



11226
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION** 78
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**
UNIDAD ACADEMICA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
"SAN RAFAEL" ISSSTE ZONA NORTE

**FRECUENCIA DE INCONTINENCIA
URINARIA EN EL ADULTO MAYOR**

T E S I S

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

PRESENTA:

DR. JUAN DOMINGO LULE SANCHEZ

ASESOR:

DR. JOSE CASTRO CANTE



ISSSTE

MEXICO, D.F.

~~1996~~

71001



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 AUTONOMA DE
MEXICO**



FACULTAD DE MEDICINA



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.**

**UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
"SAN RAFAEL" ISSSTE ZONA NORTE.**

**FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA
EN EL ADULTO MAYOR.**

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

DR. JUAN DOMINGO LULE SANCHEZ.



MÉXICO, D.F. 1996.

FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN EL ADULTO MAYOR.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JUAN DOMINGO LULE SÁNCHEZ.


AUTORIZACIONES



~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



~~DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA~~
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



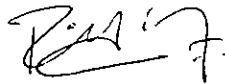
~~DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES~~
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN EL ADULTO MAYOR.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JUAN DOMINGO LULE SÁNCHEZ.



DR. FELIPE RAMIREZ ALVA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL ISSSTE
EN C.M.F., SAN RAFAEL.



DR. JOSE CASTRO CANTE
ASESOR DE TESIS.

I. S. S. T. E.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
17 AGO. 2000
V. B.



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I S S T E

**Saber envejecer es la mayor de las sabidurias
Y uno de los más grandes capítulos en el gran arte de vivir.
(En este oficio todos somos aprendices)**

Henri Frederic Amiel

INDICE

Marco Teórico.....	pags. 1-9
Planteamiento del problema.....	10
Justificación.....	11
Objetivos.....	12
Hipótesis.....	13
Metodología.....	14-16
Resultados.....	17-33
Discusión.....	34-35
Conclusiones.....	36
Bibliografía.....	37-39
Anexos.....	40

MARCO TEÓRICO.

La Incontinencia Urinaria se define de acuerdo a la Internacional Continence Society como "una condición mediante la cual se produce pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable, produciendo problemas Sociales o Higiénicos para el individuo". (1), (2).

La Incontinencia es un trastorno heterogéneo, con una gravedad que varía desde los episodios ocasionales de goteo de pequeñas cantidades de orina hasta la Incontinencia Urinaria continua acompañada de Incontinencia Fecal concomitante. (4), (6).

La Incontinencia Urinaria puede constituir un motivo de ingreso en Instituciones Especializadas, y es un factor contribuyente de las Úlceras por decúbito y la depresión. (5), (19).

El trastorno guarda estrecha relación con medidas higiénicas generales y con las enfermedades crónicas: por ejemplo Neurológicas, Respiratorias, Genitourinarias y Gastrointestinales. (3), (6).

La Incontinencia es uno de los principales problemas médicos en los ancianos, se conoce poco y suele omitirse, ya que muchas personas creen que el envejecimiento por sí mismo produce Incontinencia Urinaria y una gran mayoría no refiere a su médico la pérdida involuntaria de orina. (1), (2), (4).

Es frecuente observar una actitud de secretismo, regresión o aislamiento. Por otra parte las molestias tan desagradables de la Incontinencia y las alteraciones psicológicas que inducen en los cuidadores, especialmente si son del sexo opuesto, explica por que la Incontinencia puede contribuir al abuso de los ancianos. (2), (8).

Preocupa aún más el hecho de que el 50 al 58% de los médicos no realizan siquiera una valoración diagnóstica mínima cuando se les refiere el problema. Para proporcionar información precisa y cambiar estos puntos de vista erróneos. (3), (10).

Teniendo en cuenta que la Incontinencia Urinaria es una técnica adquirida y que cuando desaparece puede readquirirse en alguna medida, por tal motivo es necesario detectar las situaciones frecuentes de Incontinencia Transitoria, debido a que algunas intervenciones pueden provocar que el problema se perpetúe. (2), (4).

Además requiere de alivio inmediato, por tal situación es necesario descartar siempre todos los factores predisponentes y precipitantes con el fin de controlar la situación y mejorar la continencia futura. (2), (4), (12).

Son necesarios programas de Educación Sanitaria, dirigidos tanto a la población general como a los médicos considerando las numerosas modalidades terapéuticas disponibles en la actualidad, ya que todo anciano con Incontinencia Urinaria ha de tener la oportunidad de conseguir que se corrija o, al menos controle este trastorno. (1), (3), (12).

La Incontinencia Urinaria contribuye de una manera insidiosa al retraimiento, la inmovilidad y la dependencia de muchas personas mayores. (2), (14).

EPIDEMIOLOGIA:

Se estima que hasta el 20% de las personas de edad que viven en la comunidad y hasta un 75% de las que residen en Instituciones sufren Incontinencia Urinaria. (1), (2), (10).

La Incontinencia Urinaria supone una pérdida del control de la micción. Se piensa que el 30 al 50% de los casos de Incontinencia son Transitorios, lo que supone un factor esencial para el diagnóstico y tratamiento. (2), (16).

La prevalencia aumenta en las personas más dependientes hasta un 75% de las personas ingresadas en centros de cuidados crónicos sufren Incontinencia Urinaria, estas cifras disminuyen hasta un 40% en las personas Hospitalizadas y hasta un 20% en aquellas que viven en la comunidad. (2), (6), (10), (20).

El índice de Incontinencia que se presenta cada semana o con mayor frecuencia suele ser del 4 al 6% entre las personas mayores que viven en la comunidad. (Moide, 1986, Herzog Fultz, 1990). (2), (6), (21).

Tomado de Morris, 1986 y Ouslander 1982, la frecuencia de Incontinencia Urinaria en personas de edad que viven en la comunidad se estima que hasta un 6% la padecen y aumenta hasta un 60%, en personas que residen en asilos y hasta un 75% en personas que se encuentran en hospitales de agudos. (1), (4), (6).

ANATOMIA Y FISILOGIA:

En la micción normal la continencia requiere que la parte distal del conducto urinario funciona en forma efectiva, que haya un funcionamiento cognitivo y físico adecuado, y que exista motivación y un ambiente adecuado. (1), (2), (4), (5).

Durante la micción, el esfínter se relaja tras el aumento de la presión intravesical producido por la contracción de la vejiga y se cierra inmediatamente después que la vejiga se ha vaciado. (1), (2), (3).

Entre la columna vertebral y la vejiga se generan continuamente impulsos medulares de contracción refleja las señales inhibitorias constantes del encéfalo normalmente impiden que estos impulsos de contracción determinen una contracción real de la vejiga. (3). Sin embargo, en los ancianos con Insuficiencia Cerebral Progresiva u otras lesiones encefálicas, la pérdida de estas señales inhibitorias, permiten que ocurra la contracción vesical y el escape de orina. (1), (3), (4), (7).

La Inervación Colinérgica Parasimpática de la vejiga se origina en S-2 a S-4, determina la contracción vesical. La Inervación Simpática de la vejiga procede del plexo hipogástrico, que se origina en los niveles T-II a L-2; Las fibras Betaadrenérgicas relajan y llenan la vejiga, Las fibras Alfaadrenérgicas producen la contracción del esfínter interno de la uretra y del cuello vesical. Los Antagonistas Alfa relajan el cuello vesical y el esfínter uretral interno, y permiten el vaciamiento de la vejiga. Los Nervios Somáticos que se originan en S-2 a S-4 y transmiten sus impulsos a través del Nervio Pudendo controlan el esfínter uretral externo, que posee una importancia decisiva en el control voluntario. (1), (4), (5), (18).

Los factores que predisponen la Incontinencia Urinaria, son el aumento de la orina residual, la disminución de la capacidad vesical, inestabilidad del detrusor, hipertrofia prostática, ausencia estrogénica, insuficiencia cerebral y la dismovilidad. (1), (2), (3), (4).

Los factores que precipitan la Incontinencia Urinaria, la interacción entre los cambios del medio ambiente y los estados de ligera confusión mental adquiere suficiente importancia para precipitar la Incontinencia Urinaria. Las infecciones urinarias, otras enfermedades agudas, lesiones intravesicales, lesiones neurológicas, propician Incontinencia Urinaria.

En el tratamiento farmacológico los diuréticos los efectos depresores de los tranquilizantes e hipnóticos disminuyen la percepción o aumentan la somnolencia, los fármacos Alfaadrenérgicos como la clonidina y los antagonistas del calcio han sido involucrados como posibles factores precipitantes. (1), (3), (4).

TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA:

La Incontinencia Urinaria puede clasificarse según el aparato o sistema de origen, tiempo de duración y mecanismo Fisiopatológico.

Con respecto al sitio de origen se consideran grandes grupos de Incontinencia: (14), (16), (20).

- a) **UROLOGIA**, cuyo origen se sitúa en alguna alteración de las vías Urinarias. (22), (23).
- b) **NEUROLÓGICA**, en casos de enfermedades del sistema nervioso central o autónomo. (1), (20).
- c) **FUNCIONAL**, cuando sin una alteración orgánica local hay dificultad para acceder al baño, por ejemplo: Limitación del movimiento o Barreras arquitectónicas. (24), (25).

Desde el punto de vista clínico, puede dividirse en:

a) **TRANSITORIA.**

Se presenta como complicación aguda de un estado o enfermedad subyacente, produciendo desequilibrio en los mecanismos de la micción, por ejemplo: Confusión o alteraciones de la movilidad. Entre sus causas están Depresión, Infecciones de vías Urinarias, Trastornos Endocrino – Metabólicos (Hiperglucemia, Hipertiroidismo y Alteraciones de los Electrolitos), atrofia del aparato Genito Urinario, Impactación Fecal, Fármacos diversos y Restricción de la movilidad. (14), (16), (18), (25).

b) **PERMANENTE.**

Se presenta como la prolongación de una Incontinencia Transitoria, o como consecuencia de una Afección que provoca alteraciones irreversibles. (22), (23).

Por su mecanismo Fisiopatológico se clasifica en:

1. INCONTINENCIA DE URGENCIA.

Es la Incontinencia más frecuente en el anciano y obedece a la vejiga inestable (Es decir vejiga distónica, inestabilidad del detrusor, vejiga desinhibida). Que es Idiopática en un porcentaje elevado. Consiste en una premonición, seguida del escape involuntario de orina. El enfermo advierte la sensación y la urgencia. (2), (3), (18).

CAUSAS DE INCONTINENCIA DE URGENCIA:

- a) Desinhibición central (es dada por demencia, enfermedad de Parkinson, hidrocefalia, artrosis cervical, sección medular por encima de S1).
- b) Aumento de la estimulación aferente y el tracto urinario (infecciones del tracto urinario, hipertrofia prostática benigna, neoplasia vesical y uretral, estenosis uretral, obstrucción a la salida de la vejiga, causada por fármacos anticolinérgicos, impacto fecal y prostatectomía).
- c) Falta de entrenamiento como consecuencia del cateterismo vesical crónico (por medicamentos, aumento de la diuresis, enfermedades agudas, cambios ambientales, la dismovilidad y el aumento en la ingesta de líquidos). (2), (4), (18).

2. INCONTINENCIA DE ESTRÉS O DE ESFUERZO.

Es la pérdida involuntaria de orina al efectuar un esfuerzo físico, como la tos, estornudos, o simplemente al levantarse el enfermo.

La causa más frecuente en las mujeres es la pérdida del ángulo vesicouretral, por relajación de la musculatura de la pelvis que se asocia en ocasiones a la multiparidad, deficiencia estrogénica como uretritis atrófica, o vaginitis atrófica, también por hipermovilidad de la uretra. (2), (3).

En los varones por lesión quirúrgica del esfínter interno que se produce durante la resección transuretral de la próstata o durante la prostatectomía tradicional. (2), (4), (9), (16).

3. INCONTINENCIA DE REBOZAMIENTO.

Es la pérdida involuntaria de orina en una vejiga hiperdistendida, como consecuencia de una obstrucción a la salida de la vejiga, insuficiencia del músculo detrusor o ambos. (3), (4), (23).

Las causas son por una obstrucción de la vejiga, por hipertrofia prostática, estenosis urteral, carcinoma de próstata, impacto fecal y por tratamiento farmacológico. También por lesiones de la motoneurona inferior que producen insuficiencia del músculo detrusor (neuropatía diabética, tumores medulares), por alteraciones de la actividad nerviosa aferente (en al diabetes mellitus y sífilis), y efectos farmacológicos como relajantes musculares, anticolinérgicos y bloqueadores beta. (3), (4), (23).

El tratamiento es quirúrgico si la causa es obstructiva, cuando la obstrucción es persistente al flujo se puede efectuar cateterismo intermitente o incluso crónico. (4), (9), (22).

4. INCONTINENCIA IATROGENICA.

Este tipo de Incontinencia puede ocurrir por uso de medicamentos como sedantes, diuréticos y anticolinérgicos. Por restricciones físicas o químicas, por cambios inadecuados o mal previstos de residencia, abuso inapropiado de cateterismos y por intervenciones quirúrgicas como prostatectomias. El tratamiento va a depender de la causa. (1), (2), (3).

5. INCONTINENCIA FUNCINAL.

Se presenta en pacientes con una función vesicouretral normal. En pacientes deprimidos, por debilidad o fatiga, la inmovilidad. Esta abarca todos los estados en donde la causa fundamental de la Incontinencia se debe a la distancia, oscuridad o inaccesibilidad. Estos factores se corrigen sin problemas; la modalidad terapéutica consiste en contener la fuga de orina mediante el uso de dispositivos externos o compresas hiperabsorbentes de poco peso. En los enfermos confusos, con incontinencia e inmovilizados se debe instaurar un programa planificado para orinar. (1), (2), (4), (25).

EVALUACIÓN DIAGNOSTICA.

Se debe de realizar una anamnesis completa. La Incontinencia Urinaria se manifiesta de muchas formas y en primer lugar puede hacerse una clasificación preliminar del problema basada en la descripción por el paciente de la pérdida de orina. (3), (4).

Toda Historia Clínica debe de contener como mínimo lo siguiente:

- Tipo de Incontinencia: (Urgencia, Refleja, Estrés, Sobrellenado, o Mixta).
- La frecuencia, severidad y duración.
- Patrón: (diurno, nocturno o ambas, además por ejemplo después de tomar medicamentos).
- Síntomas asociados: (vaciamiento incompleto, disuria, hematuria, molestias suprapúbica / perianal).
- Alteración en los hábitos / función sexual.
- Otros factores relevantes (cáncer, diabetes, enfermedad aguda, enfermedad neurológica, infección del tracto urinario, cirugía del tracto urinario bajo o pélvico / radioterapia).
- Medicación, incluyendo agentes no prescritos.
- Pérdida de la funcionalidad. (1), (5), (13).

EXAMEN FÍSICO.

- Identificar otras condiciones médicas (ejem. Insuficiencia cardíaca congestiva edema periférico).
- Evaluación de inducción de estrés con vejiga llena.
- Observar – escuchar al vaciar.
- Palpar la distensión vesical después del vaciamiento.
- Examen pélvico (buscando vaginitis atrófica o uretritis).
- Revisar los músculos pélvicos si no se encuentran flácidos, búsqueda de tumoraciones pélvicas).
- Examen rectal (Irritación de la piel, control y conservación del tono esfínter anal, impactación fecal).
- Examen neurológico (estado mental, y examen elemental, incluyendo sensación del reflejo sensorial y perianal).

INVESTIGACIÓN INICIAL:

- Vaciamiento / Incontinencia.
- Estudios metabólicos (Medición de electrolitos, calcio, glucosa, urea).
- Medición del volumen residual posterior al vaciamiento.
- Análisis urinario y urocultivo.
- Ultrasonido renal.
- Citología en orina.
- Cistoscopia.

Estudio urodinámico en aquellos casos que no responden al tratamiento. (2), (3), (5), (11).

TRATAMIENTO.

Hiperactividad del detrusor con contractibilidad normal:

1. Contracción y relajación vesical durante el vaciamiento.
2. Medicamentos relajantes del músculo vesical (anticolinérgicos, relajante del músculo liso, bloqueadores de los canales del calcio), después pueden ser agregados, si se necesitan y no se contraindican.
3. Autocateterización.
4. En casos selectos, reducir farmacológicamente retención urinaria. Y en conjunto intermitente la cateterización. (2), (4), (5), (13).

Hiperactividad del detrusor con contractilidad irregular:

1. Si el vaciamiento vesical es elevado con molestias, realizar los métodos con o sin medicamentos relajantes (dosis bajas, especialmente si coexiste incontinencia del esfínter).
2. Si el volumen de orina residual es alto (ejemplo mayor de 150ml.), aumentar las técnicas (credé y valsalva) o la cateterización intermitente (con o sin medicación de relajante vesical). Puede ser usada la profilaxis en cuadros con síntomas de infección del tracto urinario. (4), (5).

Incontinencia de Estrés:

1. Métodos conservadores (disminución de peso en obesos, tratamiento de la tos o vaginitis atrófica).
2. Ejercicios de músculos pélvicos.
3. Imipramina.
4. Cirugía.
(5), (13), (15), (17).

Baja actividad del detrusor (Sobrellenado):

1. Si la duración se desconoce, descomprimir durante semanas y realizar un patrón de vaciamiento.
2. Aumentar las técnicas con o sin antagonistas Alfaadrenérgicos.
3. Si esto falla, cateterización intermitente. (5).

DROGAS PARA LA SOBREATIVIDAD DEL DETRUSOR.

Relajante del músculo liso.

- Flavoxate 300 – 800 mg./día.

Bloqueadores de los canales del calcio.

- Diltiazem 90 – 270 mg./día.
- Nifedipina 30 – 90 mg./día.

Anticolinérgicos.

- Propantelina 15 – 120 mg./día.

Combinación de relajantes del músculo liso y anticolinérgicos.

- Oxibutinina 5 – 20 mg./día.
- Dicyclomina 30 – 90 mg./día.

Antidepresivos.

- Imipramina 80 – 100 mg./día.
- Dexepina 80 – 75 mg./día.
(2), (5), (13).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Incontinencia Urinaria constituye uno de los tres síndromes geriátricos más frecuentes en el adulto mayor, (26), y una de las manifestaciones cardinales en este grupo de edad, que requiere gran destreza para detectarla, y, que con frecuencia pasa inadvertida para el médico de primer nivel, es considerada en muchas ocasiones producto de la vejez aún por el paciente y familiares. Lo cual representa un serio problema de subregistro; mientras en diversos países desarrollados se le considera un problema de salud pública por el impacto socioeconómico que representa. (4), (14).

Aún se desconoce su magnitud en países con medio social y sistema de salud deficientes. (14).

¿Cuál es la frecuencia y causas más frecuentes de la Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor en la consulta externa del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos?

JUSTIFICACIÓN.

La realización de éste trabajo fue motivada por la inquietud de llevar a cabo la detección temprana y control de la Incontinencia Urinaria, debido a que ocasiona un verdadero problema social e higiénico produciendo un gasto excesivo en su tratamiento tanto hospitalario como familiar, así como el colapso del cuidador y alteraciones psicológicas que contribuyen en muchas ocasiones al abuso del adulto mayor.

Tomando en cuenta que la Incontinencia Urinaria transitoria en muchos adultos mayores es debido a algunas intervenciones erróneas, que pueden provocar que el problema se perpetúe, así como casos de incontinencia iatrogénica, es necesario que el médico de primer nivel este bien capacitado para detectar y controlar en forma oportuna éste problema y teniendo en cuenta las limitaciones, derive en forma adecuada problemas que no pueda solucionar y evite hasta donde sea posible un mayor gasto en los Servicios de Salud.

OBJETIVOS

Objetivo General.

Determinar la frecuencia de Incontinencia Urinaria y causas más frecuentes en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de Geriatria en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del I.S.S.S.T.E.

Objetivos Específicos:

- *Determinar las principales causas de Incontinencia Urinaria.*
- *Identificar los antecedentes predisponentes y precipitantes para que se presente la Incontinencia Urinaria.*
- *Identificar los tipos más frecuentes de Incontinencia Urinaria de los pacientes en estudio.*

HIPÓTESIS DE TRABAJO

No requiere Hipótesis ya que se trata de un estudio descriptivo.

METODOLOGÍA

1. Tipo de Investigación.

- a) Aplicada.
- b) Descriptiva.
- c) Transversal.
- d) Lineal.
- e) Observacional.
- f) Prospectiva.

2. Población, Lugar y Tipo:

Personas mayores de 60 años de ambos sexos derechohabientes del I.S.S.S.T.E., del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, captados del 1° de Diciembre de 1998 al 31 de Enero de 1999, en la consulta externa del Servicio de Geriatria.

3. Tipo y Tamaño de la Muestra:

Muestra aleatoria por cuotas, completándose un total de 35 pacientes.

4. Criterios de Selección:

4.1. Criterios de Inclusión:

- a) Pacientes derechohabientes del I.S.S.S.T.E.
- b) Pacientes mayores de 60 años.
- c) Ambos sexos.
- d) Pacientes con enfermedad crónico degenerativas.
- e) Pacientes con cirugías previas: (abdominales en mujeres, prostáticas en hombres y fracturas pélvicas en ambos sexos).

4.2. Criterios de Exclusión:

- a) Pacientes no derechohabientes.
- b) Pacientes menores de 60 años.
- c) Pacientes en áreas de hospitalización.

4.3. Criterios de Eliminación:

- a) Decesos.
- b) Pacientes y/o familiares que no deseaban incluirse en el estudio.

5. Variables.

<u>VARIABLE</u>	<u>TIPO DE VARIABLE</u>	<u>ESCALA DE MEDICIÓN.</u>
Edad	Cuantitativa	En años de edad.
Sexo	Cualitativa	Hombres y mujeres
*Red de apoyo Familiar.	Cualitativa	Buena y Frágil.
Tiempo de inicio de la Incontinencia Urinaria.	Cuantitativa	Años de evolución del padecimiento.
Percepción de la pérdida de la Micción.	Cualitativa	Percepción o no percepción.
Cantidad de orina.	Cuantitativa	Referencia del paciente. De vaciamiento completo o incompleto de la vejiga.
Aspecto de la orina.	Cualitativa	Características de la orina.
Forma de la presentación de la pérdida de la Micción	Cualitativa	Reposo o esfuerzo físico.
Cirugías pélvicas o del Tracto Urinario.	Cualitativa	Tipo de cirugía.
Uso de medicamentos.	Cualitativa	Tipo de medicamentos.
Otras enfermedades.	Cualitativa	Tipos de enfermedades.

***RED DE APOYO FAMILIAR:** Se considera:

- **Buena.** Cuando la Responsabilidad es compartida entre todos los miembros de la familia, y los conflictos interpersonales si los hay no afectan la dinámica familiar.
- **Frágil.** Cuando la responsabilidad recae sólo en un miembro de la familia y los conflictos interpersonales afectan la dinámica familiar.

6. Procedimientos de captura de la Incontinencia Urinaria:

En la consulta externa de Geriátría del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, entre los meses de Diciembre de 1998 a Enero de 1999, se capturaron a aquellos pacientes que padecían Incontinencia Urinaria, de ambos sexos, mayores de 60 años, derechohabientes del I.S.S.T.E., independientemente del diagnóstico o motivo de consulta, por medio de interrogatorio directo o indirecto, solicitándoles participar en el estudio, por medio de consentimiento, autorizado, a los pacientes que aceptaron se les realizó una cédula de recolección de datos.

Consideraciones Éticas:

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley de Salud en materia de investigación de la Secretaría de Salud.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 35 pacientes mayores de 60 años de edad correspondientes a la consulta externa del servicio de Geriatría del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del I.S.S.S.T.E., con una media de edad de 80 años, de estos correspondió en un 60% al sexo femenino y un 40% al sexo masculino (cuadro 1, fig. 1).

Se investigó su apoyo familiar en el cual el 71.4% fue bueno (cuadro 2, fig. 2). De este total de pacientes el 51.4% depende económicamente en un 100%, y solo 14.2% eran independientes económicamente, ya sea por recibir pensiones alcanzables para su sustento o por no tener familiares que los apoyaran económicamente (cuadro 3, fig. 3).

Se observó que en un 34.3% de nuestros pacientes estudiados iniciaron su Incontinencia Urinaria de 02 años a la fecha, y de estas en 71.4% si percibían la pérdida del control de la micción, mientras que el 28.5% no lo percibían (cuadro 5 y 6, fig. 5 y 6).

La Incontinencia Urinaria era más frecuente en posición de decúbito en un 45.7% y tan solo en 20% en bipedestación, hubo un 2.8% que sentían la urgencia urinaria y no alcanzaban a llegar al baño (cuadro 9, fig. 9).

Las cirugías fueron un factor condicionante de Incontinencia Urinaria en el hombre prostatectomizado observándose un problema de incontinencia en un 35.7% y en las mujeres posteriores a cirugías abdominales del tipo de histerectomía en un 28.5%, colecistectomía en un 14.2%, y apendicectomía en un 23.8%, con los años presentaron Incontinencia Urinaria probablemente por alteración de la estática pélvica (cuadro 11, fig. 11). Ya que el 47.6% coincidía su incontinencia con aumento de la presión abdominal (cuadro 10, fig. 10).

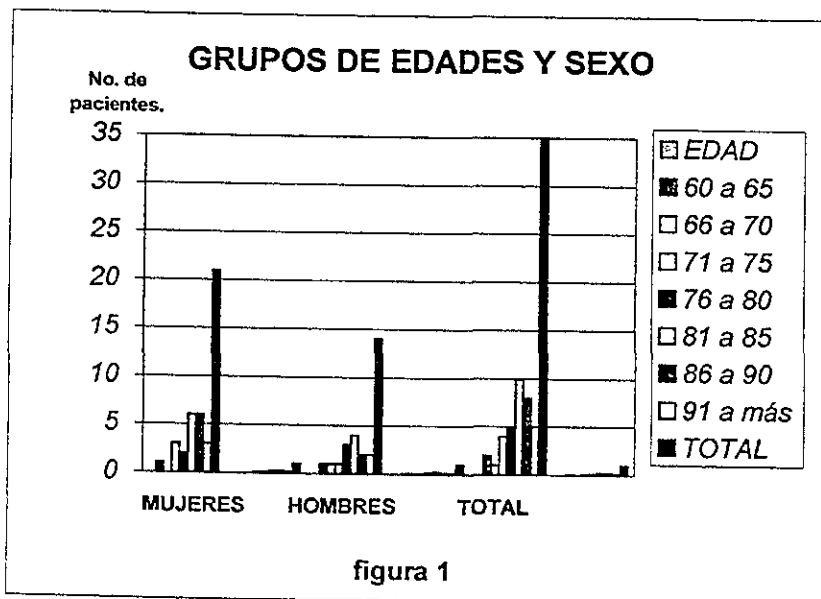
La mayoría de los pacientes presentaron polifarmacia y los indicamos por orden de mayor uso e importancia para su tratamiento: AINE's en un 74.2% antihipertensivos en un 68.5%, cardiovasculares del tipo de las benzodiacepinas orales 37.1%, antidepresivos en un 28.5%, hipoglucemiantes orales 14.2% (cuadro 12, fig. 12).

Dentro de las enfermedades que más frecuentemente se identificaron, fueron la hipertensión arterial sistémica con un 74.2%, las cardiopatías con un 40%, las secuelas de enfermedad vascular cerebral en un 31.4% y las enfermedades pulmonar obstructiva crónica en un 31.4%, la diabetes mellitus en un 17.1%, la depresión y la demencia en un 17.1%, la inmovilidad se encuentra en un 22.8%, la infección de vías urinarias en un 25.7% (cuadro 13, fig. 13).

GRUPOS DE EDAD Y SEXO

EDAD	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	Count	Percentage	Count	Percentage	Count	Percentage
60 a 65	1	5%	1	7%	2	6%
66 a 70		0%	1	7%	1	3%
71 a 75	3	14%	1	7%	4	11%
76 a 80	2	10%	3	21%	5	14%
81 a 85	6	29%	4	29%	10	29%
86 a 90	6	29%	2	14%	8	23%
91 a más	3	14%	2	14%	5	14%
TOTAL	21	100%	14	100%	35	100%

Cuadro 1

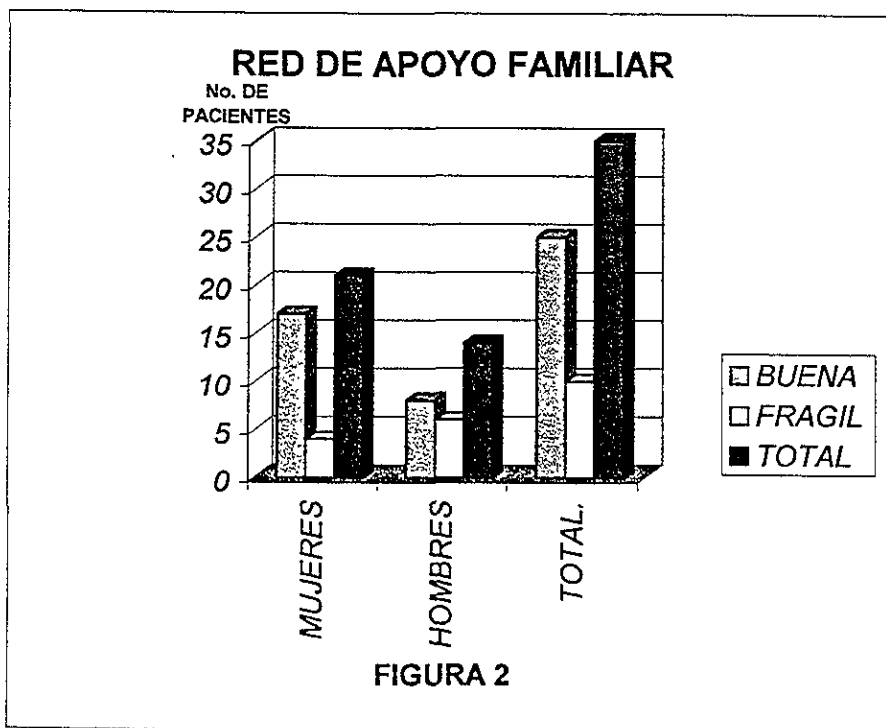


FUENTE CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

RED DE APOYO FAMILIAR.

	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
BUENA	17	81%	8	57%	25	71%
FRAGIL	4	19%	6	43%	10	29%
TOTAL	21	100%	14	100%	35	100%

Cuadro 2

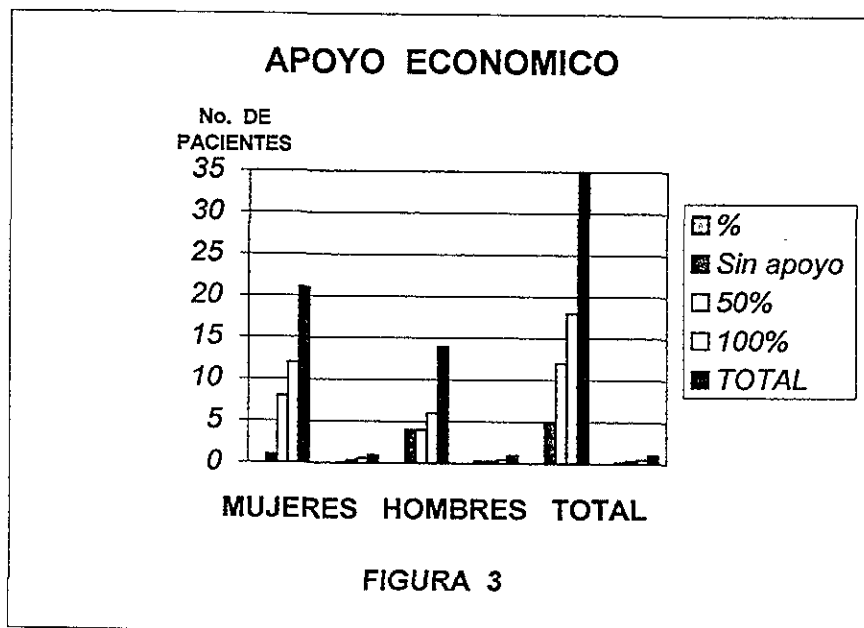


FUENTE. CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

APOYO ECONOMICO.

%	MUJERES		HOMBRES		TOTAL.	
Sin apoyo	1	5%	4	29%	5	14%
50%	8	38%	4	29%	12	34%
100%	12	57%	6	43%	18	51%
TOTAL	21	100%	14	100%	35	100%

Cuadro 3

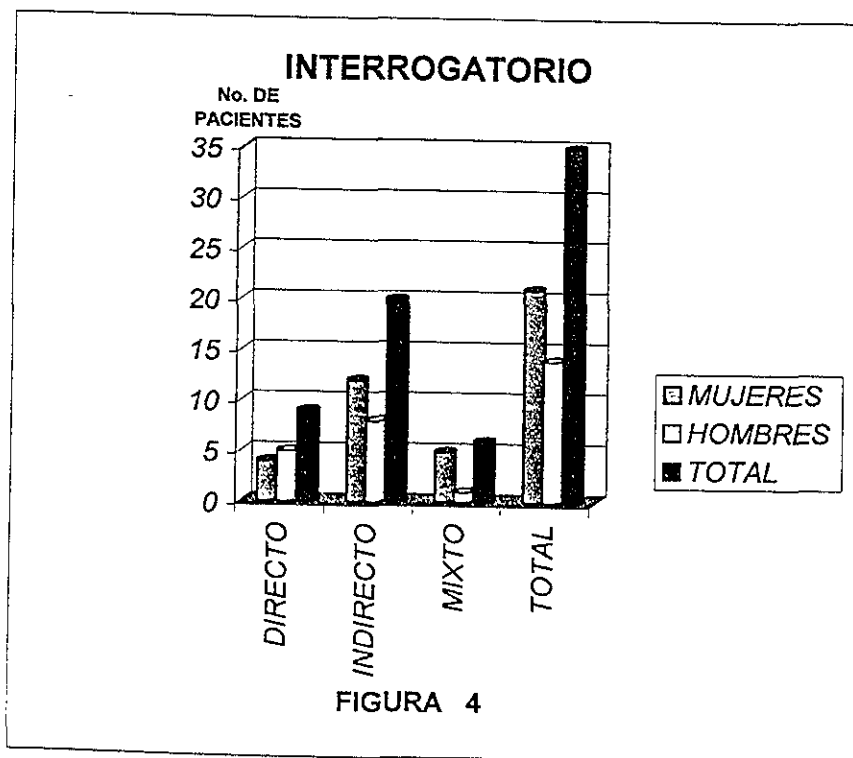


Fuente: Cédula de recolección de datos

INTERROGATORIO

	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
DIRECTO	4	19%	5	36%	9	26%
INDIRECTO	12	57%	8	57%	20	57%
MIXTO	5	24%	1	7%	6	17%
TOTAL	21	100%	14	100%	35	100%

Cuadro 4

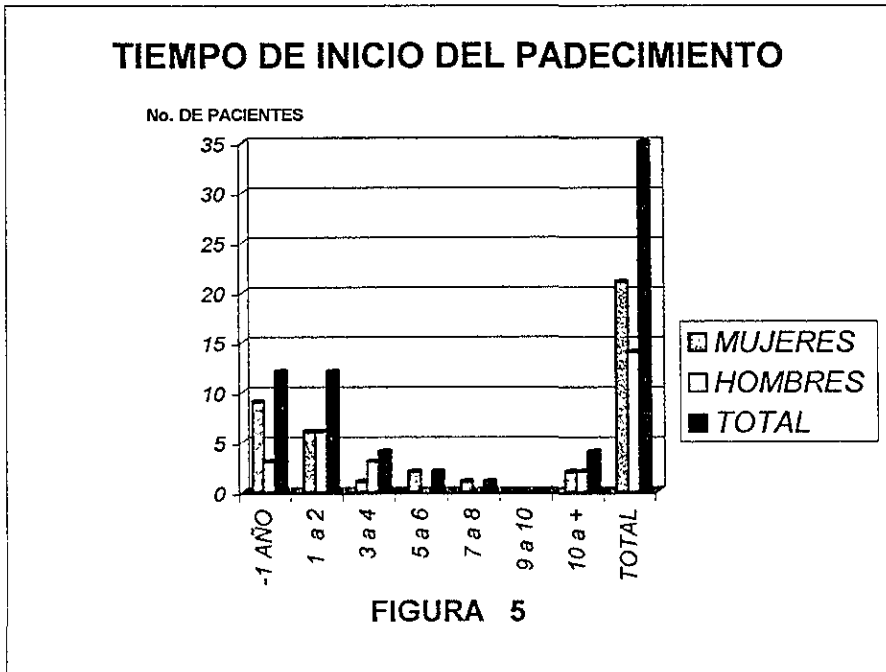


Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

TIEMPO DE INICIO DEL PADECIMIENTO

	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	No. de Pacientes	%	No. de Pacientes	%	No. de Pacientes	%
-1 AÑO	9	43%	3	21%	12	34%
1 a 2	6	29%	6	43%	12	34%
3 a 4	1	5%	3	21%	4	11%
5 a 6	2	10%		0%	2	6%
7 a 8	1	5%		0%	1	3%
9 a 10		0%		0%	0	0%
10 a +	2	10%	2	14%	4	11%
TOTAL	21	100%	14	100%	35	100%

Cuadro 5



Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

PERCIBEN LA PERDIDA DE CONTROL DE LA MICCIÓN

	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SI	16	76%	9	64%	25	71%
NO	5	24%	5	36%	10	29%
TOTAL	21	100%	14	100%	35	100%

PERCIBEN LA PERDIDA DE CONTROL DE LA MICCIÓN.

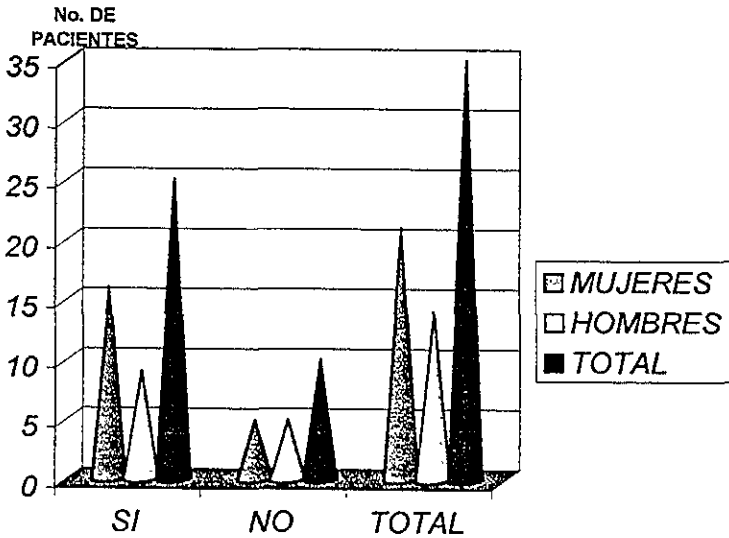


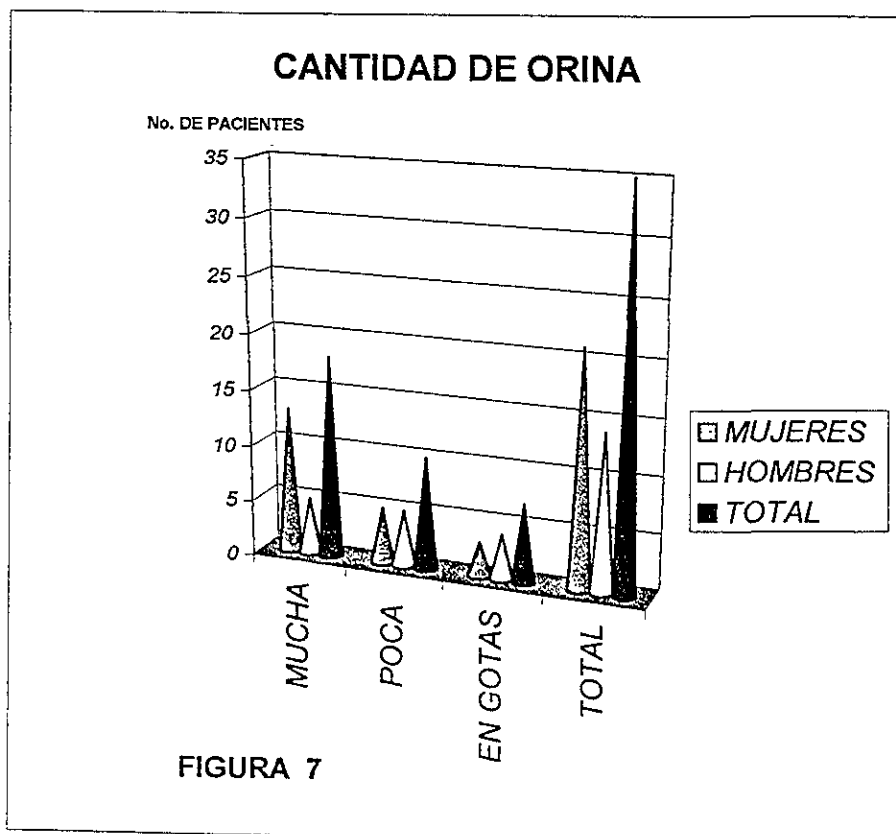
FIGURA 6

Fuente: Cédula de Recolección de Datos

CANTIDAD DE ORINA.

	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
MUCHA	13	62%	5	36%	18	51%
POCA	5	24%	5	36%	10	29%
EN GOTAS	3	14%	4	29%	7	20%
TOTAL	21	100%	14	100%	35	100%

Cuadro 7

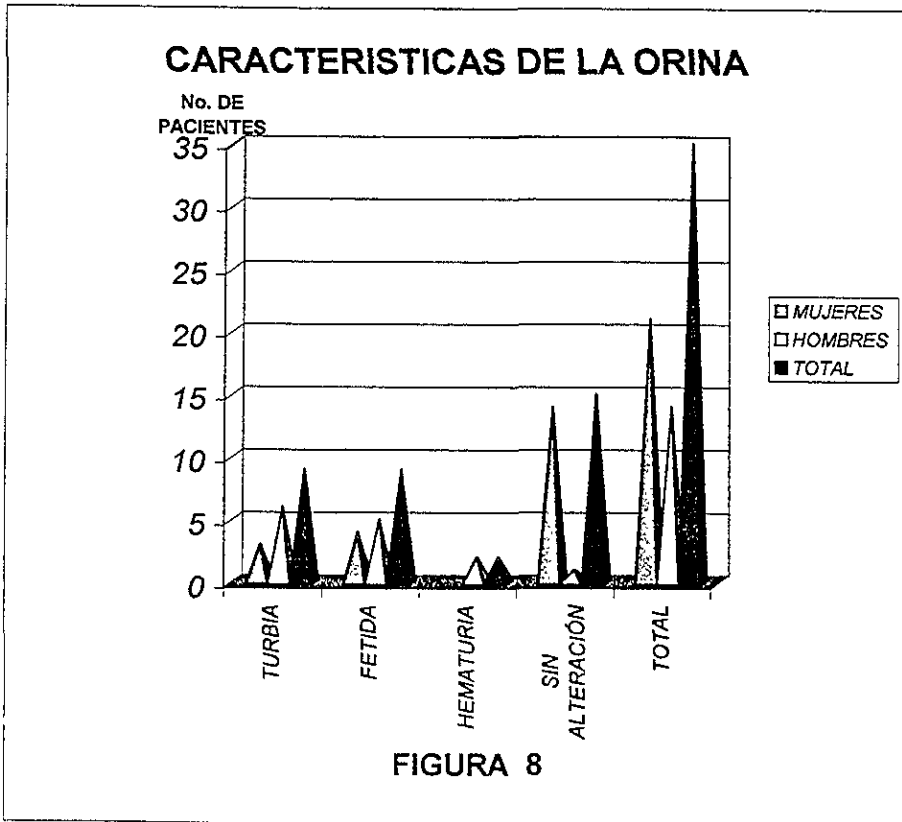


Fuente: Cédula de Recolección de Datos

CARACTERISTICAS DE LA ORINA.

	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
TURBIA	3	14.2%	6	42.80%	9	25.70%
FETIDA	4	19%	5	35.70%	9	25.70%
HEMATURIA			2	14.20%	2	5.70%
SIN ALTERACIÓN	14	66.6%	1	7.10%	15	42.80%
TOTAL	21	100%	14	100.00%	35	100.00%

Cuadro 8

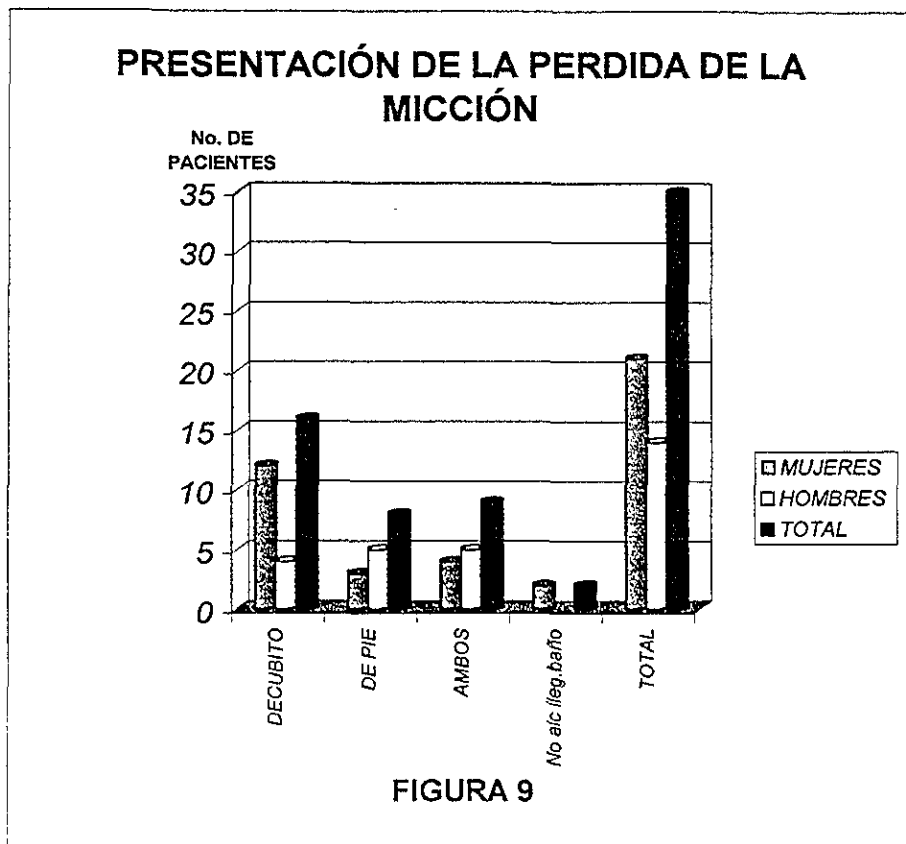


Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

PRESENTACIÓN DE LA PERDIDA DE LA MICCIÓN

	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
DECUBITO	12	57%	4	29%	16	46%
DE PIE	3	14%	5	36%	8	23%
AMBOS	4	19%	5	36%	9	26%
No alc.lleg.baño	2	10%		0%	2	6%
TOTAL	21	100%	14	100%	35	100%

Cuadro 9

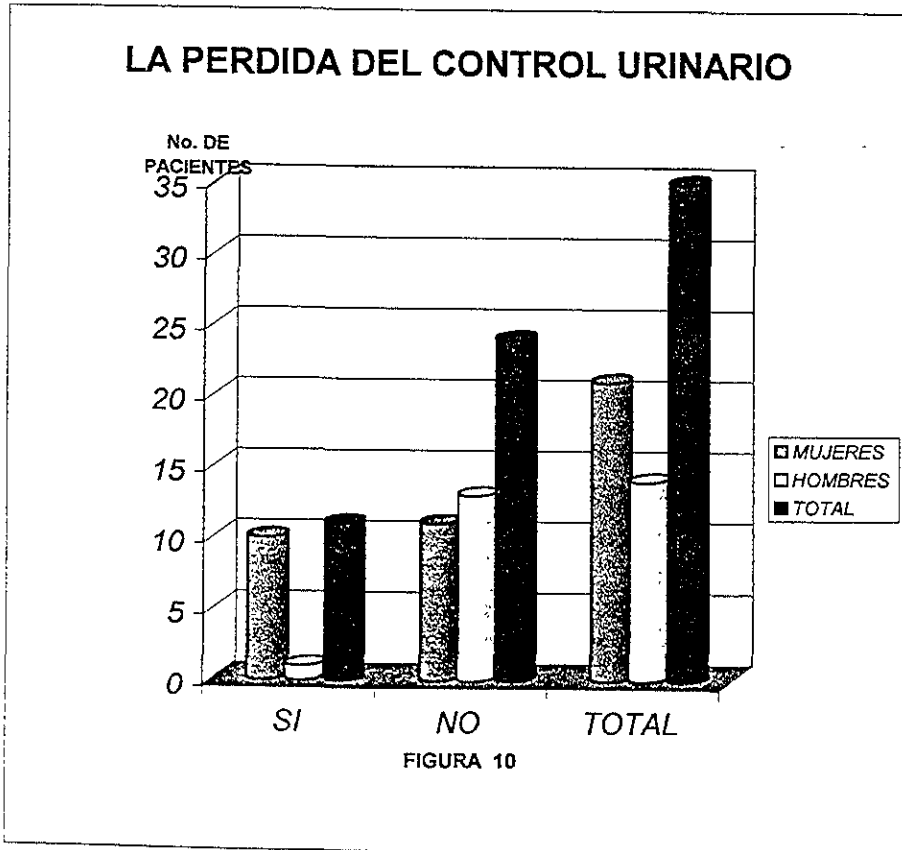


Fuente. Cédula de Recolección de Datos.

**LA PERDIDA DEL CONTROL URINARIO
COINCIDE CON AUMENTO DE LA PRESIÓN ABDOMINAL**

	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	No. de Pacientes	%	No. de Pacientes	%	No. de Pacientes	%
SI	10	48%	1	7%	11	31%
NO	11	52%	13	93%	24	69%
TOTAL	21	100%	14	100%	35	100%

Cuadro 10

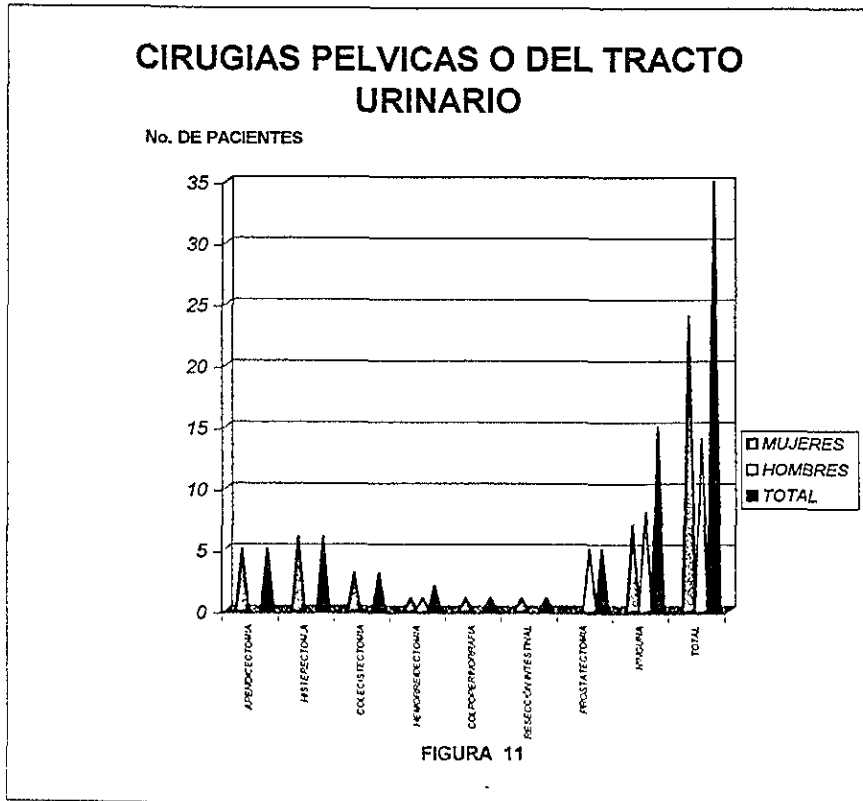


Fuente. Cédula de Recolección de Datos

CIRUGIAS PELVICAS O DEL TRACTO URINARIO

	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	Count	Percentage	Count	Percentage	Count	Percentage
APENDICECTOMIA	5	21%		0%	5	13%
HISTERECTOMIA	6	25%		0%	6	16%
COLECISTECTOMIA	3	13%		0%	3	8%
HEMORREIDECTOMIA	1	4%	1	7%	2	5%
COLPOPERINORRAFIA	1	4%		0%	1	3%
RESECCIÓN INTESTINAL	1	4%		0%	1	3%
PROSTATECTOMIA		0%	5	36%	5	13%
NINGUNA	7	29%	8	57%	15	39%
TOTAL	24	100%	14	100%	35	100%

Cuadro 11



Fuente: Cédula de Recolección de Datos

USO DE MEDICAMENTOS Y TIPOS

	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
AINES	13	13%	13	19%	26	16%
ANTIHIPERTENSIVOS	15	15%	9	13%	24	15%
CARDIOVASCULARES	12	12%	6	9%	18	11%
PROTECTORES DE LA MUCOSA GASTICA	9	9%	8	12%	17	10%
DERIVADOS BENZODIAZEPINICOS	9	9%	4	6%	13	8%
ANTIBIOTICOS	6	6%	3	4%	9	5%
PROGINETICOS	5	5%	2	3%	7	4%
LAXANTES	4	4%	3	4%	7	4%
HEMORREOLOGICOS	2	2%	4	6%	6	4%
HIPOGLUCEMIANTES	4	4%	1	1%	5	3%
BRONCODILADORES	3	3%	2	3%	5	3%
ANTIPARKINSONIANOS	1	1%	3	4%	4	2%
PSICOTROPICOS	3	3%	1	1%	4	2%
EXPECTORANTES.	1	1%	1	1%	2	1%
VASODILADORES CEREBRALES	2	2%	1	1%	3	2%
HIPOTIROIDES	2	2%		0%	2	1%
ANTICONVULSIONANTES	1	1%		0%	1	1%
ANTIVERTIGINOSOS		0%	1	1%	1	1%
ONCOLOGICOS	1	1%		0%	1	1%
ANTIDEPRESIVOS	5	5%	5	7%	10	6%
TOTAL	98	100%	67	100%	165	100%

Cuadro 12

USO DE MEDICAMENTO Y TIPOS

MEDICAMENTOS

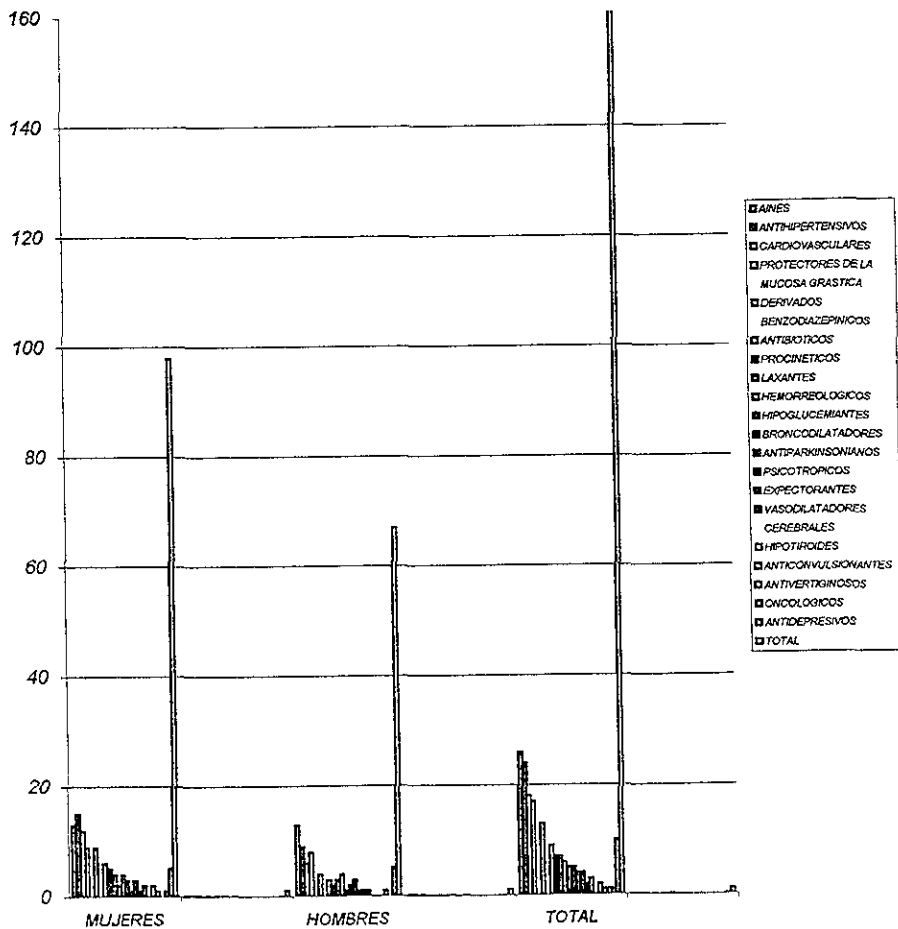


FIGURA 12

ente. Cédula de Recolección de Datos.

ENFERMEDADES CONCOMINANTES EN LOS PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA

	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA	14	15%	12	16%	26	16%
CARDIOPATIAS	9	10%	5	7%	14	8%
SECUELAS ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL	4	4%	7	10%	11	7%
ENF PULMONAR	6	6%	5	7%	11	7%
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	5	5%	4	5%	9	5%
SX INMOVILIDAD	4	4%	4	5%	8	5%
DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL	6	6%	2	3%	8	5%
ENFERMEDAD OSTEORTICULAR DEGENERATIVA	4	4%	4	3%	8	5%
DEMENCIA	4	4%	2	4%	6	4%
DEPRESIÓN	3	3%	3	1%	6	4%
DIABETES MELLITUS	4	4%	2	3%	6	4%
TRASTORNOS DE LA MOTIVILIDAD INTESTINAL (CONSTIPACIÓN)	3	3%	3	4%	6	4%
FALLA CEREBRAL	3	3%	1	1%	4	2%
CAIDAS	2	2%	2	3%	4	2%
FX CADERA	4	4%		0%	4	2%
SX ANEMICO	2	2%	2	3%	4	2%
DESNUTRICIÓN	1	1%	2	3%	3	2%
CRISIS CONVULSIVAS		0%	3	4%	3	2%
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	2	2%	1	1%	3	2%
AMPUTACIÓN DE MIEMBRO PELVICO		0%	2	3%	2	1%
PARKINSON	1	1%	1	1%	2	1%
DISMINUCIÓN DE AGUDEZA AUDITIVA		0%	2	3%	2	1%
DIVERTICULOSIS	1	1%	1	1%	2	1%
ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	4	4%	1	1%	5	3%
RETRAZO MENTAL	1	1%		0%	1	1%
CISTOCELE	1	1%		0%	1	1%
HIPOTIROIDISMO	1	1%		0%	1	1%
ESCARAS	1	1%		0%	1	1%
NEURITIS	1	1%		0%	1	1%
DEPENDENCIA FÍSICA	2	2%	2	3%	4	2%
TOTAL	93	100%	73	100%	166	100%

Cuadro 13

DISCUSIONES

Realmente éste problema es bastante serio, ya que puede condicionar trastornos en la dinámica familiar y en la calidad de vida del paciente.

Con respecto a la incidencia, su frecuencia fue mayor en el sexo femenino con relación al masculino 2 a 1, ya sea debido a que en la mujer la esperanza de vida es mayor que en el hombre, así como otros factores como la multiparidad que ocasiona pérdida del ángulo vesicouretral por relajación de la musculatura de la pelvis, así como la deficiencia estrogénica como Uretritis Atrófica o Vaginitis Atrófica. (1), (26).

La mayor frecuencia se presentó entre los 80 y 90 años que correspondió al 51.4%, lo cual pudo ser debida a que a mayor edad, mayor inmovilidad, o a que el paciente no alcanzaba a llegar a los sanitarios o desorientación del paciente, así como falta de una buena red de apoyo familiar. (4), (14), (20).

El tiempo de inicio del padecimiento fue más frecuente de 1 a 2 años, 68.5%, por lo que se debe hacer un diagnóstico temprano, ya que en mucho se le puede ayudar al paciente para resolver su problema, debido a que el control de la micción es una conducta aprendida, y que puede reeducarse al paciente para volver a adquirir el control vesical, o brindarse tratamiento médico de acuerdo al caso (20).

Con respecto al aspecto de la orina, los resultados sugieren en el estudio que un alto porcentaje es probable que se deba a infecciones de vías urinarias, que pueden ser corregidas con tratamiento farmacológico, para evitar complicaciones futuras. (5), (26).

Otro factor que propicio alta incidencia de Incontinencia Urinaria fueron las cirugías abdominales en mujeres con un 66.6% y prostáticas en hombres 35.7%, lo cual se debe realizar un análisis profundo y estudiar si fue por mala técnica quirúrgica o por baja reserva homeostática. (14).

En el estudio se determinó que los pacientes adultos mayores presentan el problema de abuso en el consumo de medicamentos (polifarmacia), siendo dada esta por automedicación en gran parte, por prescripción médica fundamentada y otras en forma iatrogénica por desconocimiento del médico, que condicionan la Incontinencia Urinaria, ya que el paciente en el extremo de la vida es más frágil y vulnerable a los efectos secundarios de los mismos, haciéndolo presa fácil al desarrollo de este problema. (1), (4), (14).

Finalmente la presencia de Incontinencia Urinaria en el adulto mayor se presentó con mayor frecuencia en el estudio en pacientes que presentaban enfermedades concomitantes agudas y crónicas, ya que son factores condicionantes y desencadenantes, debido a su baja reserva homeostática. Una evaluación clínica cuidadosa es suficiente para guiar el tratamiento en la mayor parte de los casos, y en ocasiones pueden ser eficaces intervenciones sencillas, aún en ausencia de un diagnóstico preciso. No debe asumirse actitudes despersonalizadoras sin haber efectuado una evaluación adecuada y aplicando medidas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas. (2), (14).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en su mayoría concuerdan con resultados encontrados en revisiones bibliográficas revisadas.

La frecuencia de Incontinencia Urinaria en este estudio fue del 4.3%. De este correspondió al sexo femenino el 2.6%, y al masculino el 1.7%.

Los factores que contribuyeron a la incidencia de Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor fueron los siguientes:

1. Cirugías abdominales en mujeres (Histerectomía, Colectomía y Apendicectomía).
2. Cirugías prostáticas en hombres.
3. La Polifarmacia en hombres y mujeres.
4. Enfermedades agudas: (enfermedades pulmonares e infección de vías urinarias).
5. Enfermedades crónicas: (Has, Cardiopatías, Secuelas de EVC, Enfermedades Osteoarticulares, Diabetes Mellitus, Deprivación Sensorial Visual, Síndrome Demencial y Síndrome Depresivo entre otras).
6. Fractura de cadera.
7. Síndrome de inmovilidad.

BIBLIOGRAFIA.

1. William R. Hazzard; Incontinence Urinary: Principales of Geriatric medicine and Gerontology, págs. 378 a 402, Third edition. Copyright 1994.
2. Richard J. Ham; Incontinencia Urinaria, en: Atención Primaria de Geriatría, Editorial Mosby Doyma. Págs. 272 – 86, 1995.
3. Rahway N. J.; Incontinencia Urinaria, en: Manual Merck de Geriatría, págs. 96 – 103, Editorial Doyma. 1992.
4. Robert L. Kane; Incontinencia Urinaria, en: Geriatría Clínica, págs. 127 – 75, Tercera edición, Editorial Mc-Graw Hill. 1994.
5. Elroy D. Kursh and Edward McGuire, Urinary Incontinence in the Older Woman. Female Urology. Págs. 475 – 92. 1994.
6. Laurence G. Branch et cols. Urinary Incontinence Knowledge Among Community – Dwelling People 65 Years of Age and Older. Journal American of Geriatrics Society. 42; 1257 – 1262. 1994.
7. Jennifer Skelly; Urinary Incontinence Associated Whit Dementia. Journal American of Geriatrics Society. 43: 486 – 94. 1995.
8. Paul S. Lee; Measuring The Psychosocial Impact of Urinary Incontinence. The York Incontinence Perceptions Scale (YIPS). Journal American of Geriatrics Society. 43: 1275 – 78. 1995.

9. John F. Schnelle; A Cost and Analysis of Two Interventions With Incontinent Nursing home residents. *Journal American of Geriatrics Society*. 43: 1112 – 1117, 1995.
10. Ingrid E. Nygaard; Urinary Incontinence in Rural Older Women: Prevalence, Incidence and Remission. *Journal American of Geriatrics Society*. 44: 1049 – 1050, 1996.
11. Joseh G. Ouslander et cols. ; Use of a Portable Ultrasound Device To Measure Post – Void Residual Volume Among Incontinent Nursing Home Residents. *Journal American of Geriatrics Society*. 42: 1189 – 1192, 1994.
12. A. Regula Herzog et cols.; Urinary Incontinence as a Risk Factor for Mortality. *Journal American of Geriatrics Society*. 42: 264 – 268. 1994.
13. Alberto Salgado Alba; Incontinencia Urinaria en: *Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica*. Págs. 298 – 323. Editorial Salvat. 1986.
14. R. Rodríguez y cols.; Incontinencia Urinaria en: *Geriatria*. Págs. 202 – 205. Editorial Mc- Graw Hill. Interamericana. 1999.
15. Zullo – MA; Oliva – C; Falconi – G; y cols.; Efficacy of estrogen Therapy in Urinary Incontinence. *Minerva – Gynecology*. 50 (5): 199 – 205. May. 1998.
16. Bishoff; Motley – G; et cols. Incontinence of fecal and Urinary Incontinence following radical perineal and retropubic Prostatectomy in National Population. *Journal Urology*. 160 (2): 454 – 8. Aug. 1998
17. Holvedhl – K; Verelst – M; Schiefloc – A; A Population based, rando Mized, Controlled Trial of Conservative Treatment for Urinary Incontinence in Woman *Acta Obstetrics – Gynecol – Scand*. 77 (6): 671 – 7. Jul 1998.

18. Ginsberg – DA; Rovner-ES; Raz-S; Posthysterectomy Vaginal Cuff fistula: diagnosis and management of an unusual causa of “Incontinence”. *Urology*. 52 (1); discussion 64 – 65. Jul. 1998.
19. Larosa – M; Somonazzi – M; et cols. Correlation between the leak point pressure and the clinic grade of Incontinence. *Arch – Ital – Urol – Androl*. 70 (2): 71-5. Apr. 1998.
20. Alberto Salgado; Francisco Guillen; Incontinencia de Orina, en: *Manual de Geriatria*. Págs. 306 – 13. Editorial Masson – Salvat, segunda edición. 1994.
21. Luis Miguel Gutiérrez R; La Situación de los Adultos Mayores en el D.F. (seminario). Revista editada por el Gobierno del D.F., Secretaria del Desarrollo Social, UNAM, e Instituto de Investigaciones Sociales. Págs. 31 – 5. 1999.
22. Smith-DN; Appell-RA; et cols.; Collagen Injection Therapy for post-prostatectomy Incontinence. *Journal of Urology*. 160 (2): 364 –7. Aug. 1998.
23. Chang-PL; Tsai-LH; et cols.; The early effect of pelvic floor muscle exercise after transurethral prostatectomy. *Journal of Urology*. 160 (2): 402 – 5. Aug. 1998.
24. Asbjornsen-G, Skaane-NV; Urinary Incontinence in Women in a Geriatric ward. *Tidsskr-Nor-Laegeforen*. 118 (13): 2010 – 2. May. 20 – 1998.
25. Rana-S; D’Amico-F; Merenstein-JH; Relationship of vitamin B 12 deficiency with Incontinence in Older people. *Journal American of Geriatrics Society*. 46 (7): 931-2. Jul 1998.
26. Ouslander Joseph G. et al: Urinary Incontinence in elderly Nursing home Patients. *JAMA* 248. 1194 1986

ANEXO.
I.S.S.T.E.
SUBDIRECCIÓN GENERAL MEDICA.
HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS".
SERVICIO DE GERIATRIA.
PERDIDA DEL CONTROL DE LA MICCIÓN.

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ No. Expediente: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fecha: _____

Red de apoyo familiar: _____ Apoyo Económico: _____

Interrogatorio Directo: _____ Indirecto: _____

PRESENTA PERDIDA DEL CONTROL DE LA MICCIÓN: _____

Tiempo de inicio: _____

Percibe la pérdida del control de la micción: Si _____ No _____

Cantidad: Mucha _____ Poca _____ En gotas _____

Aspecto de la orina: Turbia _____ Fétida _____

Hematuria: _____ Sin alteración: _____

La pérdida del control de la micción se presenta en decúbito o de pie: _____

Coincide con aumento de la presión abdominal (tos, estornudos): _____

No. De partos: _____

Cirugías pélvicas o de tracto urinario: _____

Uso de medicamentos y tipos:

1 _____ 6 _____

2 _____ 7 _____

3 _____ 8 _____

4 _____ 9 _____

5 _____ 10 _____

Otras enfermedades:

1 _____ 6 _____

2 _____ 7 _____

3 _____ 8 _____

4 _____ 9 _____

5 _____ 10 _____