



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

“MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
INCONTINENCIA URINARIA, QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON
TERAPIA CONDUCTUAL EN LA CLÍNICA DE UROLOGÍA
GINECOLÓGICA DEL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PEMEX EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A JUNIO DE 2019”

TESIS DE POSGRADO

PARA OPTAR POR EL GRADO DE

MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

MARCO ANTONIO GARCÍA ALBARRÁN

TUTORES:

DOCTORA MARITZA LANDERO GONZÁLEZ

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HCN PEMEX

DOCTORA ADRIANA ALEJANDRA HUERTA ESPINOZA

JEFA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA HCN PEMEX

CIUDAD DE MEXICO 2019





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.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL.

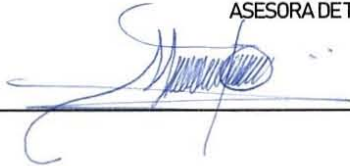
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

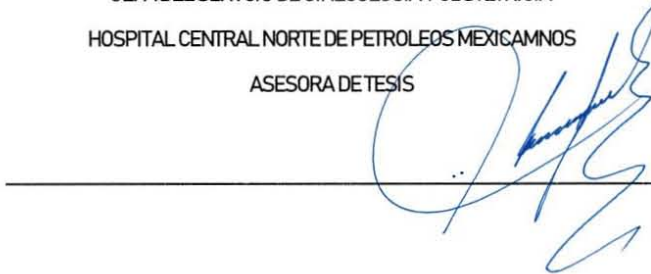
Índice:

Agradecimientos:	5
Introducción:	6
Marco Teórico:	7
Aspectos históricos de la terapia conductual:	7
Definiciones:	7
Prevalencia de incontinencia urinaria:	9
Factores de riesgo de la incontinencia urinaria:	10
Causas de incontinencia urinaria:	11
Impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida:	12
Diagnóstico clínico de la incontinencia urinaria:	13
Tratamiento conservador de la incontinencia urinaria:	13
Planteamiento del problema y justificación:	15
Objetivo general:	16
Objetivos específicos:	16
Hipótesis:	17
Hipótesis nula:	17
Material y métodos:	17
Universo de trabajo:	17
Criterios de exclusión:	18
Criterios de eliminación:	18
Variables consideradas:	18
Consideraciones éticas:	23
Medidas de seguridad para los sujetos de estudio	24
Etapas del estudio	24
Recursos	25
Resultados:	25
Discusión:	31
Conclusiones	33
Cronograma de actividades	33
Diagrama de flujo:	34
Anexos	35
Bibliografía:	39

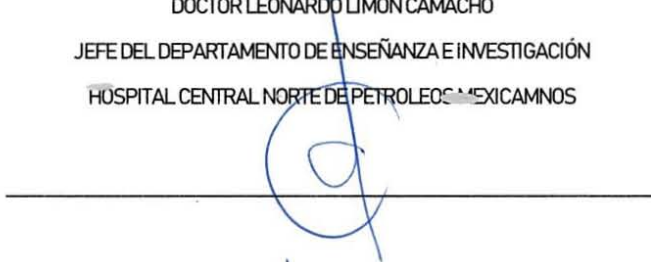
DOCTORA MARITZA LANDERO GONZÁLEZ
ESPECIALISTE EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PETROLEOS MEXICAMNOS
ASESORA DE TESIS



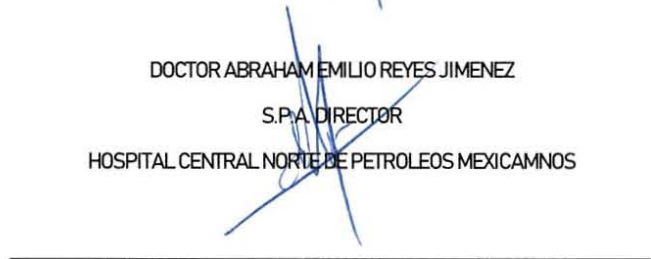
DOCTORA ADRIANA ALEJANDRA HUERTA ESPINOSA
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
JEFA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PETROLEOS MEXICAMNOS
ASESORA DE TESIS



DOCTOR LEONARDO LIMÓN CAMACHO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PETROLEOS MEXICAMNOS



DOCTOR ABRAHAM EMILIO REYES JIMENEZ
S.P.A. DIRECTOR
HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PETROLEOS MEXICAMNOS



Dedicatoria:

Dedico este proyecto de tesis a mi madre, que siempre me apoyo de forma incondicional moral y económicamente para llegar hasta aquí.

Agradecimientos:

A mi familia, que han sido el pilar fundamental en mi desarrollo como persona y médico, en especial a mi madre Jovita Albarrán Torres, que me ha enseñado a oponerme a todas las adversidades que se me han presentado, gracias por compartir conmigo tu conocimiento y experiencia, por tus desvelos y lágrimas, por esperarme siempre en casa al regresar de cada rotación, gracias por haber estado conmigo en mis momentos más oscuros, siempre enseñándome a no rendirme y perseverar en mis metas. ¡Lo logramos!

A mis hermanos, Janet, Manuel, Karina, Edgar, por su apoyo y confianza, por estar siempre presentes, por demostrarme el amor y la gran fe que tienen en mí, siendo mi motivación para lograr mis objetivos, los quiero infinitamente.

A mis compañeros y amigos de generación, Karen, Mireya, Mónica, José, Berenice, por los gratos momentos que pasamos juntos, por hacerme disfrutar de este camino en el que coincidimos, en especial a mi amiga y colega Sandy por ser mi apoyo incondicional, por la gran calidad humana que me ha demostrado con su amistad, sé que todos ustedes son excelentes ginecólogos y no dudo que sepan enfrentarse a los retos futuros.

A mis maestros y tutores médicos que se encuentran en mi sede hospitalaria del Central Norte de Pemex, así como a los maestros que encontré en cada rotación, en Hospital Regional Minatitlán, Hospital regional de Poza Rica, me ayudaron a obtener los conocimientos y destrezas que un ginecólogo necesita, a todos ustedes gracias totales.

Introducción:

La incontinencia urinaria constituye un problema médico y a su vez social, que a pesar de no ser una patología que ponga en riesgo la vida a quien la padece, si afecta de forma importante la autoestima y la autonomía del paciente, teniendo repercusiones psicosociales, laborales y económicas. La incontinencia urinaria se define como un síntoma, signo o condición. Síntomas corresponden a aquellos indicadores subjetivos de enfermedad o a cambios en una condición percibida por el paciente, o un tercero, y que puedan llevarlo a buscar ayuda de algún profesional de la salud, signo son observaciones realizadas por el médico a través de métodos simples, para verificar y cuantificar los síntomas (como la observación clínica de dicha pérdida urinaria al momento de ser explorada), condición al ser identificada por pruebas diagnósticas (presencia de observaciones urodinámicas asociadas a síntomas o signos característicos y/o evidencia no urodinámica de procesos patológicos relevantes). A nivel mundial la incidencia de dicha patología oscila entre el 17-45% en pacientes mayores de 18 años, con una incidencia anual del 2 al 11%, con un aumento sostenido de la prevalencia de acuerdo con la edad, teniendo como recomendación otorgar énfasis en la calidad de vida al momento de evaluar los tratamientos otorgados a pacientes con dicha patología. El presente trabajo se encuentra encaminado a objetivar los beneficios de la terapia conductual y ejercicios del piso pélvico como terapia de primer nivel, y de acuerdo con el cuestionario en su versión corta española de la International Consultation on Incontinence Short Form (ICIQSF), dar evidencia de la gravedad de la enfermedad y la repercusión en la calidad de vida.

Marco Teórico:

Aspectos históricos de la terapia conductual:

La terapia cognitivo-conductual posee cuatro pilares teóricos básicos, el primero de ellos, surge a fines del siglo pasado a partir de las investigaciones del fisiólogo ruso Ivan Pávlov, quien accidentalmente descubre un proceso básico de aprendizaje que luego llamará condicionamiento clásico, John B. Watson, quien, aplicando los principios del condicionamiento clásico para remitir la fobia de un niño, funda las bases de lo que luego se conoce como el conductismo. El conductismo watsoniano representa actualmente más las bases metodológicas del modelo que un cuerpo teórico de principios explicativos de los cuales se deriven técnicas de intervención. Hacia el año 1930, las investigaciones de F. B. Skinner plantean la existencia de otro tipo de aprendizaje, el condicionamiento instrumental u operante, proceso por el cual los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen en función de las consecuencias que le siguen, la gran cantidad de investigaciones desarrolladas a la luz de estos dos paradigmas mencionados pasaron a formar lo que se conoce como teoría del Aprendizaje, la cual históricamente ha nutrido con hipótesis a la terapia cognitivo-conductual.

Definiciones:

Para comenzar a dar enfoque acerca de los beneficios de los tratamientos disponibles y las medidas terapéuticas que se pueden llegar a implementar, es importante definir el concepto de dicha patología, para lo que se tomara como base la estandarización de terminología de la función del tracto inferior, otorgado por el comité de la International Continence Society (ICS) y aquellas publicaciones sobre función uretral (Lose et al., en imprenta) y nicturia (van Kerrebroeck et al). Las definiciones han sido escritas para ser compatibles con la publicación de la WHO ICDH-2 (clasificación internacional de funcionamiento, discapacidad y salud), e ICD10, clasificación internacional de enfermedades. Todo esto con el fin de facilitar la comparación de resultados y permitir la comunicación efectiva entre investigadores que utilizan terapias y métodos urodinámicos como es el caso para este estudio. El principio de la ICS referente a que síntomas, signos y condiciones corresponden a categorías separadas, y agrega una nueva categoría de observaciones urodinámicas, incluye terminología relacionada a terapias.

Los síntomas del tracto urinario inferior se definen desde la perspectiva individual de una persona que, usualmente pero no necesariamente, se encuentra como un paciente al interior de un sistema de salud. Los síntomas pueden ser relatados espontáneamente u obtenidos del individuo, o bien pueden ser descritos por sus acompañantes.

Síntomas de llenado o almacenamiento: son experimentados durante la fase de llenado vesical, e incluyen incremento de la frecuencia diurna y nocturna como se comentarán a continuación: incremento de la frecuencia diurna es la queja del paciente que considera que orina muy frecuentemente en el día, este término equivale a polaquiuria usada en muchos países. Nicturia: queja de un individuo que debe despertar durante la noche una o más veces para orina. Urgencia: es la queja por la aparición de deseo miccional súbito e intenso, que es difícil de diferir. Incontinencia urinaria: es la queja respecto de cualquier escape involuntario de orina. En cada circunstancia específica, la incontinencia urinaria debe ser posteriormente descrita especificando factores relevantes como tipo, frecuencia, severidad, factores desencadenantes, impacto social, efecto sobre higiene y calidad de vida, las medidas utilizadas para contener el escape, y si el individuo busca o desea ayuda a causa de la incontinencia urinaria, de donde partimos para definir los distintos tipos de incontinencia.

Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): se refiere al escape de orina ante el esfuerzo o ejercicio o secundario a estornudos o tos y se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral, por dos causas no excluyentes: por hipermovilidad uretral, en el que fallan los mecanismos de sujeción de la uretra que desciende de su correcta posición anatómica, y por deficiencia esfinteriana intrínseca, en la que existe una insuficiente coaptación de las paredes uretrales que produce una disminución de la resistencia de la uretra.

Incontinencia por urgencia (IUU): se refiere al escape involuntario de orina acompañado por o inmediatamente después de sentir urgencia. Esta sensación de urgencia es consecuencia de una contracción involuntaria del detrusor vesical. Cuando estas contracciones involuntarias se ponen de manifiesto en un estudio urodinámico se denomina “detrusor hiperactivo”, cuya causa puede ser una enfermedad neurológica (hiperactividad del detrusor neurogénica) o sin causa detectable (hiperactividad del detrusor idiopática). Puede además deberse a otras causas, como estenosis uretral, hipercorrección quirúrgica, etc.

Incontinencia urinaria mixta (IUM): es la queja de escape involuntario de orina asociado con urgencia y también con esfuerzo, ejercicio, estornudos o tos. Otros tipos de incontinencia urinaria pueden ser situacionales, por ejemplo, el reporte de incontinencia durante el acto sexual, o la incontinencia de la risa (Giggle Incontinence). Y según su duración de cada una de las incontinencias mencionadas puede ser clasificada como transitoria, cuando es limitada en el tiempo, o establecida si no desaparece antes de las 4 semanas desde su inicio, una vez actuado sobre sus posibles causas, en cuanto a su intensidad puede ser leve (pérdida < 600 ml/día), moderada (600-900 ml/día) o grave (> de 900 ml/día).

El concepto de tratamiento conductual se refiere a la aplicación de modificaciones en la conducta del individuo con el objetivo de que inicie prácticas de prevención o atención a su salud, en este caso, se realizarán prácticas que promuevan la continencia urinaria con el motivo de mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones.

Prevalencia de incontinencia urinaria:

Existe un amplio rango de prevalencias de incontinencia urinaria, lo que se explica por las diferencias en la definición de dicha patología. Se ha calculado que la pérdida de orina afecta al doble de frecuencia en las mujeres en comparación al hombre. A nivel mundial, la incontinencia urinaria afecta el 17–45% de mujeres adultas, el 10-20% de los casos corresponden a la incontinencia de esfuerzo pura, mientras que 30-40% tienen síntomas de incontinencia urinaria mixta. El porcentaje de mujeres incontinentes con IUE alcanza un pico máximo alrededor de la quinta década (rango: 28% a 65%) y luego declina a partir de la sexta década. Por contraste, la IUM es más frecuente en mujeres mayores y supone un 40 a 48% en el rango de 60 años en adelante. Por su elevado costo financiero y el impacto en el bienestar social y calidad de vida, esta patología debe considerarse un problema de salud pública. Con tasas de depresión (35.1% versus 16.8%) y ansiedad (27.6% versus 14.6%) que las mujeres que no sufren de esa condición. Existen ciertas barreras para el tratamiento, siendo las principales el temor a consultar por sentirse estigmatizadas, el creer que no hay tratamientos efectivos o que ellos son costosos y, por último, el creer que solo hay opciones de manejo invasivas. Debido a eso, solo el 44.9% de las mujeres consultan por IU, siendo las mujeres con síntomas leves las que menos consultan.

Factores de riesgo de la incontinencia urinaria:

Género: varias razones se encuentran implicadas como longitud uretral, diferencias anatómicas en el suelo pelviano, efectos del parto intentan justificar la diferencia de que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar IU. Sin embargo, esta razón de riesgo varía con la edad: en menores de 60 años las mujeres tienen cuatro veces más probabilidades que los hombres de padecer IU, pero en mayores de 60 años sólo dos veces más

Edad: la prevalencia de incontinencia urinaria aumenta con la edad hasta el 50% en las mujeres, Los cambios relacionados con la edad que pudieran contribuir al desarrollo de la incontinencia urinaria son: disminución en el tejido elástico, atrofia celular, degeneración nerviosa, reducción tono músculo liso, hipoestrogenismo, deterioro cognitivo, inmovilidad, pérdida de capacidad concentración renal, comorbilidades con polifarmacia.

Menopausia e hipoestrogenismo: dado que existe una elevada prevalencia de incontinencia urinaria en pacientes posmenopáusicas, la disminución de los estrógenos contribuye a la aparición de síntomas de incontinencia urinaria, la atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pelviano así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral.

Raza: estudios multivariados demuestran que las mujeres blancas tienen una prevalencia de IUE tres veces mayor que las mujeres negras, atribuyéndose a diferencias raciales en el tejido conjuntivo o en los músculos.

Peso: La obesidad es uno de los factores de riesgo independiente para la IU en mujeres mayores. Un índice de masa corporal (IMC) alto se correlaciona con una mayor prevalencia de IUE y de IUM, así como con la severidad de la IU. La pérdida de peso, tanto con dietas como con cirugía, ha demostrado mejorar los síntomas, por lo que se debe considerar como una opción de primera línea de tratamiento en mujeres obesas.

Paridad: el parto es un factor establecido de riesgo de IU entre las mujeres jóvenes y de mediana edad. Se ha sugerido que el parto vaginal es el factor contribuyente más importante, posiblemente por las lesiones neurológicas o musculares asociadas, sin embargo, el embarazo en sí mismo puede causar cambios mecánicos u hormonales que sean causa de IU (31-42% de las embarazadas tienen IUE y en 51% de ellas persiste algún grado de IU postparto). Por otro lado, recientemente se ha comprobado que las

mujeres con partos por cesárea (prevalencia 15.8%) tienen un riesgo mayor de IU que las nulíparas (prevalencia 10.1%), pero que el parto vaginal se asocia con el riesgo mayor (prevalencia 24.2%).

Factores uroginecológicos: los prolapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, la debilidad de los músculos del suelo pelviano, la cirugía uroginecológica previa, el estreñimiento, las cistitis y otras infecciones del tracto urinario son los factores uroginecológicos más importantes asociados a IU. Otros factores Incluyendo cardiopatías, diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, demencia, accidentes cerebrovasculares, varios fármacos, tabaquismo, dieta, aunque no hay datos claros, pero parece que existen agentes irritantes como el alcohol, el chocolate, etc. que empeoran la sintomatología de incontinencia urinaria.

Causas de incontinencia urinaria:

Las causas de la IU pueden dividirse en: agudas y persistentes.

Causas agudas:

- Endocrinológicas (Hiperglucemia, hipercalcemia, vaginitis atrófica).
- Psicológicas (Depresión).
- Fármacos (Diuréticos, Anticolinérgicos, Antidepresivos, Antipsicóticos, Sedantes, Narcóticos, Bloqueadores Alfa, Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina, Bloqueadores de Calcio, Cafeína y Alcohol).
- Infecciones.
- Neurológicas (Parkinson, Hidrocefalia).
- Estrogénicos (Vaginitis Atrófica, Estreñimiento).
- Restricción de la movilidad.

Causas persistentes:

A su vez estas las podemos subclasificar en 2 condiciones:

- Anormalidades vesicales que causan IU:

Hiperactividad del detrusor: Inestabilidad vesical, vejiga hiperrefléxica; se caracteriza por las contracciones involuntarias del detrusor y el término es utilizado cuando la etiología de las contracciones no es clara.

Hipoactividad del detrusor: detrusor acontráctil, vejiga arrefléxica.

- Alteraciones esfinterianas que causan IU:

Hipermovilidad Uretral: Este término denota la debilidad del piso pélvico. La hipermovilidad se encuentra con frecuencia en mujeres que no presentan incontinencia, por lo cual, la simple evidencia de hipermovilidad no constituye una anomalía esfinteriana en sí. Si no hay demostración de la incontinencia.

Deficiencia Intrínseca del esfínter: Hace referencia a la alteración de la funcionalidad esfinteriana

Impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida:

Varios estudios han tratado de medir la calidad de vida relacionada con la salud en las mujeres incontinentes. Estos estudios varían en su diseño, metodología, criterios de diagnóstico de IU e incluso definición de calidad de vida, sin embargo para este estudio establecemos la definición de calidad de vida de acuerdo a la organización mundial de la salud, que la define como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno. En todos estos estudios se expone que la IU tiene un impacto negativo notable sobre múltiples aspectos de la vida diaria, tanto en el entorno social (menor interacción social o mayor aislamiento, abandono de algunas aficiones, etc), como en el físico (limitaciones a la práctica deportiva), sexual (pérdida de la actividad sexual, evitación de la pareja), psicológico (pérdida de la autoestima, apatía, depresión, sentimientos de culpabilidad, etc), laboral (absentismo, menos relación) y doméstico (precauciones especiales con la ropa, protección de la cama, etc). Las mujeres con IU desarrollan hábitos de comportamiento para paliar el problema en parte, tales como la reducción en la ingesta de líquidos, el aislamiento y retracción social, la utilización de absorbentes y la adquisición de una determinada frecuencia miccional, y otros hábitos miccionales, voluntaria. La IU afecta más a la calidad de vida relacionada con la salud de las más

jóvenes y está relacionada con el tipo de IU de que se trate. La ICS recomienda incluir parámetros de calidad de vida en la evaluación de los tratamientos de la IU utilizando cuestionarios mixtos de síntomas y calidad de vida. Existen dos cuestionarios específicos para evaluar la calidad de vida de mujeres con IU validados en España. Uno es el King's Health Questionnaire y el otro es la versión española del cuestionario de la International Consultation on Incontinence Short Form (ICIQ-SF), que es el primer cuestionario breve que permite no sólo detectar la IU sino además categorizar las pacientes de acuerdo con la gravedad de los síntomas y el grado de preocupación que éstos les generan. Así se termina poniendo de manifiesto que el impacto sobre calidad de vida relacionada con la salud depende del estilo de vida, la edad, el nivel sociocultural, y las experiencias personales no tanto por la gravedad de los síntomas.

Diagnóstico clínico de la incontinencia urinaria:

Los métodos básicos disponibles en todos los niveles asistenciales para el correcto diagnóstico de la IU son la anamnesis, la exploración física y el diario miccional. Una detallada anamnesis, correctamente enfocada no sólo hacia el tipo de síntomas sino también hacia posibles factores de riesgo, permitirá intuir el tipo de incontinencia y, a partir de ahí, dirigir las pruebas diagnósticas complementarias en ese sentido.

El examen físico es esencial en la evaluación de todos los pacientes con disfunción del tracto urinario inferior. Debe incluir una revisión abdominal, pélvica, perineal y neurológica dirigida, para pacientes con posible disfunción neurogénica del tracto urinario inferior, es necesaria la realización de un examen neurológico más extenso. El escape de esfuerzo se asume como secundario a un aumento en la presión abdominal, y la función muscular del suelo pélvico puede definirse cualitativamente por el tono de reposo y la fuerza de una contracción voluntaria o refleja como fuerte, débil o ausente, o por un sistema de graduación validado (Oxford 1-5). Una contracción de la musculatura pélvica puede evaluarse por inspección visual, por palpación, por electromiografía o por perineometría, entre los factores que deben evaluarse están la fuerza, duración, desplazamiento y repetibilidad.

Tratamiento conservador de la incontinencia urinaria:

El tratamiento conservador de la IU agrupa diversos procedimientos y es considerado en la actualidad como un elemento esencial en el abordaje terapéutico. En no pocas ocasiones su aplicación es previa y/o simultánea a otras medidas de farmacológicas o

quirúrgicas. Se aclara que, aunque en un buen número de pacientes son beneficiosas, el éxito dependerá de la etiología y severidad de la incontinencia urinaria, dentro de ellas tenemos: rehabilitación del tracto urinario inferior que se define como un tratamiento no quirúrgico ni farmacológico para las funciones del tracto urinario inferior, e incluye el entrenamiento del suelo pélvico definido como contracciones y relajaciones repetitivas, selectivas y voluntarias de músculos específicos del suelo pélvico, la biorretroalimentación (Bio feedback) es la técnica por la cual la información de un proceso fisiológico que se desarrolla normalmente en forma inconsciente, es presentado al paciente y/o el tratante como una señal visual, auditiva o táctil, modificación conductual se define como el análisis y la alteración de la relación entre los síntomas del paciente y su ambiente, para el tratamiento de los patrones miccionales aberrantes. Esto puede llevarse a cabo por una modificación de la conducta y/o el ambiente del paciente.

Continencia social, este término se refiere a la “programación” que el paciente lleva a cabo de sus micciones durante el día. Se sugiere que el paciente orine a tiempos fijos, idealmente cada 2 a 3 horas durante el día, independientemente de que tenga o no deseos de orinar. No es necesario realizar este procedimiento en todos los casos por la noche, sin embargo, en pacientes con prolapso de órganos pélvicos es común la nicturia, en estos pacientes se aconseja su realización.

Ejercicios de Kegel, la principal indicación de los ejercicios de Kegel, es el fortalecimiento de los músculos del piso pélvico, en específico, el músculo que se tonifica de forma más efectiva es el pubococígeo; al realizar los ejercicios se consigue en algún grado, mejorar la función del esfínter uretral y rectal mejorando por ende la continencia. El éxito de los ejercicios de Kegel depende de su práctica apropiada y del cumplimiento estricto del programa de ejercicios, además, está documentado que tienen un mayor impacto en la incontinencia urinaria de corta evolución y que presenta pérdidas urinarias pequeñas. Si estos ejercicios son comprendidos y practicados regularmente, se ha documentado hasta un 70% de éxito a las 6 semanas de su inicio y 50% a los 5 años. Antes de iniciar dichos ejercicios es necesario que el paciente identifique los músculos que participarán en su realización. Para ello se sugiere que en el sanitario el paciente emita orina y casi inmediatamente detenga su flujo, aquellos músculos que utilice para detener la micción son los que deberá utilizar en los ejercicios de Kegel. Se considera que para que haya mejores resultados con este proceso, el paciente debe realizar cuando menos 100 ejercicios perineales al día, idealmente en series de 10 ejercicios cada una, esto es, contraer los músculos que cierran el esfínter anal y uretral durante 4-5 segundos, relajar

durante 5 segundos y nuevamente contraer dichos músculos por otros 4- 5 segundos, repetirlo 10 veces, y así, de 10 series en 10 realizar 100 contracciones musculares, a lo largo del día.

Reeducación abdominal, su principal indicación es en la incontinencia urinaria de esfuerzo, permite tonificar el complejo “abdomino-pélvico” de fibras musculares tipo II que coadyuvan en la continencia urinaria, solicitando al paciente hacer contracciones de los músculos abdominales lo que potencializa la realización de los ejercicios de Kegel.

Modificación ambiental, cuando la causa es de origen ambiental, existen una serie de medidas generales aplicables a la gran mayoría de los pacientes tales como asegurar un ambiente que facilite la continencia, por ejemplo, tener accesos fáciles a los cuartos de baño, los cuales deben estar bien iluminados y con una altura de WC adecuada, en el caso de pacientes con problemas de movilidad, contar con sillas con orinal al lado de la cama, cómodos, etc. También es importante evitar en la medida de lo posible las restricciones físicas innecesarias, así como retirar a la brevedad todas aquellas medidas de intervención hospitalaria que no tengan una utilidad inmediata, un ejemplo de ello es continuar con el uso de venoclisis en pacientes deshidratados que ya pueden ingerir líquidos en vez de utilizar la vía oral para tal fin.

Otras medidas de tratamiento conductual dependiendo del tipo de incontinencia urinaria, el paciente debe evitar levantar objetos pesados, contraer infecciones del tracto respiratorio por la probabilidad de presentar tos así como fumar. Si tiene obesidad y esta entidad coadyuva al desarrollo de episodios de incontinencia urinaria, el paciente deberá entrar a un programa de pérdida ponderal programada. Preferentemente, los pacientes deberán evitar tomar café, té de canela, refrescos de cola, así como el comer chocolates, cítricos y alimentos picantes ya que contienen sustancias que irritan a la vejiga y suelen condicionarles urgencia y hasta pérdida urinaria.

Planteamiento del problema y justificación:

La incontinencia urinaria es una patología que afecta de forma directa la calidad de vida de la paciente, se trata de un proceso patológico infra diagnosticado, estimándose que menos de un 50% de las personas que lo padecen consultan por ello. Debido a esto, es difícil calcular su impacto socioeconómico. Además de los gastos directos invertidos en diagnosticar y tratar el problema, habría que añadir gastos indirectos por la incapacidad

que genera, por lo que se debe hacer un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz, recordar que la población derechohabiente de nuestra institución es cada vez más longeva. ¿Es la terapia conductual de utilidad en el manejo de la incontinencia urinaria como manejo de primera línea en nuestra institución?

Debido a que esta patología es un problema de salud por su prevalencia, consecuencias médicas, psicosociales, funcionales, y económicas, y que contribuye al aislamiento social, depresión, ansiedad, incremento de caídas y fracturas por urgencia miccional. El presente trabajo pretende demostrar que el manejo médico (a base de una terapia conductual), puede ser la herramienta terapéutica para esta patología, optando por un manejo únicamente conservador, ya que terapias anticolinérgicas, tratamientos quirúrgicos presentan efectos secundarios, aumentando la morbimortalidad, impactando en la economía hospitalaria, con periodos de diferimiento para la atención de estas pacientes más cortas. En el Hospital Central Norte de México no hay estudios epidemiológicos sobre los beneficios de la terapia conductual a pacientes con incontinencia urinaria, lo que ayudaría a su vez como de forma académica obtener conocimiento más amplio sobre el diagnóstico y tratamiento de dicha patología.

Objetivo general:

- Evaluar la mejoría de la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria que reciben tratamiento con terapia conductual, atendidas en la clínica de urología ginecológica del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, en el periodo comprendido de marzo a junio de 2019.

Objetivos específicos:

- Identificar el porcentaje de mejoría de la calidad de vida (cuestionario ICIQ-SF) en el grupo de pacientes con incontinencia urinaria que reciben únicamente el tratamiento con terapia conductual.
- Mostrar el porcentaje de pacientes que no mejora su calidad de vida con la terapia conductual y que ameritan manejo farmacológico o quirúrgico.

- Implementar la terapia conductual como manejo de primer nivel en pacientes con incontinencia urinaria.

Hipótesis:

- El tratamiento únicamente con terapia conductual para pacientes con incontinencia urinaria reduce en un 80% la sintomatología de dicha patología y así mejorar la calidad de vida de las pacientes que la padecen.

Hipótesis nula:

- El tratamiento únicamente con terapia conductual para pacientes con incontinencia urinaria no reduce la sintomatología de dicha patología sin mejoría en la calidad de vida de las pacientes que la padecen.

Material y métodos:

Se trata de un estudio experimental, prospectivo, en donde se seleccionaron mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria, tratadas con terapia conductual en consulta externa, de la clínica de urología ginecológica en el hospital central norte de petróleos mexicanos, en un periodo comprendido de marzo a junio de 2019.

Universo de trabajo:

Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia para seleccionar a 60 mujeres con Incontinencia Urinaria que acudieron a la consulta externa de la clínica de urología ginecológica del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, en el periodo comprendido de marzo a junio de 2019 las cuales cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no aceptaron el manejo con terapia conductual únicamente
- Pacientes que han recibido tratamiento farmacológico para incontinencia urinaria
- Pacientes con enfermedades neurológicas degenerativas, en manejo con psicotrópicos, patología desmielinizante, antecedentes traumáticos severos y oncológicos, diabéticas, pacientes con disautonomía, hipertensión (que tengan manejo con algún tipo de diurético para su patología de base).
- Mujeres embarazadas.

Criterios de eliminación:

- Pérdida de la paciente durante el seguimiento.
- Pacientes que no comprendan en que consiste la terapia conductual.
- Pacientes analfabetas, que no cuenten con apoyo de familiar.

VARIABLES consideradas:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad:	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo	Número de años cumplidos al momento del estudio.	Número de años cumplidos al momento del estudio.	18-25 años 26-35 años 36-45 años 46-55 años 56-65 años 66-75 años >76 años
Cuantitativa				
Numérica				
Continua				
Independiente				
Calidad de vida	Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia,	Satisfacción del paciente en sus esferas física,	Cuestionario CIQ-SF. Escala del 1 al 10.	1: buena calidad de vida

Nominal Independiente	en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.	psicológica, social, laboral, sexual.		5: regular calidad de vida 10: mala calidad de vida.
Incontinencia urinaria Cualitativa Nominal Escala Dependiente	Perdida involuntaria de orina	Perdida de orina de forma involuntaria refería por el paciente	Cuestionario CIQ-SF. Escala del 0 al 5.	0: nunca 1: una vez a la semana 2: 2-3 veces semana 3: una vez al día. 4: varias veces al día 5: continuamente
Nicturia Cuantitativa Numérica Escala Dependiente	Emisión de orina durante la noche	Episodio de micción durante la noche	Número de veces que reporte la paciente orino por la noche.	1: Nunca 2: 1-4 veces 3: Mas de 4 veces
Frecuencia urinaria: Cuantitativa Numérica	Numero de micciones en un periodo de tiempo	Numero de micciones referidas por la paciente	Frecuencia de micciones al día (sin contar los	1: 1-4/día 2: 5-10/día 3 >10 día

Escala Dependiente			episodios nocturnos).	
Urgencia miccional	Sensación repentina e imperiosa de orinar	Deseo repentino de orinar que es difícil de diferir	Deseo inminente de orinar en 24 horas.	1: 1-4 veces 2: 5-10 veces 3: > 10 veces
Terapia conductual Cualitativa Nominal Dicotómica Independiente	Forma de terapia que se basa en los principios del conductismo, y que tiene como objetivos reforzar las conductas deseables y eliminar las no deseadas o desadaptativas.	Tratamiento conservador a base de dieta, aprendizaje de forma de ingerir líquidos, ejercicios del piso pélvico y medidas de aprendizaje para disminuir las pérdidas urinarias.	Cuadro de auto monitorización (apego o no al tratamiento).	1: Si apego: cumpliendo igual o mayor al 80% de la terapia conductual en las seis semanas). 2: No apego: cumplimiento o menor o igual al 79% de la terapia conductual en las seis semanas.
Fuerza muscular	capacidad que tiene un músculo de desarrollar tensión contra una carga en un único esfuerzo	Fuerza a nivel de la musculatura del piso pélvico.	Escala de Oxford, 0 al 5. Valorada únicamente por el investigador.	0: ausencia 1: contracción muy débil 2: contracción débil

	durante la contracción.			3: contracción moderada 4: contracción buena 5: contracción fuerte.
DIETA:	Control o regulación de la cantidad y tipo de alimentos que toma una persona o un animal, generalmente con un fin específico.	Apego a la dieta libre de irritantes urinarios (hoja de terapia conductual).	Hoja de auto monitoriza ción evaluando 6 semanas.	1: Si apego: cumpliendo igual o mayor al 80% de la dieta en las seis semanas). 2: No apego: cumpliment o menor o igual al 79% de la dieta en las seis semanas.
Hidratación:	proceso mediante el cual se agrega agua a un compuesto en concreto.	Apego a la cantidad en la ingesta de líquidos	Hoja de auto monitoriza ción evaluando 6 semanas.	1: Si apego: cumpliendo igual o mayor al 80% de la forma como ingerir líquidos en

				<p>las seis semanas).</p> <p>2: No apego: cumplimiento o menor o igual al 79% de la forma como ingerir líquidos en las seis semanas.</p>
Ejercicio:	<p>Práctica que sirve para adquirir unos conocimientos o desarrollar una habilidad.</p>	<p>Actividad física a nivel del piso pélvico que se hace para conservar o recuperar la fuerza muscular a este nivel.</p>	<p>Hoja de auto monitorización evaluando 6 semanas.</p>	<p>1: Si apego: cumpliendo igual o mayor al 80% de los ejercicios del piso pélvico en las seis semanas).</p> <p>2: No apego: cumplimiento o menor o igual al 79% de los ejercicios del piso pélvico en las seis semanas.</p>

Durante la exploración se les aplicó test de Oxford para reconocer la gravedad de la deficiencia en la fuerza de la musculatura del piso pélvico.

Previo a la terapia conductual se aplicó un cuestionario de calidad de vida (International Consultation on incontinence Questionnaire-Short Form: ICIQ-SF en su versión española, validado en México en 2003) con la intención de reconocer la afección a la misma y comparar seis semanas después la mejoría en la calidad de vida mediante el mismo test. De igual forma fueron evaluadas la frecuencia de episodios de incontinencia y la cantidad de orina previo y posterior a terapia conductual.

Se realizó vaciado de datos en hoja Excel. Las variables cuantitativas fueron manejadas tal y cual fueron vaciadas, las variables categóricas fueron transformadas a policotómicas y a su vez a variables cuantitativas ordinales para efecto del análisis.

Se realizó un análisis de Kolmogorov-Smirnov para determinar la distribución de las variables cuantitativas; con base a dicha distribución se representan en media y desviación estándar para variables cuantitativas, variables categóricas en porciones y porcentajes, utilizando pruebas paramétricas para el contraste de hipótesis T de Student para contraste de medias en grupos pareados y χ^2 respectivamente. Se consideró un valor significativo de P igual o menor a 0.05 con un IC 95%. El análisis estadístico se realizó con el programa S.P.S.S. versión 20.

Consideraciones éticas:

Todas las pacientes a quienes se administrará tratamiento a base de estrógenos locales de origen equino firmaron un consentimiento informado donde se explicaron los beneficios y posibles complicaciones de este. No se realizó la administración de tratamiento a aquellas pacientes que no lo desearon. Estas bases están contenidas en la declaración de Helsinki, Código de Nuremberg y el Deber ser de Kant.

Declaración de Helsinki: Promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la consciencia del médico han de subordinarse al cumplir de ese deber. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, solo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico terapéutico. Cuando la investigación médica combina a atención, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación, Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben

ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos Código de Nuremberg: Código Internacional de Ética para la investigación en seres humanos. De esta forma se inicia formalmente a la ética de la investigación en seres humanos, orientada a impedir toda repetición, por parte de los médicos y los investigadores en general, de violaciones a los derechos y al bienestar de las personas. El sujeto de experimentación debe dar un consentimiento voluntario debe conservar su libertad poder de auto conservación permanentemente. El experimento debe ser necesario, preparado correctamente, con riesgos muy bajos de producir daño, invalidez o muerte. El investigador debe ser calificado, para no producir daño y poder suspender el experimento en caso de peligro. El Deber ser de Kant: ni en el mundo, ni, en general, tampoco fuera del mundo, es posible pensar nada que pueda considerarse como bueno sin restricción, a no ser tan sólo de una buena voluntad Obra sólo según una máxima tal que puedas querer al mismo tiempo que se torne en ley universal". Obra como si la máxima de acción hubiera de convertirse por tu voluntad en ley universal de la naturaleza". Obra de tal manera que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin y nunca como un medio".

Medidas de seguridad para los sujetos de estudio:

-De acuerdo al artículo 17 del reglamento de la ley general en salud, en materia de investigación para la salud, en su título segundo de los aspectos éticos de la investigación de los seres humanos, capítulo I, disposiciones comunes. Confidencialidad, anonimato, privacidad de datos, en capítulo 21.

Etapas del estudio:

Se identificó en la consulta externa a las pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria (que cumplieron los criterios de selección).

Realizamos exploración física dirigida, aplicando escala de Oxford (siendo solo evaluado el aspecto de esta escala por únicamente el investigador para estandarizar la fuerza).

Aplicamos cuestionarios para determinar la percepción sobre la calidad de vida

Iniciamos manejo con terapia conductual

Seguimiento en 6 semanas por consulta externa de ginecología

Se aplicó segundo cuestionario sobre la percepción sobre la calidad de vida (posterior a la terapia conductual).

En hoja de recolección de datos se integró la información de cada paciente

Generamos un análisis estadístico.

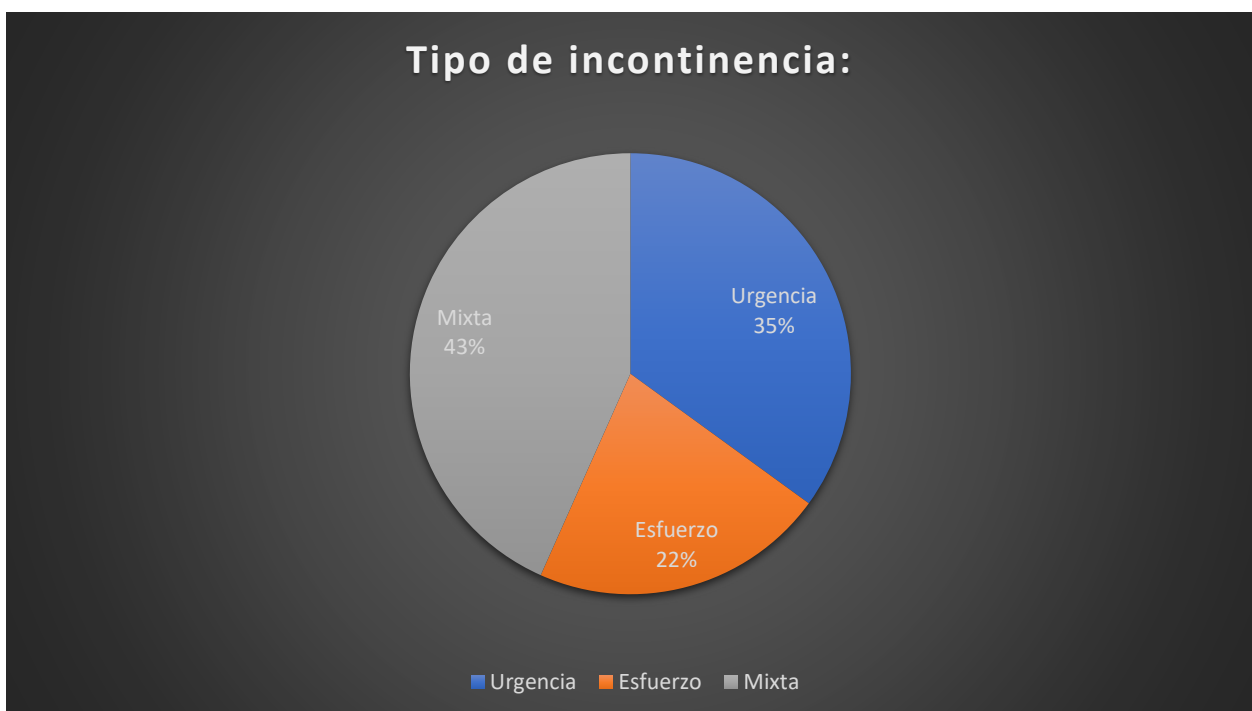
Recursos:

- Expediente electrónico
- Cuestionarios de calidad de vida (International Consultation on incontinence Questionnaire-Short Form: ICIQ-SF en su versión española, validado en México en 2003).
- Tiempo de consulta externa
- Financiamiento interno.

Resultados:

En el análisis descriptivo, se estudiaron 60 mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria, en su mayoría OXFORD 2, 23 pacientes (38.3%), que hace referencia a una contracción débil. El 43.4% (26 pacientes) se debía a una incontinencia urinaria mixta.

Grafica 1:



Se evaluó los episodios de incontinencia urinaria previa a terapia, observando en su mayoría: “varias veces al día” en 38.3%, así como la cantidad de orina en cada uno de los episodios, referidos por el paciente de forma subjetiva siendo el 55% una cantidad moderada. De la misma manera se evaluó la afección a la calidad de vida objetiva obteniendo una media de 6.63 (\pm 2.194). Tabla 1.

Tabla 1	
VARIABLES	N (%) M (DE)
Gestas	3 (1 – 9)
Partos	2 (0-7)
Abortos	1 (0-6)
Cesárea	1 (1-3)
Tipo de incontinencia	
Mixta	26 (43.3 %)
Urgencia	21 (35 %)
Esfuerzo	13 (21.7%)
Frecuencia de episodios de incontinencia urinaria previa a tratamiento	
Nunca	0
2 a 3 veces a la semana	7 (11.7 %)
1 vez al día	20 (33.3 %)
Varias Veces al día	23 (38.3%)
Continuamente	10 (16.7 %)
OXFORD	
1	7 (11.7%)
2	23 (38.3%)

3	21 (35%)
4	9 (15%)
Cantidad de Orina antes de Tratamiento	
Muy poca	14 (23.3%)
Moderada	33 (55 %)
Mucha	13 (21.7%)
Afección a calidad de vida antes tratamiento	6.63 (± 2.194)

Seis semanas posteriores a la terapia conductual se volvieron a evaluar dichas variables identificando una mejoría de la frecuencia de episodios a: “1 vez a la semana” en 35%, así como mejoría en la cantidad de orina en cada episodio referido por el paciente a: “muy poca” en 58.3%; incluso el 5% refirió casi imperceptible. El test de afección a la calidad de vida demostró una mejoría a una media de 3.58 (± 2.708). Tabla 2.

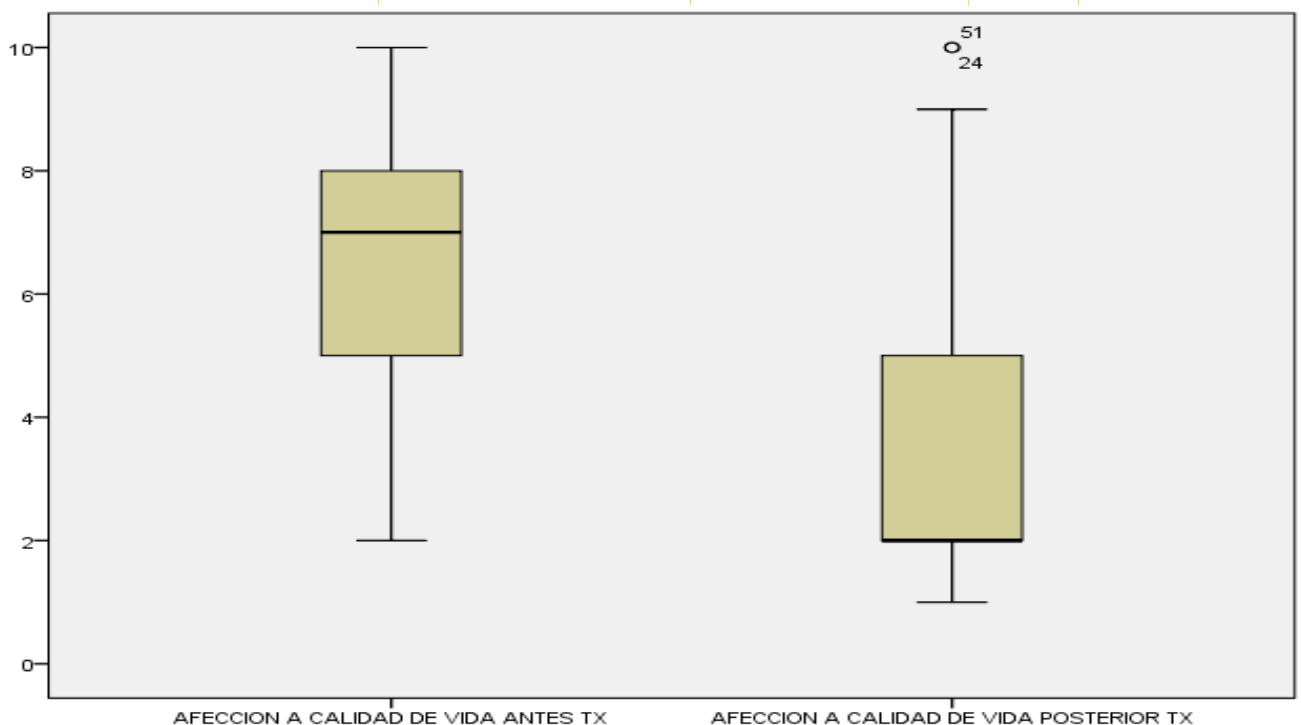
Tabla 2		
Variabales	N (%)	M (DE)
Frecuencia de episodios de incontinencia postratamiento		
Nunca		
1 vez a la semana	1	
2 a 3 veces a la semana	21 (35%)	
1 vez al día	15 (25 %)	
Varias Veces al día	10 (16.7 %)	
Continuamente	10 (16.7 %)	
	3 (5%)	
Cantidad de Orina postratamiento		
Ninguna		
Muy poca	3 (5%)	
Moderada	35 (58.3%)	
Mucha	13 (21.7 %)	

	9 (15%)
Afección a calidad de vida post- tratamiento	3.58 (\pm 2.708)

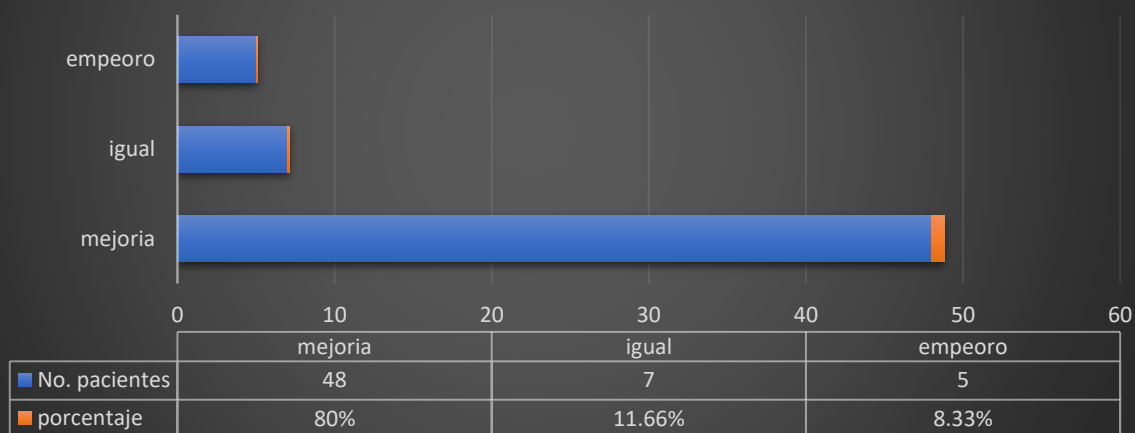
Al realizar el contraste de hipótesis de dos grupos pareados con T de Student, el grupo uno antes del tratamiento y grupo dos posterior al tratamiento, podemos obtener una diferencia significativa en la mejoría de la calidad de con la terapia conductual, con una $p=0.000$ (IC 95% -2.402 a 3.698). Tabla 3, Figura 1, Grafica 2:

Tabla 3

	Grupo 1 Antes del tratamiento	Grupo 2 Después del tratamiento	P	IC 95%
Afección a calidad de vida	6.63 (\pm 2.194)	3.58 (\pm 2.708)	0.000	-2.402 a 3.698



Percepción de la calidad de vida posterior a terapia conductual.



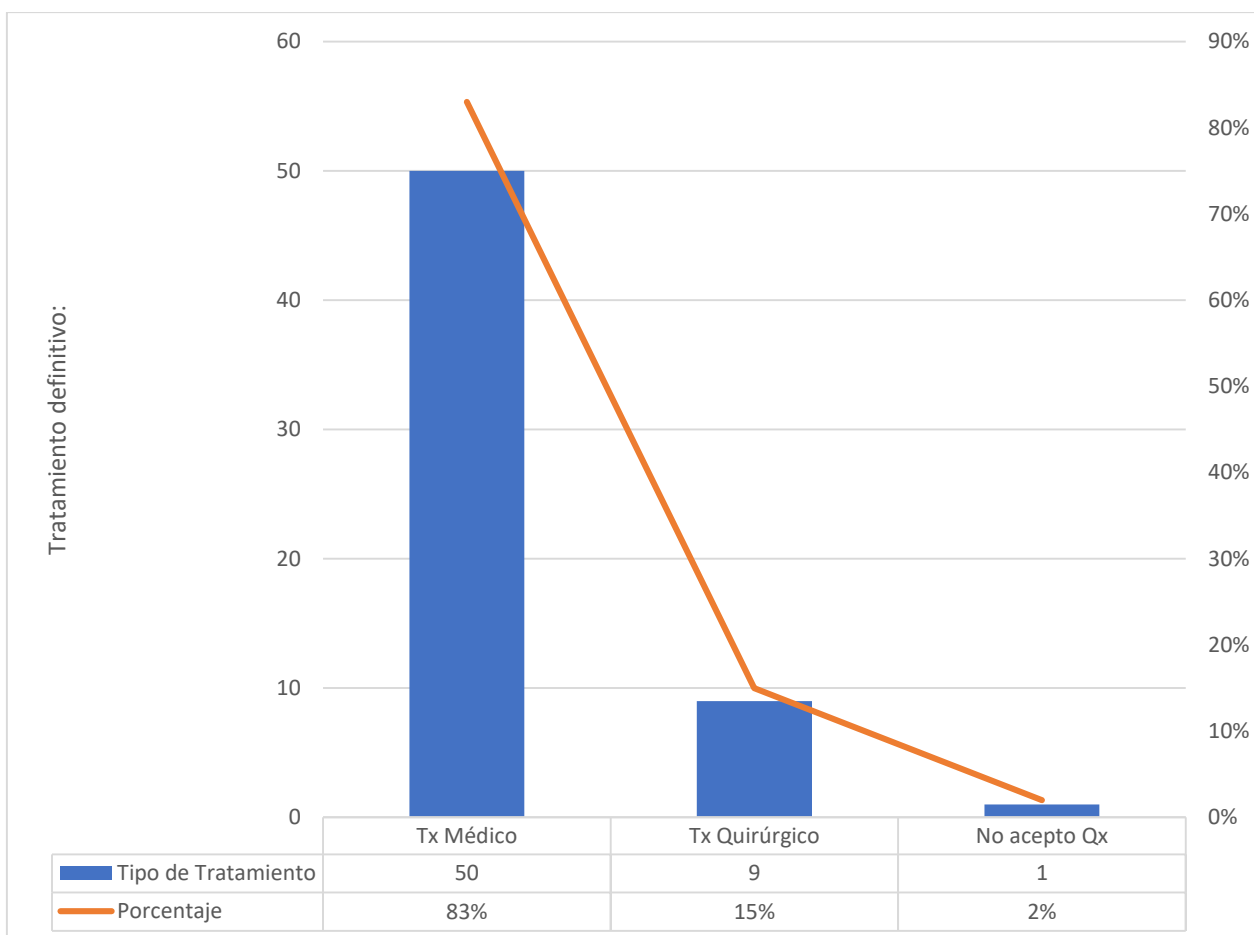
Al comparar las proporciones entre dos grupos pareados para la frecuencia de episodios de incontinencia y cantidad de orina, podemos observar diferencias significativas en ambas variables ($p=0.000$). Por lo que interpretamos que la terapia conductual disminuye la frecuencia de episodios, así como la cantidad de orina en cada uno de ellos, lo que es directamente proporcional a mejoría en la calidad de vida. Tabla 4.

Tabla 4

	Grupo 1 Antes del tratamiento	Grupo 2 Después del tratamiento	P
Frecuencia de pérdida de orina			
Nunca	0	1	
1 vez a la semana	0	21 (35%)	
2 a 3 veces a la semana	7 (11.7 %)	15 (25 %)	0.000

1 vez al día	20 (33.3 %)	10 (16.7%)	
Varias Veces al día	23 (38.3%)	10 (16.7 %)	
Continuamente	10 (16.7 %)	3 (5%)	
Cantidad de orina			
Ninguna	0	3 (5%)	0.000
Muy poca	14 (23.3%)	35 (58.3%)	
Moderada	33 (55 %)	13 (21.7 %)	
Mucha	13 (21.7%)	9 (15%)	

Al finalizar el tratamiento a base de terapia conductual y de acuerdo a la sintomatología, así como una valoración individualizada se otorgó el continuar con manejo conservador a base de terapia conductual en un 83% de las pacientes, tratamiento quirúrgico en un 15%, y con oferta del tratamiento quirúrgico pero sin ser aceptado, deseando continuar con manejo conservador en un 2%.



Discusión:

Existen avances importantes respecto al conocimiento de la fisiopatología, los métodos diagnósticos, y los tratamientos relacionados con la incontinencia urinaria, sin embargo se ha dejado a un lado el impacto que se tiene acerca de la calidad de vida en las pacientes que la padecen, a su vez dicha patología es infra diagnosticada por varias razones: baja expresión de la demanda referida por las pacientes (no se acercan al personal de salud por la inseguridad que esto les ocasiona), poca atención de los profesionales de la salud para buscar activamente los síntomas y problemas que ocasiona el padecer la enfermedad en una consulta de rutina, así como una derivación excesiva al especialista (ginecólogos).

La IU tiene graves repercusiones sociales y psicológicas, deteriora la calidad de vida, limita la autonomía personal, predispone para una mayor morbilidad y mortalidad y provoca un enorme gasto en el presupuesto sanitario. Las consecuencias y complicaciones de esta enfermedad, si no se tratan adecuadamente, deterioran significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce la autoestima, incluyendo aislamiento social y depresión.

Es fundamental la participación de forma conjunta del personal de salud: enfermeras, médicos familiares, y especialistas en ginecología, para partir de un adecuado diagnóstico basado en la historia clínica, exploración física, y envié al servicio de urología ginecología para la realización de estudios especializados si así lo requiere la paciente (urodinamia), con una comunicación fluida y clara.

El presente estudio fue realizado en atención a 60 pacientes, con diagnóstico de incontinencia urinaria, ya sea de esfuerzo pura, de urgencia pura, o mixta, en donde la prevalencia fue acentuada en aquellas con afección mixta (43.3%), posteriormente la de urgencia (35%), y finalmente de esfuerzo (21.6%), el motivo del número pequeño de pacientes estudiadas fue por el poco cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, siendo la población de Petróleos Mexicanos una población longeva en la que predominan patologías neurodegenerativas, y lo que se buscaba era demostrar el efecto de la terapia conductual sin verse afectada por comorbilidades relacionadas con la fisiopatología de la enfermedad, con un rango de edad en el grupo de estudio de 32 a 83 años.

La presente investigación estudió la relación de dos variables de forma fundamental: Incontinencia urinaria y calidad de vida, observando en su mayoría las pérdidas de orina referidas previo al tratamiento otorgado a base de terapia conductual y ejercicios de piso pélvico de: “varias veces al día” en 38.3%, así como la cantidad de orina moderada en el 55% en cada uno de los episodios. En cuanto a las dimensiones de Incontinencia Urinaria se tiene que el 38.3% refiere pérdidas de orina “varias veces al día”, 33.3% opina que se presenta “1 vez al día”, 16.7% informa que la pérdida es continua, y finalmente 11.7% que las pérdidas son 2-3 veces a la semana, previo a tratamiento a base de terapia conductual. Al comparar dichas dimensiones de la patología llevando a cabo el manejo a base de la terapia conductual por 6 semanas, se encontró una mejoría significativa, identificando una mejoría de la frecuencia de episodios a: “1 vez a la semana” en 35%, “2-3 veces a la semana” en 25%, “1 vez al día” 16.7%, “varias veces al día” 16.7%, y continuamente en un 5%, así como mejoría en la cantidad de orina en cada episodio referido por el paciente a: “muy poca” en 58.3%; incluso el 5% refirió casi imperceptible. En las pacientes que no se presentó mejoría, siendo individualizando cada caso, con estudios complementarios se optó por manejo quirúrgico (15%), 1.6% se ofertó tratamiento quirúrgico sin aceptarlo, y el 83.3% permaneció en manejo médico debido a que presentaron mejoría en la intensidad de la incontinencia urinaria tanto en frecuencia como en cantidad, haciéndose válida la hipótesis propuesta en este estudio.

Respecto a la segunda variable **Calidad de vida**; se presentó una media de 6.63 (\pm 2.194) desviaciones estándar, valores de referencia del 1 al 10 de acuerdo al cuestionario aplicado, y al relacionar las dos variables se encontró que si existe relación entre las dos variables de estudio es decir que si la mujer presenta IU está afectara a su bienestar personal, social y familiar, al relacionar IU con comportamiento de evitación y limitación de la conducta los estadísticos demostraron que, si existe relación significativa con una media de 3.58 (\pm 2.708) desviaciones estándar posterior al tratamiento a base de terapia, valor de P: 0.000, intervalo de confianza del 95%:-2.402 a 3.698. Con una percepción de mejoría de calidad de vida posterior a tratamiento a base de terapia conductual en el 80% de las pacientes sometidas al estudio, con una percepción igual de la calidad de vida antes y después de la terapia en un 11.6%, y con una percepción de empeorar a pesar del manejo a base de terapia conductual en la calidad de vida del 8.33%.

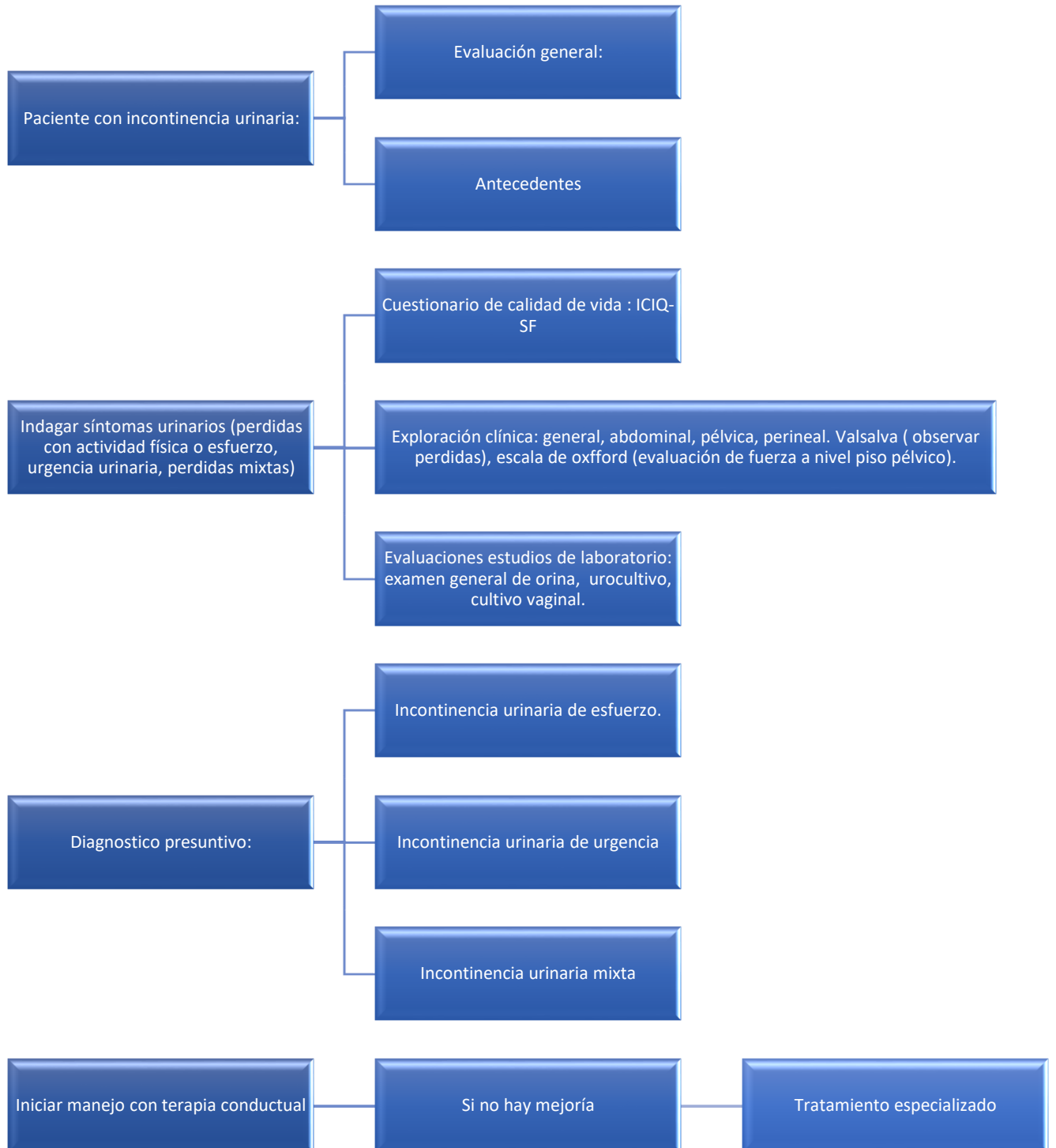
Conclusiones:

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, reentrenamiento vesical y rehabilitación de músculos del piso pélvico, sin embargo el optar por un tratamiento conservador de primera intención (terapia conductual por 6 semanas) en pacientes con incontinencia urinaria evidencia una mejoría de forma significativa respecto la disminución de los síntomas que acompañan a la enfermedad (frecuencia y cantidad de pérdidas urinarias) y en consecuencia la percepción de la calidad de vida, con tendencia a la mejoría. Obteniendo beneficios tanto para el paciente como para la institución, optando por manejos conservadores disminuimos los riesgos a los que podría someterse un paciente al que se propone tratamiento quirúrgico de primera intención, disminuimos los riesgos de trabajo, el número de días de incapacidades, con mejoría en la autonomía de nuestras pacientes.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
RECOLECCION DE DATOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA				
PROCESAMIENTO DE DATOS				
ANÁLISIS ESTADÍSTICO				
INTERPRETACIÓN DE DATOS OBTENIDOS				
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS				

Diagrama de flujo:



Anexos:

Anexo: 1

Tabla 1: Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

Nº Inicial	ICIQ-SF (versión española)	Fecha de hoy Día/Mes/Año
<p>Mucha gente pierde orina en un momento determinado. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta que punto les preocupa esta situación. Le estaríamos muy agradecidos si contestase a las siguientes preguntas, pensando en cómo se ha encontrado en las últimas cuatro semanas.</p>		
<hr/>		
1. Por favor, escriba la fecha de su nacimiento	Día/ mes/ Año	
<hr/>		
2. Usted es	Mujer/Varón	
<hr/>		
3. ¿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		
<hr/>		
4. Nos gustaría saber 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		
<hr/>		
5. ¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria?		
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Nada Mucho		
<hr/>		
6. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pase a Ud.		
<ul style="list-style-type: none">• Nunca• Antes de llegar al servicio• 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		
<hr/>		
Muchas gracias por contestar estas preguntas.		
<hr/>		
Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 3+4+5. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero.		
<hr/>		

Anexo 2:

ESCALA DE OXFORD:

Valoración de la capacidad contráctil de los músculos del Suelo Pélvico

ESCALA DE OXFORD PARA LA VALORACIÓN DE LA CONTRACTIBILIDAD DE LA MUSCULATURA DEL SUELO PÉLVICO (Laycok 2002)	
0/5	Ausencia de contracción.
1/5	Contracción muy débil.
2/5	Contracción débil.
3/5	Contracción moderada, con tensión y mantenida.
4/5	Contracción buena. Mantenimiento de la tensión con resistencia.
5/5	Contracción fuerte. Mantenimiento de la tensión con fuerte resistencia.

Anexo 3:

TERAPIA CONDUCTUAL Y EJERCICIOS DEL PISO PELVICO: HOJA PARA PACIENTE.

1.-Alimentacion; No deberá consumir los siguientes alimentos: café, refrescos en general, pero principalmente los de cola, té, chocolate, fresa, apio, cítricos en jugo o en fruta como: piña, naranja, limón, toronja, guayaba, tamarindo, Jamaica. Semillas: nuez, almendra, piñón, cacahuete, pepitas. Alimentos condimentados. No consumir alcohol. No consumir tabaco.

2: Forma de tomar agua: Tomar un vaso de agua (200 ml), cada 2 a 3 horas, suspender cualquier ingesta de líquidos 2 horas antes de dormir. En caso de tomar medicamentos por la noche, tomarlos con un trago de agua (50 ml aproximadamente). No beber más de 1500 mililitros al día, esto incluyen alimentos como: sopas, caldos, leche, atoles etc.

3: orinar cada 2 a 3 horas, tenga o no tenga el deseo.

4: ejercicios del piso pélvico:

Tipos de ejercicios que puede realizar:

Opción 1 de ejercicio: Con una pelota anti estrés (esponja de aproximadamente 10 centímetros), colocarla en medio de las dos rodillas y hacer presión.

Opción 2 de ejercicio: deberá identificar los músculos de la pelvis que debe trabajar, para ello la primera vez acudirá a orinar y frenará el chorro de orina, y relaje. Esta presión que hace para frenar el chorro de orina es el ejercicio que deberá realizar, pudiéndolo realizar mientras lee un libro, ve la tv, conduce, o realiza sus actividades cotidianas.

Frecuencia: intercalar duración del ejercicio.

Contracciones cortas (3 segundos)

Contracciones largas (5 segundos)

50 veces por la mañana

50 veces por la tarde

50 veces por la noche

5: medidas generales:

Mantener peso adecuado, evitando sobrepeso u obesidad.

Evitar cargar, empujar, levantar objetos de más de 5 kilogramos de peso.

***** En caso de dudas sobre alguna parte de esta terapia favor de comunicarlo a su médico tratante para una orientación más específica.

****Es de gran importancia llevar a cabo de manera precisa estas medidas, ya que son parte del tratamiento de su enfermedad.

Anexo 4:

AUTOMONITOREO DEL PACIENTE:

Para ayudar a un mejor apego y control sobre la terapia conductual deberá colocar una (X) a las indicaciones que ha llevado a cabo en cada semana de tratamiento, en caso de no realizar dicha indicación favor de dejarlo en blanco.

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
Dieta						
Ingesta de líquidos						
orina						
Ejercicios del piso pélvico						
Medidas generales						

Bibliografía:

- Abrams, p., cardozo, l., fall, m., griffiths, d., rosier, p., ulmsten, u., ... wein, a. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation. Sub-committee of the international continence society. American journal of obstetrics and gynecology, 1(187), 116–126
- Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. Nice 2019. All rights reserved. Subject to notice of rights (<https://www.nice.org.uk/terms-andconditions#notice-of-rights>). Last updated june 2019
- Amostegui azkúe, j. M., ferri morales, a., lillo, c., & serra, m. (2004). Incontinencia urinaria y otras lesiones del suelo pelviano: etiología y estrategias de prevención. Revista médica universidad navarra, 4, 18–31. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2014.05.008>
- Aston-miller, j. A., & delancey, j. O. (2015). Functional anatomy of the female pelvic floor. In k. Bo, b. Berghmans, s. Morkved, & m. Van kampen (eds.), evidence-based physical therapy for the pelvic floor. Croydon: elsevir.
- Detección, diagnóstico y tratamiento inicial de incontinencia urinaria en la mujer, méxico: secretaria de salud; 2009. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>.
- Hillary cj, osman n, chapple c. Considerations in the modern management of stress urinary incontinence resulting from intrinsic sphincter deficiency. World j urol. 2015;33:1251–1256.
- Joachim w. Thu"roff a, *, paul abrams b , karl-erik andersson c , walter artibani d , christopher r. Chapple e , marcus j. Drake b , christian hampel a , andreas neisius

a , annette schroöder a , andrea tubaro f. (november 24, 2010). Eau guidelines on urinary incontinence. *European urology*, 59, 387-400.

- Thomas tm, plymat kr, blannin j, meade tw. Prevalence of urinary incontinence. *Bmj* 1980;281(6250):1243–1245
- Hunskaar s, burgio k, diokno ac, herzog ar, hjalmas k, lapitan mc. Epidemiology and natural history of urinary incontinence (ui). En: *incontinence* 2nd edition. Abrams p, cardozo l, khoury s, wein a (eds). Chp 3, pp. 165-202. Plymbridge distributors ltd., united kingdom 2002. 5. Dugan e, roberts cp, cohen sj, presisser js, davis cc, bland dr et al. Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians. *J am geriatr soc* 2001; 49: 462-465. 6. Espuña pons m. Incontinencia de orina en la mujer. *Med clin (barc)* 2003; 120: 464-472.
- Ko y, lin sj, salmon jw, bron ms. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *Am j manag care*. 2005;11(4suppl):s103-11
- hannestad ys, rortveit g, sandvik h, et al. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the norwegian epincont study. Epidemiology of incontinence in the county of nord-trondelag. *J clin epidemiol* 2000;53:1150-7
- Phillips b, ball c, sackett d, badenoch d, straus s, haynes b, et al. Oxford centre for evidence-based medicine levels of evidence (march 2009). Centre for evidence based medicine web site. Disponible en: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>.
- Agarwal a, et al. What is the most bothersome lower urinary tract symptom? Individual- and population-level perspectives for both men and women. *Eur urol*. 2014;65:1211–1217. [[pmc free article](#)][[pubmed](#)]

- World health organization. International statistical classification of diseases and related health problems. Who; 2010. (10th revision). http://www.who.int/classifications/icd/icd10volume2_en_2010.pdf.
- Stewart wf, et al. Urinary incontinence incidence: quantitative meta-analysis of factors that explain variation. *J urol*. 2014;191:996–1002. [[pubmed](#)]
- Wagg a, et al. Urinary incontinence in frail elderly persons: report from the 5th international consultation on incontinence. *Neurourol urodyn*. 2014;34:398–406. [[pubmed](#)]
- Bettez m, et al. 2012 update: guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the canadian urological association. *Can urol assoc j*. 2012;6:354–363. [[pmc free article](#)][[pubmed](#)]
- Huang aj. Nonsurgical treatments for urinary incontinence in women. *Jama intern med*. 2013;173:1463–1464. [[pubmed](#)]
- drake mj, et al. Efficacy and safety of mirabegron add-on therapy to solifenacin in incontinent overactive bladder patients with an inadequate response to initial 4-week solifenacin monotherapy: a randomised double-blind multicentre phase 3b study (beside) *eur urol*. 2016;70:136–145. [[pubmed](#)]
- Fatton b, de tayrac r, costa p. Stress urinary incontinence and luts in women — effects on sexual function. *Nat rev urol*. 2014;11:565–578. [[pubmed](#)]
- Coyne ks, thompson cl, lai j-s, sexton cc. An overactive bladder symptom and health-related quality of life short-form: validation of the oab-q sf. *Neurourol urodyn*. 2015;34:255–263. [[pubmed](#)]