



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 31

TESIS:

**“CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS CON INCONTINENCIA
URINARIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR UMF 31”**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CLAUDIA DIANA BOLAÑOS GARCÍA
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

NÚMERO DE REGISTRO
R-2015-3702-76

ASESORES DE TESIS:

DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA
DR. FABIÁN AVALOS PÉREZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

2016



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.

"CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS CON INCONTINENCIA URINARIA EN LA UMF 31"

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CLAUDIA DIANA BOLAÑOS GARCÍA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES:



DR. DANIEL ERNESTO NAVARRO VILLANUEVA
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 31, IMSS

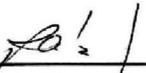


DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 31, IMSS



DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ.
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 31, IMSS.

ASESORES DE TESIS:



DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 31, IMSS



DR. FABIÁN ÁVALOS PÉREZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA SISTEMAS DE SALUD

CIUDAD DE MÉXICO

AGOSTO 2016

"CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS CON INCONTINENCIA URINARIA EN LA UMF 31"

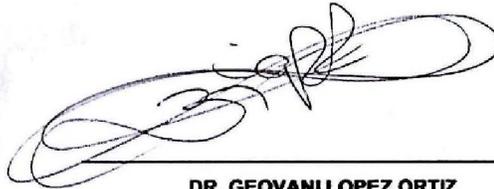
TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CLAUDIA DIANA BOLAÑOS GARCÍA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Resumen	6
Introducción	8
Marco teórico	9
Justificación	19
Planteamiento del problema	20
Objetivos	21
Hipótesis	21
Material y Metodología	22
Resultados	31
Discusión	34
Recomendaciones o sugerencias	35
Referencias bibliográficas	37
Anexos	40

RESUMEN

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS CON INCONTINENCIA URINARIA EN LA UMF N.31

Bolaños García Claudia Diana¹, Leticia Ramírez Bautista², Dr. Fabían ÁvalosPérez³

Residente de Médico Familiar del Primer año¹, Enc. De la Coord Clínica de Educación e Investigación en Salud UMF 31², Profesor Titular del curso de la especialidad de medicina familiar en el IMSS, adscrito al HP/UMF10³

Antecedentes: La Incontinencia urinaria, uno de los síndromes geriátricos que afectan la calidad de vida de los individuos, ha sido estudiado principalmente en Europa. México aún no cuenta con estudios significativos que reporten la relación de la incontinencia urinaria y sus repercusiones en las esferas clínica, social, económica, psicológica y familiar.

Pregunta: 1. ¿Cuál es la proporción de mujeres mayores de 60 años que presentarán algún tipo de incontinencia urinaria en la UMF N.31?; 2 ¿Cuál es la calidad de vida en mujeres mayores de 60 años con incontinencia urinaria de la UMF N.31?

Hipótesis:1. Aproximadamente el 30% de la población de mujeres mayores de 60 años de la UMF N.31 presentará algún tipo de incontinencia urinaria; 2. La calidad de vida de mujeres mayores de 60 años de la UMF N.31 estará afectará por la presencia de incontinencia urinaria.

Objetivo: 1. Conocer la frecuencia de incontinencia urinaria en mujeres mayores de 60 años de la UMF N.31; 2. Describir y medir la calidad de vida de mujeres mayores de 60 años en la UMF N.31 con incontinencia urinaria.

Metodología: Diseño: Estudio transversal analítico. Sujetos:mujeres mayores de 60 años. Lugar: consulta externa, UMF N.31. Procedimientos: 1. aplicación del IIQ—7 que nos evalúan el tipo de incontinencia urinaria y el Test de Sandvick que determina la gravedad y su afección en la calidad de vida.

Análisis de resultados: U-Mann Whitney para la comparación de puntuaciones entre mujeres con y sin incontinencia urinaria; coeficiente de correlación de Spearman, para la relación de variables y razón de momios para buscar asociaciones vinculadas a riesgo.

Uso de resultados: Se obtendrá la magnitud real de la incontinencia urinaria en la población de estudio y su repercusión en la calidad de vida.

Palabras claves: Mujeres mayores de 60 años, **Incontinencia Urinaria, Test IIQ-7, test Sandvick, Calidad de Vida.**

1. Datos del alumno	1. Datos del alumno
Autor	
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Telefono Universidad Facultad o Escuela Carrera No de cuenta	Bolaños García Claudia Diana 5547666808 TominagaNakamoto Escuela de Medicina TominagaNakamoto 514211431
2. Datos del asesor	
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre	Ramírez Bautista Leticia Ávalos Pérez Fabián
3. Datos de la Tesis	
Título No. Páginas Año Numero de registro	Calidad de vida en mujeres mayores de 60 años con incontinencia urinaria en la unidad de medicina familiar UMF31 42 2015 R-2015-3702-76

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

Uno de los problemas de salud pública en nuestro país es la incontinencia urinaria, la cual predomina en pacientes geriátricos, esta enfermedad es considerada un problema médico social y un síndrome geriátrico en el adulto mayor. Potencialmente tratable y debido a la cual marca la calidad de vida en aspectos funcionales, sociales y familiares incidiendo en el deterioro o detrimento en la calidad de vida de los pacientes mayores de 60 años portadores de esta patología, caracterizado por una baja en la autoestima, limita su autonomía, causando aislamiento social, diagnóstico tardío con datos clínicos recurrentes de infecciones de vías urinarias y por lo tanto antibiótico terapia recurrente, generando multiresistencia farmacéutica. Se entiende como incontinencia urinaria a la pérdida involuntaria de orina, condicionando un problema higiénico social que los pacientes manifiestan y que prevalece en los pacientes adultos mayores o geriátricos.

Esta patología tiene un estimado de afectación o prevalencia de aproximadamente 8 millones de pacientes, este cálculo proveniente de la consideración de que un 30 a un 50% de pacientes mayores de 60 años padecen de incontinencia y en mayores de 90 años, ocupa un 70%; así mismo de este estimado se establece una relación de 4 a 1 predominante en el género femenino.² En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS), presentó un informe en que más de 200 millones de personas en todo el mundo presentan diagnóstico de incontinencia urinaria, en su mayoría se puede brindar manejo preventivo y es tratable, se considera la segundo causa de internamiento en casa,

afectando un 30% a los mayores de 80 años y en un 50% a los mayores de 60 años. En el caso de México, el INEGI en el 2015 menciona una población total de 125.235.000 de habitantes en la república mexicana, destacando que el envejecimiento de su población se ha hecho evidente a partir de la última década del siglo pasado, al mostrar una inercia que cada vez se hace más notoria, lo anterior se puede apreciar luego de que de 1990 a 2012 la proporción de niños y jóvenes en la población se redujo, mientras que la participación relativa de adultos mayores pasó de 6.2 por ciento a 9.3 por ciento, y se espera que a 2050 llegue a 21.5 por ciento.^{1,2,3}

Con el avance de la edad en la población, hay más probabilidad de presentar incontinencia urinaria siendo la prevalencia del 41% en mujeres mayores de 60 años. La incontinencia puede afectar desde un 10% a un 70% de las mujeres, la prevalencia aumenta conforme alcanza la mujer a la edad adulta, con un pico ancho alrededor de la edad media, incrementando de manera constante conforme avanza su edad. La condición de incontinencia urinaria más común es la de esfuerzo, la cual representa entre un 29 al 75% de los casos reportados, la hiperactividad del detrusor representa de un 7 a un 33%, el resto son por causas mixtas. La incontinencia urinaria se ha encontrado relacionada en un 89% de los casos de pacientes con prolapso de órganos pélvicos, teniendo en cuenta que la gran mayoría de las pacientes con algún grado de prolapso de órganos pélvicos, tiene el doble de riesgo de sufrir algún subtipo de incontinencia urinaria. Sin embargo, es importante saber que esta condición puede estar enmascarada con la debilidad de los soportes de la uretra o por hipermotilidad uretral. Los estudios epidemiológicos reportados en España, muestra una prevalencia

entre el 15 al 36% reportada en las unidades de atención primaria, mientras que en un 50% se encuentran aquellos ancianos que viven en asilos. A mayor deterioro funcional. Mayor presencia de incontinencia urinaria, es por ello que, si se mejora la capacidad funcional, se tendría un beneficio adicional. Se considera un problema médico social y un síndrome geriátrico potencialmente tratable, considerando que las secuelas influyen en el deterioro funcional, en la alteración de la calidad de vida, favorecen la fragilidad del paciente y el internamiento frecuente en instituciones de salud, llegando incluso a la muerte. La prevalencia se estima en un 15 al 65% de la población adulta mayor y se ha calculado que entre un 30 a un 50% de las mujeres que presentan esta patología, son mayores de 65 años. En México para el año 2007 se consideraron 8 millones de personas con incontinencia urinaria entre hombres y mujeres, dentro de los cuales el 75% eran mujeres de la séptima década de la vida.^{4, 5, 6, 7.}

Es relevante citar los factores condicionantes que influyen en la presentación y el tipo de incontinencia que presentan las mujeres, dentro de los cuales están la edad, paridad, obesidad, estreñimiento, deficiencia de colágeno, prolapso genital, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades neurológicas, inmovilidad, uretra pequeña, debilidad del esfínter uretral externo, fístulas, congénitas, psicológicas, ambientales, fármacos y metabólicos.

La incontinencia urinaria se clasifica en cinco grupos dentro de los cuales la incontinencia de esfuerzo es la que se considera que altera sensiblemente la calidad de vida en las mujeres que la padecen, siendo así el escape de orina involuntario, el generado durante un esfuerzo físico como toser, estornudar o hacer movimientos bruscos e incluso reírse. Se convierte en un signo cuando demostramos objetivamente

su presencia mediante la exploración física ya sea con el acto de toser o con las maniobras de Valsalva. La condición urodinámica se demuestra ante el escape involuntario ante el aumento de la presión abdominal, toser, maniobras de Valsalva, ausencia de contracción del detrusor durante la cistometría de llenado. La incontinencia urinaria de urgencias es el escape involuntario precedido por acto inminente de orinar, en la cistometría de llenado se objetiva la presencia de contracciones involuntarias o no inhibidas del detrusor. En la incontinencia urinaria mixta, coexisten tanto escape involuntario por la presencia de contracciones involuntarias del detrusor, lo cual puede demostrarse en el mismo estudio urodinámico. ^{8, 9, 10} La incontinencia urinaria se clasifica en 5 grupos: el primer grupo describe a una vejiga hiperactiva, condición patológica que coexiste con la alteración de la contractilidad de la vejiga presente frecuentemente en pacientes portadores de diabetes mellitus y se caracteriza por la retención urinaria e incontinencia. El segundo grupo son quienes presentan hiperactividad del detrusor, predominante en mayores de 65 años y quienes presentan contracciones involuntarias del detrusor que ocasionan la salida de orina que va desde una pequeña a una gran cantidad. Se tiene estudiado que esta condición es secundaria a la alteración del mecanismo mediado por acetilcolina y receptores muscarínicos, ATP y acción paracrina; en un 40 a 70% se considera a este grupo como el causal más frecuente de incontinencia urinaria en el adulto mayor. En el tercer grupo, el 25% de las mujeres se ha estudiado presentan incontinencia de esfuerzo o estrés, la cual se condiciona por una alteración anatómica o estructural del piso pélvico entre el ángulo del cuello de la vejiga y la uretra. Al fallar la coaptación de las paredes uretrales, hay una salida involuntaria de orina posterior a un aumento de la presión intraabdominal como cuando se ríe, tose, cambia uno de posición, corre o camina; generalmente

asociándose a la multiparidad, cirugías pélvicas previas, obesidad, tabaquismo, enfermedad pulmonar, antecedentes de histerectomía o menopausia. Se considera el tercer grupo al derrame intermitente de orina al aumentar la presión intravesical supera a la uretral en ausencia de actividad del detrusor, presentando un residuo posmiccional patológico, siendo por lo general secundario a obstrucción al tracto de salida o pobre contracción del detrusor. El cuarto grupo se le considera a la incontinencia funcional donde el goteo de orina es constante y por lo general es secundario a una alteración físico o cognitiva que interfiere en las actividades diarias como por ejemplo en la demencia, estados depresivos, enfermedad vascular cerebral, enfermedad de parkinson o delirium, uso de narcóticos, sedantes o neurolépticos. El quinto grupo corresponde a la incontinencia urinaria mixta en la cual tanto los componentes de urgencia y de estrés se presentan.

Las guías de manejo de la Sociedad Americana de Urología en el 2007 proponen se realice una evaluación estándar que incluya historia clínica y exploración física dirigida para la obtención precisa de la información que nos determine si el escape de orina es durante el esfuerzo, es de urgencia, es de tipo mixto, es transitorio o ha tenido una manifestación permanente; ante lo cual es necesario realizar la medición del volumen residual, un urocultivo, prueba de el pañal, estudios urodinámicos, cistoscopia y estudios de imagen; por lo que ante dichos estudios se ha realizado una correlación clínico-urodinámica mediante el cuestionario ICIQ UISF, donde se consideraron los valores del punto de presión de fuga abdominal, al rebasar los 60 cm/H₂O corresponde a la hipomotilidad de la uretra y por debajo de esa cifra se considera una deficiencia del cierre uretral. Es necesario considerar el diagnóstico temprano de esta condición para

que se realice el protocolo personalizado de las pacientes, si no tenemos la clasificación de la incontinencia que presentan ni la severidad, no podremos guiar hacia las herramientas confirmatorias para el mismo. ^{10, 11, 12.}

Calidad de vida e Incontinencia Urinaria.

El concepto de calidad de vida tiene relación con la salud del individuo, estableciendo así que se ve relacionada con el bienestar social, depende de las necesidades humanas, modos u estilos de vida y trabajo, estado de salud, servicios sociales y condiciones ecológicas, siendo estos los elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población. De esta manera y ante la significancia del concepto de la calidad de vida, tenemos que la incontinencia urinaria guarda estrecha relación con los parámetros que sus portadores encuentran afectados y deterioran su vida personal y la interrelación con quienes los rodean.¹³

La calidad de vida se vincula con factores económicos y sociales, existiendo evidencia de la participación en distintas ciencias como las sociales, naturales, de salud y de comportamiento humano, por lo que, para definirla, se conjuntaron dichas disciplinas, concluyendo que se asocia con el nivel de bienestar o estilo de vida con respecto a nuestra salud y felicidad. Para algunos autores como Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002), hacen alusión al concepto de calidad de vida como un estado de bienestar que se ve influenciado por diversos factores como el empleo, la contaminación del ambiente, etcétera. Gusti (1991) define al estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer sus necesidades individuales y colectivas de manera apropiada. La organización mundial de la salud

considera a los siguientes como principales componentes para la calidad de vida: educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos. La valoración en cada individuo hacia su propia condición, conforme Whitney y Andrew desde 1974, es un elemento más y a la par de las condiciones reales y objetivas de este. El concepto de calidad de vida ha cambiado desde hace tres siglos, siendo previamente el concepto sociológico hasta el día de hoy, que se considera, psicosocial. Yasuko et al (2005) considera como indicadores de bienestar subjetivo a la satisfacción y felicidad, teniendo una interrelación, el afecto positivo, el negativo y la sensación positiva ante la vida con ello. Y refiere que, para estudiar la calidad de vida, se deben medir tanto las apreciaciones subjetivas como sus condiciones objetivas. Una de las propuestas más relevantes con respecto al concepto de calidad de vida, es la realizada por Katsching (2000), quien considera que están involucrados el bienestar psicológico, la funcionalidad social y emocional, el estado de salud, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida. Sin embargo, aún falta integrar estos indicadores a la parte valorable tanto subjetiva como objetiva en el individuo.

La propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual se vive la relación de este con sus metas, expectativas, estándares e interés. Se considera una condición en la cual las pérdidas involuntarias de orina representan un problema social e higiénico y son objetivamente demostrables. Es por ello la importancia de este trabajo, el establecer como se ve afectada la calidad de vida en la vejez, teniendo mayor atención a las necesidades de los pacientes en el ámbito biopsicosocial.^{14,15}

La calidad de vida se ha estudiado ampliamente en los pacientes con Incontinencia Urinaria, demostrándose que es uno de los síndromes geriátricos que más afectan el estado de bienestar de los individuos y que además tiene una repercusión social, en el año 2014, J.M Cortés estudio esta relación en 200 pacientes adultos mayores con Incontinencia Urinaria en España, usando como instrumento para medir calidad de vida el ICIQ-SF. Encontrando en sus resultados que la incontinencia urinaria se presentó en el grupo de los hombres (n=58) en 9 pacientes (15.51%), manifestándose la incontinencia de esfuerzo en todos ellos. La calidad de vida se vio afectada de forma “escasa” en 8 de ellos (89%) y “media” en uno (11%). La edad media de los hombres fue 69.43 ± 7.40 años. En el grupo de las mujeres (n=145) presentaron incontinencia 87 pacientes (60%), siendo la incontinencia de esfuerzo en 39 (44.8%), de urgencia en 17 (19.54%) y mixta en 18 (20.68%) mujeres. La calidad de vida se vio afectada de forma “escasa” en 48 de ellas (55.17%), “media” en 28 (32,18%) e “importante” en 9 (10.34%). La edad media de las mujeres fue 66.37 ± 11.07 años. En el año 2014, Mauricio Vázquez y colaboradores realizaron un estudio de prevalencia de IU en mujeres mexicanas, adultos mayores y calidad de vida, utilizando el instrumento para IU y calidad de vida ICIQ-IU-SF. Encontrando que la prevalencia de incontinencia urinaria fue del 46.5%. Las mujeres con incontinencia urinaria tuvieron mayor índice de masa corporal que las mujeres continentales, además de mayor sobrepeso y obesidad tipos I, II, y III. En las mujeres con incontinencia urinaria se registraron mayor número de embarazos y partos. Las mujeres con incontinencia urinaria mostraron un índice de calidad de vida de 77.2 ± 21.7 ; limitación de la actividad o conducta de 75.1 ± 21.2 ; preocupación social de 69.5 ± 27.3 e impacto psicosocial de 83.4 ± 21.8 . Las pacientes con incontinencia urinaria reportaron menor índice de calidad de vida relacionado con el

estado de salud, en comparación con las mujeres continentes [80 (70 a 90) vs 90 (80 a 95)]. Este grupo de Investigadores concluyo que la evaluación psicosocial y emocional, por medio de cuestionarios estructurados, demuestra menor calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. La incontinencia urinaria, de acuerdo a la guía de práctica clínica, sugiere que la valoración no solo quede en la clasificación de la misma, sino que se involucre algunos cuestionarios de calidad de vida para integrar la atención primaria del paciente en las unidades de medicina familiar.^{4, 16, 17}

El cuestionario de International Consultation on Incontinence Short form (ICIQ-IU-SF), es el primero en integrar de manera breve los datos para la detección de la incontinencia urinaria, la categorización de la misma a modo de destacar los síntomas y el grado de gravedad que impacta en la calidad de vida en el adulto mayor. Permite no solo detectar la presencia de esta patología, sino categorizar a los pacientes de acuerdo con la gravedad de los síntomas y el grado de preocupación que éstos le generan. En promedio la aplicación de este cuestionario abarca 3.5 más/menos 1.5 minutos. La sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos positivo y negativo respecto al diagnóstico por urodinamia fue de 88%; 41%; 85% y 46% respectivamente. Así mismo ha sido aplicado en población de habla hispana, motivo por el cual en el presente estudio se considera como un instrumento que reúne las características necesarias y concretas para determinar la afección en la calidad de vida con respecto al tipo de incontinencia urinaria. Es sabido que la incontinencia urinaria es uno de los problemas médicos poco detectables y generalmente los pacientes a quienes se les hace el hallazgo no se les categorizan y no se les brinda apoyo para conocer las opciones a la terapéutica y cuidados de su estilo de vida conforme a la edad, nivel

sociocultural, redes de apoyo. En el año 2004, se validó en español el instrumento específico para medir incontinencia Urinaria en adultos mayores y su impacto en la calidad de vida., dicho instrumento llamado ICIQ-SF. Reporto las siguientes características El tiempo medio (desviación estándar) de administración del cuestionario fue de 3,5 (1,5) min. Ninguna paciente dejó algún ítem sin contestar. De acuerdo con el diagnóstico clínico, las pacientes con IU puntuaron 11,6 (5,9) y las pacientes sin IU, 4,5 (6,3) ($p < 0,001$). De acuerdo con el diagnóstico urodinámico, puntuaron 11,1 (6,3) frente a 6,2 (6,5) ($p < 0,001$). En las pacientes con diagnóstico urodinámico de IU de esfuerzo, la mayor gravedad se asoció a mayor puntuación del ICIQ: gravedad baja, 10,47 (5,61), frente a intermedia, 12,4 (5,72), frente a alta, 13,61 (5,42). El alfa de Cronbach fue de 0,89. La sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos positivo y negativo respecto al diagnóstico clínico fueron del 92,1, el 55,6, el 88,3 y el 65,9%, respectivamente, y respecto a la urodinámica, del 87,7, el 40,8, el 85,1 y el 46,2%, respectivamente. Sin embargo, en el año 2011, se validó en España el instrumento IIQ-7 que mide el impacto de la IU en la calidad de vida de las mujeres. Este estudio representa con mayor fidelidad el impacto en las siguientes áreas, actividad física, viajes, actividades sociales y relaciones y finalmente salud emocional, pudiendo ser aplicable a la población de habla hispana, con las siguientes características. El coeficiente alfa de Cronbach del UDI-6 fue 0,667 y el del IIQ-7 de 0,910. La fiabilidad para el diagnóstico de incontinencia urinaria presentó valores en el índice Kappa entre 0,856 y 0,966, y la fiabilidad de las puntuaciones IIQ-7 mostró valores en el coeficiente de correlación intraclase de 0,902 y 0,954, respectivamente. Los valores medios del IIQ-7 fueron más altos en las mujeres con incontinencia mixta, más bajos en la incontinencia de esfuerzo y aumentaron con las pérdidas diarias ($p < 0,01$). La

correlación entre los cuestionarios UDI-6 e ICIQ-SF (coeficiente de correlación intraclass [CCI] = 0,497; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0,326- 0,625) y entre los cuestionarios IIQ-7 e ICIQ-SF (CCI = 0,472; IC95%: 0,268- 0,619) resultó mediocre. La sensibilidad y la especificidad del IIQ-7 para el diagnóstico de incontinencia urinaria fueron del 98,9% y el 86,7%, respectivamente. Otro instrumento que nos permite evaluar la gravedad de la sintomatología es el Test de Sandvik, concreto, fácil de manejar y se utilizó en el presente trabajo con el fin de tener una referencia y determinar la cantidad de pérdidas urinarias, así como la frecuencia de los escapes y sobre todo el impacto en la calidad de vida de los pacientes.^{7, 18, 19, 21}

El tratamiento conservador que actualmente se considera esencial en el abordaje de la incontinencia urinaria integra el consumo moderado de líquidos, consumo mínimo o nulo de cafeína y alcohol y ejercicios de la musculatura pélvica, con el propósito de fortalecer la resistencia uretral ante el aumento de presión intraabdominal, preservando el vaciamiento vesical, tiene otro objetivo, el incrementar el autoestima del paciente mejorando su calidad de vida e incluso contribuyen en sentido positivo a mejorar la actividad sexual de las pacientes. Se consideran los ejercicios de potenciación de los músculos pubovaginales, puborectales y pubocoxigeos como los más utilizados para potenciar la musculatura del piso pélvico, lo que lleva que la mujer tome conciencia de su musculatura y aprenda a controlar y contraer dicha musculatura de manera voluntaria.^{20, 21}

La incontinencia urinaria es una de las enfermedades poco diagnosticadas en el primer nivel de atención médica, la evidencia científica demuestra que, aunque es alta su prevalencia, se subdiagnostica y más aún no se establece un diagnóstico oportuno. Otro punto que altera la historia natural de la incontinencia urinaria es el uso de tratamientos generados ante la recurrencia de cuadros infecciosos urinarios, que en su mayoría son empleados en el área de consulta externa y en urgencias, tratamientos que no suelen llevarse a término por parte del paciente, ante la persistencia y escasa mejoría de sus síntomas, provocando así resistencia antimicrobiana en su mayoría, tratamientos innecesarios, falta de apego a tratamientos por parte del paciente, desuso de servicio de salud ante la creencia de que su diagnóstico y manejo no es el preciso.

El uso del cuestionario IIQ-7, un instrumento útil que se emplea en los adultos mayores hispanos, para la identificación de los síntomas característicos de incontinencia urinaria y su impacto en la calidad de vida. Ante la similitud del idioma, se percibe con gran practicidad la aplicación de este cuestionario a la población de habla hispana, siendo una herramienta útil para identificar la sintomatología que haga alusión a la presencia de incontinencia urinaria referida por el paciente durante la consulta, brindando así un diagnóstico preciso y precoz, además de proporcionar la consejería para la terapéutica que se requieran.

La incontinencia urinaria es una situación clínica poco externada por las pacientes mayores de 60 años, cuya clínica es confundida y asociada a infección de vías urinarias recurrentes, siendo un factor predisponente la polifarmacia y la resistencia a los antibióticos por los múltiples tratamientos, sin la resolución del problema de base. Es importante destacar que, para el médico familiar, Establecer el diagnóstico oportuno, así como la repercusión del padecimiento en calidad de vida es importante para establecer las metas terapéuticas y valorar el impacto de la intervención médica en la atención del paciente.

Por tal motivo el grupo de investigadores se plantea las siguientes preguntas de investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuál es la proporción de mujeres mayores de 60 años que presentaran algún tipo de incontinencia urinaria en la UMF N.31?
2. ¿Cuál es la calidad de vida en mujeres mayores de 60 años con incontinencia urinaria de la UMF N.31?

OBJETIVO GENERAL

1. Conocer la frecuencia de incontinencia urinaria en mujeres mayores de 60 años de la UMF N.31.
2. Describir y medir la calidad de vida de mujeres mayores de 60 años en la UMF N.31 con incontinencia urinaria.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar los factores asociados al deterioro de su calidad de vida ante la presencia de incontinencia urinaria.
2. Determinar el tipo de incontinencia urinaria que con mayor frecuencia se presenta.

HIPÓTESIS

1. Aproximadamente el 30% de mujeres mayores de 60 años de la UMF N.31, presentará algún tipo de incontinencia urinaria.
2. La calidad de vida en mujeres mayores de 60 años de la UMF N.31 estará afectada por la presencia de incontinencia urinaria.

Diseño de estudio: Transversal analítico.

Lugar y periodo de estudio:

Consulta externa de la UMF 31, IMSS DF Sur., 3 meses

Universo de trabajo:

Población adscrita a la UMF N.31, mayores de 60 años.

Población de estudio:

Todas las mujeres adscritas de la UMF N.31, mayores de 60 años.

Criterios de Inclusión:

Mujeres adscritas de la Consulta externa de la UMF 31. Mayores de 60 años que acepten participar en el estudio por medio de un proceso de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Pacientes que presenten demencia senil, Enfermedad de Alzheimer, Secuelas Enfermedad Vascul ar Cerebral, Secuelas de Traumatismo craneoencefálico, Delirium, Uso de Narcóticos, Uso de neurolépticos, Secuelas de Lesión Medular, Antecedente y Secuelas de Traumatismo de columna Lumbosacra, Estados depresivos, Enfermedades Psiquiátrica, Uso de Sonda vesical.

Criterios de eliminación:

Pacientes que decidan no realizar el estudio o deseen retirarse del estudio en cualquier momento.

MUESTREO:

Se realizará un muestreo por casos consecutivos. No aleatorio.

Tamaño de muestra:

Se realizó cálculo de tamaño de muestra con formula cuyo estudio es el cálculo de proporciones. Para estudios trasversales descriptivos²²:

Formula:

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

En donde:

N = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q = 1 – p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio).

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Zα = Distancia de la media del valor de significación propuesto.

Sustituyendo:

$$N = \frac{(1.96)^2 (.30) (.70)}{.07^2} = \frac{798}{.0049} = 162$$

$$.07^2 = .0049$$

El total de muestra para el presente estudio es de **162** pacientes.

Intervalo de confianza: 162 x .20: 32.4 = 195

Calidad de vida

Definición conceptual: Percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses. Es el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida

Definición operacional: Se aplicará el instrumento validado IIQ-7 para valoración de calidad de vida en la IU.

Indicador: cualitativa nominal. 0= No afecta su vida diaria; 1= Afecta vida diaria

Incontinencia urinaria

Definición conceptual: Cualquier pérdida involuntaria de orina ocurrida en al menos seis ocasiones durante el año o cualquier historia evidente de goteo inducido por estrés, urgencia.

Definición operacional: Se aplicará el instrumento validado IIQ-7 para valoración de calidad de vida en la IU.

Indicador: cualitativa nominal. 0= sin incontinencia, 1= con incontinencia.

Variables demográficas:

Edad

Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació hasta el momento actual

Definición operacional: Se medirá en años según lo que refieran los pacientes al

momento del estudio

Indicador: cuantitativa nominal. 1= 60 a 70 años, 2= 70 a 80 años. 3= 80 y más años.

Sexo

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra, lo define en masculino de lo femenino

Definición operacional: Se empleará la denominación de masculino y femenino

Indicador: cuantitativa nominal. 0= hombres, 1= mujeres

Comorbilidad:

Definición conceptual: Trastorno que acompaña a una enfermedad primaria. Implica la coexistencia de dos o más patologías médicas no relacionadas.

Definición operacional: Todo padecimiento reportado por el paciente con un diagnóstico médico que per se puede acompañarse de sintomatología urinaria irritativa, de urgencia, etcétera y ante la recolección de muestra, nos arrojará resultados erróneos y estos a su vez, predispondrá a una clasificación inadecuada de incontinencia urinaria.

Indicador: cualitativa nominal 1= Infección vía urinarias, 2= deterioro cognitivo, 3= hipertensión arterial, 4= Diabetes mellitus, 5= Insuficiencia Cardíaca Congestiva Venosa. 7= Cistocele.

Medicamentos:

Definición conceptual: es uno o más fármacos, presentado para expendio y uso industrial o clínico, y destinado para su utilización en las personas o en los animales, dotado de propiedades que permitan el mejor efecto farmacológico de sus

componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar el estado de salud de las personas enfermas, o para modificar estados fisiológicos.

Definición operacional: Reporte de uso de alguno de los siguientes medicamentos por el paciente, que pueden presentar aumento de la uresis, aumento de las presiones intravesical, relajación de esfínteres, entre otros, favoreciendo a falsos positivos en la recolección de muestras.

Indicador: Variable cualitativa nominal. Indicador: 1= Diuréticos. 2= IECA, 3 = alcohol, 4=, calcioantagonistas, 5= agonistas alfa adrenergicos 6= benzodiacepinas.

Alteración de la estática pélvica:

Definición conceptual: Es el debilitamiento de las estructuras que apoyan la pelvis femenina, causantes de grados y combinaciones variables de prolapso de la uretra (uretrocele); vejiga, (cistocele); recto (rectocele); Útero (deceso o prolapso uterino); y hernia de la pared posterior de la vagina (enterocele).

Definición operacional: Pacientes con lesión o alteración en la estática pélvica secundaria a cirugías previas o partos.

Indicador: variable cualitativa nominal indicador: 0= no, 1= sí.

Intensidad de la Incontinencia Urinaria:

Definición operacional: Pérdida de orina valorada con la aplicación del test validado de Sandvik.

Definición conceptual: Intensidad de la perdida de orina de los pacientes.

Indicador: cualitativo ordinal: 0= leve, 1= moderado, 2= grave, 3= muy grave.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

El estudio se realizó en la UMF 31, DF Sur, en ambos turnos con la población de mujeres adultos mayores de 60 años, quienes se localizaron en la sala de espera y en la consulta externa de medicina familiar, se realizó capacitación a médicos residentes de segundo año para realización del cuestionario, identificando a la población de estudio que cumple con los criterios de inclusión. Se realizó un proceso de consentimiento informado posterior al cual, los pacientes aceptaron participar en el estudio y se les aplicó un cuestionario estructurado de 10 minutos, a partir de la cual se determinó si presentan Incontinencia Urinaria y su intensidad, mediante los cuestionarios IIC-7 y Test de Sandvick, validados en población de habla hispana, las pacientes que presentaron el diagnóstico fueron informadas y enviadas con su médico familiar para su manejo médico. Se dio consejería acerca de que es la incontinencia urinaria y orientación acerca de la realización de los ejercicios de Keguel. Al término de la jornada se realizó el vaciamiento de los datos en la base previamente diseñada para el estudio. No se realizarán toma de muestra ni estudios invasivos en los pacientes. No se consultará sus expedientes médicos.

Se utilizó estadística descriptiva para variables cualitativas con porcentajes, tablas y gráficas; para las cuantitativas, se usarán medidas de tendencia central y su correspondiente de dispersión, de acuerdo a la distribución de los datos.

El análisis inferencial incluye, la medición de la relación mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Para las variables que se consideren relacionadas y relevantes, se obtendrán medidas de riesgo a través de la razón de momios.

Se considera este estudio de acuerdo al reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 en base al segundo título, artículo 17 como investigación sin riesgo ya que solo se realizará revisión de expedientes clínicos y no se consideran problemas de temas sensibles para los pacientes y se cuidará el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación, y capítulo 1. Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en los artículos 98 en la cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplen con las bases del artículo 100, en materia de seguridad.²³ Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (Comprobado el 05 de diciembre del 2008), apartado 25.²⁴ El investigador se apegará la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese relevar la identidad de la persona, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respeto por la dignidad de cada participante, así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se consideran también su enmiendas año 2002 sobre no utilización de placebos, Y se consideran los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para poblaciones CIOMS.

RESULTADOS.

El presente estudio se realizó en una muestra de 195 pacientes adscritos a la UMF 31. En donde se encontraron las siguientes características sociodemográficas de la población de estudio: La media de edad es de 72.02 años, con una desviación estándar (DE) de 7.97, el grado escolar que más predominó fue de secundaria con el 31.47% y el estado civil casado con el 42.35%. Tabla 1.

Tabla 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN:

	N= 195	Media	Desviación Estándar	Rango
Edad		72.02	7.97	60-102
		Frecuencia	Proporción.	
Escolaridad	Primaria	40	20.30%	
	Secundaria	62	31.47%	
	Preparatoria	57	28.93%	
	licenciatura	18	9.14%	
	posgrado	20	10.15%	
		Frecuencia	Proporción.	
Estado civil	Soltero	17	8.67%	
	Casado	83	42.35%	
	Divorciado	17	8.67%	
	Viudo	44	22.45%	
	Unión libre	35	17.86%	

En cuanto a las características clínicas de la población, encontramos que la media de peso es de 66.26 kg, con una DE de 13.12 con talla de 1.48 en media y un IMC de 29,97 m² por lo que en general la población se encontraría en sobrepeso. En cuanto estado nutricional encontramos que el 76.66% de la población se encuentra en sobrepeso u obesidad. Tabla 2

Tabla 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA POBLACIÓN:

	N= 197	Media	Desviación estándar	Rango
Peso		66.26kg	13.12 kg	33-115 kg
Talla		1.48 CMS	.057	1.3-1.64
IMC		29.97 M²	5.59	17.8-45.4
		Frecuencia	Proporción.	
Estado Nutricional		Desnutrición.	1	0.51%
		Normal	2	1.02%
		Sobrepeso	67	34.01%
		Obesidad GI	56	28.43%
		Obesidad GII	14	7.11%
		Obesidad GIII	14	7.11%

Las comorbilidades que presenta la población son las siguientes: Hipertensión arterial 8.12% DMT2 63.96%, IVU, 16.24%, EVC 6.09%, IAM .51%, Cistocele 5.08% Tabla 3.

Tabla 3. COMORBILIDADES.

	N= 196	FRECUENCIA	PROPORCIÓN
Hipertensión Arterial		16	8.12%
DMT2		126	63.96%
IVU		32	16.24%
IAM		1	0.51%
Cistocele		10	5.08%

La población de estudio refiere consumo de medicamentos asociados a la IU. El 25.30% de los pacientes refiere ingesta de diuréticos, llama la atención que solo el 0.51% refirió ingesta de alcohol, mientras que el 100% refirió ingesta de benzodiazepinas indicadas por su médico. Solo el 9.69% refirió encontrarse en tratamiento para IVU. Tabla 4.

Tabla 4. INGESTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS A INCONTINENCIA URINARIA EN ADULTOS MAYORES.

N=195	FRECUENCIA	PROPORCIÓN
Diuréticos	49	25.30%
Alfaagonistas	2	1.20%
Alcohol	1	.51%
Calcio antegonistas	2	1.20%
Antidepresivos	2	1.20%
Benzodiazepinas	195	100%
Tratamiento para IVU	19	9.69%

El 81.22% % de los pacientes refirió pérdida urinaria en más de una ocasión en el último mes, o más de 3 ocasiones en el último año. Solo el 35.53%% de los pacientes refirieron que el médico lo había interrogado de manera específica sobre la IU, Tabla 5.

Tabla 5. EN CUANTO A DETECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA ENCONTRAMOS.

N = 195	FRECUENCIA	PROPORCIÓN
El paciente reporta pérdida urinaria	160	81.22%
El médico le ha interrogado sobre IU.	70	35.53%

Los tipos de IU que se presentan en nuestra población son: IU de esfuerzo 81.22%, IU de urgencia el 31.98%, IU funcional el 37.56%% e IU por rebosamiento es el 14.21%.

Tabla 6.

Tabla 6. TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA.

N = 195	FRECUENCIA	PROPORCIÓN
IU ESFUERZO	160	81.22%
IU URGENCIA	63	31.98%
FUNCIONAL	74	37.56%
REBOSAMIENTO	28	14.21%

De acuerdo al test de Sandvik, para intensidad de IU, encontramos que el 85.62% refiere pérdida moderada de orina. Tabla 7.

Tabla 7. INTENSIDAD DE LA INCONTINENCIA URINARIA SEGÚN TEST DE SANDVIK.

N=160	Frecuencia	Proporción
Leve	20	12.5%
Moderada	137	85.62%
Grave	3	1.87%

Solo el 2.03% de los pacientes con IU reciben tratamiento específico para este padecimiento, siendo solo en 2 pacientes (50%) tolterodina e imipramina en la misma proporción. Tabla 8.

Tabla 8. TRATAMIENTO PARA INCONTINENCIA URINARIA.

N=4	FRECUENCIA	PROPORCIÓN
Reciben tratamiento	4	2.03
Tolteridona	2	50%
Oxibutidina	0	0
Imipramina	2	50%

El 55% de los pacientes refiere deterioro de su calidad de vida por la Incontinencia Urinaria. Tabla 9.

TABLA 9: CALIDAD DE VIDA AFECTADA POR INCONTIENCIA URINARIA.

N=160	FRECUENCIA	PROPORCIÓN
Con afectación en calidad de vida	88	55%

Las áreas de deterioro de calidad de vida atribuible a la Incontinencia urinaria son Actividad en viajes con un 56.87%, Actividades Sociales con un 55.98% y Salud emocional con un 56.25%. Tabla 10

TABLA 10: CALIDAD DE VIDA AFECTADA POR INCONTINENCIA URINARIA.

N=160	FRECUENCIA	PROPORCIÓN
Afecta CV en viajes	91	56.87%
Afecta CV en Actividades sociales	89	55.98%
Afecta CV salud emocional	90	56.25%

En el presente estudio, encontramos que la población observada tiene en promedio más de 70 años, por lo cual, siendo mujeres de la tercera edad, la prevalencia de la IU es mayor al de otros grupos poblacionales por los mismos aspectos fisiológicos del envejecimiento.²⁴Nuestra población de estudio presenta un estado nutricional de sobrepeso y obesidad con la misma proporción que lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud 2012.²⁵Esta condición de salud también está relacionada con la intensidad de la IU,²⁶por lo que la obesidad puede considerarse también una necesidad de salud para la atención de la Incontinencia Urinaria en nuestra población.

La prevalencia de Diabetes mellitus tipo 2, es de más del 60% en la población. Este número es aún mayor que lo reportado en la Encuesta nacional de Salud para la población mexicana, tal vez esté relacionado con la alta proporción de obesidad que hemos reportado anteriormente en estos resultados.²⁷ Esto representa una prevalencia similar reportada en los estudios poblacionales. La prevalencia de cistocele fue baja, del 5%. Llama la atención que una cuarta parte de los pacientes toma diuréticos, pero el 100% de los pacientes reportaron ingesta de barbitúricos indicados por el médico tratante. Esta práctica parece no ser justificada ya que el uso de barbitúricos en pacientes de la tercera edad está relacionado con un aumento del riesgo de caídas (RR 3.8) y asociado a la IU, así como a la pérdida de memoria y la demencia.²⁸

La IU más prevalente fue la de esfuerzo con un 86% lo cual es congruente con los estudios reportados ya que este tipo de IU aumenta conforme aumenta la edad de las pacientes femeninas,²⁹ de acuerdo con el test de Sandvik, el 85.62% de los pacientes

con IU la reportan como moderada, esto es demasiado alto, ya que afecta invariablemente la calidad de vida ³⁰

CONCLUSIONES:

La prevalencia de IU en la población fue del 81.22%. Sin embargo, encontramos que solo el 35% de los pacientes reporto que su médico le había interrogado de manera directa sobre la sintomatología de la IU y solo el 2% recibe tratamiento específico para este padecimiento, por lo que consideramos que sigue siendo un problema de salud subdiagnosticado y no atendido en la población de adultos mayores.

Se recomienda realizar un programa de capacitación en el personal de salud de la Unidad para la difusión y aplicación de la guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de Incontinencia urinaria. Así como establecer la política de detección oportuna y registro del diagnóstico en el expediente clínico del paciente. Dichas intervenciones tendrán un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes con IU y de esta manera se cubrirán las necesidades en salud de la población en un padecimiento que tiene alto impacto en la salud y la calidad de vida de nuestros pacientes ancianos.

El presente estudio deja precedente que la Incontinencia urinaria, es un síndrome Geriátrico que amerita mayor atención y detección oportuna, así mismo se requiere de mayor difusión de la enfermedad, su pronóstico y su tratamiento, debido a que la población estudiada aun refiere ser un tema tabú que ni al propio médico le comentan. Sin duda es relevante el impacto en su calidad de vida, ya que no solo se ve afectado su ámbito social, personal, emocional y clínico; sería importante medir el impacto que refleja el presente estudio en cuanto al uso de benzodiazepinas, ya que las pacientes refieren uso diario u ocasional de las mismas, predisponiendo en un futuro a corto y largo plazo, deterioro de la capacidad de reacción y así mismo exacerbar los síndromes de caídas, por mencionar alguno. El uso de medios para el control de la incontinencia urinaria que en su mayoría reportaron los pacientes del presente estudio, resulta un gasto extra en la economía de la familia, tomando en cuenta que la demografía en su mayoría se conforma de población obrera y en algunos casos son dependiente de algún cuidador secundario. El Médico Familiar tiene la herramienta de integrar la salud del paciente y su entorno, por lo que la detección de este síndrome, impactara favorablemente a la población que, conforme a la pirámide poblacional, cada vez se invierte, dejando en el ápice a los ancianos y en la base a la población joven. Se sugiere el uso de panfletos y pláticas informativas al personal de salud para adaptar los test en el interrogatorio diario de la consulta externa, captando así más información del paciente y favoreciendo al manejo oportuno, y también dirigidos a la población usuaria del servicio médico, para que no sienta frustración ante un síndrome tan común y tan poco atendido en los servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Martínez-GL, Prieto H, Nellen-H, Hamui-SA, Halabo-CJ. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. RevEnfermInstMexSegSoc 2007; 15 (1); 51-56)
- 2.- Bello BV, Machado AC, Magnoni FN, Zapata AJ. "Prevalencia de la incontinencia urinaria en adultos mayores: Policlínica de geriatría del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" Montevideo 2007-2008". Tesis de grado, Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería, 2013.
- 3.- OMS, Datos y Estadísticas de Incontinencia Urinaria. 2007. http://www.control-incontinencia-urinaria.es/urinary_incontinence/ES/www.control-incontinencia-urinaria.es/TherapyAwareness/home/1179302680102.htm
- 4.- Gobierno federal. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica detección Diagnóstico y Tratamiento inicial de Incontinencia Urinaria en la mujer 2008; IMSS-056-08.
- 5.- Prado VB, Bischoffberger VC, Valderrama GE, Verdejo BC, Damián J. Prevalencia y principales características de la incontinencia urinaria en la población anciana institucionalizada de Madrid. RevespGeriatrgerontol, 2011; Vol. 46(1); 7-14.
- 6.- Lorenza Martínez-Gallardo Prieto, Haikonellen-Hummel, Alicia Hamui-Sutton, José Halabe.Cherem. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. Rev. MedInstMex Seguro Social 2007; Vol. 45(5): p. 513-521.
- 7.- Aguilar NS. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. Rev. EnfermInstMex seguro Soc. 2007; Vol. 15(1) p. 51-56.

- 8.- Sánchez MJ, Chantada AV. Evaluación en Atención Primaria de la incontinencia urinaria. Manual de algoritmos diagnósticos-terapéuticos. EdikaMed. 2012; capítulo 6; p. 109-129.
- 9.- Eréndira Quintana, Víctor Fajardo, Jorge Rodríguez-Antolín, Ulises Aguilera, Martínez GM. Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina. Salud en Tabasco. 2009; Enero-Abril. Vol. 15 No.1
- 10.- Pérez OR, Gutiérrez GA, García SD, Reyes GM, Gutfraynd FR, Gastelum FL. Evaluación de la severidad de la incontinencia urinaria de esfuerzo con estudios urodinámicos: un estudio comparativo para detectar deficiencia intrínseca del esfínter uretral externo. RevMexUrol. 2014; Vol. 74(1 p. :9-14.
- 11.- Villa CM, Gallardo GM. Incontinencia Urinaria, Una visión desde la atención primaria. SEMERGEN Medicina de Familia. June 2005; Vol. 31, Issue 6, p. 270–283.
- 12.- J. E. Robles An. Urinary incontinence. Sist. Sanit. Navar. 2006; Vol. 29 (2), p. 219-232.
- 13.- Rafael Tuesca Molina. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte. Barranquilla Col. 2005; Vol. 21, p. 76-86.
- 14.- Ana Luisa González-Celis Rangel, Calidad de vida en el adulto mayor, Instituto de geriatría, 2014,
http://www.academia.edu/4819735/CALIDAD_DE_VIDA_EN_EL_ADULTO_MAYO
- 15.-Alfonso Urzúa M., La valoración de la importancia en el autoreporte de la calidad de vida en la adultez et al; Rev. Med Chile 2013; Vol.141; p.1010-1018.
- 16.- J: M: Cortés-Gálvez et al; Incontinencia urinaria “oculta” ¿Afecta la calidad de vida

de nuestros pacientes?; Rev. MexUrol 2014; Vol. 74(2), p.123-125.

17.- Velázquez MM, Bustos LH, Rojas PG, Oviedo OG, Neri RE, Sánchez CC. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. GinecolObstetricMex. 2007; Vol. 75, p. 347-56.

18.- Espuña PM, Rebollo AP, Puig CM. Validation of the Spanish version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. A questionnaire for assessing the urinary incontinence. Medicina Clínica. 2004. Volume 122, Issue 8, p. 288–292.

19.- Ruiz de Viñaspre HR, Tomás AC y Rubio AE. Validación de la versión española de las formas cortas del Urogenital Distress Inventory (UDI-6) y del Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) .GacSanit. 2011; Vol. 25(5), p. 379–384.

20. González SB, Rodríguez MJ, de Toro GA, González LM; Efficacy of training pelvic floor musculature in female urinary incontinence; An.Stst. Santt.Navar, 2014; Vol. 37(3), p. 381-400.

21. Diego Herrero Manuel. Incontinencia urinaria en la mujer. Aspectos psicosocioculturales, calidad de vida y su valoración. Trabajo de fin de grado. Departamento de enfermería; Universidad de Cantabria; Junio 2013.

22. Hernández B, Velasco MHE. Encuestas transversales. Salud Pub Mex, 2000; Vol. 42(5), p. 447-55.

23. Guía para la elaboración de citas y referencias bibliográficas, según el estilo Vancouver; Biblioteca Central. Área de procesos Técnicos; Universidad de Piura; 2011.

24.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de

Salud y Envejecimiento en México 2001. Disponible en www.mhas.pop.upenn.edu/espanol/documentos

25.- Simón Barquera, PhD, Ismael Campos-Nonato, Dr, Lucía Hernández-Barrera, MC, Andrea Pedroza-Tobías, MC, Juan A Rivera-Dommarco, PhD. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. salud pública de México / vol. 55, suplemento 2 de 2013

26.- Bartoli S, Aguzzi G, Tarricone R. Impact on Quality of life of urinary incontinence and over active bladder : a systematic literature review. Urology. 2010;75:491–510.

27.- Mauricio Hernández-Ávila, Juan Pablo Gutiérrez, Nancy Reynoso-Noverón, Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. salud pública de México / vol. 55, suplemento 2 de 2013.

28.- José García González, Amilcar Espinoza Aguilar, Svetlana Doubova, Guía para el Diagnóstico y Tratamiento de la Incontinencia Urinaria en Adultos Mayores. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (4): 415-422.

29.- Pauline E Chiarelli, Lynette A Mackenzie, Peter G Osmotherly. Urinary Incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review. Australian Journal of Physiotherapy 2009 Vol 55. 89-95.

30. Bartoli S, Aguzzi G, Tarricone R. Impact on Quality of life of urinary incontinence and over active bladder : a systematic literature review. Urology. 2010;75:491–510. Desde hace más de 10 años.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS/ TEST SANDVICK/ TEST II7

**Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:
Mujeres mayores de 60 años con vigencia de derechos adscritos a la UMF 31, que acepten participar por medio de un proceso de consentimiento informado en la investigación
Llenado por investigador**

1	FOLIO _____				
2	Fecha(dd/mm/aa) _____ / _____ / _____				
3	Nombre: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) </div>				
4	NSS: _____	5	Teléfono _____		
6	Turno: 1.Matutino () 2.Vespertino ()				
7	Número de Consultorio: (_____)				
8	Edad: _____ años cumplidos	9	Sexo: 1.-Masculino () 2.- Femenino ()		
10	ESTADO CIVIL: 1.Soltero () 2.Casado () 3.Divorciado () 4.Viudo(a) () 5.Unión libre ()				
11	ESCOLARIDAD: 1.-Primaria incompleta () 2.-Primaria completa () 3.- Secundaria () 4.-Preparatoria () 5.-Licenciatura () 6.-Postgrado ()				
12	PESO: _____ kgs	13	TALLA _____ cm s	14	IMC (Peso/Talla ²) _____
De acuerdo al IMC: la paciente presenta el siguiente estado nutricional: 1= desnutrición. () 2= Normal. () 3= Sobrepeso () 4= Obesidad GI () 5=Obesidad GII () 6= Obesidad GII () 7=Obesidad GIII ()					
15	Refiera si padece alguno de los siguientes padecimientos: 1= Hipertensión arterial sistémica () 2= Diabetes Mellitus tipo 2. () 3=Infección de vías Urinarias () 4=Secuelas de Evento cerebral vascular () 5=Antecedentes de Infarto al miocardio () 6.=Cistocele ()				
16	Reporte si usa de alguno de los siguientes medicamentos : 1= Diuréticos. () 2= IECA () 3 = alcohol () 4= calcio antagonistas () 5= antidepresivos tricíclicos. ()				

	6= Antagonistas alfa adrenérgicos. () 7=Anticolinérgicos () 8= Benzodiazepinas ()
RECOLECCIÓN INFORMACIÓN ESPECIFICA DE INCONTINENCIA URINARIA	
17	¿Usted ha presentado Incontinencia de Orina pero esta remitió por tratamiento médico? 1= si () 2= no ()
18	Reporte si usted ha presentado perdida involuntaria de orina por la uretra al menos en 2 ocasiones en el último mes o en 3 ocasiones en el último año. 1= si () 2= no ()
19	¿Usted ha reportado a su médico este problema de salud? 1= si () 2= no ()
20	¿Su médico le ha interrogado sobre la existencia de Incontinencia de Orina? 1= si () 2= no ()
21	¿Pierde Orinal al realizar algún esfuerzo? Como reír, toser. 1= si () 2= no ()
22	¿Presentar Sensación de urgencia para Orinar que le condiciona ir al baño inmediatamente? 1= si () 2= no ()
23	¿Requiere de ayuda para desplazarse al sanitario? 1= si () 2= no ()
24	¿Presentar Perdida de Orina súbita sin aviso o deseo de orinar? 1= si () 2= no ()
25	¿Actualmente usa dispositivos para evitar la perdida de orina como pañales u otro? 1= si () 2= no ()
26	¿Actualmente toma algún medicamento para la Incontinencia Urinaria? 1= si () 2= no ()

Test de Sandvik para medir intensidad de Incontinencia Urinaria		_ _
29	<p>¿Con que frecuencia pierde orina? Puntuación</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 1 vez al mes: 1</p> <p><input type="checkbox"/> Una o varias veces al mes: 2</p> <p><input type="checkbox"/> Una o varias veces a la semana: 3</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los días y/o noches: 4</p> <p>¿Qué cantidad de orina pierde?</p> <p><input type="checkbox"/> Unas gotas o un poco: 1</p> <p><input type="checkbox"/> Mayor cantidad: 2</p>	_ _ /_ _
30	<p>De acuerdo a la puntuación obtenida en la pregunta anterior. ¿Qué intensidad presenta de IU?</p> <p>1= Leve 1-2 puntos ()</p> <p>2=Moderada 3-6 puntos ()</p> <p>3= Grave 8-9 puntos ()</p> <p>4=Muy Grave 12 puntos ()</p>	_ _
<p>Test IIQ-7.</p> <p>En la escala del 0 (no afecta) al 3 (afecta mucho), la pérdida involuntaria de orina afecta su...</p>		
31	<p>¿Capacidad para realizar quehaceres domésticos (cocinar, limpiar, lavar)?</p> <p>.....01 2.....3</p>	_ _
32	<p>¿Recreación física como caminar, nadar u otros ejercicios?</p> <p>.....01 2.....3</p>	_ _
33	<p>¿Actividades de entretenimiento(cine, conciertos, etc.)?</p> <p>.....01 2.....3</p>	_ _
34	<p>¿Capacidad para viajar en automóvil o autobús más de 30 minutos desde su casa?</p> <p>.....01 2.....3</p>	_ _
35	<p>¿Participación en actividades sociales fuera de su casa?</p> <p>.....01 2.....3</p>	_ _
36	<p>¿Salud emocional (nerviosismo, depresión, angustia, etc.)?</p> <p>.....01 2.....3</p>	_ _
37	<p>¿Se siente frustrado?</p> <p>.....01 2.....</p>	_ _
<p>A las respuestas de cada ítem se le asigna un valor de 0 a “en absoluto”, 1 a “un poco”, 2 a “moderadamente” y 3 a “mucho”. Se calcula la puntuación promedio de los ítems respondidos. El promedio, que varía de 0 a 3, se multiplica por 33.3 para calcular los puntos en una escala de 0 a 100.</p>		
<p>Ítems 1 y 2 = actividad física _____ puntos</p> <p>Ítems 3 y 4 = viajes _____ puntos</p>		_ _ /_ _ /_ _ /_ _

	Ítem 5 = actividades sociales y relaciones _____puntos Ítems 6 y 7 = salud emocional _____puntos	
	¿La IU afecta la calidad de vida en? Marque con SI= <80 puntos. NO con >80 puntos 1=actividad física 1= si () 2= no ()	
	2 = viajes 1= si () 2= no ()	
	3= actividades sociales y relaciones 1= si () 2= no ()	
	4= Salud emocional 1= si () 2= no ()	
GRACIAS POR SU COLABORACION		

Hoja 1/2

Carta de consentimiento informado (anexo III)

 <p>IMSS <small>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</small></p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN		

Nombre del estudio:	Calidad de vida en mujeres mayores de 60 años con Incontinencia Urinaria en la UMF N.31	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica	
Lugar y fecha:	México DF, de 2015	
Número de registro:	R-2015-3702-76	
Justificación y objetivo del estudio:	1. Conocer la frecuencia de incontinencia urinaria en mujeres mayores de 60 años de la UMF N.31; 2. Describir y medir la calidad de vida de mujeres mayores de 60 años en la UMF N.31 con incontinencia urinaria.	
Procedimientos:	Su participación consiste en responder una encuesta dirigida por el investigador con duración aproximada de 10 min, se realizará en aula disponible en turno para respetar la confidencialidad.	
Posibles riesgos y molestias:	Es una investigación sin riesgos ya que no se tocan temas sensibles para la población solo responderá las preguntas de la encuesta.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Todo caso detectado de padecimientos que requieran manejo médico será canalizado con su médico familiar para su atención.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados serán difundidos al personal médico manteniendo la confidencialidad de los pacientes	
Participación o retiro:	El paciente tiene la libertad de participar, en el momento que usted decida puede retirarse del estudio sin que esto afecte la atención que usted recibe en la unidad médica	
Privacidad y confidencialidad:	Se guardará estricta confidencialidad de los resultados mismos que estarán bajo resguardo del investigador y solo serán utilizados para los fines de esta y otras investigaciones afines al tema.	
En caso de colección de material biológico (si aplica): NO APLICA		
	No autoriza que se tome la muestra.	
	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	
	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se derivaran los casos detectados a la consulta de Medicina Familiar para normar seguimiento.	
Beneficios al término del estudio: Los resultados servirán para dirigir de manera oportuna las políticas de salud institucional	Se integrara el diagnóstico y la afección en su calidad de vida, se derivara con el médico Familiar correspondiente para que de manera interdisciplinaria se le dé continuidad y manejo.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	Claudia Diana Bolaños García, Matrícula 99378575; UMF 31, tel. 5547666808	
Colaboradores:	Leticia Ramírez Bautista; Matrícula: 8889341 Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud UMF 31; Tel. 5519011581; Dr. Fabián Avalos Pérez.; Matrícula: 11579552 ; Adscrito al HP/UMF10; Tel: 5533312962	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx		
	Bolaños García Claudia Diana	
Nombre o firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
Testigo 1	Testigo 2	
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma	