, Standardisation of outcome studies in patients with lower urinary tract dysfunction. Second draft report from the standardisation committee of the International Continence Society. International Continence Society Annual meeting: Athens, Greece 1996.

Velarde Jurado E, Ávila Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México 2002; 44(4): 349-361.



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
 DIRECCION MEDICA
 SUBDIRECCION DE GINECO-OBSTETRICIA
 DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA
 COORDINACION DE LA CLINICA DE UROLOGIA GINECOLOGICA
CUESTIONARIO DE SALUD

Cuando conteste estas preguntas, por favor recuerde sus experiencias en las últimas 2 semanas.

Nombre: _____ **Registro** _____ **Expediente** _____
Diagnostico _____

Parte I.**Percepción de la salud en general.**

1. Cómo describiría su salud en este momento?	Muy buena 1	Buena 2	Regular 3	Mala 4	Muy mala 5
---	----------------	------------	--------------	-----------	---------------

Impacto de la incontinencia.

2. Cuánto cree usted que su problema urinario afecta su vida?	No la afecta 1	La afecta poco 2	La afecta moderadamente 3	La afecta totalmente 4
---	-------------------	---------------------	------------------------------	---------------------------

Parte II.**Limitaciones del rol.**

3. Cuánto afecta sus tareas en el hogar el problema de su vejiga (limpiar, ir de compras)?	No la afecta 1	Ligeramente 2	La afecta moderadamente 3	La afecta totalmente 4
--	-------------------	------------------	------------------------------	---------------------------

4. El problema de su vejiga afecta su trabajo o sus actividades normales diarias fuera de su casa?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

Limitaciones físicas.

5. El problema urinario afecta sus actividades físicas?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

6. El problema urinario cuanto afecta su capacidad para viajar?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Limitaciones sociales

7. El problema urinario limita su vida social?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

8. El problema urinario limita su capacidad para ver o visitar sus amigos?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

Relaciones personales.

9. El problema urinario afecta su relación con sus parientes?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

10. El problema urinario afecta su vida sexual?	No se aplica 0	No la afecta 1	Ligeramente 2	Moderadamente 3	Totalmente 4
---	-------------------	-------------------	------------------	--------------------	-----------------

11. El problema urinario afecta su vida familiar?	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

Emociones.

12. El problema urinario la hace sentir deprimida?	No 1	Ligeramente 2	Moderadamente 3	Mucho 4
--	---------	------------------	--------------------	------------

13. El problema urinario la hace sentir ansiosa o nerviosa?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

14. El problema urinario la hace sentir mal con usted misma?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

Energía y sueño.

15. El problema urinario le afecta el sueño?	Nunca 1	Algunas veces 2	Frecuentemente 3	Todo el tiempo 4
--	------------	--------------------	---------------------	---------------------

16. El problema urinario la hace sentir cansada o rendida?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

Medidas severas.

17. Utiliza protección (toallas o pañales) para mantenerse seca?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

18. Cuida la cantidad de líquidos que usted toma?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

19. El problema urinario le obliga a cambiarse de ropa interior?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

20. El problema urinario ocasiona que usted huelga mal?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

21. Ha estado en alguna situación vergonzosa por el problema de su vejiga?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

Gracias.

Ahora revise que haya contestado todas las preguntas.

Para uso exclusivo del médico.

1. Percepción de la salud en general: _____
2. Impacto de la incontinencia: _____
3. Limitación del rol: _____
4. Limitación física: _____
5. Limitación social: _____
6. Relaciones personales: _____
7. Emociones: _____
8. Energía y sueño: _____
9. Medidas severas: _____

Cuadro 1. Cálculo de las razones de verosimilitud en la validación del cuestionario de calidad de vida de los pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo con múltiples puntos de corte.

Variables*/ puntos de corte	Incontinencia urinaria		Valor P	LR+	IC95%	LR-	IC 95%
	esfuerzo n=19	no esfuerzo n=52					
Percepción de la salud en gral							
62.5	16	41	0.609	1.068	0.840, 1.358	0.746	0.233, 2.389
37.5	7	16	0.631	1.197	0.585, 2.450	0.912	0.619, 1.345
12.5	1	1	0.478	2.737	0.180, 41.613	0.966	0.863, 1.081
Impacto de la incontinencia							
83.35	16	37	0.247	1.183	0.912, 1.536	0.547	0.178, 1.682
50	8	14	0.228	1.564	0.783, 3.123	0.792	0.522, 1.203
16.65	2	3	0.504	1.825	0.330, 10.091	0.95	0.802, 1.124
Limitación físicas							
75	16	35	0.145	1.251	0.954, 1.642	0.483	0.159, 1.464
58.35	12	21	0.088	1.564	0.971, 2.518	0.613	0.329, 1.160
41.65	12	11	0.007	2.986	1.595, 5.590	0.467	0.225, 0.856
25	6	6	0.057	2.737	1.005, 7.456	0.773	0.561, 1.066
8.35	5	5	0.089	2.737	0.891, 8.411	0.815	0.614, 1.082
Limitación física							
75	15	34	0.262	1.207	0.890, 1.638	0.608	0.236, 1.569
58.35	12	26	0.322	1.263	0.815, 1.957	0.737	0.383, 1.409
41.65	12	19	0.045	1.729	1.052, 2.839	0.581	0.311, 1.083
25	8	10	0.057	2.189	1.017, 4.715	0.478	0.478, 1.075
8.35	6	4	0.016	4.105	1.299, 12.977	0.741	0.541, 1.016
Limitación social							
72.25	18	44	0.221	1.12	0.957, 1.310	0.342	0.046, 2.557
38.85	14	29	0.164	1.321	0.920, 1.897	0.595	0.264, 1.340
16.65	12	18	0.032	1.825	1.098, 3.031	0.563	0.303, 1.049
5.55	12	14	0.006	2.346	1.334, 4.125	0.504	0.274, 0.929
Relaciones personales							
58.35	18	41	0.082	1.202	1.007, 1.433	0.249	0.034, 1.799
38.85	16	36	0.19	1.216	0.932, 1.587	0.513	0.168, 1.566
13.9	13	22	0.049	1.617	1.041, 2.512	0.547	0.271, 1.104
5.55	12	22	0.118	1.493	0.935, 2.383	0.639	0.339, 1.203
Emociones							
83.35	16	37	0.247	1.183	0.912, 1.536	0.547	0.178, 1.682
50	16	23	0.002	1.904	1.326, 2.734	0.283	0.097, 0.822
38.65	10	22	0.44	1.513	0.981, 2.332	0.624	0.352, 1.106
16.65	9	11	0.034	2.026	0.986, 4.165	0.725	0.488, 1.077
5.55	6	7	0.093	2.346	0.902, 6.099	0.791	0.572, 1.093
Energía y sueño							
91.65	17	47	0.91	0.99	0.829, 1.183	1.095	0.232, 5.175
75	16	43	0.879	1.018	0.808, 1.283	0.912	0.276, 3.018
25	12	24	0.202	1.368	0.871, 2.150	0.684	0.361, 1.298
16.65	7	13	0.334	1.474	0.693, 3.132	0.842	0.577, 1.228
8.3	7	12	0.255	1.596	0.739, 3.448	0.821	0.565, 1.194
Medidas severas							
70	17	46	0.904	1.011	0.842, 1.214	0.912	0.201, 4.136
50	16	35	0.145	1.251	0.954, 1.642	0.483	0.159, 1.464
43.35	13	33	0.697	1.078	0.746, 1.559	0.864	0.407, 1.834
36.65	11	23	0.307	1.309	0.802, 2.137	0.755	0.423, 1.349
23.35	8	11	0.086	1.99	0.946, 4.188	0.734	0.488, 1.105
16.65	7	9	0.092	2.129	0.922, 4.913	0.764	0.530, 1.100
10	4	4	0.135	2.737	0.759, 9.868	0.855	0.669, 1.093
3.35	2	3	0.504	1.825	0.330, 10.091	0.95	0.802, 1.124

* Cuestionario de calidad de vida de "King's Health Questionnaire" fue utilizado para obtener los valores de corte en cada una de las variables. Valores P calculados por χ^2 , $\alpha=0.05$. LR+: Razón de verosimilitud positivo, LR-: Razón de verosimilitud negativo

Cuadro 2. Cálculo de las razones de verosimilitud en la validación del cuestionario de calidad de vida de los pacientes con incontinencia urinaria de urgencia con múltiples puntos de corte.

Variables*/ puntos de corte	Incontinencia urinaria Urgencia n=35	No Urgencia n=36	Valor P	LR+	IC95%	LR-	IC 95%
Percepción de la salud en gral							
62.5	26	31	0.208	0.863	0.682, 1.091	1.851	0.688, 4.979
37.5	8	15	0.088	0.549	0.267, 1.128	1.322	0.951, 1.839
12.5	0	2	0.096	0.202	0.01, 4.135	1.058	0.962, 1.163
Impacto de la incontinencia							
83.35	30	23	0.086	1.342	1.014, 1.776	0.396	0.158, 0.993
50	7	15	0.046	0.48	0.223, 1.034	1.371	0.994, 1.892
16.65	2	3	0.665	0.686	0.122, 3.859	1.029	0.905, 1.169
Limitación del rol							
91.65	26	34	0.015	0.787	0.637, 0.971	4.629	1.075, 19.928
75	22	29	0.096	0.78	0.577, 1.054	1.91	0.865, 4.219
58.35	11	22	0.011	0.514	0.295, 0.895	1.763	1.105, 2.802
41.65	6	17	0.006	0.363	0.162, 0.813	1.57	1.113, 2.214
25	3	9	0.06	0.343	0.101, 1.163	0.441	0.124, 1.57
8.35	3	7	0.182	1.219	0.984, 1.51	1.135	0.939, 1.372
Limitación física							
91.65	34	27	0.031	1.295	1.064, 1.577	0.114	0.015, 0.535
75	20	29	0.032	0.709	0.511, 0.985	2.204	1.023, 4.746
58.35	16	22	0.193	0.748	0.479, 1.168	1.396	0.838, 2.325
41.65	13	18	0.274	0.743	0.433, 1.276	1.257	0.831, 1.902
25	8	10	0.663	0.823	0.368, 1.804	1.068	0.814, 1.401
8.35	3	7	0.182	0.441	0.124, 1.57	1.135	0.939, 1.372
Limitación social							
61.15	25	30	0.228	0.857	0.664, 1.107	1.714	0.698, 4.212
38.85	20	23	0.561	0.894	0.613, 1.305	1.187	0.665, 2.117
16.65	13	17	0.389	0.787	0.453, 1.366	1.191	0.798, 1.777
5.55	11	15	0.37	0.754	0.404, 1.407	1.176	0.824, 1.678
Relaciones personales							
58.35	26	33	0.47	0.81	0.651, 1.008	3.086	0.91, 10.463
47.2	22	31	0.023	0.73	0.548, 0.972	2.674	1.065, 6.714
33.15	20	29	0.032	0.709	0.511, 0.985	2.204	1.023, 4.746
24.85	20	28	0.062	0.735	0.525, 1.028	1.929	0.938, 3.966
13.9	13	22	0.042	0.608	0.367, 1.006	1.616	0.988, 2.618
5.55	13	21	0.098	0.637	0.382, 1.062	1.509	0.95, 2.397
Emociones							
83.35	23	30	0.086	0.789	0.596, 1.044	2.057	0.868, 4.874
50	16	23	0.123	0.716	0.462, 1.107	1.503	0.885, 2.75
38.65	15	17	0.712	0.908	0.542, 1.52	1.083	0.71, 1.651
16.65	9	11	0.65	0.842	0.398, 1.778	1.07	0.799, 1.432
5.55	6	7	0.802	0.882	0.329, 2.364	1.029	0.825, 1.282
Energía y sueño							
91.65	31	33	0.601	0.966	0.828, 1.128	1.371	0.331, 5.69
75	28	31	0.491	0.929	0.752, 1.148	1.44	0.504, 4.111
25	17	19	0.723	1.776	0.724, 1.909	0.876	0.586, 1.311
16.65	12	8	0.257	1.543	0.719, 3.313	0.845	0.628, 1.136
8.3	11	8	0.38	1.414	0.646, 3.094	8.002	0.664, 1.175
Medidas severas							
70	31	32	0.966	0.996	0.844, 1.176	1.029	0.279, 3.795
50	23	28	0.257	0.845	0.628, 1.136	1.543	0.719, 3.313
43.35	21	25	0.404	0.864	0.611, 1.222	1.309	0.692, 2.428
36.65	14	20	0.189	0.72	0.437, 1.187	1.35	0.857, 2.127
30	11	17	0.172	0.666	0.366, 1.211	1.299	0.887, 1.903
16.65	4	12	0.024	0.343	0.122, 0.962	1.329	1.025, 1.723
10	3	5	0.476	0.617	0.159, 2.389	1.062	0.9, 1.253
3.35	2	3	0.665	0.686	0.122, 3.859	1.029	0.905, 1.169

* Cuestionario de calidad de vida de "King's Health Questionnaire" fue utilizado para obtener los valores de corte en cada una de las variables. Valores P calculados por χ^2 , $\alpha=0.05$. LR+ Razón de verosimilitud positivo, LR- Razón de verosimilitud negativo

Cuadro 3. Cálculo de las razones de verosimilitud en la validación del cuestionario de calidad de vida de los pacientes con incontinencia urinaria mixta con múltiples puntos de corte.

Variables*/ puntos de corte	Incontinencia urinaria Mixta n=17	No Mixta n=54	Valor P	LR+	IC95%	LR-	IC 95%
Percepción de la salud en gral.							
62.5	15	42	0.323	1.134	0.906, 1.420	0.529	0.131, 2.134
37.5	8	15	0.146	1.694	0.873, 3.287	0.733	0.455, 1.182
12.5	1	1	0.418	3.176	0.21, 48.111	0.959	0.847, 1.086
Impacto de la incontinencia							
83.35	14	39	0.389	1.14	0.866, 1.502	0.635	0.209, 1.934
50	7	15	0.305	1.482	0.727, 3.023	0.814	0.529, 1.253
16.65	1	4	0.827	0.794	0.095, 6.632	1.016	0.883, 1.17
Limitación del rol							
75	13	38	0.621	1.087	0.793, 1.49	0.794	0.307, 2.054
58.35	10	23	0.242	1.381	0.834, 2.286	0.717	0.389, 1.324
41.65	6	17	0.771	1.121	0.527, 2.384	0.944	0.636, 1.402
25	3	9	0.925	1.059	0.323, 3.472	0.988	0.769, 1.269
8.35	2	8	0.748	0.794	0.186, 3.387	1.036	0.843, 1.273
Limitación física							
91.65	16	45	0.228	1.129	0.954, 1.337	0.353	0.048, 2.589
75	14	35	0.157	0.762	0.377, 1.543	1.205	0.784, 1.852
58.35	10	28	0.614	0.397	0.101, 1.555	1.254	0.981, 1.602
41.65	6	25	0.422	0.353	0.048, 2.589	1.129	0.954, 1.337
25	2	16	0.118	1.271	0.946, 1.707	0.502	0.169, 1.49
8.35	1	9	0.228	1.134	0.707, 1.822	0.855	0.455, 1.609
Limitación social							
72.25	15	47	0.896	1.014	0.829, 1.24	0.908	0.208, 3.963
61.15	13	42	0.911	0.983	0.729, 1.327	1.059	0.393, 2.854
49.95	12	39	0.896	0.977	0.69, 1.385	1.059	0.451, 2.484
5.55	3	23	0.52	0.414	0.142, 1.211	1.435	1.044, 1.972
Relaciones personales							
58.35	15	44	0.503	1.083	0.873, 1.343	0.635	0.154, 2.62
38.85	15	37	0.089	1.288	1.002, 1.655	0.374	0.096, 1.456
24.85	14	34	0.121	1.308	0.969, 1.766	0.476	0.161, 1.49
5.55	9	25	0.633	1.144	0.672, 1.947	0.876	0.5, 1.537
Emociones							
94.45	1	12	0.95	0.265	0.037, 1.89	1.21	1.005, 1.457
83.35	14	39	0.389	1.14	0.866, 1.502	0.635	0.209, 1.934
72.25	13	37	0.525	1.116	0.911, 1.537	0.747	0.291, 1.919
61.1	10	35	0.656	1.029	0.684, 1.547	0.947	0.425, 2.113
5.55	1	12	0.095	0.265	0.037, 1.89	1.21	1.005, 1.457
Energía y sueño							
91.65	16	48	0.507	1.059	0.91, 1.232	0.529	0.068, 4.095
75	15	44	0.503	1.083	0.873, 1.343	0.635	0.154, 2.62
58.35	12	40	0.779	0.953	0.675, 1.346	1.134	0.478, 2.69
41.65	8	35	0.195	0.726	0.423, 1.247	1.505	0.846, 2.677
8.3	1	18	0.029	0.176	0.025, 1.226	1.412	1.13, 1.764
Medidas severas							
70	15	48	0.941	0.993	0.815, 1.209	1.059	0.232, 4.767
63.35	15	44	0.503	1.083	0.873, 1.343	0.635	0.154, 2.62
50	12	39	0.896	0.977	0.69, 1.385	1.059	0.451, 2.484
43.35	12	34	0.502	1.121	0.775, 1.621	0.794	0.352, 1.793
30	8	20	0.464	1.271	0.689, 2.344	0.841	0.514, 1.376
16.65	5	11	0.446	1.444	0.584, 3.572	0.886	0.634, 1.239
3.35	1	4	0.827	0.794	0.095, 6.632	1.016	0.883, 1.17

* Cuestionario de calidad de vida de "King's Health Questionnaire" fue utilizado para obtener los valores de corte en cada una de las variables.

Valores P calculados por χ^2 , $\alpha=0.05$. LR+ Razón de verosimilitud positivo, LR- Razón de verosimilitud negativo

Puntos de corte en el nivel de afectación

Dominios	Puntos de corte	Sensibilid ad	1-Especificid ad
Salud en general	000	1 000	1 000
	12 500	947	981
	37 500	632	692
	62 500	158	212
	87 500	000	058
Impacto de la incontinencia	000	1 000	1 000
	16 650	895	942
	50 000	579	731
	83 350	158	288
Limitación del rol	000	1 000	1 000
	8 350	737	904
	25 000	684	885
	41 650	421	769
	58 350	368	596
	75 000	158	327
	91 650	053	192
Limitaciones físicas	000	1 000	1 000
	8 350	684	923
	25 000	579	808
	41 650	368	635
	58 350	368	500
	75 000	211	346
	91 650	053	173
Limitaciones sociales	000	1 000	1 000
	5 550	368	731
	11 105	368	673
	16 655	368	654
	27 600	316	577
	33 150	316	558
	38 850	263	442
	49 950	211	308
	55 550	158	308
	61 150	105	269
72 250	053	154	
Relaciones personales	000	1 000	1 000
	5 550	368	577
	13 900	316	577
	24 850	263	346
	33 150	263	327
	38 850	158	308
	47 200	158	288
	58 350	053	212
	75 000	053	115
	86 100	053	058
94 450	053	038	
Emociones	000	1 000	1 000
	5 550	684	865
	16 650	526	788
	27 750	526	654
	38 650	474	577
	44 200	421	577
	50 000	158	558
	61 100	158	442
	66 650	158	423
	72 250	158	346
	83 350	158	288
	94 450	158	154
Energía y sueño	000	1 000	1 000
	8 300	632	769
	16 650	632	750
	25 000	368	538
	41 650	316	423
	58 350	263	269
	75 000	158	173
91 650	105	096	
Medidas severas	000	895	942
	10 000	789	923
	16 650	632	827
	23 350	579	788
	30 000	526	635
	36 650	421	558
	43 350	316	365
	50 000	158	327
	56 650	158	288
	63 350	158	173
	70 000	105	115
	80 000	053	058

ii. Todos los valores de corte son los promedios de dos mediciones ordenadas consecutivamente para la prueba diagnóstica.

Tabla 1. Sensibilidad y valores falsos positivos (1-especificidad) de los dominios para predecir afectación en la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo.

Puntos de corte en el nivel de afectación

Dominios	Puntos de corte ^a	Sensibilidad	1-especificidad
Salud en general	000	1 000	1 000
	12 500	943	1 000
	37 500	657	694
	62 500	171	222
	87 500	000	083
Impacto de la incontinencia	-1 000	1 000	1 000
	16 650	1 000	861
	50 000	800	583
	83 350	171	333
Limitación del rol	000	1 000	1 000
	8 350	1 000	722
	25 000	971	694
	41 650	743	611
	58 350	571	500
	75 000	171	389
Limitación física	000	1 000	1 000
	8 350	971	750
	25 000	914	583
	41 650	571	556
	58 350	429	500
	75 000	200	417
Limitación social	000	1 000	1 000
	5 550	714	598
	11 105	629	556
	16 655	600	556
	27 600	486	528
	33 150	457	528
	38 850	257	528
	49 950	086	472
	55 550	057	472
	61 150	029	417
	72 250	000	250
83 350	000	197	
94 450	000	083	
Relaciones personales	000	1 000	1 000
	5 550	514	528
	13 900	486	528
	24 850	200	444
	33 150	171	444
	38 850	114	417
	47 200	114	389
	58 350	029	306
	75 000	000	194
	86 100	000	111
94 450	000	083	
Emociones	000	1 000	1 000
	5 550	943	694
	16 650	886	556
	27 750	714	528
	38 650	571	528
	44 200	543	528
	50 000	371	528
	61 100	257	472
	66 650	229	472
	72 250	171	417
83 350	114	389	
94 450	029	278	
Energía y sueño	000	1 000	1 000
	8 300	743	722
	16 650	714	722
	25 000	400	583
	41 650	314	472
	58 350	143	389
	75 000	086	250
91 650	029	167	
Medidas Severas	000	1 000	1 000
	3 350	1 000	861
	10 000	943	833
	16 650	857	694
	23 350	829	639
	30 000	714	500
	36 650	571	472
	43 350	286	417
	50 000	200	361
	56 650	171	333
	63 350	086	250
	70 000	086	139
	80 000	000	111
90 000	000	056	

^a Todos los valores de corte son los promedios de dos mediciones ordenadas consecutivamente para la prueba diagnóstica

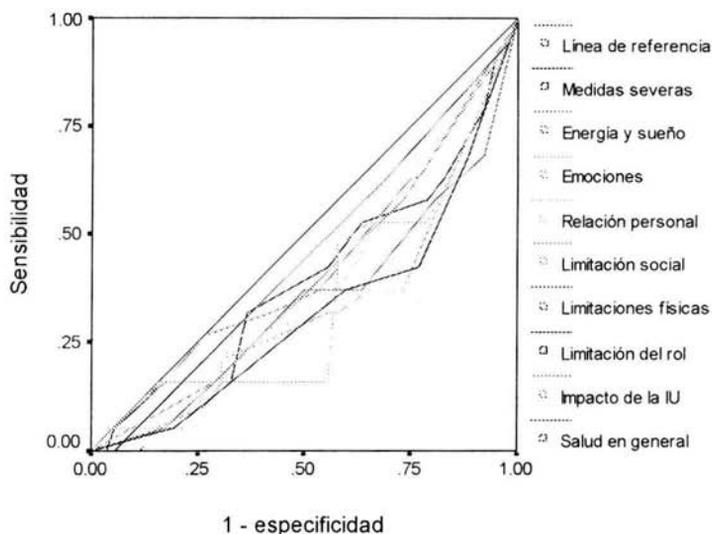
Tabla 2. Sensibilidad y valores falsos positivos (1-especificidad) de los dominios para predecir afectación en la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria urgencia.

Puntos de corte en el nivel de afectación

Dominios en la percepción de las	Puntos de corte ^a	Sensibilidad	1 - Especificidad
Salud en general	000	1 000	1 000
	12 500	1 000	962
	37 500	895	596
	62 500	421	115
	87 500	158	000
Impacto de la incontinencia urinaria	000	1 000	1 000
	16 650	1 000	904
	50 000	1 000	577
	83 350	579	135
Limitación del rol	000	1 000	1 000
	8 350	1 000	808
	25 000	1 000	769
	41 650	1 000	558
	58 350	895	404
	75 000	737	115
Limitaciones físicas	000	1 000	1 000
	8 350	1 000	808
	25 000	1 000	654
	41 650	1 000	404
	58 350	947	288
	75 000	789	135
Limitaciones sociales	000	1 000	1 000
	5 550	1 000	500
	11 105	1 000	442
	16 655	1 000	423
	27 600	1 000	327
	33 150	1 000	308
Relaciones personales	38 850	1 000	173
	49 950	895	058
	55 550	895	038
	61 150	789	019
	72 250	474	000
	83 350	316	000
	94 450	158	000
	000	1 000	1 000
	5 550	947	365
	13 900	947	346
	24 850	842	135
33 150	842	115	
38 850	789	077	
47 200	737	077	
58 350	579	019	
75 000	368	000	
86 100	211	000	
94 450	158	000	
Emociones	000	1 000	1 000
	5 550	1 000	750
	16 650	1 000	615
	27 750	1 000	481
	38 650	1 000	385
	44 200	1 000	365
	50 000	1 000	250
	61 100	895	173
	66 650	895	154
	72 250	789	115
	83 350	737	077
94 450	526	019	
Energía y sueño	000	1 000	1 000
	8 300	947	654
	16 650	947	635
	25 000	947	327
	41 650	842	231
	58 350	684	115
	75 000	474	058
	91 650	316	019
Medidas severas	000	1 000	1 000
	3 350	1 000	904
	10 000	1 000	846
	16 650	947	712
	23 350	947	654
	30 000	895	500
	36 650	895	385
	43 350	789	192
	50 000	684	135
	56 650	632	115
	63 350	474	058
70 000	263	058	
80 000	211	000	
90 000	105	000	

^a Todos los valores de corte son los promedios de dos mediciones ordenadas consecutivamente para la prueba diagnóstica.

Tabla 3. Sensibilidad y valores falsos positivos (1-especificidad) de los dominios para predecir afectación en la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria mixta.

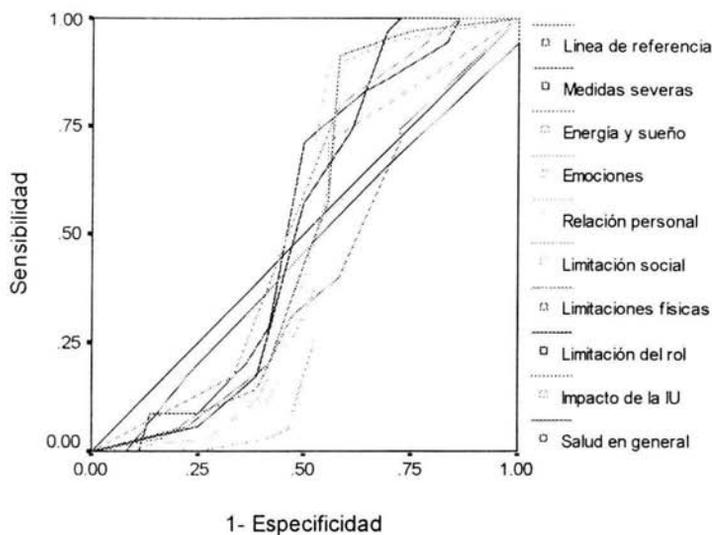
A**B****Área bajo la curva**

Dominios en la percepción de las pacientes	Área	Error standard ^a	Significancia asintótica. ^b	Intervalo de confianza 95%	
				Límite bajo	Límite alto
Salud en general	.448	.077	.508	.298	.599
Impacto de la IU	.396	.076	.183	.248	.544
Limitación del rol	.319	.073	.020	.176	.463
Limitación física	.341	.076	.041	.192	.490
Limitación social	.325	.073	.025	.182	.469
Relaciones personales	.387	.074	.146	.241	.532
Emociones	.351	.077	.055	.200	.502
Energía y sueño	.426	.080	.340	.268	.583
Medidas severas	.401	.080	.203	.245	.557

^a. Los valores predictivos fueron asumidos a partir de una distribución no paramétrica

^b. Hipótesis nula: Área verdadera = 0.5

Figura 1 Curva ROC (Receiver Operating Characteristic) del nivel de afectación en la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo. **A.** Determinación de las áreas bajo la curva de los dominios analizados. **B.** Niveles de significancia de las áreas bajo la curva de cada dominio

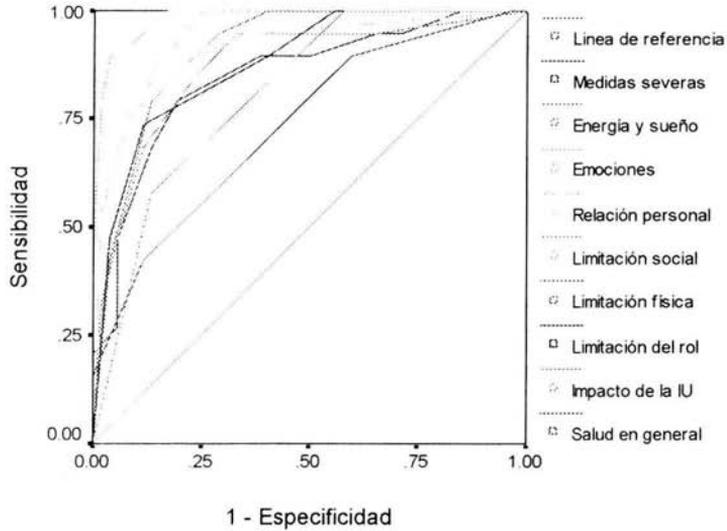
A**B****Área bajo la curva**

Dominios en la percepción de los pacientes	Área	Error estándar ^a	Significancia asintótica ^b	Intervalo de confianza 95%	
				Limite bajo	Limite alto
Salud en general	.452	.069	.487	.318	.586
Impacto de la IU	.539	.071	.573	.399	.678
Limitación del rol	.514	.073	.840	.370	.657
Limitaciones físicas	.510	.074	.890	.364	.655
Limitación social	.410	.073	.194	.267	.554
Relación personal	.401	.069	.151	.265	.536
Emociones	.490	.076	.890	.341	.640
Energía y sueño	.401	.068	.152	.267	.535
Mediciones severas	.527	.072	.700	.385	.668

^a Los valores obtenidos fueron asumidos a partir de una distribución no paramétrica

^b Hipótesis nula: área verdadera = 0.5

Figura 2. Curva ROC (Receiver Operating Characteristic) del nivel de afectación en la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria de urgencia. **A.** Determinación de las áreas bajo la curva de los dominios analizados. **B.** Niveles de significancia de las áreas bajo la curva de cada dominio

A**B**

Área bajo la curva

Dominios en la percepción de la paciente	Área	Error estandard ^a	Significancia asintótica ^b	Intervalo de confianza 95%	
				Limite bajo	Limite alto
Salud en general	.734	.067	.003	.602	.866
Impacto de la IU	.811	.052	.000	.709	.914
Limitación del rol	.879	.044	.000	.794	.965
Limitaciones físicas	.908	.034	.000	.841	.975
Limitaciones sociales	.982	.012	.000	.958	1.006
Relación personal	.920	.041	.000	.839	1.001
Emociones	.943	.025	.000	.894	.993
Energía y sueño	.872	.050	.000	.774	.971
Medidas severas	.847	.054	.000	.742	.953

^a Los valores obtenidos fueron asumidos a partir de una distribución no paramétrica

^b Hipótesis nula: área verdadera = 0.5

Figura 3 Curva ROC (Receiver Operating Characteristic) del nivel de afectación en la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria mixta. **A.** Determinación de las áreas bajo la curva de los dominios analizados. **B.** Niveles de significancia de las áreas bajo la curva de cada dominio