



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2
“JUANA DE ASBAJE”**

**“ASOCIACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA AL
SOBREPESO/OBESIDAD EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS DE EDAD EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 5 DEL IMSS”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. CLAUDIA PITONES PLONEDA**

MÉXICO D.F. OCTUBRE 2012

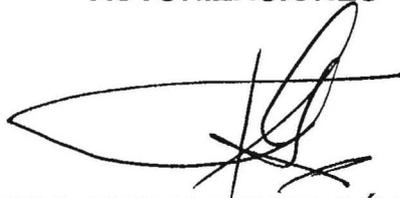
“ASOCIACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA AL SOBREPESO/OBESIDAD EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 5 DEL IMSS”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

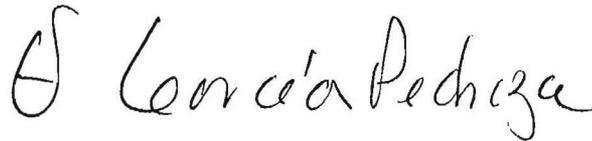
DRA. CLAUDIA PITONES PLONEDA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA.

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

“ASOCIACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA AL SOBREPESO/OBESIDAD EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 5 DEL IMSS”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. CLAUDIA PITONES PLONEDA

AUTORIZACIONES



DRA. MONICA VILLANUEVA MONTIEL

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 “JUANA DE ASBAJE”
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL I.M.S.S



DR. JAVIER LOPEZ VILLASANA

ASESOR DE TESIS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL I.M.S.S.



DRA. MARLENE MARMOLEJO MENDOZA

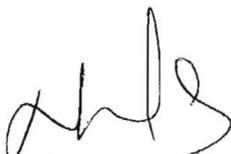
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADORA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL I.M.S.S.

“ASOCIACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA AL SOBREPESO/OBESIDAD EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 5 DEL IMSS”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

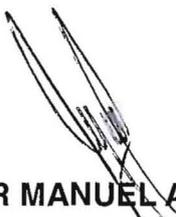
PRESENTA:

DRA. CLAUDIA PITONES PLONEDA
AUTORIZACIONES



DR. HUMBERTO PEDRAZA MENDEZ

COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN
Y ENLACE INSTITUCIONAL
ADSCRITO A LA DELEGACIÓN NORTE
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL I.M.S.S.



DR. VICTOR MANUEL AGUILAR

COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD
ADSCRITO A LA DELEGACIÓN NORTE
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL I.M.S.S



DR. MÁXIMO ALEJANDRO GARCÍA FLORES

COORDINADOR AUXILIAR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL I.M.S.S.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme terminar este hermoso proyecto que es la especialización en Medicina Familiar.

A mis padres Gerardo y Guillermina por toda su paciencia, comprensión y apoyo en todos estos años.

A mi hermano Guillermo por estar siempre a mi lado en los momentos mas difíciles.

A mis Hermanos Gerardo, Verónica y Mario por sus consejos y apoyo incondicional.

A mis Tías Carmen, Patricia y Susana por todo su apoyo en todo momento.

A mis amigos de la especialidad con los cuales compartí, triunfos, alegrías, fracasos y tristezas.

RESUMEN ESTRUCTURADO.

Asociación de la incontinencia urinaria al sobrepeso/obesidad en mujeres de 20 a 40 años de edad en la unidad de medicina familiar numero 5 del IMSS.

Javier López Villasana ⁽¹⁾, Marlene Marmolejo Mendoza ⁽²⁾, Claudia Pitones Ploneda ⁽³⁾, ⁽¹⁾ Investigador Principal, ⁽²⁾ Investigador Asociado, ⁽³⁾ Alumna de 3º año de Medicina Familiar.

Introducción: La obesidad es un factor de riesgo potencialmente modificable para el desarrollo de incontinencia urinaria.

Objetivo: Asociación de la incontinencia urinaria al sobrepeso/obesidad en mujeres de 20 a 40 años de edad en la unidad de medicina familiar numero 5 del IMSS.

Material y métodos: Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y prolectivo durante 7 meses. Se realizo un muestreo no probabilístico por conveniencia hasta completar 200 pacientes. Para valorar los síntomas de IU se realizo cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF. Para relacionar las variables de sobrepeso y obesidad con la existencia de IU, se ha utilizado el IMC.

Resultados: Se encontró una asociación de sobrepeso/obesidad e IU de un 25%, siendo las de mayor frecuencia las de sobrepeso. Cabe recalcar que el numero de pacientes con peso bajo e IU es nulo.

Conclusiones: Que la Asociación de la incontinencia urinaria al sobrepeso/obesidad en mujeres de 20 a 40 años de edad en la U.M.F. No. 5 del I.M.S.S. Si estuvo asociado a una minoría 25%, en la cual se detecta que la población de edades entre 20 y 30 años con IMC alto reportan IU.

Palabras claves: Incontinencia urinaria, sobrepeso, obesidad, factor de riesgo, prevención.

INDICE.

1.	Introducción	8
2.	Antecedentes científicos	15
3.	Planteamiento del problema	17
4.	Pregunta de investigación	17
5.	Justificación	18
6.	Hipótesis	20
7.	Objetivos	20
8.	Muestreo	20
9.	Diseño del Estudio	21
10.	Criterios de Selección	21
11.	Población del Estudio	22
12.	Definición de Variables	23
13.	Descripción del Estudio	28
14.	Análisis Estadístico	28
15.	Consideraciones Éticas	29
16.	Cronograma de Actividades	31
17.	Resultados	32
18.	Discusión	40
19.	Conclusiones	42
20.	Recomendaciones	43
21.	Anexos	44
22.	Bibliografía	49

Introducción.

Investigaciones sobre la frecuencia de la incontinencia urinaria (IU) en personas adultas son numerosas, no pasa lo mismo en el caso de mujeres jóvenes.⁽¹⁾ La calidad de vida de las pacientes con IU se ve afectada, y es diagnosticada más comúnmente en mujeres mayores, pero no significa que sea una enfermedad exclusiva de adultos mayores, produciendo molestias, irritaciones, infecciones, afectando sus relaciones sexuales, sociales y psicológicas, con efecto negativo en la autoestima, lo que resulta en aislamiento social.

La Sociedad Internacional de Continencia definió a la IU como la pérdida involuntaria de orina.⁽²⁾ La Guía de Práctica Clínica Detección, Diagnóstico y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria en la Mujer, realizado por el I.M.S.S. define a la IU como: un síntoma, signo o condición. Síntoma es la queja de cualquier pérdida involuntaria de orina, el signo se describe como la observación de pérdida urinaria durante la exploración y la condición se refiere al diagnóstico por urodinamia.⁽³⁾

La pérdida involuntaria de orina en la mujer no es fisiológicamente normal y constituye un problema de salud, el cual no pone en riesgo la vida, pero sí disminuye la calidad de vida de las pacientes.

En la práctica asistencial, dado que la IU es una disfunción que no supone una amenaza vital para la persona que la padece, es fundamental adaptar el tratamiento a las necesidades de la paciente.⁽⁴⁾

La IU se clasifica según la Sociedad Internacional de Continencia en los siguientes tipos:

IU de Esfuerzo (IUE)	Pérdida involuntaria de orina relacionada con algún esfuerzo físico que provoca el aumento de la presión abdominal (toser, reír, correr, caminar).
IU de urgencia (IUU)	Pérdida involuntaria de orina acompañada con la aparición súbita del deseo miccional, claro e intenso, difícil de demorar, como consecuencia de la contracción involuntaria del músculo detrusor vesical.
IU por rebosamiento (IUR)	Se relaciona con vaciamiento vesical incompleto, se pierde orina de manera involuntaria al sobrepasarse la cantidad que puede contenerse dentro de la vejiga.
IU Mixta (IUM)	Pérdida involuntaria de orina relacionada con incontinencia de urgencia y esfuerzo.

En la literatura y estudios de investigación la IU es muy variable, dependiendo de la región demográfica, la edad y raza. En la revista mexicana de urología, 2011, Ramírez – Ley comenta que la IU va desde un 4% hasta un 57.1% en la población femenina mayor de 50 años, dependiendo de su ubicación geográfica, México considera a una población estimada de 46.5%.⁽⁵⁾

En el estudio epidemiológico EPINCONT realizado entre 1995 y 1997 a un total de 27,936 mujeres mayores de 20 años en un condado en Noruega, detecto que el 25% de las encuestadas presentaban IU.⁽³⁾ Mientras que un estudio realizado recientemente en cuatro países europeos (Francia, Alemania, Reino Unido y

España) por correo a 17,080 mujeres de 18 años y más, reportó que 35% refirieron pérdidas involuntarias de orina en los últimos 30 días. La tasa de prevalencia de IU fue similar en todos los países (41 a 44%), excepto España que fue menor (23%).⁽⁶⁾

La prevalencia de IU aumenta con la edad, se presenta un pico alrededor de la edad media (prevalencia 30-40%) y luego un incremento leve y sostenido en edades más avanzadas (prevalencia 30-50%). Se estima que entre el 10% y el 50% de las mujeres padecen este problema a lo largo de su vida.⁽³⁾

Diversos estudios epidemiológicos demuestran que la incontinencia urinaria es un síntoma común que afecta de 10 a 70% de las mujeres en el mundo y su incidencia aumenta durante la edad media, con incremento a mayor edad.⁽⁷⁾ En México se considera que la cifra de mujeres con síntomas de IU puede oscilar entre un 15 y un 30%, sin embargo, existen pocos trabajos sistemáticos que muestren la prevalencia de IU.⁽⁸⁾

Un estudio en el Instituto Nacional de Perinatología, México, reportó que la IUE afecta entre 5 y 10% de las mujeres entre 35 y 65 años de edad. Los factores asociados comprenden: número de partos, menopausia, insuficiencia estrogénica y problemas de obesidad. Pontenziani señala que la incontinencia urinaria de esfuerzo es el tipo más frecuente y se relaciona con debilidad del piso pélvico muscular.⁽⁹⁾

La proporción de los distintos tipos de IU varía considerablemente con la edad, siendo más frecuente la IUE en mujeres jóvenes y durante la edad media, mientras que la IUM es más común en mujeres mayores. En todos los grupos etarios en general la IUE es la más común (49%) seguida de la IUM (29%), siendo la IUU pura la menos frecuente (21%). Existen factores de riesgo claramente establecidos para el desarrollo de IU como lo son edad, paridad, ruta de parto (vaginal) y obesidad.⁽¹⁰⁾

En México y en el mundo, una de las mayores preocupaciones en salud pública es la obesidad, ya que causa muchas enfermedades las cuales pueden ser prevenibles. En la Norma Oficial Mexicana NOM – 008 – SSA3 – 2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad la define como:

El sobrepeso y la obesidad se caracterizan por la acumulación anormal y excesiva de grasa corporal. Ambas, se acompañan de alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo para desarrollar comorbilidades tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias en mama, endometrio, colon y próstata, entre otras.

En la actualidad, la obesidad es considerada en México como un problema de salud pública, debido a su magnitud y trascendencia; por esta razón, los criterios para su manejo deben orientarse a la detección temprana, la prevención, el tratamiento integral y el control del creciente número de pacientes que presentan esta enfermedad.

Estudios recientes demuestran que la incidencia y prevalencia del sobrepeso y la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y 60 a 70% en los adultos. ⁽¹¹⁾

Se define el Sobrepeso como el término utilizado para expresar la acumulación excesiva de grasa corporal y constituye un problema de Salud Pública tanto en países industrializados como subdesarrollados. Esta condición puede inducir un deterioro de las funciones corporales, las cuales ocasionan desórdenes de salud. La obesidad actualmente es reconocida como una enfermedad crónica que tiene un impacto significativo sobre la calidad y la expectativa de vida en el individuo, generando elevados costos para el mantenimiento y la restitución de la salud. Es uno de los síndromes más complejos y crónicos que se manejan actualmente, en

el que se conjugan factores de tipo genéticos, sociales, educativos y ambientales además representa un riesgo para la salud. El índice de masa corporal (IMC), es el indicador antropométrico comúnmente usado para clasificar el exceso de peso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto que valores de IMC entre 18,5 y 24,9 kg/m² deben ser considerados dentro del rango “normal”, entre 25,0 a 29,9 kg/m² “no saludable” y definidos como “sobrepeso” y valores superiores a 30 kg/m² se definen como “obesidad”.⁽¹²⁾

En nuestro país, el estudio ENSO mostró que 17% de los adultos eran obesos y que 51% tenían sobrepeso u obesidad. Este estudio se realizó para determinar la magnitud de la obesidad y el sobrepeso entre los adultos.⁽¹³⁾ La obesidad está relacionada con la IU debido a que la presión abdominal es mayor que en la gente que no tiene este problema.⁽¹⁴⁾ Varias revistas especializadas como: *Obstet Gynecol*⁽¹⁵⁾ y *Journal of Women’s Health*⁽¹⁶⁾, describen que la obesidad está vinculada a la IU, y han utilizado tratamientos quirúrgicos para la reducción de peso en mujeres con obesidad mórbida.⁽¹⁷⁾ Demostrando una mejoría a los síntomas de IU en sobre peso en mujeres.^(18,19) Por lo tanto, la reducción de peso debe ser considerado como una opción de primera línea para el tratamiento de IU. Sugiriendo en primer lugar el control a base de dieta y ejercicio, antes que cualquier procedimiento quirúrgico en aquellas mujeres con sobrepeso.

Se debe dirigir a tres propósitos principales: 1) encontrar o tratar causas reversibles de incontinencia, 2) determinar su efecto en la calidad de vida, 3) determinar la gravedad y con la misma definir tratamiento conservador u opciones quirúrgicas.⁽⁸⁾ Para poder diagnosticar y dar un mejor tratamiento a la IU, el médico familiar debe de realizar una adecuada historia clínica y el interrogatorio a las pacientes debe ser lo más exacto posible, la utilización de cuestionarios especializados nos ayudara a detectar cualquier tipo de sintomatología, en nuestro caso IU.

El interrogatorio a las pacientes tiene de un 50-70% de especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de IU, siendo insuficiente para diferenciar un tipo de otro. Se deben establecer las características de la incontinencia (frecuencia, severidad de los síntomas, progresión de los mismos, factores que los desencadenan o alivian). Cada síntoma debe ser caracterizado y cuantificado con la mayor exactitud posible. Establecer factores de riesgo. Identificar causas transitorias de incontinencia (infección del tracto urinario, fármacos) y descartar condiciones neurológicas que puedan afectar la función vesical o esfintérica. ⁽¹⁰⁾

Existen dos cuestionarios específicos para evaluar la calidad de vida de mujeres con IU validados en España. Uno es el King's Health Questionnaire (Badia X, 2000) y la versión española del cuestionario de la International Consultation on Incontinence Short Form (ICIQ-SF) (Espuña M, 2004), que es el primer cuestionario breve que permite no solo detectar la IU sino además categorizar las pacientes de acuerdo con la gravedad de los síntomas y el grado de preocupación que estos les generan, identifica a las personas con IU y el impacto en la calidad de vida. Puntuación del ICIQ-SF: el diagnóstico es igual a la suma de las puntuaciones 1+2+3. Se considera IU cualquier puntuación superior a cero. Así se pone de manifiesto que el impacto sobre calidad de vida relacionado con la salud depende del estilo de vida, la edad, el nivel sociocultural, y las experiencias personales no tanto de la gravedad de los síntomas. ⁽³⁾ La utilidad diagnóstica del tipo de IU de los cuestionarios KHQ y el ICIQ-UI SF ha sido resaltada en múltiples estudios. ⁽²⁰⁾

La historia clínica y el examen físico a menudo son suficientes para orientarnos en el diagnóstico, estudios adicionales se deben reservar para casos de difícil diagnóstico. El tratamiento inicial se basa en terapia conductual y rehabilitación del piso pélvico. ⁽²¹⁾ Una evaluación adecuada para la IU requiere de un interrogatorio médico dirigido, una exploración física detallada. ⁽²²⁾

En este sentido, se deben formar a los médicos familiares en conocimientos, habilidades y actitudes que modifiquen la práctica clínica y favorezcan a la detección oportuna que la IU oculta para minimizar su impacto en la población que la sufre. ⁽²³⁾ El interés primordial de los médicos es procurar la vida a través de la salud, el médico especializado en medicina familiar, debe centrarse no solo en la salud, sino en todo lo que rodea un individuo. En este aspecto no solo se hay que basarse en el estado de salud o enfermedad del paciente, o exclusivamente en la elaboración de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos para caracterizar una población. Ya que puede existir un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual en función a su desarrollo social, físico y emocional. ⁽²³⁾

El concepto de la salud esta fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción; por tanto, la redefinición del concepto de salud, es de naturaleza dinámica y multidimensional, de ahí deriva la importancia de medir la calidad de vida.

La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad. ⁽²⁴⁾ La detección oportuna de la IU en pacientes a temprana edad, puede ayudar a dar un mejor tratamiento para mejorar la calidad de vida actual y en el futuro próximo. La sugerencia y tratamiento sería: evitar las retenciones prolongadas de orina, el estreñimiento, tratar aquellos procesos que provoquen ataques bruscos y persistentes de tos, control de la obesidad y la ingesta de líquidos, realizar medidas higiénicas adecuadas de la zona perineal. ^(25,3)

Antecedentes científicos:

La evidencia en la literatura en cuanto a la IU asociada a sobrepeso/obesidad, depende de la metodología empleada y de los estudios publicados no solo en México sino en el Mundo por lo que se realizó una revisión bibliográfica y sistematizada con los siguientes criterios de selección: estudios epidemiológicos de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 20 a 40 años de edad en MEDLINE, EMBASE, base de datos de la Cochran y en metabuscadores (DOGPILER, METACRAWLER) y búsqueda manual. Se recopilaron y analizaron encontrándose lo siguiente.

En el estudio Hunskaar S y col determinaron la prevalencia, el tipo de tratamiento y el comportamiento de las mujeres con incontinencia urinaria en cuatro países europeos. Con una edad aproximada en la comunidad de 18 años y más. La prevalencia global de IU fue del 35%. España 23%, Francia 44%, Alemania 41% y el Reino Unido 42%. Siendo la IU de esfuerzo el tipo más frecuente. De las cuales el porcentaje de consulta médica acerca de en España 24%, Reino Unido 25%, Francia 33% y Alemania 40%.⁽²⁶⁾

En el estudio de Ballester A y col se estudió la prevalencia de la incontinencia anal (IA) y la incontinencia urinaria (IU) en las mujeres de Teruel (España) con un rango de edad de 20-64 años que fueron seleccionadas aleatoriamente de la población atendida en un centro de atención primaria. De 115 mujeres, 103 completaron el estudio. La edad media fue de 41±12 años. La prevalencia de la IU fue del 34,9% (33% estrés, de urgencia el 14%, 47% mixta).⁽²⁷⁾

En el estudio de Nieto Blanco E y colaboradores estudiaron la epidemiología y las repercusiones sociales y de salud de la IU en 485 mujeres de edades comprendidas entre 40 y 65 años. Detectaron una prevalencia global de la IU del 15,4% (2,6% estrés, el 10,6% urgencia y 2,1% mixtos). La mayoría de las mujeres no habían consultado al médico sobre el problema.⁽²⁸⁾

En el estudio de Modroño Freire MJ y col determinaron la prevalencia de la IU y su impacto en su calidad de vida en 1000 mujeres entre 18 y 65 años seleccionadas al azar de un total de 8443 en el distrito de salud urbano en Orense. La prevalencia de la IU se evaluó mediante un cuestionario diseñado para el estudio y enviado por correo. La tasa de respuesta fue de 43,6%, con un 20% de prevalencia de la IU. La edad media de las mujeres estudiadas fue de 43,4 (IC 95%: 42,1-44,6), el 56,8% de las mujeres con IU no había acudido al médico probablemente porque la mayoría de las mujeres tenía ligeramente afectada su calidad de vida. ⁽²⁹⁾

En el estudio de Martínez-Escoriza JC y col estudiaron la prevalencia de la IU, sus características e impacto en la calidad de vida en 639 mujeres atendidas en el área sanitaria de Alicante que acudieron consecutivamente a consultorios de ginecología por motivos diferentes de la IU y accedieron voluntariamente a cumplimentar una encuesta que contenía el International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF). El 39,97% de las mujeres que acuden a los consultorios de ginecología reconocía tener IU; la IUE (72,53%), fue más frecuente en el grupo de mayor edad ($p < 0,001$). Se observó mayor afectación en la calidad de vida en el grupo de menor edad, aunque la diferencia no fue significativa. La mayoría (77,25%) presentó gravedad leve y en general (63,95%) tenían pequeñas pérdidas. Menos del 16% refirió algún tratamiento para la IU. ⁽³⁰⁾

En el estudio de Sánchez de Enciso Ruiz M y col en un estudio realizado en 354 mujeres mayores de 18 años. Llama la atención de este estudio que el 56,4% no consideraba la IU como un problema de salud y no lo habían consultado nunca. La calidad de vida estaba significativamente reducida en un 51,7%, siendo más intensa en las mujeres con IU mixta. Concluyen que la IU en la mujer se considera un problema frecuente y muchas veces olvidado. ⁽³¹⁾

Planteamiento del problema.

Debido que hasta en un 57.1% de las mujeres presentan IU es importante hacer pruebas de tamizaje para diagnosticar este padecimiento de manera oportuna, esto a consecuencia de que este padecimiento en la mayoría de los casos esta subdiagnosticado. Existen pocos estudios acerca de la IU en mujeres jóvenes las cuales no suelen aceptar sus síntomas y ha sido poco estudiado. De acuerdo con La Guía de Practica Clínica Detección, Diagnostico y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria en la Mujer, realizado por el I.M.S.S. se estima que menos de la mitad de los adultos con moderada a severa IU demandan atención medica; probablemente por que les ocasiona vergüenza, lo consideran normal en el envejecimiento o por que no saben que tiene tratamiento. Se estudia un síntoma que es más común en adultos mayores, pero que también se presenta en población joven. Las complicaciones no son sólo físicas sino psicológicas, con efecto negativo en la autoestima, lo que resulta en aislamiento social y frecuentes problemas sexuales. Desconocer la IU en mujeres jóvenes, y no diagnosticarla tempranamente afecta en que no se da el tratamiento adecuado, ni se realiza una correcta historia clínica y en su caso examen físico, los cuales son suficientes para orientar el diagnóstico y atención médica necesaria.

En la U.M.F. No. 5 del I.M.S.S. en el Área de Informática Médica y Archivo Clínico (A.R.I.M.A.C.); no se ha encontrado como diagnostico principal pacientes con IU, debido a que esta patología no pone en riesgo la vida, siendo considerada como diagnostico secundario afectando su detección y por consecuencia quedando un sesgo excelente para su estudio.

Pregunta de Investigación.

¿Cuál es la Asociación de la incontinencia urinaria al sobrepeso/obesidad en mujeres de 20 a 40 años de edad en la U.M.F. No. 5 del I.M.S.S.?

Justificación.

El presente estudio se enfoco en documentar la asociación de la incontinencia urinaria al sobrepeso/obesidad en mujeres de 20 a 40 años de edad. Dentro de la U.M.F. No. 5 del I.M.S.S. El cual nos permitió realizar una evaluación en la toma de decisiones terapéuticas en la práctica clínica; ya que no hay una correcta detección de la IU en pacientes jóvenes. De igual manera nos ayudo a identificar y dar a conocer este síntoma, signo o condición.

Se busco conocer el alcance de éste problema dentro de la U.M.F. No. 5 del I.M.S.S. para disminuir las complicaciones. Para el estudio se tomo la muestra de ambos turnos. En el diagnostico situacional de la unidad, se cataloga por grupos de edad de 15 a 29 años y 60 y más, respectivamente. (Información Basada en Datos de A.R.I.M.A.C. 2010) y en 2011 solo se registra una población máxima de 16,797 pacientes de entre 20 y 44 años. (Información Basada en Datos de A.R.I.M.A.C. 2011).

Este estudio es útil para orientar sobre una correcta aplicación de cuestionarios enfocados a la detección de IU en pacientes con sobrepeso/obesidad para su tratamiento y mejora en su calidad de vida. Mejorando las condiciones de vida de los pacientes a largo plazo, orientando a los derechohabientes y al medico familiar a la detección oportuna y al conocimiento de esta enfermedad.

Por ser una muestra representativa de la población que acude a la Unidad de Medicina Familiar, que es el primer contacto para el paciente, los resultados se pueden transpolar a ésta población. Por lo que para la Institución, el beneficio es detectar oportunamente la enfermedad y por lo tanto referir oportunamente a las pacientes a los servicios correspondientes.

EL sobrepeso/obesidad es un factor de riesgo para IU, también lo es para otras enfermedades.

Se busca aumentar la calidad de la consulta y una mejor calidad de vida desarrollando una cultura de previsión. El aplicar correctamente los estudios de detección oportuna, no solo de IU, sino de todas las sintomatologías, podremos disminuir los costos de tratamiento, agilizar la curación y contar con una población más sana para el trabajo y las actividades sociales, de la misma manera se podrá tener un mejor estudio de la población con sobrepeso/obesidad asociado a IU, ayudando al control de esta enfermedad a largo plazo.

Es posible realizar el estudio, pues se cuenta con la población requerida para cubrir la muestra, personal médico, insumos, área física y recursos humanos.

Se toma en cuenta que los resultados no representan a la población derechohabiente que no utiliza los servicios médicos de la institución, incluyendo aquellas pacientes que no acuden con ningún otro médico y a las que lo hacen de forma privada o en otras instituciones.

Hipótesis.

- Por el tipo de estudio no se necesita.

Objetivo General:

- Determinar la Asociación de la incontinencia urinaria al sobrepeso/obesidad en mujeres de 20 a 40 años de edad en la U.M.F. No. 5 del I.M.S.S.

Objetivos Específicos:

- Determinar en mujeres de 20 a 40 años de edad que grado de sobrepeso/obesidad es más frecuente en la IU en la U.M.F. No. 5 del I.M.S.S.
- Establecer la frecuencia de la perdida involuntaria de orina y la afectación de la vida diaria.
- Determinar las probables edades, estado civil, grado de estudios y ocupación para la detección de IU en grupos específicos de la población.
- Establecer más sobre los síntomas de IU, la frecuencia, cantidad de orina perdida, gestas, tipo de parto, entre otros.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE MUESTREO:

No probabilística por conveniencia hasta completar 200 pacientes.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prolectivo en la U.M.F. No. 5 del I.M.S.S. en consulta externa, el cual se tomó una muestra no probabilística por conveniencia hasta completar 200 pacientes con normopeso, sobrepeso y algún grado de obesidad durante 7 meses.

Se aplicó la versión española del cuestionario ICIQ-SF, se agregó el IMC para relacionar las variables de sobrepeso y obesidad con la existencia de IU a través del peso y talla del paciente.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN:

- Pacientes mujeres de 20 años a 40 años de edad que aceptaron participar en el estudio encuestadas en la consulta externa de la U.M.F. No. 5 del I.M.S.S.
- Pacientes mujeres con y sin grado de estudios. En caso de analfabetas se les proporcionará la asistencia para el llenado del mismo.
- Pacientes de estado civil indistinto.
- Pacientes mujeres con o sin gestas. Y en caso de gestas positivas que tipo de atención de parto.
- Pacientes mujeres con diagnóstico de sobrepeso/obesidad.
- Pacientes mujeres con normopeso y aparentemente sanas.
- Pacientes mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria.
- Pacientes mujeres sin diagnóstico de incontinencia urinaria.

EXCLUSIÓN:

- Pacientes mujeres que no aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes mujeres con incontinencia urinaria de condición de mujer gestante o en periodo de puerperio.
- Pacientes mujeres con diagnostico de Diabetes Mellitus 2.
- Pacientes mujeres menores de 20 años o mayores de 40 años.

ELIMINACIÓN:

- Pacientes que abandonaron el estudio.
- Cuestionarios incompletos.

SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN

- Población Fuente: Población adulta mujeres de 20 años a 40 años de edad.
- Población Elegible: Población adulta mujeres de 20 años a 40 años de edad.
- Población en Estudio: Población adulta mujeres de 20 años a 40 años de edad atendidas en la consulta externa de una unidad médico familiar del Instituto mexicano del seguro social, del 1 de febrero al 01 de agosto del 2012.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Se llevo a cabo en la U.M.F. No 5 del I.M.S.S. ubicada en: Marina Nacional SN, Anáhuac, Miguel Hidalgo, 11320 Ciudad de México, Distrito Federal en el servicio de consulta externa del 1 de Febrero del 2012 al 01 de Agosto del 2012.

Actualmente se tiene 108,137 mujeres registradas a los servicios de salud, las cuales se considera que 15.53% (16,797 mujeres) en edades de 20 a 44 años. (Información Basada en Datos de A.R.I.M.A.C. 2011).

Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Definición metodológica	Escala de medición
INCONTINENCIA URINARIA	La Incontinencia Urinaria es la pérdida involuntaria de orina.	Paciente con cuestionario ICIQ-SF con puntuación superior a cero.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	Pérdida Involuntaria de orina relacionada con algún esfuerzo físico (toser, reír, correr, caminar).	Paciente con cuestionario ICIQ-SF con características relacionadas con un esfuerzo físico.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No
INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA	Es la aparición súbita del deseo miccional, claro e intenso, difícil de demorar.	Paciente con cuestionario ICIQ-SF si señala escape de orina antes de llegar al sanitario y sin indicar escape de orina relacionado con un esfuerzo físico.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No
INCONTINENCIA URINARIA POR REBOSAMIENTO	Es el vaciamiento vesical incompleto o deficiente que de manera involuntaria	Paciente con cuestionario ICIQ-SF si señala escape de orina	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No

	pierde al sobrepasarse la cantidad que puede contener la vejiga	sin motivo evidente o cuando termina de orinar y ya se ha vestido.		
INCONTINENCIA URINARIA MIXTA	Pérdida involuntaria de orina relacionada con incontinencia de urgencia y esfuerzo	Paciente con cuestionario ICIQ-SF si señala en algunas de las respuestas escape de orina asociado por un fuerte deseo de orinar y escape de orina por actividad física	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No
INDICE MASA COORPORAL	Es el indicador antropométrico comúnmente usado para clasificar el exceso de peso.	Se calculó el IMC según la fórmula (peso Kg / talla m ²)	Cuantitativa Continua	Peso Bajo (17-18.49) Normal (18.5-24.99) Sobrepeso (25-29.99) Obeso tipo I (30-34.99) Obeso tipo II (35-39.99) Obeso tipo III (≥40)
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Edad que manifieste el pacientes para el registro en la encuesta	Cuantitativa Discontinua	20 a 40 años.

ESCOLARIDAD	Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Escolaridad que manifieste la paciente para el registro en la encuesta	Cualitativa Ordinal	6 categorías: Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Técnica Licenciatura
ESTADO CIVIL	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia	Estado civil manifestado por la paciente para el registro de la encuesta	Cualitativa Nominal Politómica	3 categorías: Soltera Casada Unión libre
OCUPACION	Acción y efecto de ocupar, empleo o trabajo.	Actividad laboral que manifieste la paciente para el registro en la encuesta.	Cualitativa Nominal Politómica	3 categorías: Ama de casa Estudiante Empleada
GESTA	Llevar y sustentar la madre en su vientre al feto Hasta el momento del parto.	Si a presentado o no gestas, manifestado por la paciente para el registro	Cualitativa Nominal Dicotómica	2 categorías: SI NO
TIPO DE PARTO	Atención del parto por vía vaginal, cesárea o aborto	Si a presentado gesta, que tipo de parto.	Cualitativa Nominal Politómica	3 categorías: Parto Cesárea Aborto
FRECUENCIA DE ESCAPE DE ORINA	Afección en la cual la persona no controla la salida de orina	La frecuencia de escape de orina manifestado por la paciente para el registro en la	Cualitativas Nominales Politómica	6 categorías: Nunca Una vez a la semana 2 a 3 veces por

		encuesta.		semana Una vez al día Varias veces al día Continuamente
CANTIDAD DE ORINA PERDIDA	Afección en la cual la persona mide la pérdida de orina	Cantidad de pérdida de orina que manifieste la paciente para el registro en la encuesta.	Cualitativas Nominales Politómica	4 categorías: No se me escapa nada Muy poca cantidad Una cantidad moderada Mucha cantidad
AFECTACIÓN DE VIDA DIARIA	Afección en la cual la persona padece un deterioro importante en su Calidad de vida.	Actividades afectadas por la incontinencia urinaria que manifieste la paciente para el registro en la encuesta.	Cuantitativa Discontinua	10 categorías: Desde nada, que se califica como 1, hasta mucho que se califica como 10; puede marcar cualquier punto intermedio.
CONSECUENCIA DE PERDIDA DE ORINA	Hecho o acontecimiento que se deriva o resulta de la pérdida de orina.	Consecuencia de pérdida de orina que manifieste la paciente para el registro en la encuesta.	Cualitativa Nominal Politómica	8 categorías: Nunca Antes de llegar al sanitario Al toser o estornudar Mientras duerme

				Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio Cuando termina de orinar y ya se ha vestido Sin motivo evidente De forma continua
VOLUMEN DE GOTEÓ	Emisión de orina por goteo.	Cantidad de orina por goteo que manifieste la paciente para el registro en la encuesta.	Cualitativa Nominal Politómica	4 categorías: Solo unas cuantas gotas Mas de unas cuantas gotas Suficiente para mojar la vestimenta o ropa de cama variable
TIEMPO DE RETENCIÓN ORINA	Es el tiempo que puede contener la orina	Cantidad de tiempo que puede contener la orina que manifieste la paciente para el registro en la encuesta.	Cualitativa Nominal Politómica	3 categorías: Solo unos minutos Todo el tiempo que desee No puede

Descripción del estudio.

Previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud (C.L.I.S.) local y las autoridades de la U.M.F. No. 5 del I.M.S.S. Se invito a los pacientes que acudieron a consulta externa de Medicina Familiar a participar en el estudio y previa firma de consentimiento informado, se realizo un interrogatorio dirigido en busca de los datos referentes a las variables de estudio.

Se realizo en primer lugar una prueba piloto para determinar si el paciente entiende los aspectos técnicos del estudio, se solicito la realización de Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF, Revisión de cartilla de citas médicas, IMC.

Análisis Estadístico.

Se analizaron todas las variables de la base y se examino la distribución de las variables, se utilizo el Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF y datos se recolectaron a través de un paquete estadístico llamado: SPSS versión 20.0 para PC (SPSS, Inc. Chicago, Ill) Se utilizo Chi cuadrada y prueba de Spearman. Los resultados se presentaran en tablas, graficas y de manera explicativa.

Aspectos Éticos.

Declaración de Helsinki

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos Adoptadas por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989, Asociación Médica Mundial, año 2000; es una recomendación para guiar a los médicos en las investigaciones biomédicas en seres humanos, donde la preservación de la integridad y el cuidado de la salud de la humanidad son lo más importante. Alude a los Códigos de ética, donde se señala que el interés del médico se encamina al fortalecimiento de la salud mental y física del paciente. Así, sus lineamientos están destinados a proteger a los humanos que puedan intervenir en estudios de investigación clínica, terapéutica, diagnóstica, farmacológica y de ensayos clínicos.

La Ley General de Salud indica en su Título I, capítulo único, artículo 2º, apartado VII, como derecho a la protección a la salud el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud; en el artículo 3º, apartado IX, en materia de salubridad general, como atribución en salubridad general, la coordinación en investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos. Competencia del Consejo de Salubridad en el artículo 17, fracción III, en opinar sobre proyectos de investigación y de formación de recursos humanos para la salud, en su artículo 98 sobre la formación de comisiones de investigación y de ética, para la supervisión de la investigación biomédica, especialmente en seres humanos. En el artículo 100 define las bases para la experimentación en seres humanos, semejantes a las disposiciones de la Declaración de Helsinki.

En base a los estatutos mencionados, se considera el presente trabajo como una investigación sin riesgos, pues es un estudio que emplea métodos de técnicas de investigación documental y confidencial. El estudio cuenta con los recursos necesarios y el apoyo por parte de las autoridades para su realización sin impedimento ya que no se vea afectada en ningún momento la integridad del paciente, manejándose de forma anónima la identidad del mismo.

Se estima que el estudio corresponde con riesgo menor del mínimo. Todos los candidatos deberán otorgar consentimiento por escrito y el protocolo deberá ser aprobado por el Comité Local de Investigación. Una vez integrados los datos en la base para análisis, ningún sujeto se identificará por nombre y sólo se hará por medio de un número de folio. Ninguno de ellos será identificado en informes o publicaciones que pudieran resultar de este estudio. Todos podrán retirar el consentimiento para usar sus datos en el momento en que ellos lo consideren apropiado. Podrán negarse a participar sin que esto afecte de manera alguna los beneficios o recursos o atención que requieran de la UMF. Este trabajo se efectúa en exploración de conocimientos médicos de índole rutinaria en donde el investigador no tiene injerencia, siendo el trabajo observacional, descriptivo, transversal y prolectivo.

El presente trabajo cumple con el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Investigación para la Salud, Secretaria de Salud 1987, Título Segundo, Capítulo Primero, Artículo 17 Fracción I, por lo que puede aplicarse el Artículo 23 de mismo Reglamento, por lo que se pedirá consentimiento por escrito, en virtud de hacer análisis solo de conocimientos médicos rutinarios. Se mantendrá estrictamente la confidencialidad de los datos individuales.

Cronograma de actividades

2011 -2012.

Asociación de la incontinencia urinaria al sobrepeso/obesidad en mujeres de 20 a 40 años de edad en la unidad de medicina familiar numero 5 del IMSS.																				
ACTIVIDAD	Abril – Mayo		Jun- Julio		Ago - Sept.		Oct- Nov.		Dic - Ene.		Feb - Marzo		Abril May		Jun- Julio		Ago Sept		Oct Nov.	
	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R
Delimitación del tema a estudiar																				
Revisión y selección de la bibliografía																				
Elaboración del protocolo hasta la presentación ante el CLIS																				
Revisión del protocolo realizado por el comité local de investigación																				
Registro del número de protocolo realizado																				
Recolección de la información																				
Análisis de resultados																				
Presentación final del trabajo realizado																				

RESULTADOS

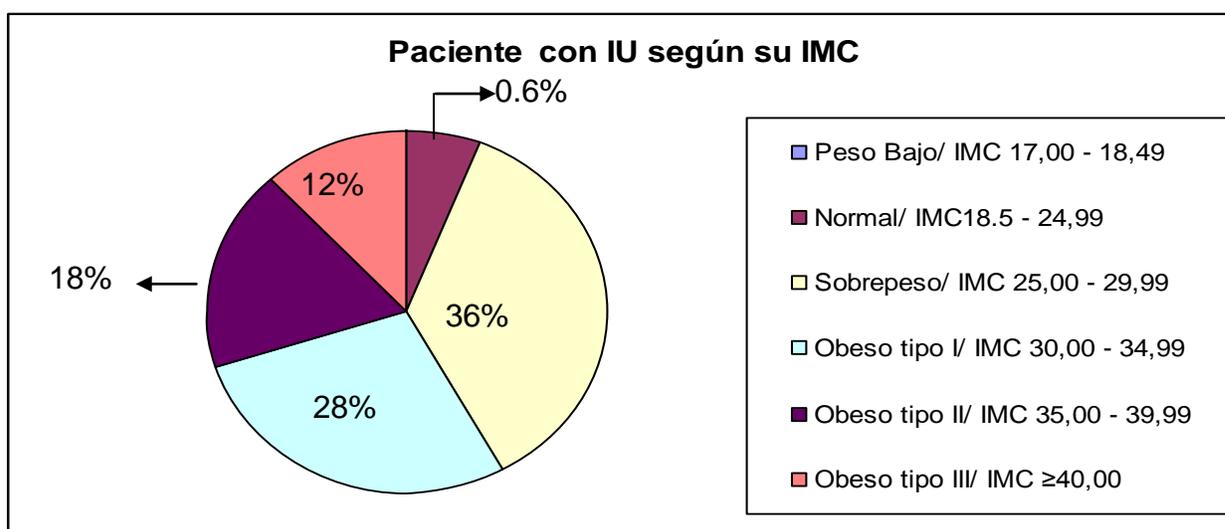
Se estudiaron 200 mujeres de 20 a 40 años de edad .Se encontró una asociación de sobrepeso/obesidad e IU en un 25% de las encuestadas, siendo las de mayor frecuencia las de sobrepeso (IMC 25,00 – 29,99). No se encontró ninguna mujer con peso bajo y solo se encontraron tres casos con peso normal (Tabla No.1).

Tabla No. 1 IU/IMC de las pacientes N=200.

IU Vs. IMC	Peso Bajo/ IMC 17,00 - 18,49	Normal/ IMC18.5 - 24,99	Sobrepeso/ IMC 25,00 - 29,99	Obeso tipo I/ IMC 30,00 - 34,99	Obeso tipo II/ IMC 35,00 - 39,99	Obeso tipo III/ IMC ≥40,00	TOTAL
Paciente con Incontinencia Urinaria	0	3	18	14	9	6	50
Paciente sin Incontinencia Urinaria	2	28	37	54	17	12	150

EL 25% de la muestra perdió orina independientemente de los diferentes tipos de IMC. Como se reporta en la siguiente (Grafico No. 1)

Gráfico No. 1 Pacientes con IU según su IMC N=200.



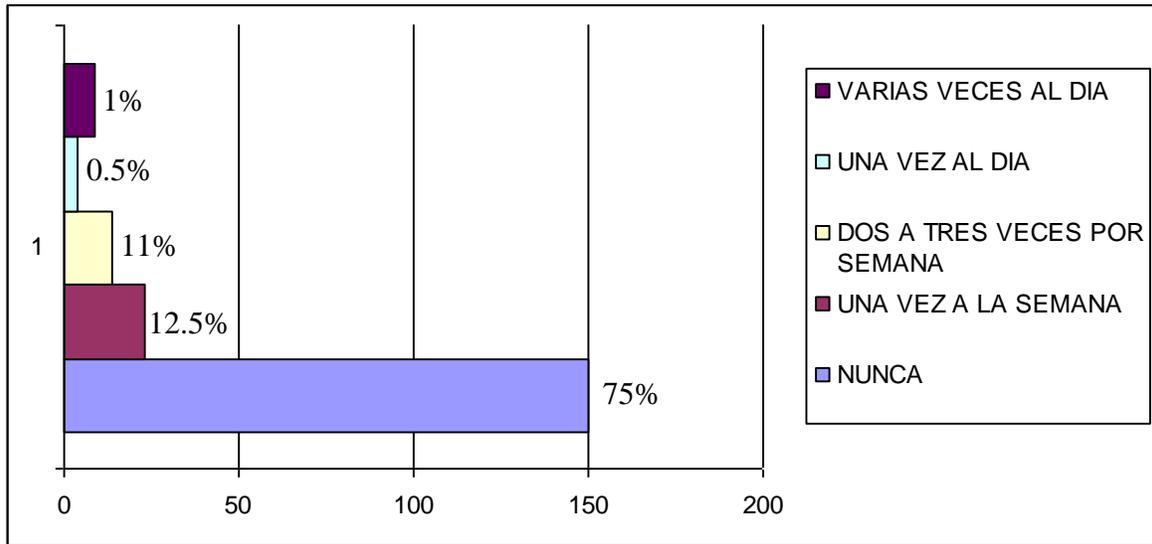
El 25% de las pacientes presento IU, de estas el 11.5% presento perdida de orina una vez a la semana, solo un 7% presento algún tipo de goteo de dos a tres veces por semana, el 2% presento algún tipo de escape de orina diario y 4.5% presento perdida urinaria varias veces al día. Tabla. (Tabla No 2).

Tabla No. 2 Frecuencia en la perdida de orina en las pacientes N=200.

	Paciente con Incontinencia Urinaria	Porcentaje %
UNA VEZ A LA SEMANA	23	11.5
DOS A TRES VECES POR SEMANA	14	7
UNA VEZ AL DIA	4	2
VARIAS VECES AL DIA	9	4.5
Total	50	25%

De 200 pacientes estudiadas, 75% nunca perdieron orina independientemente de los diferentes grados de IMC. El 25% de pacientes reportaron afectación de su vida diaria secundaria a la frecuencia de perdida de orina. Como se reporta en la grafica No.2.

Grafica No. 2 Frecuencia en la perdida de orina en pacientes N=200.



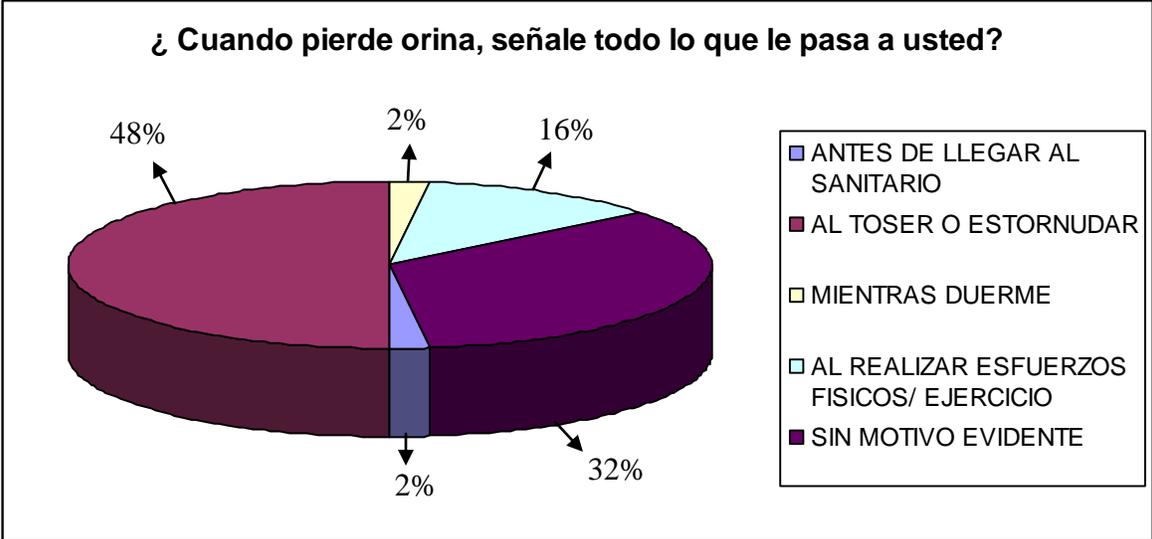
De las pacientes con IU estudiadas, 85% reportan escape de orina sin afectaron de su vida diaria, en ocasiones solo el 6% y el 1% mucha afectación. (Tabla No. 3)

Tabla No. 3 Medida de escape de orina y afectación de la vida diaria N=200.

	Paciente con Incontinencia Urinaria	Porcentaje %
NADA	20	85
POCO	11	5.5
EN OCASIONES	12	6
CON FRECUENCIA	5	2.5
MUCHO	2	1
TOTAL	50	100

Del 25% de pacientes con IU, el 0.5% padece perdida de orina en mucha cantidad. La mayor frecuencia en que pueden contener la orina es de un 20% y la menor resistencia de contención de orina es de un 4.5%. El volumen de goteo al perder orina es del 42% manifestado en unas cuantas gotas. El 12.5% pierde orina, con una frecuencia mayor al toser o estornudar, seguido por un goteo sin motivo aparente con un 8.5%. (Grafica No. 3)

Grafica No. 3 Perdida de orina, señalando lo que refieren las pacientes N=200.



La IU se asocia directamente con el sobrepeso/obesidad, la edad de las pacientes con IU y su IMC. El numero mayor de IU esta en las pacientes con mayor edad dentro de nuestra muestra; encontramos que la mayoría de las probables pacientes con mayor IMC tienen problemas de IU. Todas las pacientes que tienen un grado de obesidad grado III han salido positivas en IU. También se asocio a pacientes de 20 a 30 años con diagnostico de IU y con problemas de sobrepeso/obesidad. Como se demuestra en la tabla. (Tabla No. 4)

Tabla No. 4 Asociación de Edad e IMC con respecto a los pacientes detectados con IU. N=200.

EDAD	ENCUESTADOS	IU	PESO BAJO	PESO NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD GRADO I	OBESIDAD GRADO II	OBESIDAD GRADO III
40.00	32	10	0	2	9	13	5	3
39.00	12	2	0	3	3	5	1	0
38.00	7	2	0	1	2	3	1	0
37.00	18	6	0	2	3	6	1	6
36.00	7	2	0	2	1	2	2	0
35.00	24	8	0	2	10	8	2	2
34.00	10	2	0	2	2	5	1	0
33.00	10	1	1	3	2	3	1	0
32.00	8	2	0	1	2	3	2	0
31.00	4	0	0	1	1	1	1	0
30.00	7	1	0	1	3	3	0	0
29.00	6	2	0	2	0	3	1	0
28.00	7	1	0	1	0	4	2	0
27.00	5	1	0	1	1	1	0	2
26.00	8	2	0	0	2	4	1	1
25.00	8	2	0	0	3	1	2	2
24.00	5	1	1	1	1	1	1	0
23.00	10	3	0	1	4	2	2	1
22.00	2	0	0	1	1	0	0	0
21.00	2	0	0	2	0	0	0	0
20.00	8	2	0	2	5	0	0	1
TOTAL	200	50	2	31	55	68	26	18

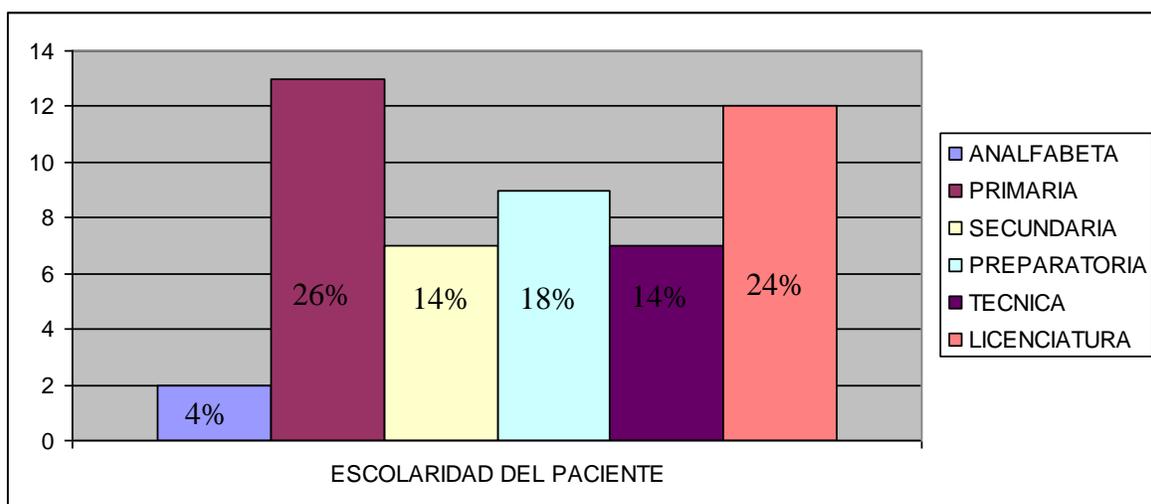
En relación a la ocupación 145 (72.5%) fueron empleadas, 43 (21.5%) amas de casa y 12 (6%) estudiantes. Como se observa en la tabla. (Tabla No. 5)

Tabla No. 5 Relación de Ocupación e IU. N=200.

Ocupación de la Paciente	Incontinencia Urinaria de la Paciente		
	SI	NO	Total
EMPLEADA	34	111	145
AMA DE CASA	14	29	43
ESTUDIANTE	2	10	12
TOTAL	50	150	200

Las pacientes con mayor número de IU son de diferentes niveles educativos. Se analiza que los grados educativos no modifican el diagnostico de IU, en donde en Nivel Primaria encontramos 13 casos reportados (26%) y en Licenciatura con 12 (24%). Como se observa en la Grafica No. 6

Grafica No. 6 Relación entre escolaridad e IU. N=200.



El estado civil más frecuente fueron las casadas en un 37.5% seguida de las de Unión libre 28% solo una minoría fueron divorciadas 8.5% como se observa en la a Tabla No.7

Tabla No. 7 Frecuencia de Estado Civil e IU. N=200.

Estado civil de la Paciente			
	Gesta		Total
	SI	NO	
DIVORCIADA	13	4	17
UNION LIBRE	41	15	56
CASADA	56	19	75
SOLTERA	21	31	52
Total	131	69	200

El tipo de gesta e IU se presento 17% como se observa en la Tabla No. 8.

Tabla No. 8 Frecuencia de IU y tipo de gesta N=200.

Incontinencia Urinaria de la Paciente y Tipo de Gesta.			
	SI	NO	Total
SI	34	97	131
NO	16	53	69
Total	50	150	200

De 200 mujeres 16% tienen IU de esfuerzo, IUR 8%, y solo se encontró una minoría de .5% IUU e IUM.

Tabla No. 8 Tipo de incontinencia diagnosticada N=200.

	Encuestados	Porcentaje %
No me han Diagnosticado IU	150	75
IU de Esfuerzo	32	16
IU de Urgencia	1	0.5
IU por Rebosamiento	16	8
IU Mixta	1	0.5
TOTAL	200	100

Tabla No. 9 Asociación de la IU al sobrepeso/obesidad en mujeres de 20 a 40 años de edad en la U.M.F No.5 I.M.S.S. N=200.

	Con IU	SIN IU	<i>p</i>
Normal	3	28	0.3
Sobrepeso	18	37	0.01
Obesidad GI	14	54	0.03
Obesidad GII	9	17	0.02
Obesidad GIII	6	44	0.03

DISCUSIÓN:

En nuestro estudio encontramos una frecuencia de IU 25%, datos que concuerdan con el estudio EPINCONT realizado entre 1995 y 1997 a un total de 27,936 mujeres mayores de 20 años en un condado en Noruega, que detecto el 25% de las encuestadas presentaban IU. ⁽³⁾ a diferencia de los datos de México reportados por el Instituto Nacional Perinatología de 5 a 10%, sin embargo, existen pocos trabajos sistemáticos que muestren la prevalencia de IU. ⁽⁹⁾

No olvidemos que en México se considera que la cifra de mujeres con síntomas de IU puede oscilar entre un 15 y un 30%, sin embargo, existen pocos trabajos sistemáticos que muestren la prevalencia de IU. ⁽⁸⁾

En nuestro país, el estudio ENSO mostró que 17% de los adultos eran obesos y que 51% tenían sobrepeso u obesidad. Este estudio se realizo para determinar la magnitud de la obesidad y el sobrepeso entre los adultos. ⁽¹³⁾ En México más de la mitad de la población tiene sobrepeso/obesidad, también debemos de considerar que exista una relación entre la IU y el sobrepeso; debido a que la presión abdominal es mayor que en la gente que no tiene este problema. ⁽¹⁴⁾

En el estudio de Martínez-Escoriza JC y col estudiaron la prevalencia de la IU, 39,97% de las mujeres que acuden a los consultorios de ginecología reconocía tener IU; y la IUE (72,53%), fue más frecuente. ⁽³⁰⁾ De acuerdo con un estudio realizado en cuatro países europeos por Hunskaar S y col determinaron la prevalencia, el tipo de tratamiento y el comportamiento de las mujeres con incontinencia urinaria la prevalencia de IU fue del 35% siendo la IUE el tipo más frecuente. ⁽²⁶⁾ Datos que concuerdan con nuestros resultados ya que nosotros también encontramos que la IUE es la más frecuente en la muestra estudiada, sin embargo Ballester A y col reportan que la IUM es más frecuente hasta en un 47%.

En nuestro estudio de las pacientes con IU 85% reportan escape de orina sin afectaron de su vida diaria, en ocasiones solo el 6% y el 1% mucha afectación. Lo que coincide con el estudio de Modroño Freire MJ y col los cuales determinaron que el 56,8% de las mujeres con IU no había acudido al médico probablemente porque la mayoría de las mujeres tenía ligeramente afectada su calidad de vida ⁽²⁹⁾. Así como en el estudio de Sánchez de Enciso Ruiz M y col realizada en 354 mujeres mayores de 18 años, 56,4% no consideraba la IU como un problema de salud y no lo habían consultado nunca. ⁽³¹⁾

CONCLUSIONES:

- La asociación de la incontinencia urinaria al sobrepeso/obesidad en mujeres de 20 a 40 años de edad en la U.M.F. No. 5 del I.M.S.S. Si estuvo asociado a una minoría, en la cual se detecta que la población de edades entre 20 y 30 años con IMC alto reportan IU.
- El tipo de IU más frecuente fue la IUE.
- Los pacientes al no considerar que afecte a su calidad de vida, ignoran los síntomas de la IU, por lo tanto no se diagnostica oportunamente.
- Aplicando el cuestionario ICIQ-SF y la historia clínica se puede detectar de forma oportuna la IU y su afectación en la calidad de vida.
- Toda paciente con sobrepeso/obesidad tiene como factor de riesgo la IU independientemente de su escolaridad, actividad laboral y estado civil.
- Teniendo un control del sobrepeso/obesidad se puede prevenir no solo la IU sino otras enfermedades asociadas.
- La frecuencia de IU es alta debido a que la mayor parte de las veces esta subdiagnosticada.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS:

- Se recomienda que cada médico familiar en la primera consulta de atención interrogue intencionadamente sobre la incontinencia urinaria.
- Se debe a conocer a los pacientes los factores de riesgo que llega a producir el sobrepeso/obesidad a la salud, en especial su asociación a la IU.
- Tener un grupo control para determinar la causalidad de la IU asociado al sobrepeso/obesidad.

ANEXOS.

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Lugar y Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar: _____

Para que participe en el protocolo de investigación titulado **Asociación de la incontinencia urinaria al sobrepeso/obesidad en mujeres de 20 a 40 años de edad en la unidad de medicina familiar numero 5 del IMSS**. Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: R-2012-3511-4. El objetivo del estudio es: **Determinar la relación existente entre el sobrepeso/obesidad e incontinencia urinaria**. Se me ha explicado que la participación de mi familiar o representado consistirá en: **Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de la participación de mi familiar o representado en el estudio, que son los siguientes: No existe ningún riesgo Entre los beneficios se encuentran la vigilancia estrecha de la evolución del padecimiento**. El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para el tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirar del estudio a mi familiar o representado en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se identificará a mi familiar o representado en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con la privacidad de mi familiar o representado serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia de mi familiar o representado en el mismo.

Dr. Javier López Villasana.

Nombre y Firma del paciente

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS

Testigo.

Testigo.

Número (s) telefónico (s) a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Dr. Javier López Villasana. UMF 41 Teléfono de enseñanza Tel. 57-47-35-00 Ext. 26035

e-mail: javilovi@comunidad.unam.mx

Dra. Claudia Pitones Ploneda Tel. 55 36 79 25 89.

Instrumento de recolección de datos

Asociación de la incontinencia urinaria al sobrepeso/obesidad en mujeres de 20 a 40 años de edad en la unidad de medicina familiar numero 5 del IMSS.

Edad:

Folio:

Escolaridad:	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Técnica	Licenciatura
Estado civil:	Soltera	Casada	Unión libre	Divorciada		
Ocupación:	Estudiante	Ama de casa	Empleada			
Clasificación de la <u>OMS</u> del estado nutricional de acuerdo con el IMC <u>Índice de Masa Corporal</u>						
PESO:	Clasificación			IMC (peso Kg/ talla m ²)		
	Peso Bajo			17,00 - 18,49		
	Normal			18.5 - 24,99		
TALLA:	Sobrepeso			25,00 - 29,99		
	Obeso tipo I			30,00 - 34,99		
IMC:	Obeso tipo II			35,00 - 39,99		
	Obeso tipo III			≥40,00		

Referencia organización mundial de la salud (OMS).

Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF:

Es un cuestionario Autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida.

Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero.

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta).

Nunca	0
Una vez a la semana	1
2-3 veces/semana	2
Una vez al día	3
Varias veces al día	4
Continuamente	5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). (Marque sólo una respuesta.)

No se me escapa nada	0
Muy poca cantidad	2
Una cantidad moderada	4
Mucha cantidad	6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?

1 Nada	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Mucho
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	----------

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Usted.

Nunca.	
Antes de llegar al Sanitario.	
Al toser o estornudar.	
Mientras duerme.	
Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.	
Sin motivo evidente.	
Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.	
De forma continua.	

ANTECEDENTES:

1.- Cuándo tiene goteo de orina ¿Cuál es el volumen de goteo?

Solo unas cuantas gotas	1
Mas de unas cuantas gotas	2
Suficiente para mojar la vestimenta o ropa de cama	3
Variable	4
No tengo goteo orina	5

2.- Cuándo siente la vejiga llena ¿Cuanto tiempo puede contener la orina?

Solo unos minutos	1
Todo el tiempo que desee	2
No puede	3

3- ¿Ha recibido tratamiento para la incontinencia?

Si	1
No, porque no tengo incontinencia	2
No, porque si tengo incontinencia pero no e recibido tratamiento	3

4- ¿Qué tipo de incontinencia tiene diagnosticada?

No me han diagnosticado incontinencia	1
Incontinencia Urinaria de esfuerzo	2
Incontinencia Urinaria de urgencia	3
Incontinencia Urinaria por rebosamiento	4
Incontinencia Urinaria mixta	5
No se	6

5.- Gestas

Si	1
No	2

6.- TIPO DE PARTO

Cantidad	1	2	3	4	5
Parto	uno	dos	tres	cuatro	ninguno
Cesárea	uno	dos	tres	cuatro	ninguno
Aborto	uno	dos	tres	cuatro	ninguno

BIBLIOGRAFIA

1. Ferri MA, Torres CAI, Avendaño CJ, Martínez BS, Puchades . Prevalencia de incontinencia urinaria en estudiantes nulíparas y nuligestas UROD A 2007; 20(2):98-107.
2. Velázquez MM, Bustos LHH, Rojas PG, Oviedo OG, Neri RES, Sánchez CC. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. Ginecol Obstet Mex 2007; 75:347-56.
3. Guía de Practica Clínica Detección, Diagnostico y Tratamiento inicial de Incontinencia Urinaria en la Mujer, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx>
4. Espuña PM, Puig CM, et al. Síntomas del tracto urinario inferior en la mujer y afectación de la calidad de vida. Resultados de la aplicación del King´s Health Questionnaire Actas Urología Españolas. 2006; 30(7):684-691
5. Ramírez LC, Ramírez LC, Arias RE. Ultrasonido en la evaluación de la incontinencia urinaria femenina no neurológica Rev Mex Urol 2011; 71(6):319-324.
6. Espuña PM, Castro DD, Carbonell C, Dilla T. Comparación entre el cuestionario "ICIQ-UI Short Form" y el "King´s Health Questionnaire" como instrumentos de evaluación de la incontinencia urinaria en mujeres. Actas Urológicas Españolas. 2007; 31 (5): 502-510.
7. Velázquez SMP, Gorbea CV, Iris CS, Ramírez MEA Guías de práctica clínica. Diagnóstico y manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Ginecol Obstet Mex 2009; 77 (10).

8. Quintana E, Fajardo V, Rodríguez-Antolín J, Aguilera U, Martínez-Gómez M. Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina. *Salud en Tabasco* 2009; 15: 839-844.
9. Sánchez BC, Rodríguez CSE, Carreño MJ, Meza RP, Zámamo SH. Diagnóstico y alternativas de tratamiento de las alteraciones sexuales en mujeres con incontinencia urinaria. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76(11):635-42.
10. Rodríguez GC, Esquivel VLF: INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER, *Revista Médica de Costa Rica y Centro America LXVII (592) 151-157, 2010.*
11. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Publicado en el Diario Oficial de la Federación Disponible en: <http://www.dof.gob.mx>
12. Oviedo G, Marcano M, Morón A, Solano L. Exceso de peso y patologías asociadas en mujeres adultas. *Nutr Hosp.* 2007; 22(3):358-62.
13. Sandoya E. Schwedt E. Moreira V, Shettini C, Bianchi M, Senra H. Obesidad en adultos prevalencia y evolución. *REV URUG CARDIOL* 2007; 22: 130-138.
14. Viveros CC, Lugo GJA, Bazán SA, López CO, Cruz TJ, Moreno RR, Maldonado ME. Experiencia en el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer en el Hospital Juárez de México. *Rev Hosp Jua Mex* 2007; 74(3):134-138.
15. Wing RR, Creasman JM, Smith WD, Richter HE, Myers D, Burgio KL, et al. Improving Urinary Incontinence in Ovrweight and Obese Women Through Modest Weight Loss. *Obstet Gynecol.* 2010 August; 116(2 Pt 1): 284–292.

16. López M, Ortiz AP, Vargas R. Prevalence of Urinary Incontinence and Its Association with Body Mass Index among Women in Puerto Rico, *Journal of women's health. Journal of Women's Health* 2009 Oct;18(10):1607-14.
17. Wyman J.F., Burgio KL, Newman DK, Practical aspects of Lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence, *Int J Clin Pract* 2009; 63(8):1177-91.
18. Subak LL, Whitcomb E, Shen H, Saxton J, Vittinghoff E, Brown JS. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. *J Urol.*2005 July; 174(1):190-5.
19. Auwad W, Steggles P, Bombieri L, Waterfield M, Wilkin T, Freeman R. Moderate weight loss in obese women with urinary incontinence: a prospective longitudinal study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; Sep; 19(9): 1251–9
20. Espuña PM, Castro DD, Carbonell C, Dilla T. A comparison of the ICIQ-UI Short Form and the King's Health Questionnaire as assessment tools for female urinary incontinence. *Actas Urol Esp.* 2007;31(5):502-510.
21. Velázquez SM, Gorbea CV, Iris DS, Ramírez MA, Diagnostico y manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C.* Abril 2010; 257:1-45.
22. Ponce LB, Matos LE, Álvarez DC. Resultados del cabestrillo pubovaginal en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer. *Rev Mex Urol* 2007; 67(1): 03- 11.
23. Salinas CJ, Díaz RA, Brenes BF, Cancelo HMJ, Cuenllas DA, Verdejo BC. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *UROD A* 2010; 23 (1): 52-66.

24. Tiesca MR, La Calidad de Vida, su importancia y como medirla. Salud Uninorte. Barranquilla Vol.21, 2005; 21:76-86.
25. González RA, Blázquez SE, Romo MM, Rioja TJ; Tratamiento rehabilitador de la incontinencia urinaria femenina, Rehabilitación (Madrid) 2003; 37(2):79-85
26. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in woman in four european countries. BJU INT 2004; 93(3):324-30.
27. Ballester A, Mínguez M, Herreros B, Hernández V, Sanchis V, Benages A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y anal silentes en mujeres de la ciudad de Teruel. Rev Esp Enferm Dig 2005 Feb; 97(2):78-86.
28. Nieto BE, Camacho PJ, Dávila AV, Ledo GMP, Moriano BP, Pérez LM, t al. Epidemiología e impacto de la incontinencia urinaria en mujeres entre 40-65 años en un Área sanitaria de Madrid. Aten Primaria 2003; 32(7):410-14.
29. Modroño F, Sánchez C, Gayoso DM, Valero P, Blanco R, Cuña R. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. Aten Primaria 2004; 34(3):134-9.
30. Martínez EJC, Lone C, Cruz AL, Gómez SM, Canovas J. Prevalencia de la incontinencia urinaria en la población femenina atendida en un área sanitaria de alicante. Clin Invest Ginecol Obstet 2006; 33:172-7.
31. Sánchez EM, Vázquez SE, López SMC, Rodríguez FC. Incontinencia urinaria en la mujer: un problema frecuente y olvidado. Med General 2006; 91:790-793.