



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCION DE FORMACION, ACTUALIZACION MEDICA E
INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**MEJORIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO QUE RECIBIERON
UNICAMENTE TRATAMIENTO CON TERAPIA CONDUCTUAL EN LA
CONSULTA DE UROLOGIA GINECOLOGICA EN HOSPITAL
GENERALDE TLAHUAC**

TRABAJO DE INVESTIGACION: SERVICIOS DE SALUD

**PRESENTADO POR:
LARIZZA MAYTE MARTINEZ JARERO**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.**

**DIRECTOR DE LA TESIS:
DRA LUCRECIA GARCIA HERNANDEZ.**



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.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



**MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENES CON
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO QUE RECIBIERON
UNICAMENTE TRATAMIENTO CON TERAPIA CONDUCTUAL EN LA
CONSULTA DE UROLOGIA GINECOLOGICA EN HOSPITAL
GENERAL TLAHUAC**

**PRESENTADO POR:
LARIZZA MAYTE MARTINEZ JARERO**

**VO. BO.
DR. JESUS RAYMUNDO GONZALEZ DELMOTTE.**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**VO. BO.
DRA. LILIA ELENA MONROY RAMIREZ DE ARELLANO**

**DIRECTORA DE FORMACION, ACTUALIZACION MEDICA E
INVESTIGACION
SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO.**



SECRETARIA DE SALUD DE LA
CIUDAD DE MEXICO
DIRECCION DE FORMACION,
ACTUALIZACION MEDICA E
INVESTIGACION



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



**VO. BO.
DRA LUCRECIA GARCIA HERNANDEZ.**

**DIRECTOR DE TESIS.
JEFA DE SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL TLAHUAC**

AGRADECIMIENTOS.

A mi tutora Dra. Lucrecia García Hernández sin usted y sus virtudes, su paciencia y constancia este trabajo no lo hubiese logrado tan fácil. Sus consejos fueron siempre útiles. Usted formó parte importante de esta historia con sus aportes profesionales que lo caracterizan. Muchas gracias por sus múltiples palabras de aliento, cuando más las necesite; por estar allí cuando mis horas de trabajo se hacían confusas. Gracias por sus orientaciones”

A mis padres “Ustedes han sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio. Siempre han sido mis mejores guías de vida. Hoy cuando concluyo mis estudios, les dedico a ustedes este logro como una meta más conquistada. Orgullosa de haberlos elegido mis padres y que estén a mi lado en este momento tan importante. Gracias por ser quienes son y por creer en mí”

A mis compañeros: “Mis amigos y compañeros de viaje, hoy culminan esta maravillosa aventura y no puedo dejar de recordar cuantas tardes y horas de trabajo nos juntamos a lo largo de nuestra formación. Hoy nos toca cerrar un capítulo maravilloso en esta historia de vida y no puedo dejar de agradecerles por su apoyo y constancia, al estar en las horas más difíciles, por compartir horas de estudio. En especial a mi amigo y colega Cesar Ron 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. Gracias por estar siempre allí.”

A mis maestros y tutores médicos que se encuentran en mi sede hospitalaria así como en las diversas rotaciones que tuve en lo largo de este camino, en Hospital General Tlahuac, Hospital regional General Iztapalapa, Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc, Hospital Materno Infantil Inguarán, Hospital General Ticoman, Hospital General Belisario Domínguez, me ayudaron a obtener los conocimientos y destrezas que un ginecólogo necesita, a todos ustedes gracias totales.

Gracias a todos.

INDICE

	Resumen.	0
I.	Introducción	1
II.	Marco teórico y antecedentes	3
III.	Planteamiento del problema que incluya pregunta de investigación	13
IV.	Justificación	14
V.	Hipótesis	15
VI.	Objetivo general	15
VII.	Objetivos específicos	15
VIII.	Metodología	16
	8.1 Material y Metodos	16
	8.2 Universo de trabajo	16
	8.3 Criterios de inclusión	16
	8.4 Criterios de exclusión	16
	8.5 Variables	17
	8.6 Mediciones e instrumentos de medición	19
	8.7 Medidas de seguridad para los sujetos del estudio	20
	8.8 Etapas del estudio	20
	8.9 Recursos	20
IX.	Implicaciones éticas	21
X.	Resultados	22
XI.	Análisis de resultados	22
XII.	Discusión	33
XIII.	Conclusiones	35
XIV.	Anexos.	36
	14.1 Cuestionario ICQSF	36
XV.	Bibliografía	37

I. RESUMEN

Objetivo: Evaluar la mejoría en la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo que recibieron únicamente tratamiento con terapia conductual en la consulta de urología ginecológica en Hospital General de Tlahuac.

Metodología: Se trata de un estudio experimental, retrospectivo, en donde se seleccionaron mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria, las cuales fueron tratadas con terapia conductual en consulta externa a la cual se realizará el cuestionario ICQ-SF para valorar su calidad de vida en el Hospital General de Tlahuac en un periodo comprendido de dos años.

Resultados: Aplicando un método de análisis y síntesis así como descriptivo, se estudiaron y analizaron 52 casos con manejo conductual con incontinencia urinaria de esfuerzo en el año 2019 – 2021, obtenido de Base de datos del expediente electrónico SAMIH – CLINIC, con el fin de aplicar cuestionarios para determinar la percepción sobre la calidad de vida ICQSF interrogando acerca de su calidad de vida previa al inicio de la terapia conductual y posterior a la misma.

Como ya se mencionó el instrumento utilizado fue el de un cuestionario cerrado que se mostró anteriormente, con base a esto se realizaron diversas Graficas cuantitativas y comparativas que nos mostraran de forma rápida y explicita los resultados obtenidos.

Para comprender mejor los resultados se mostrarán los datos que se obtuvieron de los mismos pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo que son tratados con o a través de terapia conductual. Estos datos son los que consideramos como variables independientes, pero de referencia en el estudio presentado

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 en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo evidencia una mejoría de forma significativa respecto la disminución de los síntomas que acompañan a la enfermedad (frecuencia y cantidad de perdidas 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.

I. INTRODUCCION.

La incontinencia urinaria tiene como consecuencia un notable impacto negativo en la calidad de vida, que produce una estigmatización y modificación del comportamiento social, perjuicios económicos, diversas enfermedades e inestabilidad psicológica. En todo el mundo la incontinencia urinaria constituye un problema médico que impacta a las mujeres y que a su vez se refleja en su vida 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.⁽²⁾ 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, debido a la vergüenza, al tabú o al desconocimiento de la existencia de posibles tratamientos, solo una minoría de las mujeres que padecen algún tipo de incontinencia buscan ayuda profesional, en la práctica diaria las pacientes consultan cuando la pérdida de orina les provoca algún problema de índole mental, físico o con su entorno social, la organización mundial de la salud (OMS) define a la salud no solo como ausencia de enfermedad, sino también el buen estado físico, mental, emocional y social, según la Sociedad internacional de continencia ISC la incontinencia urinaria representa un problema higiénico y psicosocial que afecta la calidad de vida de las pacientes en un 20% teniendo como recomendación otorgar énfasis en la calidad de vida al momento de evaluar los tratamientos otorgados a pacientes con dicha patología. Existen instrumentos específicos que permiten la evaluación del impacto de incontinencia sobre la esfera global y social en poblaciones diferentes.⁽¹⁾ 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.

Definiciones:

La Sociedad Internacional de Continencia (SIC) definió a la incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de orina.⁽⁵⁾ En la población general demuestran que se trata de un problema más frecuente en la mujer que en el varón. Aproximadamente entre el 9 y el 72% de las mujeres son incontinentes. El carácter vergonzante que tiene este trastorno para las mujeres afectadas hace que aproximadamente sólo el 35% de las pacientes con incontinencia urinaria grave busque ayuda médica.⁽¹⁾

De acuerdo con la definición del consejo mexicano de ginecología y obstetricia (COMEGO) se define como la pérdida involuntaria de orina que se origina con los esfuerzos como toser o estornudar.⁽⁸⁾

La 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.⁽⁸⁾

Deficiencia esfinteriana	Falla los mecanismos de sujeción de la uretra, que desciende de su correcta posición anatómica.
Hipermovilidad uretral	Existe una insuficiente coaptación de las paredes uretrales.

De acuerdo a la Guía de Práctica clínica Mexicana NOM 978 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 evidencian urodinámica de procesos patológicos relevantes).⁽⁶⁾

II. MARCO TEORICO

ANTECEDENTES.

La incontinencia urinaria de esfuerzo ya se ve reflejada en escritos sumerios (*año 2000 a.c.*).. *“Si la orina de una mujer gotea de forma constantes y es incapaz de controlarla su vejiga se hincha y se llena de aire y el conducto de la orina se llena de ampollas.”* Desde la antigüedad también se conoce que el funcionamiento de la vejiga esta influenciado por el sistema nervioso. Galeno (130-210 a de C), médico de origen griego pero que trabajó en Roma, expresó unas teorías que tuvieron gran influencia durante nada menos que los quince siglos posteriores. Llevó a cabo experimentos en animales, demostrando que la sección de la médula espinal en éstos produce, no sólo parálisis de los miembros, sino también disfunción vesical. Mariano Santo (1488-), en su obra «1)e Libellus aureus de lapide a vesica per incisionem extrahendo» (1522), ya describe la incontinencia urinaria yatrogenia como consecuencia de la operación. Uno de los pioneros en la medición de la presión intravesical en animales vivos fue Rudolph Heidenhain (1837-1897), profesor (le fisiología en Breslau. Con una técnica similar, a finales de 1850, L. Rossenthal y G. Wittich midieron en cadáveres la presión vesical requerida para abrir la uretra proximal y el esfínter externo. Estas fueron las primeras mediciones de presión realizadas en la vejiga humana.⁽¹¹⁾

Desde que se postuló que la continencia de la orina resultaba del equilibrio entre la tonicidad vesical y la del aparato esfinteriano, se adquirió la certeza de que, en gran parte de los casos, la incontinencia era más el resultado de la hipertonia del músculo vesical que de una insuficiencia del esfínter. Este concepto, observado ya tiempo atrás, no fue expresado de forma clara hasta 1894 en la tesis de Genouville, que sugería, en todos los casos de «distonia vesical» que hoy se denomina inestabilidad. Se entiende por incontinencia urinaria de esfuerzo la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, provocada por el aumento de la presión intraabdominal (y por tanto intravesical) que supera la presión intrauretral de cierre, sin intervenir la contracción del detrusor. Hasta hace unas décadas, el diagnóstico de esta entidad se basaba casi exclusivamente en la historia clínica, sin encontrar alteración anatómica subyacente alguna. Por aquel entonces no se pensaba que pudieran existir variaciones individuales dentro de la configuración anormal de la anatomía uretra-vesical y, menos aún, se podía sospechar que dichas diferencias pudieran influir en la elección de la técnica quirúrgica y en sus resultados. La idea de que la elevación de la uretra posterior soluciona el problema de la incontinencia de esfuerzo fue puesta en práctica por Bonney (1923) y más tarde por Furniss (1925) y Williams (1947), pero no se popularizó hasta después de que Marshall-Marchetti-Krantz publicaron su técnica en 1949. A mediados de siglo, también se propuso por Kegel (1951) la realización de ciertos ejercicios que sirven para fortalecer los músculos del suelo pelviano (sobre todo los pubocoxígeos) y corregir la incontinencia de esfuerzo femenina; puesto que en la fisiopatología de la incontinencia urinaria de esfuerzo la alteración de la musculatura de la pelvis ocupa un papel primordial, parece más que razonable que una de las bases de su tratamiento sea actuar sobre estos

músculos, fortaleciéndolos mediante un adecuado entrenamiento de los mismos. Numerosos consultorios de incontinencia se abrieron desde principios de los años 50. Los pacientes, atendidos por personal especializado, podían medir sus progresos con un dinamómetro.⁽¹¹⁾

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 Iván 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.⁽¹⁾

EPIDEMIOLOGIA

Aproximadamente entre el 9 y el 72% de las mujeres son incontinentes. Este margen tan sumamente amplio se justifica a partir de las distintas definiciones de incontinencia urinaria utilizadas en los diferentes estudios, los cuales difieren también en la frecuencia de episodios considerada, la gravedad, el grado de molestia, el tipo de incontinencia estudiado, la población diana, el medio de recogida de datos, etc.⁽⁵⁾

Buena parte de los estudios se realizan mediante cuestionarios autoadministrados por las propias pacientes, lo que supone que los datos obtenidos de este modo tienen un grado de subjetividad bastante importante. Otro de los factores que explica esta disparidad es precisamente el carácter crónico dinámico del proceso, el cual se instaura lentamente, pero puede desaparecer durante un tiempo para establecerse posteriormente de forma definitiva. Finalmente, el carácter vergonzante que tiene este trastorno para las mujeres afectadas hace que aproximadamente sólo el 35% de las pacientes con incontinencia urinaria grave busque ayuda médica.⁽¹⁾

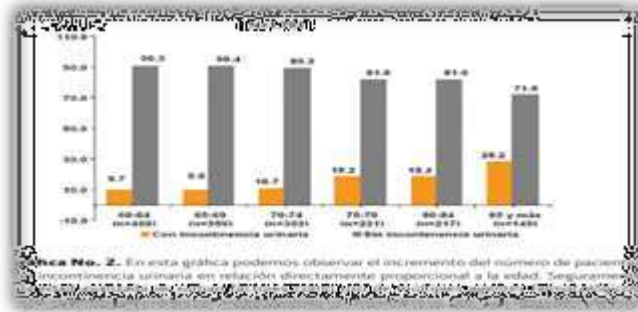
La prevalencia de incontinencia urinaria en la mujer es del doble respecto al varón. La debilidad del suelo pélvico es la responsable.

En la mujer, la incontinencia urinaria presenta dos picos de incidencia: entre los 45 y los 54 años (30%) A partir de los 60, especialmente entre los 75 y los 84 años (40%).⁽¹⁾

Incidencia en México de 15 a 30% (pocos datos reportados). Prevalencia de 27.8 % en mujeres entre 15 y 85 años, 46.5% en mujeres de 20 y 80 años de edad. La prevalencia

de la IU es de 13.6%, siendo más alta en las mujeres con relación a los varones, (15.3% vs 9.9%) Sin embargo, es conocido que su prevalencia se incrementa en relación con los años de vida, por lo que la edad avanzada es un factor de riesgo para el desarrollo de la misma.(1)

A nivel mundial, la incontinencia urinaria de esfuerzo afecta el 17–45% de mujeres adultas, el 10-20% de los casos corresponden a la incontinencia de esfuerzo. El porcentaje de mujeres incontinentes con incontinencia urinaria de esfuerzo alcanza un pico máximo alrededor de la quinta década (rango: 28% a 65%) y luego declina a partir de la sexta década. (1) 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 incontinencia urinaria, siendo las mujeres con síntomas leves las que menos consultan. (6)



La incontinencia urinaria de esfuerzo 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 siendo más común en mujeres ancianas. (5)

50% < 75 años Pico máximo: 50 años (28-65 %) >60 años: 40-48%, mujeres multíparas >3 partos (66%), obesidad aumento de riesgo 3:1 con aumento del 50% (8)

La incontinencia urinaria de esfuerzo es el tipo de incontinencia urinaria más frecuente en las mujeres, y su prevalencia se sitúa en el 40-50%, según los estudios. La incontinencia de esfuerzo no se asocia a deseo miccional, ni a una sensación previa al escape; la pérdida de orina puede oscilar entre unas gotas o incluso un chorro, dependiendo del grado de alteración y de la intensidad del esfuerzo.

Entre sus factores de riesgos más importantes:

- 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. ⁽⁸⁾
- 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. ⁽⁸⁾
- 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. Numerosos autores consideran como más probable que el deterioro en estas edades se relacione más con la disminución del tono muscular que con la deficiencia de estrógenos presente en esta etapa; para otros, esta deficiencia sí es importante como factor etiológico, ya que los estrógenos tienen una acción trófica sobre la mucosa uretral y el plexo vascular submucoso. ⁽⁸⁾
- 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. ⁽⁸⁾
- 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. ⁽⁸⁾
- 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). ⁽⁸⁾
- Factores uro ginecológicos: los prolapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, la debilidad de los músculos del suelo pelviano, la cirugía uro

ginecológica previa, el estreñimiento, las cistitis y otras infecciones del tracto urinario son los factores uro ginecológicos 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, peroparece que existen agentes irritantes como el alcohol, el chocolate, etc. que empeoran la sintomatología de incontinencia urinaria. ⁽⁸⁾

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:

- Vesicales:
 - Hiperactividad del detrusor: Inestabilidad vesical, vejiga hiperreflexia; 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 arreflexia. ⁽⁸⁾
- Esfinterianas:
 - Hiper movilidad Uretral: Este término denota la debilidad del piso pélvico. La hiper movilidad se encuentra con frecuencia en mujeres que no presentan incontinencia, por lo cual, la simple evidencia de hiper movilidad 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. ⁽⁸⁾

COMPONENTES DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Hipermovilidad uretral: La incontinencia urinaria de esfuerzo genuina suele relacionarse con pérdida de sostén de la porción anterior de la vagina con hipermovilidad uretral resultante. Los síntomas frecuentes son la pérdida de orina con el esfuerzo físico, como levantar algún objeto pesado, toser, estornudar, reír o hacer ejercicio. Por el hecho de que la incontinencia de esfuerzo es frecuente en atletas nulíparas y paracaidistas, mujeres expuestas a un esfuerzo físico extraordinario, es claro que el mecanismo de continencia femenino tiene límites funcionales inclusive en un estado de "recién salido de fábrica". Aunque casi todas las mujeres que buscan tratamiento por disfunción del piso pélvico esperan reiniciar actividades específicas que han sido alteradas por la disfunción, esto no tiene un fundamento real, dependiendo de la intensidad de dichas actividades. La combinación de incontinencia urinaria de esfuerzo genuina con cistocele leve a moderado o hipermovilidad de la uretra tiene poca especificidad para el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo genuina; el síntoma de pérdida de orina con los esfuerzos tiene apenas 44% de sensibilidad y 82% de especificidad para el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo genuina ⁽³⁾.

Deficiencia intrínseca del esfínter: Lesión del mecanismo esfinteriano intrínseco de la uretra con disminución de la resistencia uretral, pérdida urinaria generalmente mediante mínimos esfuerzos o en reposo. Puede coexistir o no con la hipermovilidad uretral. Antecedentes de mielodisplasias, lesiones neurológicas, radioterapia, traumatismo uretral o relato de insucesos quirúrgicos previos, se relacionan frecuentemente con la deficiencia intrínseca del esfínter. Al examen clínico la uretra se puede presentar rígida y fibrótica debido a cirugías anteriores, o asociada a vaginitis atrófica en pacientes posmenopáusicas. ⁽³⁾

CLASIFICACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. (BLAIVAS)

Tipo 0: Hay síntomas de IUE pero ésta no se demuestra durante el examen físico ni durante el estudio urodinámico. La base vesical permanece por encima del pubis con y sin la maniobra de Valsalva (no hay celes). ⁽⁴⁾

Tipo I: Hay síntomas de IUE y se demuestra al examen físico y urodinámico. La base vesical permanece por encima del pubis con y sin Valsalva. Hay leve hipermovilidad uretral. Generalmente se presenta con altos volúmenes y grandes esfuerzos. ⁽⁴⁾

Tipo II A: Hay síntomas de IUE y se demuestra al examen físico y urodinámico. La base vesical permanece por encima del pubis en reposo, pero desciende con Valsalva. La hipermovilidad uretral es evidente con el esfuerzo. ⁽⁴⁾

Tipo II B: Hay síntomas de IUE y se demuestra en el examen físico y urodinámico. La base vesical se encuentra por debajo del pubis en reposo y desciende aún más con el

esfuerzo. La mala posición de la unión vesicoureteral es evidente desde el reposo. Hay hipermovilidad uretral evidente con el esfuerzo. ⁽⁴⁾

Tipo III: Hay síntomas de incontinencia urinaria permanente, diurna y nocturna, con mínimo esfuerzo. Generalmente hay antecedentes de cirugías previas antincontinencia o trastornos neurológicos concomitantes. La uretra suele estar fija y no haber movilidad uretral significativa. ⁽⁴⁾

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA:

Tiene por objetivo determinar la causa de la incontinencia, el tiempo de duración, en que grado interfiere con las actividades de la paciente y su estilo de vida, la existencia de condiciones médicas o quirúrgicas predisponentes, la realización de tratamientos médicos o quirúrgicos previos y sus resultados, el grado de relajación del piso pélvico y otras condiciones asociadas. ⁽⁴⁾

Para lograr los objetivos propuestos, el clínico debe basarse en una historia clínica completa y en los hallazgos del examen físico y de los estudios paraclínicos, que de acuerdo con la evaluación inicial se encuentren indicados ⁽⁴⁾.

Los métodos básicos disponibles en todos los niveles asistenciales para el correcto diagnóstico de la Incontinencia urinaria de esfuerzo 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. En cualquier caso, el proceso diagnóstico debe iniciarse con una historia clínica exhaustiva, que ayudará a realizar una presunción diagnóstica bastante certera. Para la historia clínica se tienen en cuenta aspectos tales como la severidad de la incontinencia (número de protectores que cambia al día), los eventos asociados a la pérdida de orina como el esfuerzo (la tos, ejercicio, risa, actividades normales como hablar, caminar). Es necesario realizar también una exploración física que debe incluir: examen general, exploración abdominal focalizada a nivel del hipogastrio, valoración de la sensibilidad perianal y de los reflejos lumbosacros y exploración ginecológica.⁽²⁾

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, entre los factores que deben evaluarse están la fuerza, duración, desplazamiento y repetibilidad. ⁽²⁾

VALORACIÓN FÍSICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA

- Sensibilidad y motricidad: Deben evaluarse todos los dermatomas de las extremidades inferiores los cuales me indicarán qué raíces sacras o lumbares están comprometidas en la sensibilidad del área. Los trastornos de la marcha, asimetría facial, temblores, mala coordinación o dificultad del lenguaje, permiten sospechar la existencia de patología neurológica. Se evalúan tono y fuerza muscular, los reflejos patelar, aquiliano, bulbocavernoso y perianal. ⁽²⁾
- Examen vaginal: en posición de litotomía con vejiga semillena se inspecciona el introito, se valora el nivel de estrógenos, se evalúa el grado de descenso del piso pélvico y se le dice a la paciente que puje con el objeto de reproducir la incontinencia. Se explora la uretra para ver la existencia de carúncula uretral (eversión de la mucosa), estrechez del meato, se palpa para descartar la presencia de divertículos, quistes y abscesos. ⁽²⁾
- Prueba del hisopo o q-tip: debe valorarse la movilidad de la uretra. Aunque la hipermovilidad de la uretra no es diagnóstica de incontinencia urinaria de esfuerzo, es raro que exista esta incontinencia sin ella. La pérdida de orina durante los esfuerzos sin hipermovilidad sugiere deficiencia intrínseca del esfínter. Con la paciente en posición de litotomía se mide la hipermovilidad de la uretra mediante la colocación de un aplicador con punta de algodón lubricado estéril (hisopo) en la uretra hasta el nivel de la unión uretrovesical. Al efectuar la maniobra de valsalva, hará que la cola del aplicador describa un arco de 0 a 30 grados desde el nivel horizontal si es de las más continentes, y de 30 a 60 grados si experimenta incontinencia de esfuerzo. Se puede medir el arco con un transportador o con un goniómetro o simplemente se estima cuando el examinador es experimentado. Las pacientes con prueba negativa son las que producen un arco de menos de 30 grados y deben someterse a pruebas urodinámicas ulteriores. ⁽⁴⁾
- Prueba de esfuerzo: con la paciente en posición de litotomía o de pie y con la vejiga llena se le pide que realice un esfuerzo y se observa si hay salida o fugas de orina a través del meato uretral. La mujer con incontinencia de esfuerzo debe perder de inmediato orina, pero sólo como un chorro breve pequeño o como unas cuantas gotas (prueba de esfuerzo positiva). La pérdida retrasada o la prolongada más allá del esfuerzo inmediato (prueba no concluyente) debe hacer que el examinador piense en incontinencia que no es de esfuerzo. Si no pierde orina (prueba negativa) se puede repetir con la vejiga llena y la paciente de pie haciendo un esfuerzo para inducir la pérdida. Las pacientes que pierden orina simplemente al bajarse de la mesa de exploración tienden más a sufrir presión uretral baja. Este dato es una indicación para efectuar pruebas urodinámicas. ⁽²⁾

- Prueba de Marshall-Bonney: se investiga la pérdida de orina durante los esfuerzos mientras ofrece apoyo a la uretra hiper móvil. Inmediatamente después de la prueba de esfuerzo, se utilizan unas pinzas de anillos para elevar la uretra hasta la posición retropúbica. Cada hoja de las pinzas se coloca a cada lado de la uretra, teniendo cuidado de no obstruir ésta, y llevando la uretra hasta el sitio donde se colocarán los puntos durante la uretropexia retropúbica. La paciente se esfuerza y el examinador decide si se retiene orina en ese momento (prueba positiva). El objeto de esta prueba es simular el efecto de la corrección quirúrgica de la hiper movilidad uretral. Se pueden presentar falsos positivos porque se comprime la uretra. Si la prueba no vuelve continente a la paciente en el consultorio, es probable que la cirugía carezca de eficacia. Si el examinador no puede conservar las pinzas de anillos con facilidad en su sitio en la vagina, la intervención estará destinada al fracaso. Por sí misma la prueba no tiene como objetivo establecer el diagnóstico o el plan de tratamiento. Ofrece información adicional para la toma de decisiones.

Puede que sea preciso realizar pruebas complementarias para ayudar al diagnóstico. Estas pruebas deben incluir: urocultivo, laboratorio (glucemia, función renal e iones), ecografía renovesical, evaluación de la orina residual, flujometría, estudio urodinámico y cistoscopia. ⁽²⁾

La evaluación, mediante entrevista, de la gravedad y de las características de la incontinencia orienta el examen físico, al mismo tiempo que sienta la indicación de las pruebas complementarias y ayuda en la decisión del tratamiento a recomendar. ⁽⁴⁾

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA:

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. ⁽⁸⁾

El tratamiento conservador de la Incontinencia urinaria 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 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.

(8)

- 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. (3)
- Ejercicios de Kegel, tienen buen éxito en el tratamiento de la incontinencia urinaria, el prolapso de órganos pélvicos, trastornos de la defecación y dolor pélvico crónico. La mejor manera de comprobar la correcta realización de dichos ejercicios es pedirle a la paciente que trate de comprimir los músculos del piso pélvico como si tratara de no orinar o de evitar la expulsión de gas. El cumplimiento de la paciente es un elemento clave en el programa de rehabilitación. Las contracciones o ejercicios de Kegel deben convertirse en un hábito que se realiza durante toda la vida. Se le pide a la paciente que efectúe una sesión de 10 contracciones musculares y cada una de ellas las sostenga durante 3 a 5 segundos y luego en reposo durante 10 segundos. Cada serie debe repetirse 5 a 6 veces al día distribuidas en forma equitativa. El aumento de fuerza de cada grupo muscular requiere de tiempo y puede no haber cambios notorios antes de seis semanas de rehabilitación. Se anima a la paciente a practicar las contracciones de músculos pélvicos en circunstancias funcionales, como por ejemplo, cuando se pone a tensión el piso pélvico por la tos, estornudos, o cuando se levanta algo pesado. La edad, la fortaleza de los músculos del piso pélvico y el grado leve de la incontinencia urinaria de esfuerzo parecen predecir un buen resultado con los ejercicios de Kegel. Predecir qué mujeres se beneficiarán de un programa de ejercicios de Kegel es difícil, por lo tanto, parece razonable ofrecer tal rehabilitación no quirúrgica a casi todas las pacientes antes de intentar tratamientos más invasivos. Sus principales indicaciones son en los períodos preparto y posparto, incontinencia urinaria tanto de esfuerzo como de urgencia, dolor pélvico crónico en las pacientes con tensión muscular del piso pélvico y en pacientes con prolapso de órganos pélvicos. (3)
- 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. (3)

- 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, cómodas, 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. ⁽³⁾
- 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. ⁽³⁾

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

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 del Hospital General de Tlahuac es cada vez más longeva.

¿Es la terapia conductual de utilidad en el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo como manejo de primera línea en el Hospital General de Tlahuac?

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 General de Tlahuac 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.

IV. JUSTIFICACION

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 Incontinencia urinaria 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 Incontinencia urinaria 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 entre otras), 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.).⁽²⁾

PRÁCTICA CLÍNICA:

- El tratamiento conservador de la Incontinencia urinaria de esfuerzo agrupa diversos procedimientos y es considerado en la actualidad como un elemento esencial en el abordaje terapéutico.⁽⁵⁾
- 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.⁽⁶⁾
- Continencia social, este término se refiere a la “programación” que el paciente lleva a cabo de sus micciones durante el día.
- Ejercicios de Kegel, la principal indicación de los ejercicios de Kegel es el fortalecimiento de los músculos del piso pélvico.

- Reeducción abdominal, su principal indicación es en la incontinencia urinaria de esfuerzo, permite tonificar el complejo “abdomino-pélvico”.
- Modificación ambiental.

ACADÉMICA:

OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

V. HIPOTESIS

El tratamiento únicamente con terapia conductual en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo presenta un 80% de mejoría en la calidad de vida en aquellas que la padecen.

HIPÓTESIS NULA

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

VI. OBJETIVOS: GENERAL

Evaluar la mejoría en la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo que recibieron únicamente tratamiento con terapia conductual en la consulta de urología ginecológica en Hospital General de Tlahuac.

VII. ESPECIFICOS

- Identificar el porcentaje de mejoría de la calidad de vida (cuestionario ICIQ-SF) en el grupo de pacientes con incontinencia urinaria que recibieron 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 de esfuerzo.

VIII. METODOLOGIA

8.1 MATERIAL Y METODOS.

Se trata de un estudio experimental, retrospectivo, en donde se seleccionaron mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria, las cuales fueron tratadas con terapia conductual en consulta externa a la cual se realizará el cuestionario ICQ-SF para valorar su calidad de vida en el Hospital General de Tlahuac en un periodo comprendido de dos años.

8.2 UNIVERSO DE TRABAJO

Se utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia para valorar a las pacientes con Incontinencia urinaria de esfuerzo que fueron tratadas únicamente con terapia conductual que acudieron a la consulta externa de urología ginecológica del Hospital General de Tlahuac, en el periodo comprendido de marzo 2019 a marzo 2021 las cuales cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

8.3 CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Pacientes únicamente tratadas con terapia conductual.
- Pacientes con factores de riesgo (multiparidad, edad, obesidad).

8.4 CRITERIOS DE EXCLUSION

- 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.

8.5 VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición.
Edad cuantitativa numérica continua independiente	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Número de años cumplidos al momento del estudio.	Número de años cumplidos al momento del estudio.	46 – 55 años 56 – 65 años 66 – 75 años.
Calidad de vida cualitativa independiente	Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de cultura del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.	Satisfacción del paciente en sus esferas físicas psicológica, social, laboral, sexual.	Cuestionario del ICQ- SF en escala del 1 al 10	1: Buena calidad de vida 5: regular calidad de vida. 10: mala calidad de vida.
Incontinencia urinaria nominal cualitativa dependiente.	Perdida involuntaria de orina.	Perdida involuntaria de orina referida por el paciente.	Cuestionario del ICQ- SF en escala del 0 al 5	0. Nunca 1. Una vez a la semana. 2. 2-3 veces por semana. 3. Una vez al día 4. Varias veces al día. 5. Continuamente.
Nicturia cuantitativa	Emisión de orina durante la noche.	Episodio de micción	Número de veces que	1.- Nunca 2.- 1- 4 veces.

tiva numérica a escala dependiente.		durante la noche.	reporta la paciente que micción durante la noche.	3.- Mas de 4 veces.
Frecuencia urinaria cuantitativa numérica a escala dependiente.	Numero de micciones en un periodo de tiempo.	Numero de micciones referidas por la paciente.	Frecuencia de micciones al día sin contar episodios nocturnos.	1.- 1-4 veces al día. 2.- 5-10 veces al día. 3.- >10 veces al día.
Terapia conductual Cualitativa Nominal Dicotómica.	Forma de terapia que se basa en los principios del conductismo, y tiene como objetivos reforzar las conductas deseables y eliminar las no deseadas.	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 apego o no apego al tratamiento.	1: Si apego: cumpliendo igual o mayor al 80% de la terapia conductual. 2: No apego: cumplimiento menor o igual al 79% de la terapia conductual.
Fuerza muscular	Capacidad que tiene un músculo para desarrollar fuerza de contracción.	Fuerza a nivel de la musculatura del piso pélvico.	Escala de Oxford, 0 al 5.	0: ausencia 1: contracción muy débil 2: contracción débil. 3: contracción moderada 4: contracción fuerte 5: contracción muy fuerte.
Dieta	Control o regulación de la	Apego a la dieta libre de	Apego a la dieta libre de	1: Si apego: cumpliendo

	cantidad y tipo de alimentos que toma una persona o un animal, generalmente con un fin específico.	irritantes urinarios.	irritantes urinarios llevada desde inicio de terapia conductual.	igual o mayor al 80% desde inicio de tratamiento. 2: No apego: cumplimiento menor o igual al 79% desde inicio de tratamiento.
Hidratación.	Proceso mediante el cual se agrega agua a un compuesto en concreto.	Apego a la cantidad en ingesta de líquidos.	Apego a la ingesta de líquidos desde inicio de terapia conductual.	1: Si apego: cumpliendo mayor al 80% desde inicio de tratamiento. 2: No apego: cumplimiento menor o igual al 79% desde inicio de tratamiento.
Ejercicio.	Práctica que sirve para adquirir un nuevo conocimiento o desarrollar una habilidad.	Actividad física para adquirir fuerza a nivel del piso pélvico.	Apego a la ingesta de líquidos desde inicio de terapia conductual.	1: Si apego: cumpliendo igual o mayor al 80% desde inicio de tratamiento. 2: No apego: cumplimiento menor o igual al 79% desde inicio de tratamiento.

8.6 MEDICIÓN E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Posterior 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) para comparar la mejoría en la calidad de vida posterior a la terapia conductual empleada. 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. Se realizó un análisis 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 respectivamente. Se consideró un valor significativo de P igual o menor a 0.05 con un IC 95%.

8.7 MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LOS SUJETOS DE ESTUDIO

-De acuerdo con el 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.

8.8 ETAPAS DEL ESTUDIO

- Se identificó en la consulta externa a las pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo (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).
- Inicio de manejo con terapia conductual
- Aplicación de cuestionarios para determinar la percepción sobre la calidad de vida.
- En hoja de recolección de datos se integró la información de cada paciente. Generamos un análisis estadístico.

	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
RECOLECCION DE DATOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFIA				
PROCESAMIENTO DE DATOS				
ANÁLISIS ESTADÍSTICO				
INTERPRETACIÓN DE DATOS OBTENIDOS				
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS				

8.9 RECURSOS

- Expediente electrónico SAMIH – CLINIC
- 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.

IX. IMPLICACIONES ETICAS.

Este estudio se apegará a lo señalado por la Declaración de Helsinki y lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación. Se someterá ante el Comité de Ética de Investigación del Hospital General Tlahuac y Hospital Sede Hospital General Enrique Cabrera. Se protegerá la confidencialidad de la información y se recabará consentimiento informado por partes de las pacientes.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Norma Oficial Mexicana NOM012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, Ley General de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados.

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.

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.

X. RESULTADOS.

Aplicando un método de análisis y síntesis así como descriptivo, se estudiaron y analizaron 52 casos con manejo conductual con incontinencia urinaria de esfuerzo en el año 2019 – 2021, obtenido de Base de datos del expediente electrónico SAMIH – CLINIC, con el fin de aplicar cuestionarios para determinar la percepción sobre la calidad de vida ICQSF interrogando acerca de su calidad de vida previa al inicio de la terapia conductual y posterior a la misma.

Como ya se mencionó el instrumento utilizado fue el de un cuestionario cerrado que se mostró anteriormente, con base a esto se realizaron diversas Graficas cuantitativas y comparativas que nos mostraran de forma rápida y explicita los resultados obtenidos.

Para comprender mejor los resultados se mostrarán los datos que se obtuvieron de los mismos pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo que son tratados con o a través de terapia conductual. Estos datos son los que consideramos como variables independientes, pero de referencia en el estudio presentado

XI. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

ANALISIS DE LAS VARIABLES.

VARIABLE: EDAD.

Tipo: cuantitativa numérica continua independiente.



Gráfico 1.- Como se puede observar el porcentaje mayor de pacientes se encuentra en el rango de edad de 56 a 65 años, por lo que se considerara la población de mayor referencia para los análisis posteriores.

VARIABLE: CALIDAD DE VIDA.

Tipo: cualitativa independiente



Gráfico 2.- Como se puede observar la incontinencia urinaria afecta la calidad de vida de las personas que lo padecen, aunque, esta afectación o deterioro no es grave.

VARIABLE: INCONTINENCIA URINARIA

Tipo: nominal cualitativa dependiente.

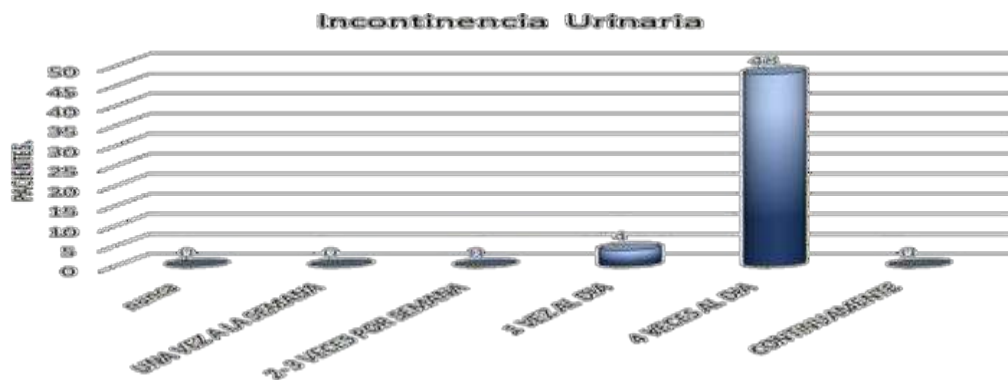


Gráfico 3.- La incontinencia Urinaria, no obstante que los mismos pacientes mencionan no es de afectación grave a su nivel de vida, se observa que se presenta de forma considerable en ellos. Es decir que, pareciera que los pacientes se acostumbran a esta situación, esto es importante de considerar debido a que, los pacientes pueden dejar de atenderse y seguir tratamientos médicos previamente indicados u ordenados.

VARIABLE: NICTURIA

Tipo: cuantitativa numérica escala dependiente.



Gráfico 4.- La mayor parte de los pacientes encuestados mencionaron presentar emisiones nocturnas de orina de forma continua. Si se analiza la gráfica anterior y la relacionamos con ésta, se puede inferir que, si la mayoría de los pacientes menciona tener “durante el día hasta 4 pérdidas de orina y además 4 veces durante la noche, se tendría que, gran parte de los pacientes encuestados presentarían hasta 8 pérdidas urinarias durante las 24 horas del día, lo cual no es congruente con la gráfica siguiente:

VARIABLE: FRECUENCIA URINARIA:

Tipo: cuantitativa numérica escala dependiente.

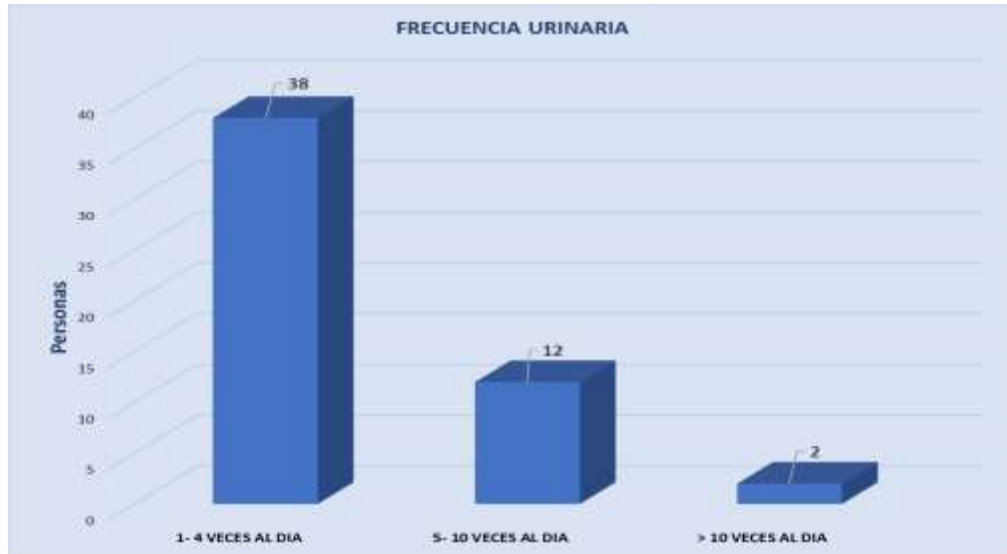


Gráfico 5.- Como se puede ver, más del 50% menciona solo tener perdida de orina hasta 4 veces, por lo que, o las personas no entendieron las preguntas u omitieron información. Estas situaciones complican el tener un resultado confiable en la medida de nuestras variables.

VARIABLE: TERAPIA CONDUCTUAL (APEGO).

Tipo: Cualitativa Nominal



Gráfico 6.- Afortunadamente, los pacientes mencionan cumplir con su tratamiento, lo que, nos permite saber que, el estudio mostrara resultados de personas que si han cumplido con sus tratamientos y con esto saber la efectividad de los mismos.

En el análisis descriptivo, se estudiaron 52 mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, en su mayoría OXFORD 2, 37 pacientes (71.15%), que hace referencia a una contracción débil.

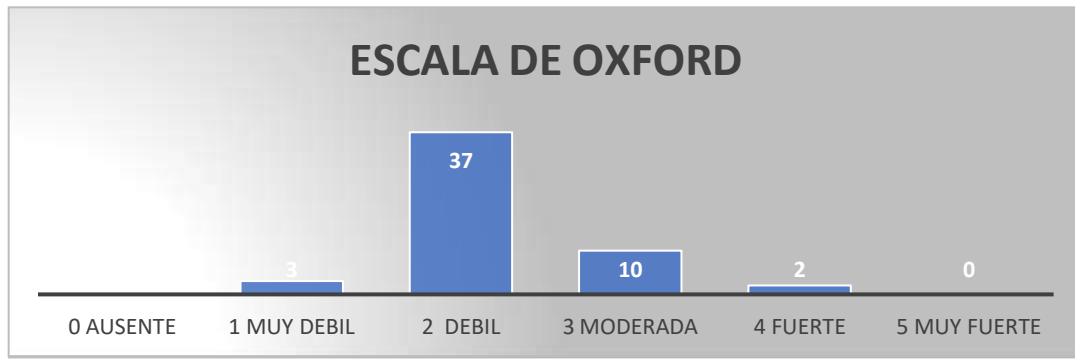


Gráfico 7.- El cual demuestra que de toda la población estudiada 52 personas con incontinencia urinaria de esfuerzo la mayoría de la población presenta contracción débil a la exploración física de los músculos perineales.

VARIABLE: FUERZA MUSCULAR

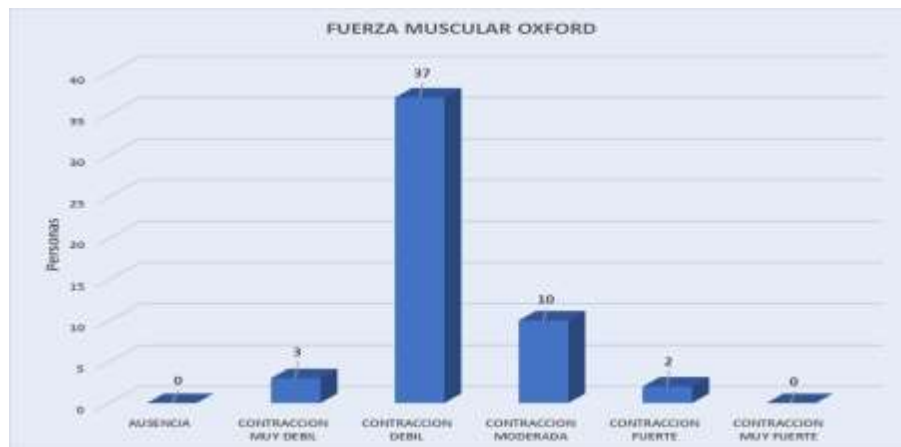


Gráfico 8.- Siendo esta la capacidad que tiene un músculo para desarrollar fuerza de contracción, se observa que ésta capacidad se pierde en la mayor parte de los pacientes no obstante que siguen las indicaciones de sus tratamientos.

VARIABLE: DIETA / HIDRATACIÓN.

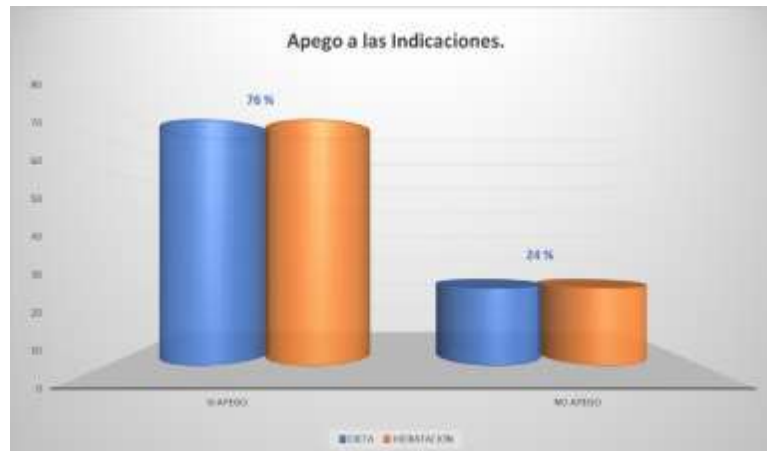


Gráfico 9.- Se observa un alto porcentaje de pacientes que mencionan seguir las dietas establecidas así como tener una buena hidratación. Esto apegado al hecho de que la mayoría menciona seguir su tratamiento nos da la certeza de que el estudio de campo realizado donde se compara un antes y después del tratamiento tendrá una buena base para determinar si el tratamiento es funcional o no y en qué medidas.

ANÁLISIS DE DATOS OBTENIDOS DEL INSTRUMENTO UTILIZADO.
(CUESTIONARIO ICQSF).

En las siguientes graficas podremos analizar los resultados del Cuestionario de pacientes antes de iniciar la Terapia Conductual en relación a los resultados después de haber iniciado la Terapia Conductual.

Primer cuestionamiento:

1.- ¿Con que frecuencia pierde usted orina? (Marque solo una respuesta)

Nunca.....0

Una vez a la semana -----1

2-3 veces a la semana -----2

Una vez al día -----3

Varias veces al día -----4

Continuamente -----5



En la Grafica 10.- se puede visualizar un descenso en el número de veces que al día los pacientes tienen pérdidas de orina, pasando de 7.6% de pacientes con pérdidas una vez al día a 34.6%, en contra parte se ve un descenso considerable en el número de pacientes que presentaban perdidas varias veces al día, pasando un 84% a 53%, más de un 30% presento mejora en su perdida urinaria gracias al tratamiento seguido.

Segundo cuestionamiento:

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

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



Gráfico 11.- Se puede observar claramente que, los pacientes encuestados, tiene la sensación de que sus niveles o cantidad de orina que se les escapa por su padecimiento ha disminuido, al pasar de 76% a 61% en la opción de “muy poca cantidad”.

Tercer cuestionamiento:

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Mucho

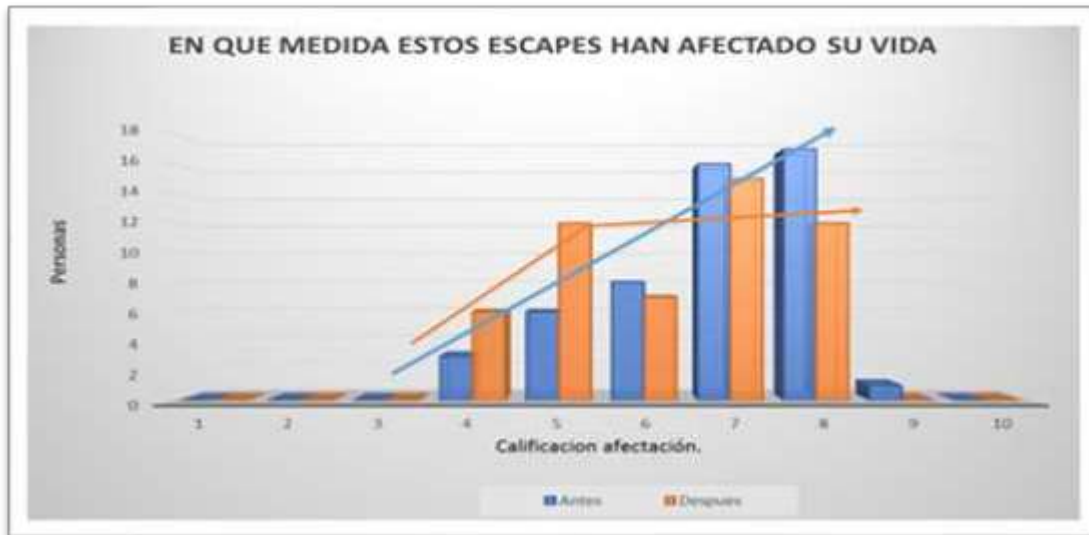


Gráfico 12.- Como se observa en la gráfica, los pacientes que presentaban una afectación en su nivel de vida era alta, pero, una vez que han recibido tratamiento vemos que esa afectacion empieza a disminuir y ya no se presentan calificación de 9 o 10.

Cuarto cuestionamiento:

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

- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Antes de toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos o ejercicios.
- Cuando termina de orina y ya se ha vestido.
- Sin motivo evidente.

- De forma continua.

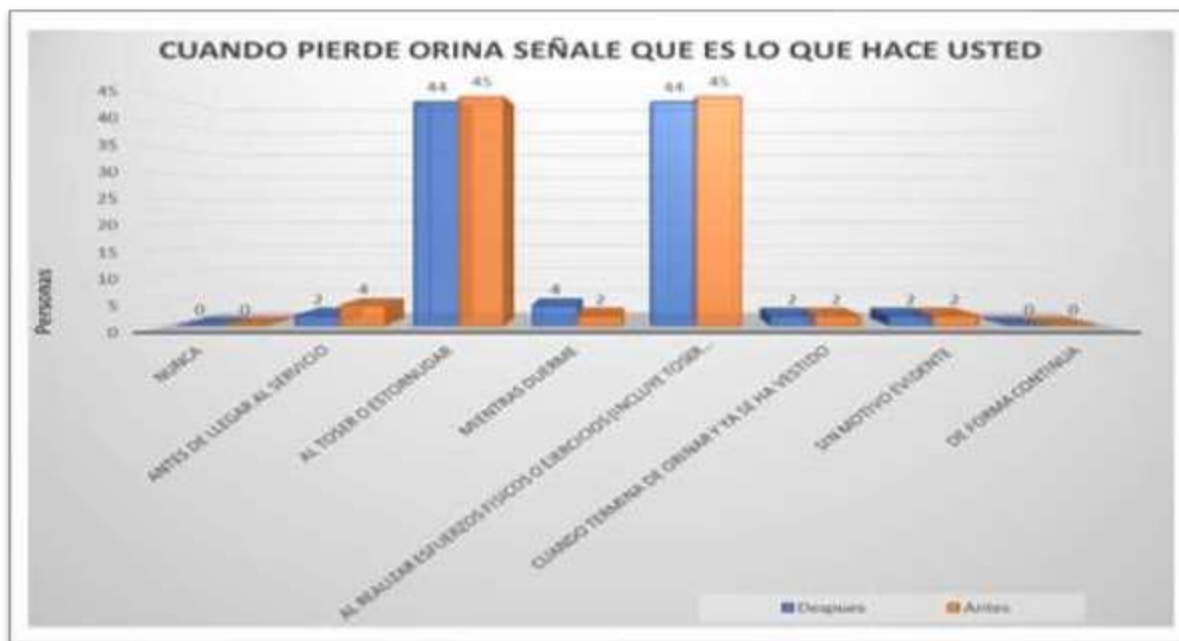
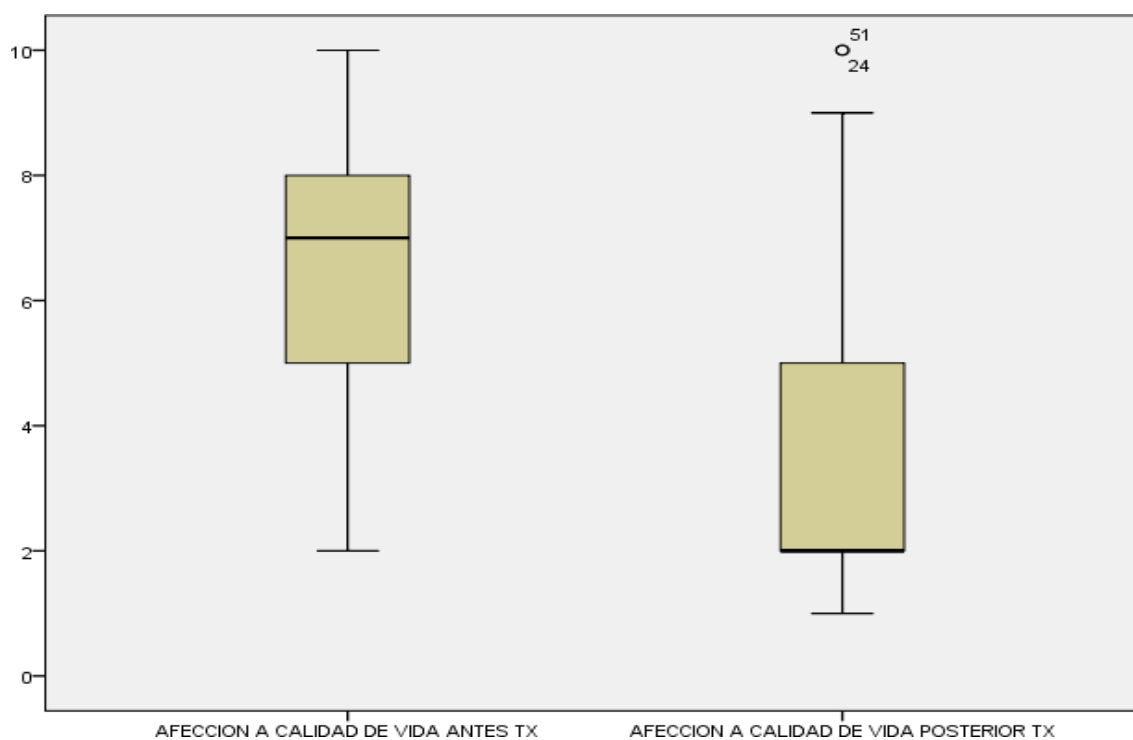


Gráfico 13.- Se observa que la circunstancia que se relaciona con las pérdidas de orina no varían con el tratamiento, por lo que es difícil decir si existe relación directa de las circunstancias con el tratamiento.

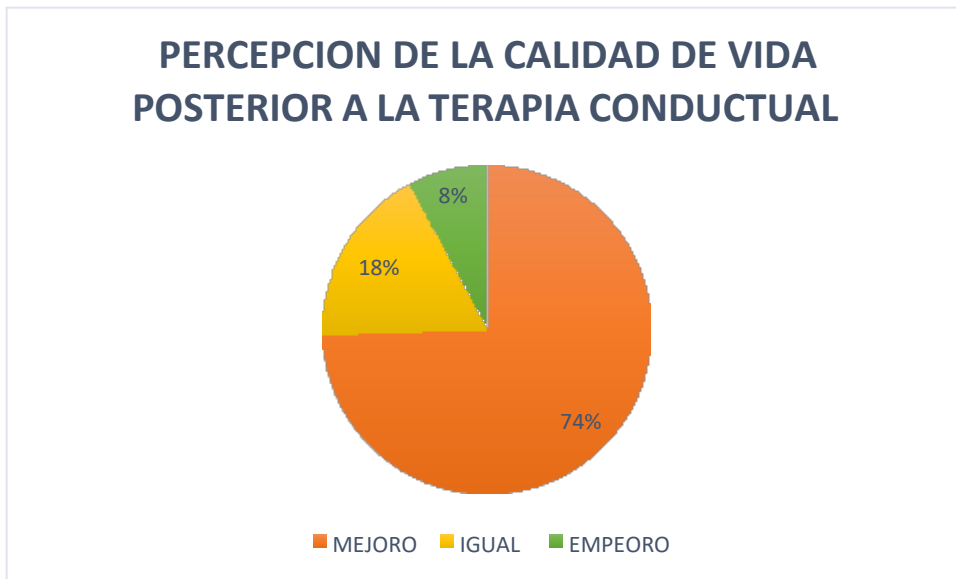
Al realizar el contraste de hipótesis de dos grupos pareados con T de Student, el grupo uno antes del tratamiento y grupo dos posterior al tratamiento, podemos obtener una diferencia significativa en la mejoría de la calidad de con la terapia conductual, con una $p=0.000$ (IC 95% -2.402 a 3.698).

TABLA 1

	Grupo antes del tratamiento	Grupo 2 Después del tratamiento	P	IC 95%
Afección a calidad de la vida	663 (+/- 2.194)	3.58 (+/- 2.708)	0.000	-2.402 a 3.698



-
-



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.

XII. DISCUSION.

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 enviar 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 52 pacientes, con diagnóstico de incontinencia urinaria con diagnóstico de esfuerzo, pacientes únicamente tratadas con terapia conductual y con factores de riesgo (multiparidad, edad, obesidad)., el estudio fue con el objetivo de evaluar la mejoría en la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo que recibieron únicamente tratamiento con terapia conductual en la consulta de urología ginecológica en Hospital General de Tlahuac, con el fin de Identificar el porcentaje de mejoría de la calidad de vida (cuestionario ICIQ-SF) en este grupo de pacientes, de igual forma para mostrar el porcentaje de pacientes que no mejora su calidad de vida con la terapia conductual y que ameritan manejo farmacológico o quirúrgico; una vez teniendo los resultados se podrá saber si es necesario implementar la terapia conductual como manejo de primer nivel en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo o amerita otro tipo de manejo.

El motivo del número pequeño de pacientes estudiadas fue por el poco cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, siendo la población del Hospital General de Tlahuac 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 45 a 76 años.

La presente investigación estudió la relación de algunas variables que sirven como antecedente al estudio, como lo fue la edad, niveles de incontinencia, si estaban en tratamiento o no y si seguían las indicaciones del mismo.

Una vez analizando estas variables independientes (no afectan de forma directa los resultados, pero nos permiten entender los mismos) podemos afirmar lo siguiente, que la mayoría de los pacientes dicen seguir el tratamiento indicado para la Incontinencia Urinaria, y que no obstante las veces al día que pierde orina, no percibe un deterioro considerable en su calidad de vida. Con base a esto iniciamos con el análisis de los datos de obtenidos del Cuestionario y 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: el rubro de "varias veces al día" pasa de un 84% a un 53.8%, es decir que, podemos afirmar que gracias al tratamiento la pérdida de orina el los pacientes disminuye aproximadamente un 36%, situación que, indudablemente por sí misma, es una mejoría en la calidad de vida de los pacientes. De igual forma se pudo apreciar que la percepción de pérdidas de orina por emisión disminuye en comparación a las cantidades que perdían antes del mismo, lo anterior se deduce al observar que, porcentualmente el rubro "Muy Poca cantidad" paso de un 61.5% a un 77% y contrario a esto, el rubro de "Mucha cantidad" disminuyo de un 5.7% a 1.9%. Considerando lo anterior se comprende por qué

la mayoría de los pacientes encuestados menciono sentir una mejoría en su calidad de vida.

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 perdida 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 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, se oferto tratamiento quirúrgico, 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 valida la hipótesis propuesta en este estudio

XIII. 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 en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo evidencia una mejoría de forma significativa respecto la disminución de los síntomas que acompañan a la enfermedad (frecuencia y cantidad de perdidas 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.

XIV. ANEXOS

Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida.
Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3.
Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

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

- Nunca0
- Una vez a la semana 1
- 2-3 veces/semana 2
- Una vez al día 3
- Varias veces al día 4
- Continuamente5

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

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

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

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

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

- 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.

XV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Abrams, p., cardozo, l., fall, m., griffiths, d., rosier, p., ulmsten, u., ... wein, a. 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
- 2.- 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
- 3.- 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>
- 4.- 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.
- 5.- Detección, Diagnóstico y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria de la Sociedad Internacional de Incontinencia.
- 6.- 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](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)
- 7.- 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.
- 8.- CONFEDERACION AMERICANA DE UROGINECOLOGIA, PAULO PALMA, HUGO DAVILA EDITORES.
- 9.- Incontinencia urinaria. Agustín Franco de Castro, Luis Peri Cusí, Antonio Alcaraz Asensio. Servicio de Urología, ICNU, Hospital Clínic I Provincial de Barcelona
- 10.- Evaluación de mujeres con incontinencia urinaria. Emily S Lukacz, MD, MAS. Noviembre 2018. Uptodate.
- 11.- Estudio urodinamico. Mauricio Plata Salazara,* y Lynda Torres Castellanos Urol Colomb. 2016; 23(2) :128-139