

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

FRECUENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL
ADULTO MAYOR FEMENINO CON INCONTINENCIA
URINARIA

TESIS

Que para obtener el título de especialista en Medicina Familiar

Presenta:

CERVANTES CHAVEZ AZUCENA

Tutora:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA



IMSS

Generación 2004-2007



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.

ASESORA

Dra. Santa Vega Mendoza

Tutora de Tesis

Medico especialista en medicina familiar

Profesora adjunta al curso de Especialización en Medicina

Familiar de la UMF. No. 20 Vallejo

Vo. Bo.

Dra. Victoria Pineda Aquino

Especialista en Medicina Familiar

Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF no. 20. Profesora titular del curso de Especialización en Medicina Familiar de la UMF no. 20 vallejo

Vo.Bo.

Dra. Carmen Aguirre García

Medico Especialista en Medicina Familiar

Profesora adjunta al curso de Especialización en Medicina

Familiar de la UMF No. 20 vallejo

INDICE

ANTECEDENTES

JUSTIFICACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

HIPÓTESIS

OBJETIVOS

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

SITIO DEL ESTUDIO

POBLACIÓN DE ESTUDIO

CRITERIOS DE INLUSION, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA

VARIABLES

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

FRECUENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR FEMENINO CON INCONTINENCIA URINARIA.

Dra. Cervantes-Chávez Azucena ¹, Dra. Vega-Mendoza Santa ².

RESUMEN

Antecedentes. La incontinencia urinaria constituye un problema médico, social y psicológico frecuente en mujeres mayores de 60 años, escasamente abordada desde atención primaria, con una prevalencia subestimada. **Objetivo.** Identificar la frecuencia de mujeres de 60-80 años con incontinencia urinaria y afectación de su calidad de vida. **Diseño.** Observacional, transversal, descriptivo. **Ubicación.** Unidad de Medicina Familiar no. 20 del IMSS. **Intervención.** Se realizarán 353 encuestas en mujeres de 60 a 80 años de edad adscritas a la UMF 20 IMSS **Mediciones.** Se utilizará la Escala de Sandvik y el Impact Incontinence Urinary (IIQ7). Una vez recabada la información se procesará por medio del programa estadístico SPSS mediante medidas de tendencia central. **Resultados.** Se encontró una prevalencia de mujeres con incontinencia urinaria de 53.3% lo cual es superior a lo reportado en múltiples publicaciones en las que la prevalencia fluctúa desde valores de 12.1% hasta un 24.6%. En lo que respecta a la afectación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria se encontró una afectación ligera/moderada del 93% mientras que el 6.9% tienen afectación intensa de acuerdo al IIQ utilizado. **Conclusiones.** La Incontinencia Urinaria tiene un alto índice de prevalencia en las mujeres de 60 – 80 años de edad el cual es subestimado, y afecta en gran medida la calidad de vida de la paciente.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, calidad de vida, mujeres, frecuencia.

¹ Médico Residente de Medicina Familiar UMF no. 20 IMSS. ² Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesor adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF no. 20 IMSS

ANTECEDENTES.

A pesar de los enormes progresos médicos logrados en las últimas décadas, sigue dándose el hecho de que los últimos años de la vida aún conllevan una salud y una discapacidad que empeoran con los años. El factor clave del envejecimiento saludable es la capacidad de conservar una vida independiente durante el mayor tiempo posible. Los programas eficaces de fomento del envejecimiento saludable y de prevención de las discapacidades entre las personas mayores darán como resultado una utilización más eficiente de los servicios sanitarios y sociales, y mejorarán la calidad de vida de las personas mayores pues les permitirán seguir siendo independientes y productivas.

El envejecimiento puede definirse como un deterioro funcional progresivo y generalizado que ocasiona una pérdida de la respuesta de adaptación a la agresión y un aumento del riesgo de enfermedades asociadas a la edad ⁽¹⁾.

El envejecimiento constituye un fenómeno de la población y de la persona. Como fenómeno de la población expresa el éxito de la humanidad, dado que representa el resultado de los descubrimientos humanos y de los avances en higiene, nutrición, tecnología médica y conquistas sociales, entre otros. ^(1,2)

Para abordar los retos derivados de esa complejidad, resulta esencial el establecimiento de líneas de investigación sólidas que ofrezcan respuestas a los problemas de salud de este importante grupo de población que, tanto por razones éticas como por su relevancia social, merece una atención muy especial.

Entre los años 2000 y 2050, la proporción mundial de personas de más de 65 años se estima que alcance más del doble de la actual: del 6,9% al 16,4%. La proporción de personas muy mayores (aquellas mayores de 79 años) aumentará durante este período del 1,9% al 4,2%. La población de personas centenarias en 2050 será 16 veces mayor que en 1998 (2,2 millones frente a 135.000), con la relación hombre-mujer de personas centenarias bajando a aproximadamente 1 por cada 4. ⁽²⁻⁴⁾

Se considera que 1 de cada 5 personas al envejecer desarrolla algún tipo de discapacidad, y que 1 de cada 4 familias tiene un miembro discapacitado. La Organización Mundial de la Salud estima que, al menos el 10 % de la población iberoamericana, está afectada por algún tipo de discapacidad y que, a la vista de los índices de crecimiento poblacional en América Latina y el Caribe, se prevé un notable aumento en el número absoluto de personas discapacitadas. ⁽¹⁻⁴⁾

En Cuba, un estudio de prevalencia de 1995 arrojó que el 7 % de la población tenía algún tipo de discapacidad, correspondiendo el 6,4 % al sexo masculino y el 7,14 % al sexo femenino. Se determinó, además, que las principales causas de discapacidad son enfermedades crónicas no transmisibles y los daños en el sistema nervioso central, así como los trastornos mentales. Un estudio nacional de dicho país, aplicado a personas con retraso mental y otras discapacidades, iniciado el 27 de julio del 2001 en el municipio Cotorro y extendido hasta el 27

de Abril del 2003 en la provincia de Pinar del Río, demostró que el 52,27 % de las personas con discapacidad son mayores de 60 años. (1)

Actualmente en la UMF 20 Vallejo del IMSS se cuenta con una población de adultos mayores de 27,129 de los cuáles 12,772 son hombres y 14,357 son mujeres. La población femenina de entre 60 y 80 años comprende un número de 13,580 (5).

El entorno de industrialización, urbanización y modernización social junto a los grandes avances de la sanidad pública y a los grandes descubrimientos científicos que han reducido las enfermedades mortales reduciendo drásticamente las tasas de mortalidad y aumentando la esperanza de vida.

El proceso de envejecimiento está muy influido por los efectos de los estados del entorno, del estilo de vida y de las enfermedades, a medida que aumenta la edad, la reducción de la actividad física y el creciente número de enfermedades crónicas que surgen frecuentemente, crean a menudo un círculo vicioso: las enfermedades y las discapacidades consiguientes reducen el nivel de actividad física lo que, a su vez, tiene efectos adversos sobre la capacidad funcional y agrava las discapacidades producidas por las enfermedades. (3)

Los determinantes sociales y económicos del envejecimiento saludable abarcan una gran variedad de factores, incluidos el estado laboral, las condiciones y seguridad del trabajo, la educación desde edades tempranas, el entorno de vida y la permanencia en él, y las circunstancias familiares. Es probable que cada una de estas circunstancias actúe sobre la salud de forma distinta en cada etapa de la vida. (5)

Dentro de los determinantes relacionados con los factores personales están los factores psicológicos como la inteligencia y la capacidad cognoscitiva (por ejemplo, la capacidad de resolver problemas y adaptarse a los cambios y a las pérdidas) son potentes predictores del envejecimiento activo y la longevidad. Durante el envejecimiento normal, algunas capacidades cognitivas (como la velocidad de aprendizaje y la memoria) disminuyen de forma natural con la edad.

Sin embargo, estas pérdidas pueden compensarse por un incremento de la sabiduría, los conocimientos y la experiencia. A menudo, el declive del rendimiento cognoscitivo se desencadena por el desuso (falta de práctica), la enfermedad (depresión), los factores conductuales (consumo de alcohol y medicamentos), los factores psicológicos (falta de motivación, bajas expectativas y falta de confianza) y los factores sociales (soledad y aislamiento) más que por el envejecimiento per se. (1,6)

El paciente anciano podrá ir perdiendo paulatinamente la capacidad de autogobierno y de relación. La pérdida de dichas capacidades, con la consiguiente situación de dependencia, influirá negativamente en su competencia para decidir y actuar autónomamente. Por eso creemos que la

autonomía debe ejercerse antes de que aparezca alguna enfermedad incapacitante. (3)

Es lógico que en el proceso de envejecimiento el deterioro orgánico aumente de forma progresiva, sobre todo si a este proceso le acompaña alguna enfermedad neurodegenerativa. Cuando las limitaciones y deficiencias, aunque pequeñas, empiezan a multiplicarse en estas personas, disminuye su capacidad de autonomía, pasando a ser considerado como un "mayor dependiente". Por eso, como afirman algunos autores, la cuestión esencial es saber a partir de cuándo la dependencia de las personas ancianas comienza a ser, además de un problema personal y familiar, un problema social. (3)

Los bajos niveles de educación y alfabetización se asocian con un mayor riesgo de discapacidad y muerte entre las personas a medida que envejecen, así como con mayores índices de desempleo.

Existen tres aspectos del ámbito económico que tienen un efecto especialmente significativo sobre el envejecimiento activo: los ingresos, el trabajo y la protección social. (1,3)

Un aspecto a considerar son las enfermedades crónicas, que constituyen causas importantes de discapacidad y resultan costosas, además de reducir la calidad de vida.

Entre las principales enfermedades crónicas que afectan a las personas ancianas en todo el mundo se encuentran las enfermedades cardiovasculares, Diabetes, cáncer, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades músculo esqueléticas (como la artritis y la osteoporosis) enfermedades mentales (principalmente, demencia y depresión), ceguera y alteraciones visuales, la incontinencia urinaria y fecal. (6)

La incontinencia urinaria (IU) se define como la condición en el cual se produce una pérdida involuntaria de la orina por la uretra suficiente para constituirse en un problema social/ médico. (2,7,8) Es un síntoma problema, frecuente de encontrar en los adultos mayores. Su presencia produce en la persona múltiples problemas psicológicos y sociales, ya que se ha demostrado que siempre contribuye entre otras cosas a promover al aislamiento social. Es considerada como una condición sindrómica multifactorial altamente prevalente en mujeres. (9)

En los miembros del equipo de la salud y en la población general existe una escasa y mala información sobre la incontinencia urinaria. Frecuentemente, se atribuye a una consecuencia normal del proceso de envejecimiento y, lo que es aún peor, a un trastorno sin solución o irreversible. La geriatría ha demostrado que dichas suposiciones son falsas y promueve que el médico de atención primaria y los otros especialistas tengan conocimientos suficientes para detectar y evaluar casos de incontinencia urinaria en el adulto mayor. Todo médico debe saber cuáles son las posibilidades terapéuticas en cada caso y saber cuándo derivar a tiempo a los pacientes. En el adulto mayor siempre

debemos buscar una solución que mejore su calidad de vida y poder aliviar a los cuidadores. (2,7,9)

El concepto de calidad de vida asociada a la salud (CVAS) aparece en las sociedades occidentales en un momento en el que la esperanza de vida ha aumentado sensiblemente y en el que predomina la convicción de que el papel de la medicina no debe ser únicamente el de proporcionar muchos años de vida a las personas, sino, sobre todo, el de aportar una mejora en la calidad de los años vividos.

La calidad de vida asociada a la salud es pues un concepto multidimensional y viene a expresar una combinación de medidas de salud valoradas por el paciente que incluyen función física, social, emocional o estado mental, repercusión de los síntomas y sentido de bienestar, según la definición de salud de la OMS que hace referencia no únicamente a la ausencia de enfermedad sino a un completo estado de bienestar físico, mental y social. (4)

La Calidad de Vida Relacionada con la Incontinencia Urinaria) (3,4) tiene un efecto notable sobre la vida de los individuos afectados, de forma que el 60% se sienten avergonzados o preocupados por sus síntomas. Un 60% de las mujeres afectadas evitan alejarse de sus hogares, un 45% no utiliza transporte público y un 50% rechaza la actividad sexual, teniendo mayor predisposición a problemas emocionales al aislamiento social. (10)

A pesar del problema que reflejan estos datos, sólo el 6% de los individuos con incontinencia moderada o grave reciben algún tipo de asesoramiento y asistencia médica, al ser una patología mal conocida y escasamente abordada desde atención primaria, interrogando poco sobre ella, no llegando a un diagnóstico etiológico y ofreciéndose a veces sólo medidas paliativas como el uso de pañales (2,4,10).

Hasta un 50% de los pacientes no consultan al médico a pesar de experimentar la incontinencia como un problema. Las razones por las que no buscan atención médica son variadas. Unos pueden aceptar su situación y aprender a vivir con su sufrimiento formando parte de su vida cotidiana, pero otra gran parte de estos pacientes creen que es un problema sin tratamiento o que existe un conocimiento poco preciso del mismo por parte del personal médico.

Los estudios epidemiológicos indican que es un trastorno de alta prevalencia en promedio varían las series entre un 10 a 34% en las personas mayores de 65 años de edad que viven en la comunidad y puede llegar a un 50 a 60% en las instituciones geriátricas y hospitales generales. Sabemos que estas cifras son aún mayores entre las mujeres, aumentan a mayor edad (>75 años) y se relacionan estrechamente con aquellos que presentan alteraciones y/o fallas de las funciones cognitivas y funcionales-físicas. (2,9-12)

Con toda seguridad la prevalencia está subestimada, ya que sólo una pequeña proporción de los pacientes que la padecen solicitan ayuda médica, por considerarla parte del envejecimiento normal. Además, hay miedo y sobre todo vergüenza de los propios pacientes de contárselo a sus familiares. Por otra

parte, algunos estudios demuestran que el 30% de aquellos que refieren el síntoma al médico general no reciben ningún tipo de evaluación. (9,11-13)

En los países desarrollados el interés en el coste de la Sanidad se ha intensificado en la pasada década, buscando equilibrar el coste con la calidad obtenida. Los sistemas sanitarios de cada país reflejan su entorno económico y patrones culturales. En Europa la seguridad social ha dado cobertura en casos de enfermedad, invalidez o desempleo a través de 2 modelos: El Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguro de Salud basados en principios de solidaridad y equidad. Sin embargo, recientes cambios en la sociedad, como el envejecimiento y una mejor educación de la población, junto a la explosión de la ciencia y tecnologías médicas enfrentadas a un presupuesto limitado ponen en peligro la estabilidad de los sistemas de cobertura social, incluido los sanitarios. Los recursos sanitarios no son ilimitados, lo que plantea la necesidad de una distribución adecuada. La mayor oferta de posibilidades terapéuticas para condiciones antes no tratables conduce a la necesidad de elegir la mejor de las opciones, enfrentado a su coste económico.

Cada vez más al médico se le demandan éste tipo de decisiones desde las aseguradoras privadas, los administradores de los hospitales, los políticos e incluso los pacientes (14-17).

Cada vez más, médicos y pacientes ven la incontinencia como una enfermedad que merece atención médica. Esto ha traído el desarrollo de fármacos y tecnología nueva para su manejo. Sin embargo, el sistema consiste en un heterogéneo conjunto de segmentos (científicos, proveedores de salud, políticos, industria) cada uno mirando al problema desde una perspectiva diferente. Hay factores poblacionales que van a influir marcadamente en la presencia de determinadas patologías. A nivel global, la población va a pasar de 5.700 millones de habitantes en 1995 y 7.500 millones en el 2020. Durante éstos 25 años los mayores de 65 años aumentarán el 44% en los países desarrollados y un 121% en los subdesarrollados. Sólo el 30% de los afectados de Incontinencia Urinaria busca atención médica por su incontinencia. Podemos aceptar que la “condición” Incontinencia Urinaria se transforma en la “Enfermedad” Incontinencia Urinaria cuando la molestia que aquella produce es tal que interfiere de forma significativa con la calidad de vida (15).

Para estimar el impacto de la enfermedad, es importante conocer la prevalencia de los síntomas que realmente son molestos y que van a necesitar recursos para ser tratados (absorbentes, cirugía, fármacos, fisioterapia). Desgraciadamente, en los estudios epidemiológicos esto no se suele estudiar.

Por último, dado que hablamos de un problema de salud de la población, que afecta a un gran número de personas no podemos olvidar el coste económico del tratamiento de la Incontinencia Urinaria. El análisis de los aspectos económicos puede ser descriptivo y comparativo. El primero es útil para evaluar la carga económica sobre la sociedad, y ayuda a los rectores políticos a tomar decisiones en política sanitaria sobre prioridades y planificación. El

análisis comparativo permitirá comparar los diferentes tratamientos para determinar cual es la aproximación más rentable al tratamiento. Este análisis comparativo está mucho más en el terreno de los clínicos y proveedores de salud (15,17).

En un sentido amplio, el coste de la enfermedad para un individuo o sociedad no se limita solo al económico. Sin embargo, conseguir contemplar todos los elementos del coste y ser capaz de usarlos en análisis significativos requiere atribuir a cada aspecto del coste una cantidad de "dólares". Esto introduce en si mismo sesgos y errores, pero merece la pena y es útil para medir y comparar. Los elementos del coste se definen como: Directos, Indirectos e Intangibles (14)

Costes directos: los recursos del presupuesto que se usan para diagnosticar, tratar, cuidar y rehabilitar al paciente. Estos recursos se denominan costes médicos directos y pueden ser valorados del mercado de bienes y servicios. Algunos recursos no son estrictamente médicos, pero se relacionan con la condición y sin ella no ocurrirían: ej. Lavandería, absorbentes, desplazamientos al médico,... son los costes directos no médicos, y los suele pagar el paciente.

Costes indirectos: Son los recursos perdidos debido al descenso en la productividad.

Costes intangibles: Aquellos en los que es difícil hacer una estimación económica. Son ejemplo de ellos los estigmas sociales, la restricción de actividades, el estrés psicológico resultantes de la IU. La mayoría de los estudios los ignoran debido a la dificultad de medirlos.

Determinar la prevalencia de una patología determinada permite planificar los recursos a destinar para el tratamiento y/o prevención, ahí es donde radica la importancia de estas encuestas en poblaciones específicas. (14-15)

La incontinencia urinaria es una condición médica sindromática multifactorial altamente prevalente en mujeres, es causa frecuente de problemas médicos, sociales y psicológicos, que afecta significativamente la calidad de vida de las pacientes. (9,16)

A pesar de una alta prevalencia existe una baja consulta de las pacientes, por negación, vergüenza o por considerar a la incontinencia urinaria como algo natural, por esto es que se ha estimado que sólo 20-40% de estas mujeres ha consultado por este síntoma. (17)

Hay grandes variaciones en la estimación de la prevalencia de la incontinencia, la que varía según distintos estudios entre 11% y 72%, estas diferencias podrían deberse a diferentes definiciones de incontinencia, diferentes métodos de recoger la información, distintos cuestionarios utilizados, etc. (18-21)

Hay múltiples publicaciones sobre prevalencia de la incontinencia, siendo algunas más importantes por la población estudiada y por la metodología empleada, dentro de las que se cuentan las siguientes: Elving y colaboradores reportaron que 26% de las mujeres entre 30 y 60 años habían experimentado algún episodio de incontinencia de orina durante su vida adulta, y que sólo el 14% de ellas percibían esto realmente como un problema higiénico o social. (18)

Milsom y colaboradores encontraron un incremento lineal de la prevalencia de incontinencia de orina con la edad desde valores de 12,1% a los 45 años hasta 24,6% a los 85 años. También encontraron que el número de partos y el antecedente de histerectomía eran factores que se asociaban a mayor prevalencia de incontinencia de orina de esfuerzo. (19)

Diokno y colaboradores encontró una prevalencia de incontinencia de orina de esfuerzo de 37,6% en mujeres mayores de 60 años, esta prevalencia no varió significativamente en subgrupos de mujeres de 60 a 85 años. (20)

En USA se estima que el gasto médico en pacientes incontinentes llega a 2% de los gastos en salud, lo que supera los 10 billones de dólares al año (14,17).

Un estudio realizado, en Isla de Pascua, a 236 mujeres entre 30 y 84 años, con una edad promedio de 47,2 años. Ciento ochenta y dos pacientes (77,1%) refieren episodios de Incontinencia Urinaria, de éstas, 119 (50,4%) manifiestan tener IU que afecta su calidad de vida. El 40,7% correspondió a Incontinencia Urinaria Esfuerzo, el 13,2% a Incontinencia Urinaria de Urgencia y el 46,1% a Incontinencia Urinaria Mixta (21).

Antes de discutir el proceso diagnóstico y el tratamiento, es necesario conocer el proceso normal de la continencia urinaria y algunos de los cambios que sufre el aparato urinario inferior con el paso de los años.

Para mantener la continencia urinaria es básico que estén indemnes las estructuras anatómicas que participan en la micción, vejiga, uretra, músculos del piso pelviano, así como también la médula espinal y los nervios periféricos que inervan el aparato urinario. Lo anterior debe ser acompañado de un estado cognitivo que permita reconocer la necesidad de la micción y una adecuada movilidad. Una alteración en cualquiera de estos niveles podría inducir incontinencia urinaria, pero muchas veces en el adulto mayor existe una sumatoria de factores. Además, debemos tener presente los factores ambientales (tipo de habitación, calidad de los baños, etc.) y los iatrogénicos. (fármacos, amarras, etc.) que son frecuentes de observar en los pacientes de edad. (8)

No se sabe exactamente cómo el proceso de envejecimiento afecta a la morfología y funcionamiento del sistema urinario. Con los años se produce una disminución de células del sistema nervioso central, de la musculatura estriada, de los nervios autonómicos y de la actividad estrogénica. Uno de los fenómenos más importantes a destacar es el cambio en el patrón urinario, ya que los adultos mayores tienden a excretar en la noche la mayor parte del líquido ingerido durante el día (nicturia). Mediante los estudios urodinámicos se ha determinado otros cambios, como una disminución de la capacidad vesical, disminución de la complianza vesical y uretral, disminución de la presión de cierre uretral máxima, aumento del residuo postmiccional y un aumento de las contracciones no inhibidas del detrusor. (7,8)

Sabemos que en la vejiga los receptores parasimpáticos colinérgicos están fundamentalmente en el cuerpo vesical (producen contracción); los receptores simpáticos alfa adrenérgicos están principalmente en la base de la vejiga, cuello

vesical y uretra (producen contracción); los receptores beta adrenérgicos en mayor proporción en el cuerpo vesical (producen relajación), aunque existen en el cuello y uretra. (8)

Los síntomas, pueden ser producidos cuando se afecta la vejiga y la uretra por procesos inflamatorios, problemas de almacenamiento, disfunción del vaciamiento, vejiga neurogénica y nicturia.

En toda evaluación de un paciente incontinente es siempre necesario identificar si el baño está muy lejos o si existe alguna falla funcional que no permite llegar a tiempo; además debemos buscar y tratar las llamadas causas transitorias.

Estas se pueden agrupar en el método nemotécnico **DRIP** (goteo en inglés). (7-8,11,16,22-27)

Delirio-confusión: siempre requiere su identificación y tratamiento médico de la causa subyacente.

Restricción de la movilidad-inmovilidad, ya sea secundaria a enfermedades médicas o impuesto por el personal del equipo de salud; también se inducen al disminuir la conciencia del paciente en cuanto a la necesidad de orinar o simplemente no hay una accesibilidad y/o un lugar físico adecuado para efectuar la micción. Siempre se debe intentar primero manejar estas situaciones con cambios de las condiciones ambientales, tales como horarios fijos para ir al baño, uso de sustitutos del baño, baños portátiles cercanos, educación al paciente y cuidadores. Si ello no resultara, se puede utilizar una sonda o recolector por tiempo corto.

Incontinencia urinaria por rebosamiento: sospecharla en todo caso de incontinencia urinaria de comienzo brusco en presencia de globo vesical. Puede ser causado por causas prostáticas, neurológicas, fármacos (anticolinérgicos, alfa-adrenérgicos, narcóticos, etc.) y también por la impactación de un fecaloma.

Inflamación-infección: cualquier proceso inflamatorio (infeccioso o no) puede inducir incontinencia: vaginitis, uretritis, infección urinaria. El rol de la bacteriuria asintomática en la incontinencia es incierto, algunos autores sugieren tratarla si es de reciente comienzo y observar el resultado; otros no tratar aquellos casos de incontinencia de larga data.

Poliuria: relativamente poco común de observar en los ancianos. Buscar y manejar los trastornos como Diabetes mellitus mal controlada, hipercalcemia, ingesta de bebidas que contienen cafeína y reabsorción de edemas, entre otros.

Polifarmacia: frecuentemente los adultos mayores utilizan varios medicamentos en forma simultánea, muchos de los cuales pueden inducir incontinencia: diuréticos, anticolinérgicos, alfa adrenérgicos y narcóticos (pueden producir retención urinaria); bloqueadores alfa adrenérgicos (disminuyen el tono uretral) y psicotrópicos (disminuyen la conciencia de la necesidad de micción).

Siempre que sea posible, se debería suspender el medicamento en cuestión, modificar su posología o cambiar el horario de administración. No olvidar el papel que puede tener la ingesta exagerada de alcohol.

A) De urgencia. También conocida como inestabilidad del detrusor. Es el tipo más corriente en el anciano (65%). Se produce por contracciones involuntarias o irritación de la vejiga por diversos factores genitourinarios y neurológicos que provocan deseo miccional inminente y escapes de orina moderados o grandes.

B) De estrés o esfuerzo. Es la causa más frecuente en mujeres. Se produce ante aumentos de la presión intraabdominal que se produce por ejemplo al estornudar, toser, reír, inclinarse hacia delante o al realizar otro tipo de esfuerzos. Provoca pequeños escapes de orina.

C) Por rebosamiento. Tiene su origen en una obstrucción anatómica o neurogénica o en una vejiga hipotónica o acontráctil. Cuando la presión intravesical supera la uretral, se producen pequeñas pérdidas de orina. El residuo postmiccional es patológico (>100 cc.).

D) Funcionales. La función vesicoureteral está intacta, pero el anciano no desea o no es capaz de alcanzar el lavabo para orinar por múltiples motivos (mala visión, miedo a caerse, barreras arquitectónicas, depresión, WC inaccesible, descuido de los cuidadores, incapacidad para desplazarse, desvestirse, etc.). (7-8,17,22-27)

Abordar todos los aspectos que pueden influir en un envejecimiento saludable nos permite concluir que la buena capacidad funcional, la autonomía y el logro de la independencia para las actividades de la vida diaria, trae como consecuencias, calidad de vida, control de las enfermedades crónicas no transmisibles donde la práctica de ejercicios físicos, los cuidados personales, la disminución de hábitos tóxicos como el cigarro, el alcohol, el tipo de trabajo que realiza el anciano son determinantes en el alcance de este objetivo.

La detección de la incontinencia urinaria puede realizarse mediante preguntas sencillas como ¿se le escapa la orina de forma involuntaria? O a través de cuestionarios ya validados. En este sentido se ha encontrado que la prevalencia de incontinencia urinaria obtenida mediante mediciones objetivas difiere poco de la encontrada mediante cuestionarios validados.

Ante la sospecha de la patología en una paciente será conveniente entonces realizar una valoración de la paciente que incluya una exploración física general, urológica, ginecológica, neurológica así como practicar un examen general de orina para evaluar la presencia de una posible infección urinaria o hematuria así como una química sanguínea para determinar nivel de glucosa en sangre, presencia de hipercalcemia, etc.

En general, existen indicaciones para solicitar un estudio urodinámico, en aquellos casos de diagnóstico incierto, frente a la incontinencia urinaria severa, ante la falta de respuesta al tratamiento inicial, en pacientes que muestran residuo post miccional superior a 100 cc., afectados de infecciones urinarias de repetición, antecedentes de cirugía pélvica o anti-incontinencia, así como las expuestas a tratamiento con radioterapia. (8,27)

Sin embargo podemos considerar que en una primera aproximación en el primer nivel de atención podemos comenzar con una pauta de tratamiento conservador encaminado sobre todo a la corrección de factores modificables de los cuáles enumeraremos a continuación como los más representativos:

Prevención y tratamiento de la obesidad.

Evitar la inmovilidad.

Evitar el aislamiento social en las personas ancianas.

Cesar o disminuir el consumo de cafeína y/o alcohol.

Reducir la excesiva ingesta de líquidos.

Reevaluar los fármacos predisponentes o desencadenantes de incontinencia urinaria.

Tratamiento de la vaginitis atrófica.

Tratamiento de la infección urinaria.

JUSTIFICACIÓN.

Las discapacidades asociadas con el envejecimiento (visuales, auditivas, motoras) y la aparición de enfermedades crónicas o grandes síndromes (hipertensión, accidentes cerebrovasculares, Diabetes mellitus, cáncer, EPOC, incontinencia urinaria, fecal etc.) pueden entorpecer la independencia, autonomía, capacidad funcional y con, ello a su vez, la expresión de calidad de vida y, por tanto, de envejecimiento saludable.

La Incontinencia Urinaria tiene un efecto notable sobre la calidad de vida de los individuos afectados, de forma que se sienten avergonzados preocupados por sus síntomas. Las mujeres afectadas evitan alejarse de sus hogares, no utilizan transporte público y rechazan la actividad sexual, teniendo mayor predisposición a problemas emocionales y al aislamiento social.

No obstante el problema que reflejan estos datos, sólo el 6% de los individuos con incontinencia moderada o grave reciben algún tipo de asesoramiento y asistencia médica, al ser una patología mal conocida y escasamente abordada desde atención primaria, interrogando poco sobre ella, no llegando a un diagnóstico etiológico y ofreciéndose a veces sólo medidas paliativas como el uso de accesorios absorbentes.

Hasta un 50% de los pacientes no consultan al médico a pesar de experimentar la incontinencia como un problema. Las razones por las que no buscan atención médica son variadas. Una gran parte de estos pacientes creen que es un problema sin tratamiento o que existe un conocimiento poco preciso del mismo por parte del personal médico.

Este problema se presenta más en las mujeres durante la postmenopausia, aumentando su prevalencia con la edad.

Es principalmente por esto que nos interesa conocer primero que prevalencia de mujeres mayores de 60 – 80 años en nuestra unidad (UMF no. 20 Vallejo del IMSS) presenta esta patología y si ésta condiciona afectación de su calidad de vida, creemos que esta investigación puede dar pie a futuras investigaciones en el tema además de despertar el interés en Médicos Familiares en el Primer Nivel de atención sobre el conocimiento de la Incontinencia Urinaria para su identificación y manejo e indiscutiblemente estas acciones lograrán un mejor pronóstico en estas pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de una alta prevalencia existe una baja consulta de las pacientes, por negación, vergüenza o por considerar a la incontinencia urinaria como algo natural, por esto es que se ha estimado que sólo 20-40% de estas mujeres ha consultado por este síntoma. (17)

La incontinencia urinaria es una condición médica sindrómica multifactorial altamente prevalente en mujeres, es causa frecuente de problemas médicos, sociales y psicológicos, que afecta significativamente la calidad de vida de las pacientes. (9,16)

Hay grandes variaciones en la estimación de la prevalencia de la incontinencia, la que varía según distintos estudios entre 11% y 72%, estas diferencias podrían deberse a diferentes definiciones de incontinencia, diferentes métodos de recoger la información, distintos cuestionarios utilizados, etc. (18-21)

La incontinencia urinaria es un síndrome, frecuente de encontrar en los adultos mayores. Su presencia produce en la persona múltiples problemas psicológicos y sociales, ya que se ha demostrado que siempre contribuye entre otras cosas a promover al aislamiento social. Es considerada como una condición sindrómica multifactorial altamente prevalente en mujeres.

HIPÓTESIS.

No requiere hipótesis puesto que se trata de un estudio descriptivo.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la frecuencia de mujeres mayores de 60 años con incontinencia urinaria y afectación de su calidad de vida en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo del IMSS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ⌚ Identificar la frecuencia de mujeres de 60 A 80 años con Incontinencia Urinaria.
- ⌚ Identificar el grado de afectación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
- ⌚ Identificar las características sociodemográficas de mujeres con Incontinencia Urinaria.
- ⌚ Identificar las características de las mujeres para incontinencia urinaria (antecedentes ginecoobstétricos y personales patológicos, tratamiento farmacológico)

MATERIAL Y MÉTODOS.

DISEÑO DEL ESTUDIO: Observacional, transversal, descriptivo.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Epidemiológico

SITIO DEL ESTUDIO: Se realizará en la Unidad de Medicina Familiar no. 20 Vallejo, IMSS ubicada en la delegación Gustavo A. Madero de la Ciudad de México y perteneciente a la delegación Norte del IMSS la cuál otorga atención de primer nivel a la población derechohabiente de su área de influencia.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Mujeres de 60 A 80 años.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujeres de 60 A 80 años, derechohabientes y adscritas a la UMF 20 tanto del turno matutino como vespertino.
- Que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Mujeres no vigentes en el momento del estudio.
- Mujeres con incontinencia urinaria secundaria a lesión medular o cirugía no obstétrica.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Que no llenen de manera completa el cuestionario.

TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Muestra probabilística de casos consecutivos.

La determinación estadística del tamaño de la muestra se llevó a cabo utilizando la siguiente fórmula para estudios descriptivos.

$$n = \frac{Z^2 (pq)}{d^2}$$

donde $Z = 1.96$
 $p = 0.37$
 $q = 1 - .37$
 $d = 0.05$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.37) \times (1 - 0.37)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.84) ((0.37) (0.63))}{0.0025}$$

$$n = \frac{(3.84) (0.23)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.8832}{0.0025}$$

$$n = \boxed{353}$$

VARIABLE INDEPENDIENTE

INCONTINENCIA URINARIA

Definición conceptual. Condición en el cual se produce una pérdida involuntaria de la orina.

Definición operacional. Mediante cuestionario ex profeso por preguntas directas que consiste en 6 reactivos y determina la gravedad de la incontinencia urinaria, así como incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia y rebosamiento.

Definimos como incontinencia urinaria la respuesta afirmativa a cualquiera de las dos preguntas. Utilizando la Escala de Sandvik para graduar la severidad, cuya valoración se obtiene multiplicando la frecuencia de los escapes de orina: 1 = menos de una vez al mes; 2 = una o varias veces al mes; 3 = una o varias veces a la semana; 4 = cada día o cada noche, por el volumen (1 = gotas o una pequeña cantidad; 2 = una cantidad grande). El resultado varía de 1 a 8, por lo que se categoriza en ligera (1 a 2), moderada (3 a 4) e intensa de (6 a 8) (24).

Escala. Cualitativa ordinal.

VARIABLE DEPENDIENTE

CALIDAD DE VIDA

Definición conceptual. Características relacionadas con el bienestar y la capacidad de actuación de las personas afectadas por un determinado problema de salud, supone la capacidad del individuo para lograr sus objetivos y llevar a cabo su "proyecto vital".

Definición operacional. Mediante cuestionario ex profeso para medir el impacto en la calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria (IIQ 7) de siete reactivos con la siguiente puntuación:

Ítems 1 y 2 = actividad física Ítems 3 y 4 = viajes

Ítem 5 = actividades sociales y relaciones Ítems 6 y 7 = salud emocional

Puntuación. A las respuestas de cada ítem se le asigna un valor de 0 a "en absoluto", 1 a "un poco", 2 a "moderadamente" y 3 a "mucho". Se calcula la puntuación promedio de los ítems respondidos.

El promedio, que varía de 0 a 3, se multiplica por 33 1/3 para calcular los puntos en una escala de 0 a 100, de la siguiente manera: 0- 50 = repercusión ligera – moderada para su calidad de vida y de 51 -100= repercusión intensa sobre su calidad de vida. (27)

Escala. Cualitativa ordinal.

VARIABLES UNIVERSALES

EDAD.

Definición Conceptual. Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del estudio.

Definición operacional. Se preguntará el número de años cumplidos mediante cuestionario ex profeso.

- 1) 60 – 65 años
- 2) 66 - 70 años
- 3) 71 – 75 años
- 4) 76 – 80 años

Escala. Cuantitativa de intervalo.

OCUPACIÓN.

Definición conceptual. Actividad laboral que desempeña una persona.

Definición operacional. Se dividirá en 5 niveles de acuerdo a la actividad que desempeñe en el momento del estudio recogido mediante cuestionario ex profeso.

1. Ama de casa
2. Obrera
3. Empleada
4. Profesionista
5. Pensionada

Escala. Cualitativa nominal

ESCOLARIDAD.

Definición conceptual. Años cursados en la educación.

Definición operacional. Se dividió en cinco niveles de acuerdo al número de años cursados referidos en cuestionario.

1. Ninguno
2. Primaria
3. Secundaria
4. Bachillerato o equivalente
5. Profesional

Escala. Cualitativa nominal

OTRAS VARIABLES DE ESTUDIO

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Definición conceptual. Índice impuesto que utiliza peso y talla para determinar el estado nutricional en adultos.

Definición operacional. Se medirá a través de datos contenidos en e la cartilla de salud mediante los datos de peso y talla determinando el IMC con la siguiente formula:

$$\text{IMC} = \text{Peso/talla}^2$$

- 1) < 25 Normal
- 2) 25-27 Sobrepeso
- 3) > 27 Obesidad

Escala. Categórica ordinal

ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

Definición conceptual. Dato o circunstancia personal en relación a eventos ginecoobstétricos.

Definición operacional. Mediante cuestionario ex profeso por pregunta directa acerca de:

- Gesta
- Para / Cesárea
- Menopausia
- Cirugías ginecoobstétricas

Escala. Categórica nominal

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Definición conceptual. Presencia de enfermedades crónico degenerativas, uroginecológicas, o bien condicionantes de morbilidad.

Definición operacional. Mediante cuestionario ex profeso por preguntas directas sobre la existencia de patologías y el tipo de medicamento que se utiliza en este momento como:

- 1) No
- 2) Cardiovasculares
- 3) Endocrinas

- 4) Reumáticas
- 5) Uroginecológicas

Escala. Cualitativa nominal

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Definición conceptual. Uso de medicamentos de prescripción médica o automedicados

Definición operacional. Mediante cuestionario ex profeso por preguntas directas sobre tipo de medicamento que se utiliza en este momento como:

Ingesta de medicamentos.

- 1) Diuréticos
- 2) Anticolinérgicos
- 3) Bloqueadores alfa
- 4) Psicotrópicos
- 5) Ninguno

Escala. Cualitativa nominal

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El protocolo de estudio fue revisado y analizado por el comité de investigación, se procedió a la recolección de datos que se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar no. 20 del IMSS, en donde se les aplicó una encuesta en las mujeres de 60 – 80 años derechohabientes, finalmente la información fue capturada y procesada en una base de datos de SPSS para analizar la información mediante medidas de tendencia central; obteniendo los datos de características sociodemográficas, características de las mujeres para incontinencia urinaria, la gravedad y el tipo de la incontinencia urinaria mediante la Escala de Sándvich y Impact Incontinence Urinary (IIQ7) para afectación de la calidad de vida.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo en un total de 353 mujeres de 60 a 80 años derechohabientes que aceptaron participar voluntariamente durante el periodo de enero a febrero del 2006 obteniendo los siguientes resultados:

De acuerdo al rango de **edad**, se distribuyeron en 4 grupos de la siguiente manera: 60–65 años con un 52.1% (n=184), 66–70 años fue de 22.4% (n=79), de 71-75 años el 15.3% (n=54), de 76–80 años el 10.2% (n=36). En cuanto a la **escolaridad** se obtuvo que el 55% (n=194) tienen el grado de primaria, analfabetismo 31.7% (n= 112), secundaria 7.4% (n=26), bachillerato 3.7% (n=13) y licenciatura 2.3% (n=8). En relación a la **ocupación** el 77.6% (n=274) se dedica al hogar, el 12.2% (n=43) es pensionada, el 6.2% (n=22) es empleada, obrera el 3.4% (n=12) y profesionista el 0.6% (n=2). **(Cuadro 1 y gráfico 1)**

Las **características estudiadas** en las mujeres **para incontinencia urinaria** fueron **IMC con obesidad** el 65.4% (n=231), el 22.9% (N=81) tiene peso normal y el 11.6% (n=41) tiene sobrepeso. Las mujeres con 21 y más años posterior a la menopausia fueron el 49.9% (n=176), de 11-20 años el 31.4% (n=111) y de 10 años o menos el 18.7% (n=66). En cuanto al número de **gestas** en el grupo de mujeres con 4 y más gestas el 75.1% (n=265), de 0-3 gestas el 24.9% (n=88). De acuerdo al número de **paras** con 3 o más el 80.5% (n=284) y con 0-2 el 19.5% (n=69). En el número de **cesáreas**, de 0-2 el 91.8% y el 8.2% (n=29) con 3 y más cesáreas. En el grupo de **cirugías ginecológicas** observamos al 16.4% (n=58) con histerectomía, ambas (Colpoperineoplastía e histerectomía) el 4.5% (n=16), el 3.7% (n=13) colpoperineoplastía, y el 75.4% (n=266) ninguna cirugía. Respecto a las **enfermedades asociadas** encontramos que el 32.9% (n=116), no cursa con ningún tipo de enfermedad, el 31.4% (n=111) cursa con enfermedad cardiovascular, el 28.9% (n=102) tiene enfermedades de tipo endocrinológicas, el 4.2% (n=15) enfermedad reumatológica y el 2.5% (n=9) tiene un tipo de enfermedad uroginecológica. Las mujeres que toman **medicamentos asociados** a la presencia de incontinencia urinaria encontramos que el 11.3% (n=40) usa diuréticos, el 2.3% (n=8) usa anticolinérgicos, el 0.8% (n=3), el 0.3% (n=1) usa psicotrópicos y el 85.3% (n=301) no usa ningún tipo de medicamento. **(Cuadro 2)**

Del total de mujeres estudiadas se obtuvo que el 53.3% (n=188) si presenta **incontinencia urinaria** y el 46.7% (n=165) no la presenta. **(Cuadro 3 y gráfico 2)**

En lo que se refiere al **tipo de Incontinencia** urinaria el 44.6% (n=84) es de esfuerzo, el 28.2% (n=53) mixta, el 17.0% (n=32) de urgencia y el 10.2% (n=19) otro tipo. **(Cuadro 4 y gráfico 3)**

En lo que respecta a las pacientes con incontinencia urinaria, de acuerdo a la **severidad de incontinencia** en el 61.8% (n=116) fue ligera, el 27.1% (n=51) moderada, y el 11.1% (n=21) severa. **(Cuadro 5 y gráfico 4)**

En cuanto a la **afectación de la calidad de vida**, el 93.0% (n=175) presenta afectación ligera/moderada, y el 7.0% (n=13) afectación intensa. **(Cuadro 6 y gráfico 5)**

En relación a la **incontinencia urinaria y los factores sociodemográficos** encontramos mayor frecuencia en el grupo de 60-65 años con el 51.6% (n=97), con escolaridad primaria en el 57% (n=107), ocupación hogar en el 77.7% (n=146) **(Cuadro 7 y gráfico 6 al 8)**. **Factores asociados** encontramos incontinencia en IMC con 68.1% (n=128) con obesidad, cursando menopausia de más de 21 años en el 46.8% (n=88), con 4 o más gestas en el 76.1% (n=143), menos de 3 cesáreas en el 93.1% (n=175), con antecedente de histerectomía en el 19.1% (n=36), enfermedades cardiovasculares en el 33.5% (n=63), bajo tratamiento farmacológico con diuréticos en el 13.3% (n=25) **(Cuadro 8 y gráficos 9 al 11)**.

Encontramos que en relación a **la afectación de la calidad de vida y factores sociodemográficos** en mujeres con incontinencia urinaria fue de afectación de **ligera a moderada** en el grupo de edad de 60 a 65 años en un 48.4% (n=91), con escolaridad primaria 53.2% (n=100), ocupación hogar en el 72.4% (n=136). En afectación **intensa** fue el 3.2% (n=6) en mujeres de 60 a 65 años, escolaridad primaria en el 3.7% (n=7) y ocupación el hogar en el 5.3% (n=10). **(Cuadro 9 y gráficos 12 al 14)**. **En relación con los factores asociados** se observó afectación de manera **ligera/moderada** en un 63.3% (n=119) en mujeres con obesidad, cursando con menopausia de 21 años o más en un 45.2% (n=85), con 3 o más paras en el 75.5% (n=142) y con 2 o menos cesáreas en el 86.2% (n=162). el 19.1% (n=36) tiene antecedente de histerectomía, el 31.3% (n=59) cursa con enfermedad cardiovascular, y en el grupo de mujeres que usan diuréticos en un 12.3% (n=23). En afectación **intensa** el 4.8% (n=9) en mujeres con obesidad, el 3.2% (n=6) mujeres cursando con menopausia de 11 a 20 años, el 5.4% (n=10) con 3 o más paras y el 6.9% (n=13) con 2 o menos cesáreas, el 1% (n=2) con antecedentes de Histerectomía y Colpoperineoplastia, el 4.2% (n=8) con enfermedades endocrinas y el 1% (n=2) con uso de diuréticos **(Cuadro 10)**.

En relación a la **afectación de la calidad de vida** de acuerdo al grado de **severidad de la incontinencia urinaria** encontramos una afectación **ligera/moderada** en el 60.1% (n=113) con incontinencia urinaria **ligera**. Se observó una afectación **intensa** en el 4.2% (n=8) en incontinencia urinaria **intensa**. De acuerdo al **tipo de incontinencia** un 44.7% (n=84) está afectada en forma **ligera/moderada** en incontinencia de **esfuerzo** y en un 4.4% (n=8) en incontinencia de tipo **mixta (Cuadro 11 y gráficos 15 y 16)**.

De las pacientes con incontinencia urinaria el 65.4% (n=123) no ha solicitado atención médica para su problema, y el 34.5% (n=65) si lo ha hecho. De ellas el 63.0% (n=41) ha consultado al Médico familiar, el 21.5% (n=14) al ginecólogo, el 7.6% (n=5) al urólogo y otro 7.6% (n=5) al Médico general.

El total de pacientes que ha recibido tratamiento es del 38.4% (n=25) y el 61.5% (n=40) no ha tenido tratamiento.

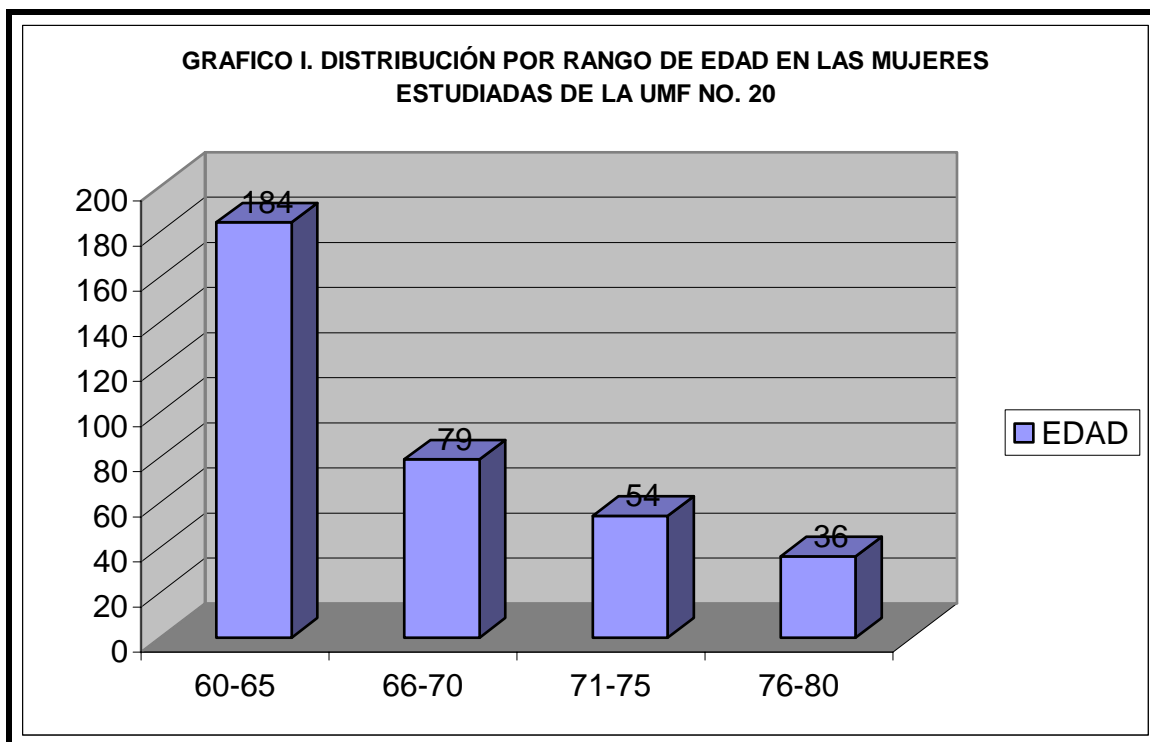
Se encontró que de las pacientes que consultaron al Médico general (n=5), el 80% (n=4) no tuvo tratamiento y solo el 20% (n=1) lo tuvo.

De las pacientes que consultaron al médico familiar (n=41) el 29.2% (n= 12) si tuvo tratamiento mientras que el 70.7% (n=29) no lo tuvo. En relación a las pacientes que consultaron al Ginecólogo (n=14) el 64.2% (n=9) si tuvo tratamiento mientras que el 35.7% (n=5) no lo tuvo y finalmente las que consultaron al Urólogo (n=5), el 80% (n=4) si lo tuvo, y solo el 20% (n=1) no lo tuvo.

Cuadro 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES DE 60 – 80 AÑOS ESTUDIADAS DE LA UMF No. 20.

| CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | N (353) | % |
|-----------------------------------|------------|-------------|
| EDAD | | |
| 60 – 65 | 184 | 52.1 |
| 66 – 70 | 79 | 22.4 |
| 71 – 75 | 54 | 15.3 |
| 76 – 80 | 36 | 10.2 |
| ESCOLARIDAD | | |
| Ninguna | 112 | 31.7 |
| Primaria | 194 | 55.0 |
| Secundaria | 26 | 7.4 |
| Bachillerato | 13 | 3.7 |
| Licenciatura | 8 | 2.3 |
| OCUPACIÓN | | |
| Hogar | 274 | 77.6 |
| Obrera | 12 | 3.4 |
| Empleada | 22 | 6.2 |
| Profesionista | 2 | 0.6 |
| Pensionada | 43 | 12.2 |

Fuente: Encuestas realizadas a mujeres de la UMF NO. 20



Cuadro 2. CARACTERÍSTICAS ESTUDIADAS EN MUJERES DE 60 A 80 AÑOS DE LA UMF No. 20 PARA INCONTINENCIA URINARIA.

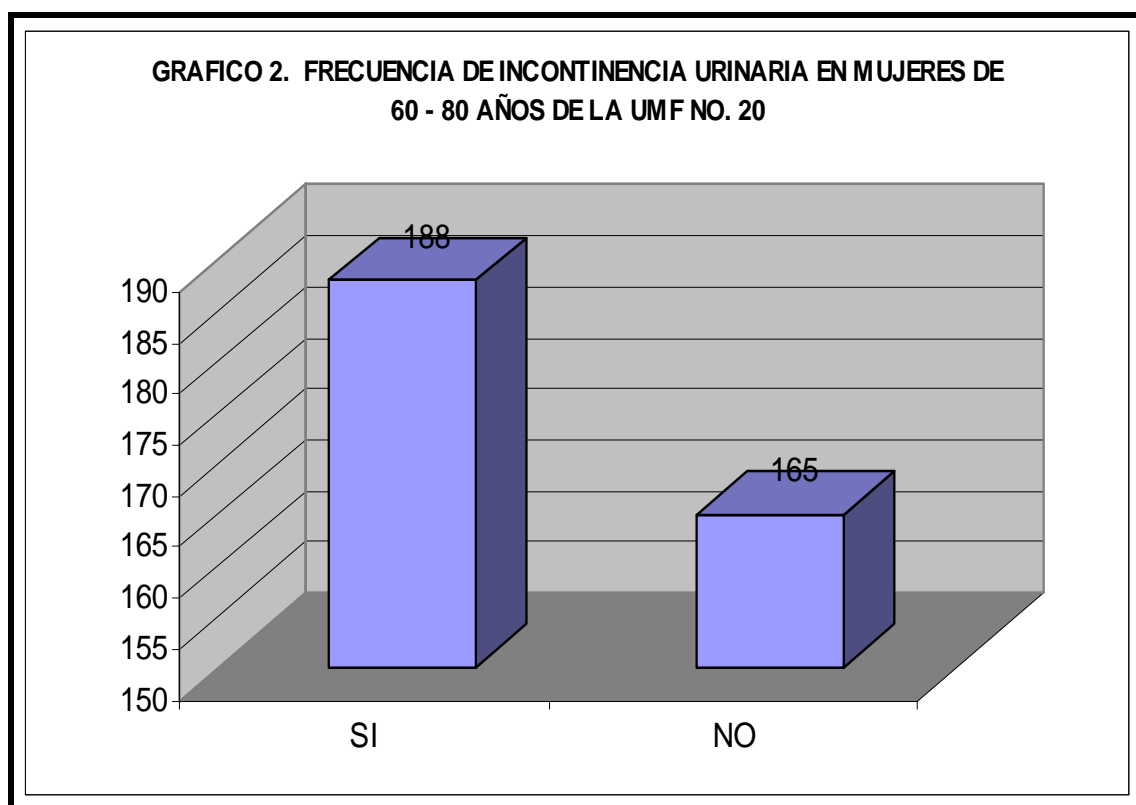
| CARACTERÍSTICAS | N=(353) | % |
|------------------------------------|---------|------|
| IMC | | |
| Normal | 81 | 22.9 |
| Sobrepeso | 41 | 11.6 |
| Obesidad | 231 | 65.4 |
| MENOPAUSIA | | |
| 10 años o menos | 66 | 18.7 |
| 11 – 20 años | 111 | 31.4 |
| 21 años o más | 176 | 49.9 |
| GESTAS | | |
| 0 – 3 | 88 | 24.9 |
| 4 o más | 265 | 75.1 |
| PARAS | | |
| 0 -2 | 69 | 19.5 |
| 3 o más | 284 | 80.5 |
| CESÁREAS | | |
| 0 – 2 | 324 | 91.8 |
| 3 o más | 29 | 8.2 |
| OTRAS CIRUGÍAS GENECOLÓGICAS | | |
| Histerectomía | 58 | 16.4 |
| Colpoperineoplastia | 13 | 3.7 |
| Ambas | 16 | 4.5 |
| Ninguna | 266 | 75.4 |
| ENFERMEDADES ASOCIADAS | | |
| No | 116 | 32.9 |
| Cardiovasculares | 111 | 31.4 |
| Endócrinas | 102 | 28.9 |
| Reumatólogicas | 15 | 4.2 |
| Uroginecológicas | 9 | 2.5 |
| TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO | | |
| Diuréticos | 40 | 11.3 |
| Anticolinérgicos | 8 | 2.3 |
| Bloqueadores-alfa- adrenérgicos | 3 | 0.8 |
| Psicotrópicos | 1 | 0.3 |
| Ninguno | 301 | 85.3 |

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de la UMF No. 20

Cuadro 3. FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES DE 60 A 80 AÑOS DE LA UMF No. 20.

| INCONTINENCIA URINARIA | N | % |
|------------------------|------------|-------------|
| Si | 188 | 53.3 |
| No | 165 | 46.7 |

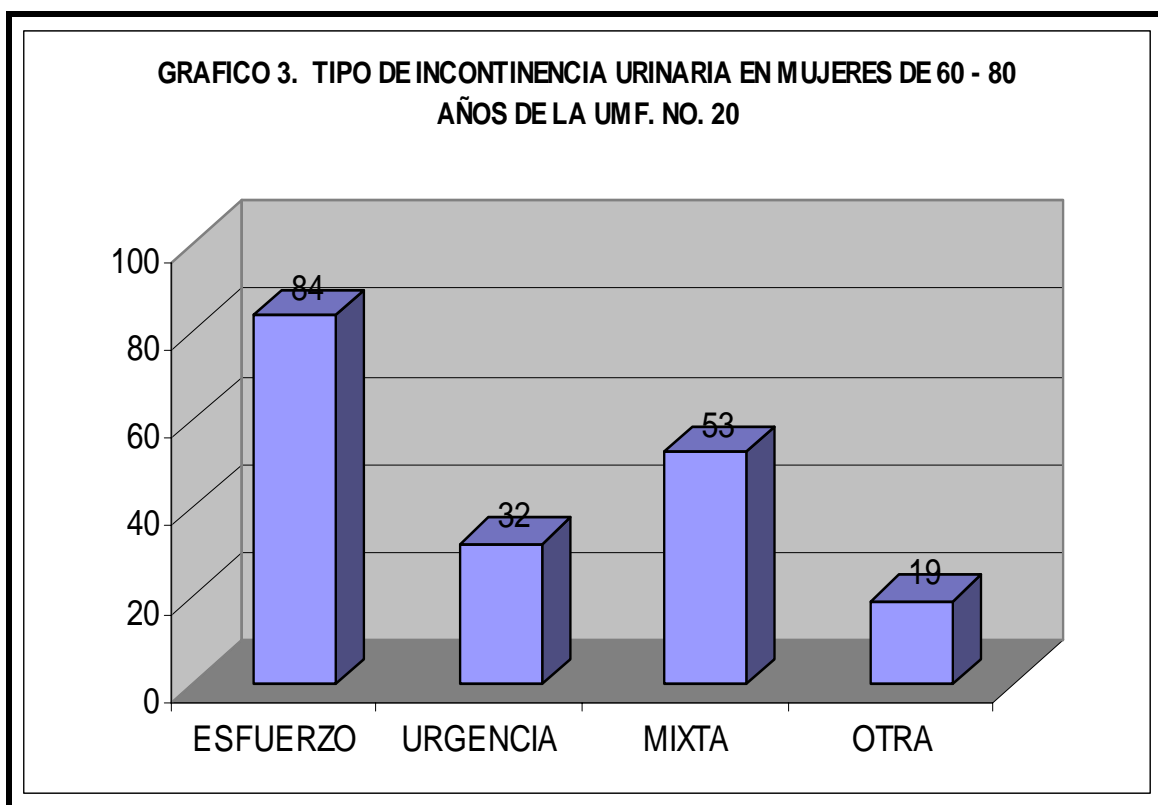
Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de la UMF No. 20



Cuadro 4. TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES DE 60 A 80 AÑOS DE LA UMF No .20

| TIPO INCONTINENCIA | N (188) | % |
|--------------------|-----------|-------------|
| Esfuerzo | 84 | 44.6 |
| Urgencia | 32 | 17.0 |
| Mixta | 53 | 28.2 |
| Otra | 19 | 10.2 |

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de la UMF No. 20

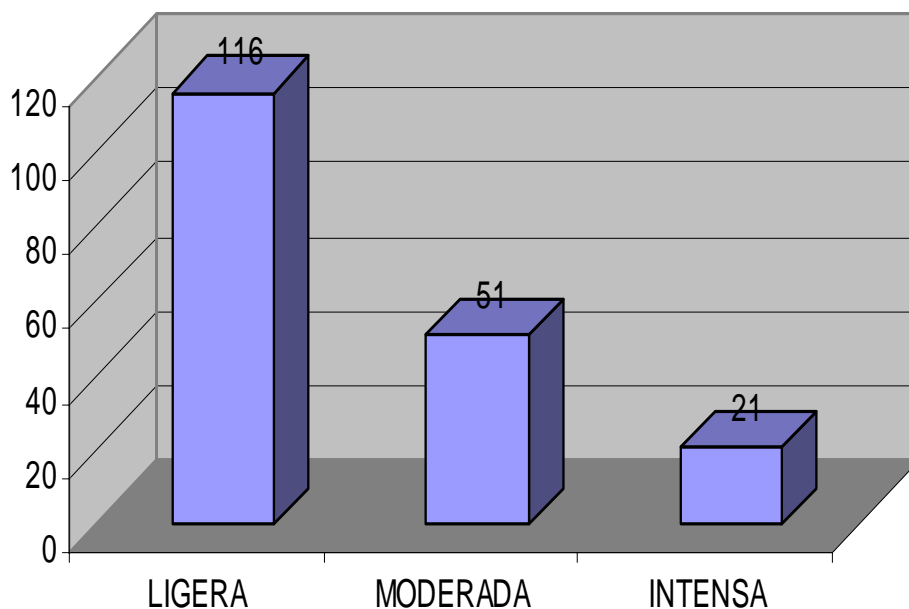


Cuadro 5. GRADO DE SEVERIDAD DE INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES DE 60 A 80 AÑOS DE LA UMF No. 20

| GRADO DE SEVERIDAD DE INCONTINENCIA URINARIA | N (188) | % |
|--|------------|-------------|
| Ligera | 116 | 61.8 |
| Moderada | 51 | 27.1 |
| Intensa | 21 | 11.1 |

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de la UMF No.

GRAFICO 4. GRADO DE SEVERIDAD DE INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES DE 60 - 80 AÑOS DE LA UMF. NO 20

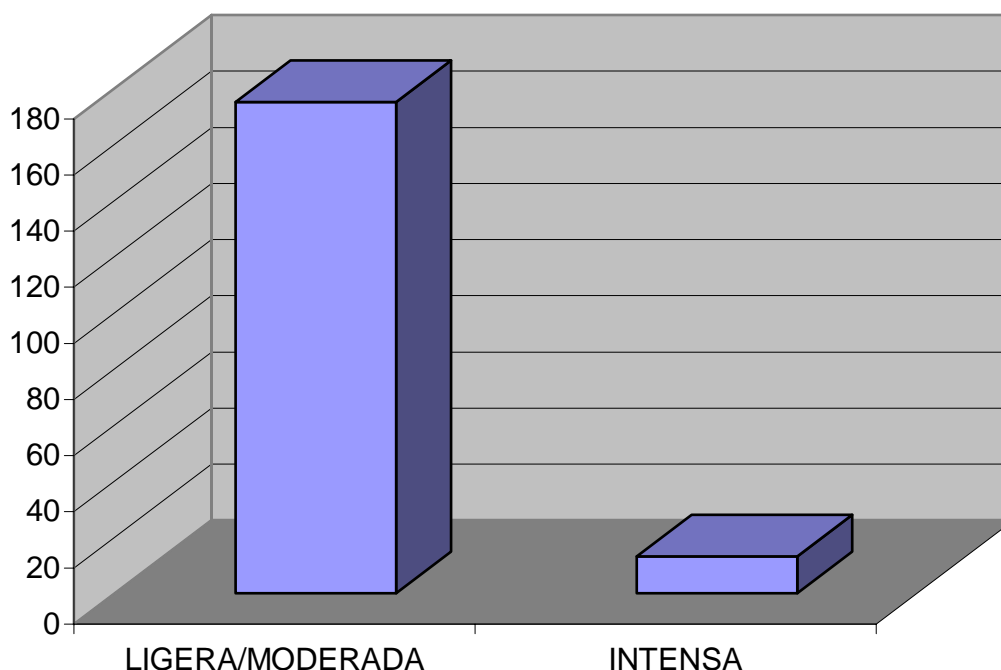


Cuadro 6. AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES QUE PRESENTARON IU DERECHAHABIENTES DE LA UMF 20

| AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA | N (188) | % |
|----------------------------------|---------|----|
| Ligera | 175 | 93 |
| Moderada | | |
| Intensa | 13 | 7 |

Fuente: encuesta aplicada a mujeres de la UMF No. 20

GRAFICO 5. AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DERECHOHABIENTES DE LA UMF 20 QUE PRESENTARON INCONTINENCIA URINARIA



Cuadro 7. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN MUJERES DE 60 – 80 AÑOS CON Y SIN INCONTINENCIA URINARIA DE LA UMF No. 20

| VARIABLE | INCONTINENTES | % | NO INCONTINENTES | % |
|----------------------|---------------|-------------|------------------|-------------|
| EDAD | | | | |
| 60-65 | 97 | 51.6 | 87 | 52.8 |
| 66-70 | 49 | 26.0 | 30 | 18.1 |
| 71-75 | 24 | 12.8 | 30 | 18.1 |
| 76-80 | 18 | 9.6 | 18 | 11.0 |
| ESCOLARIDAD | | | | |
| Ninguna | 59 | 31.4 | 53 | 32.1 |
| Primaria | 107 | 57.0 | 87 | 52.8 |
| Secundaria | 10 | 5.3 | 16 | 9.7 |
| Bachillerato | 7 | 3.7 | 6 | 3.6 |
| Licenciatura | 5 | 2.6 | 3 | 1.8 |
| OCUPACIÓN | | | | |
| Hogar | 146 | 77.7 | 128 | 77.6 |
| Obrera | 19 | 10.1 | 15 | 9.1 |
| Profesionista | 1 | 0.5 | 1 | 0.6 |
| Pensionada | 22 | 11.7 | 21 | 12.7 |

Fuente: Encuestas realizadas a mujeres de la UMF No. 20

GRAFICO 6. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD EN MUJERES DE LA UMF 20 CON Y SIN INCONTINENCIA

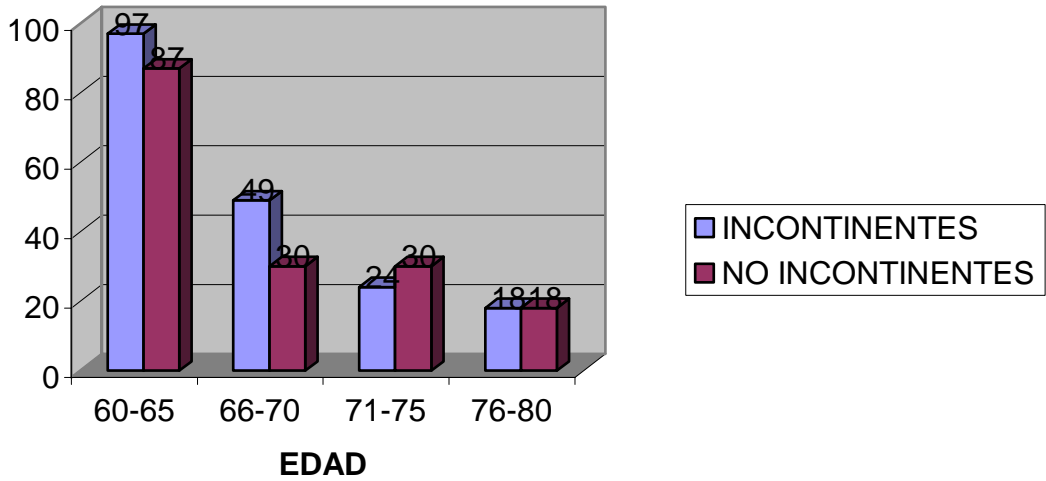


GRAFICO 7. ESCOLARIDAD EN MUJERES DE 60 - 80 AÑOS CON Y SIN INCONTINENCIA

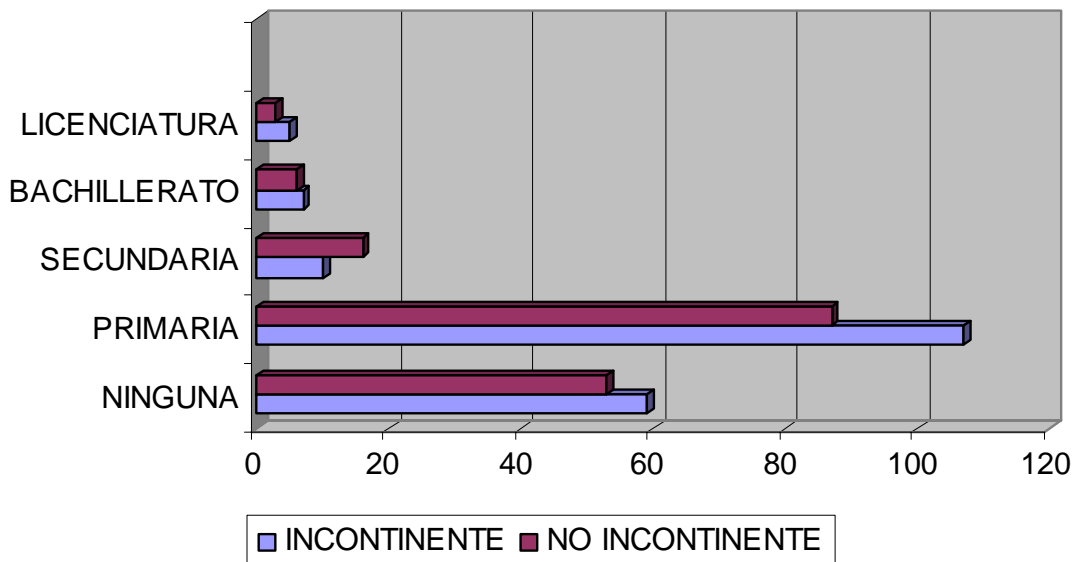
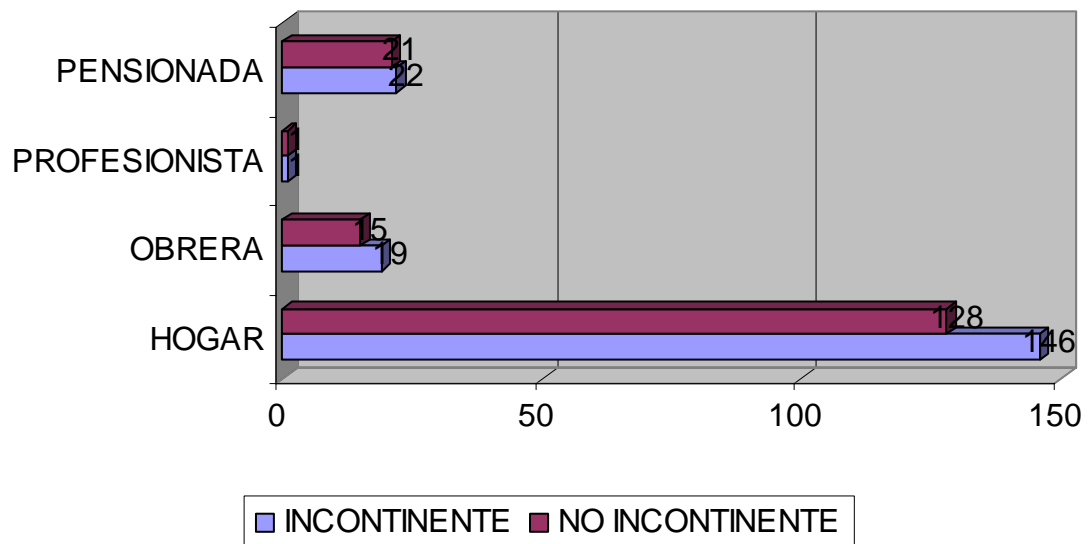


GRAFICO 8. OCUPACIÓN EN MUJERES DE 60 - 80 AÑOS DE LA UMF NO. 20 CON Y SIN INCONTINENCIA



Cuadro 8. CARACTERÍSTICAS ESTUDIADAS EN MUJERES CON Y SIN INCONTINENCIA URINARIA DERECHOHABIENTES EN LA UMF 20.

| CARACTERÍSTICAS ESTUDIADAS | INCONTINENTES | % | NO INCONTINENTES | % |
|---------------------------------------|---------------|------|------------------|-------------|
| | N (188) | | N (165) | |
| IMC | | | | |
| Normal | 36 | 19.1 | 45 | 27.3 |
| Sobrepeso | 24 | 12.8 | 17 | 10.3 |
| Obesidad | 128 | 68.1 | 103 | 62.4 |
| MENOPAUSIA | | | | |
| 10 años y menos | 36 | 19.1 | 30 | 18.2 |
| 11 - 20 años | 64 | 34.0 | 47 | 28.5 |
| 21 años o más | 88 | 46.8 | 88 | 53.3 |
| GESTAS | | | | |
| 0 - 3 | 45 | 23.9 | 43 | 26.1 |
| 4 o más | 143 | 76.1 | 122 | 73.9 |
| CESÁREAS | | | | |
| 0-2 | 175 | 93.1 | 149 | 90.3 |
| 3 y más | 13 | 6.9 | 16 | 9.7 |
| CIRUGÍAS GINECOLÓGICAS | | | | |
| Histerectomía | 36 | 19.1 | 22 | 13.4 |
| Colpoperineoplastia | 10 | 5.3 | 3 | 1.8 |
| Ambas | 9 | 4.8 | 7 | 4.2 |
| Ninguna | 33 | 70.7 | 133 | 80.6 |
| ENFERMEDADES ASOCIADAS | | | | |
| No | 51 | 27.1 | 65 | 39.4 |
| Cardiovasculares | 63 | 33.5 | 48 | 29.1 |
| Endócrinas | 58 | 30.9 | 44 | 26.7 |
| Reumatológicas | 7 | 3.7 | 8 | 4.8 |
| Uroginecológicas | 9 | 4.8 | 0 | 0.0 |
| TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO | | | | |
| Diuréticos | 25 | 13.3 | 15 | 9.1 |
| Anticolinérgicos | 5 | 2.7 | 3 | 1.8 |
| Bloqueadores Alfa adrenérgicos | 2 | 1.1 | 1 | 0.6 |
| Psicotrópicos | 1 | 0.5 | 0.0 | 0.0 |
| Ninguno | 155 | 82.4 | 146 | 88.5 |

Fuente: Encuestas realizadas a mujeres de la UMF No. 20

GRAFICO 9. IMC EN MUJERES DERECHOHABIENTES DE LA UMF 20. CON Y SIN INCONTINENCIA

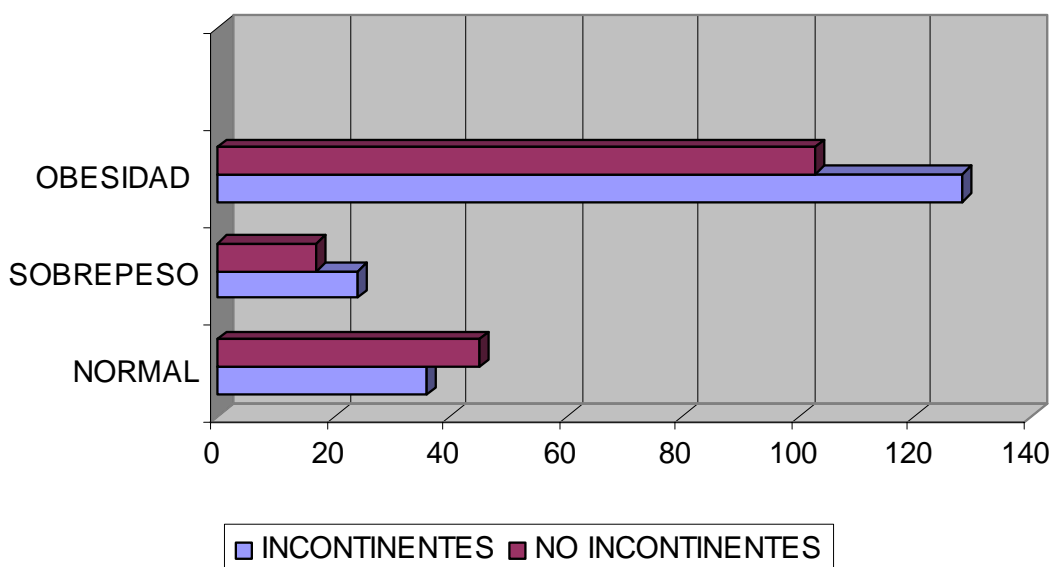


GRAFICO 10. ENFERMEDADES EN MUJERES DERECHOHABIENTES DE LA UMF 20 CON Y SIN INCONTINENCIA

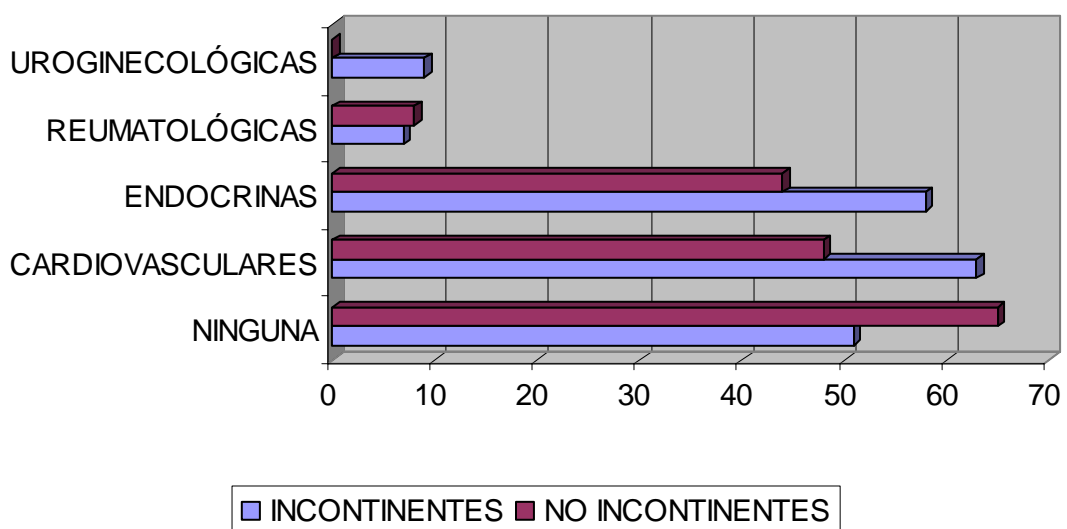
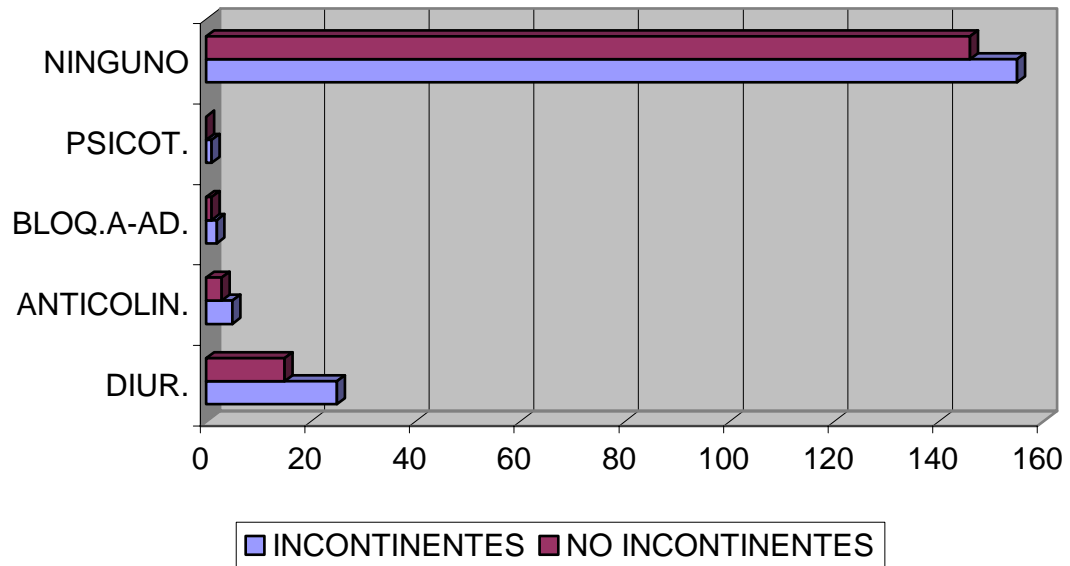


GRAFICO 11. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO UTILIZADO EN MUJERES DE LA UMF 20 CON Y SIN INCONTINENCIA



PSICOT= Psicotr6picos

BLOQ.A-AD= Bloqueadores alfa adren6rgicos

ANTICOLIN= Anticolin6rgicos

DIUR= Diur6ticos

Cuadro 9. AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ACUERDO A LA EDAD, ESCOLARIDAD Y OCUPACION

| VARIABLES DE ESTUDIO | AFECTACIÓN CALIDAD DE VIDA (n=188) | | | |
|----------------------|---------------------------------------|------|---------|-----|
| | LIGERA/MODERADA | | INTENSA | |
| | N | % | N | % |
| EDAD | | | | |
| 60-65 | 91 | 48.4 | 6 | 3.2 |
| 66-70 | 45 | 23.9 | 4 | 2.1 |
| 71-75 | 22 | 11.7 | 1 | 1.1 |
| 76-80 | 17 | 9.0 | 2 | 0.6 |
| ESCOLARIDAD | | | | |
| Ninguna | 54 | 28.7 | 5 | 2.7 |
| Primaria | 100 | 53.2 | 7 | 3.7 |
| Secundaria | 10 | 5.3 | 0 | 0 |
| Bachillerato | 6 | 3.2 | 1 | 0.5 |
| Licenciatura | 5 | 2.7 | 0 | 0 |
| OCUPACIÓN | | | | |
| Hogar | 136 | 72.4 | 10 | 5.3 |
| Obrera | 11 | 3.7 | 0 | 0 |
| Empleada | 1 | 5.9 | 1 | 0.5 |
| Profesionista | 20 | 0.5 | 0 | 0 |
| Pensionada | 7 | 10.7 | 2 | 1 |

Fuente: Encuestas realizadas a mujeres de la UMF NO. 2

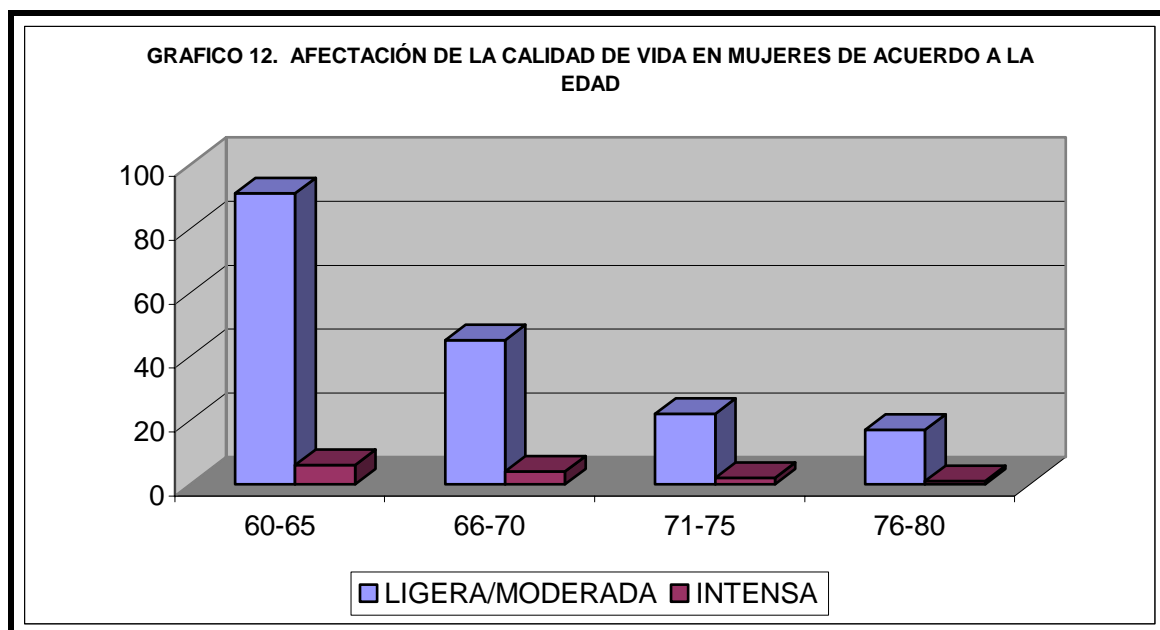


GRAFICO 13. AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD

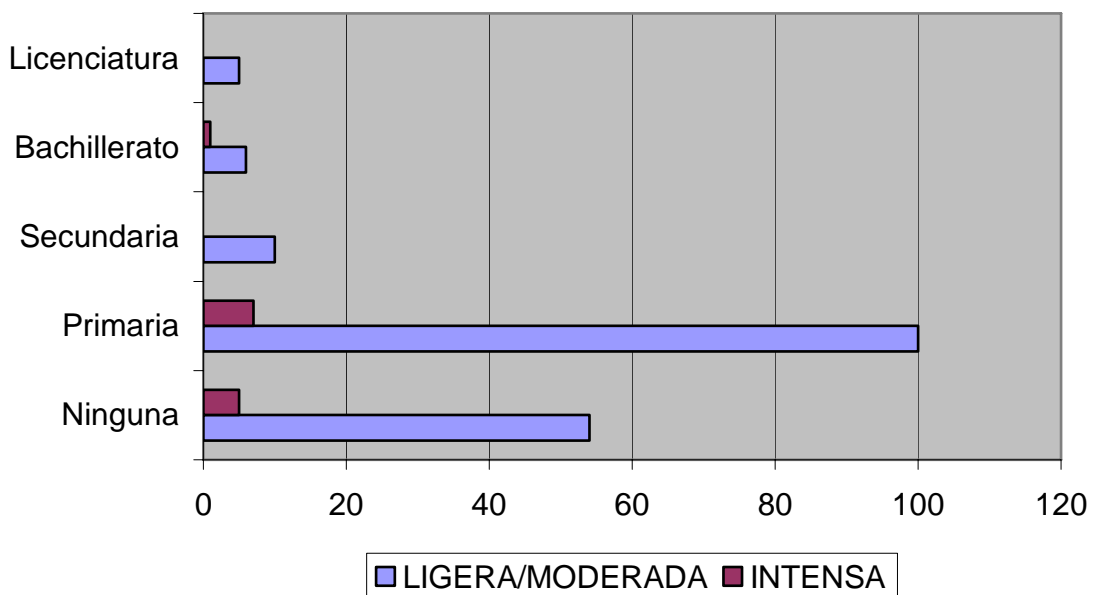
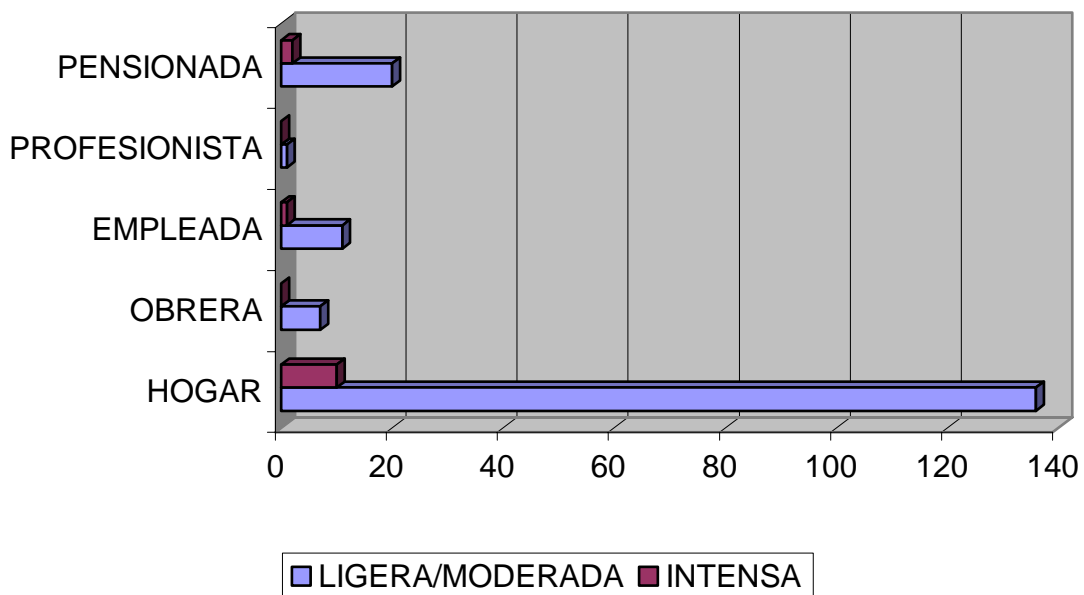


GRAFICO 14. AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO A LA OCUPACIÓN



Cuadro 10. AFECTACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA Y CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA.

| VARIABLES DE ESTUDIO | AFECTACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA (N= 188) | | | |
|--------------------------------|---|------|---------|-----|
| | LIGERA/MODERADA | | INTENSA | |
| | N | % | N | % |
| IMC | | | | |
| Normal | 35 | 18.6 | 1 | 0.6 |
| Obesidad | 21 | 11.1 | 9 | 1.6 |
| Sobrepeso | 119 | 63.3 | 3 | 4.8 |
| MENOPAUSIA | | | | |
| 10 años o menos | 32 | 17 | 4 | 2.1 |
| 21 años o más | 85 | 30.9 | 6 | 3.2 |
| 11-20 años | 58 | 45.2 | 3 | 1.6 |
| PARAS | | | | |
| 0-2 | 33 | 17.5 | 3 | 1.6 |
| 3 o más | 142 | 75.5 | 10 | 5.4 |
| CESÁREAS | | | | |
| 3 o más | 13 | 6.9 | 13 | 6.9 |
| 0-2 | 162 | 86.2 | 0 | 0 |
| OTRAS CIRUGÍAS GINECOLÓGICAS | | | | |
| Histerectomía | 36 | 19.1 | 0 | 0 |
| Ninguna | 10 | 5.3 | 0 | 0 |
| Ambas | 7 | 3.7 | 2 | 1.0 |
| Colpoperineoplastía | 122 | 65 | 11 | 5.9 |
| ENFERMEDADES ASOCIADAS | | | | |
| Cardiovasculares | 59 | 26.7 | 4 | 2.1 |
| Endocrinas | 50 | 31.3 | 8 | 4.2 |
| Ninguna | 7 | 26.7 | 0 | 0 |
| Uroginecológicas | 9 | 3.7 | 0 | 0 |
| Reumatológicas | 50 | 4.8 | 1 | 0.5 |
| TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO | | | | |
| Diuréticos | 23 | 12.3 | 2 | 1 |
| Anticolinérgicos | 4 | 2.1 | 1 | 0.5 |
| Bloqueadores Alfa-adrenérgicos | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Psicotrópicos | 1 | 0.5 | 0 | 0 |
| Ninguno | 145 | 77.2 | 10 | 5.4 |

Cuadro 11. AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ACUERDO A LA SEVERIDAD Y AL TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA.

| VARIABLES ESTUDIO | AFECTACIÓN CALIDAD DE VIDA (n=188) | | | |
|-------------------|---------------------------------------|------|---------|-----|
| | LIGERA/MODERADA | | INTENSA | |
| | N | % | N | % |
| SEVERIDAD | | | | |
| Ligera | 113 | 60.1 | 3 | 1.6 |
| Moderada | 48 | 25.6 | 2 | 1.0 |
| Intensa | 14 | 7.5 | 8 | 4.2 |
| TIPO IU | | | | |
| Esfuerzo | 84 | 44.7 | 0 | 0 |
| Urgencia | 30 | 16 | 3 | 1.7 |
| Mixta | 44 | 23.4 | 8 | 4.4 |
| Otra | 16 | 8.7 | 2 | 1.1 |

Fuente: Encuestas realizadas a mujeres de la UMF NO. 20

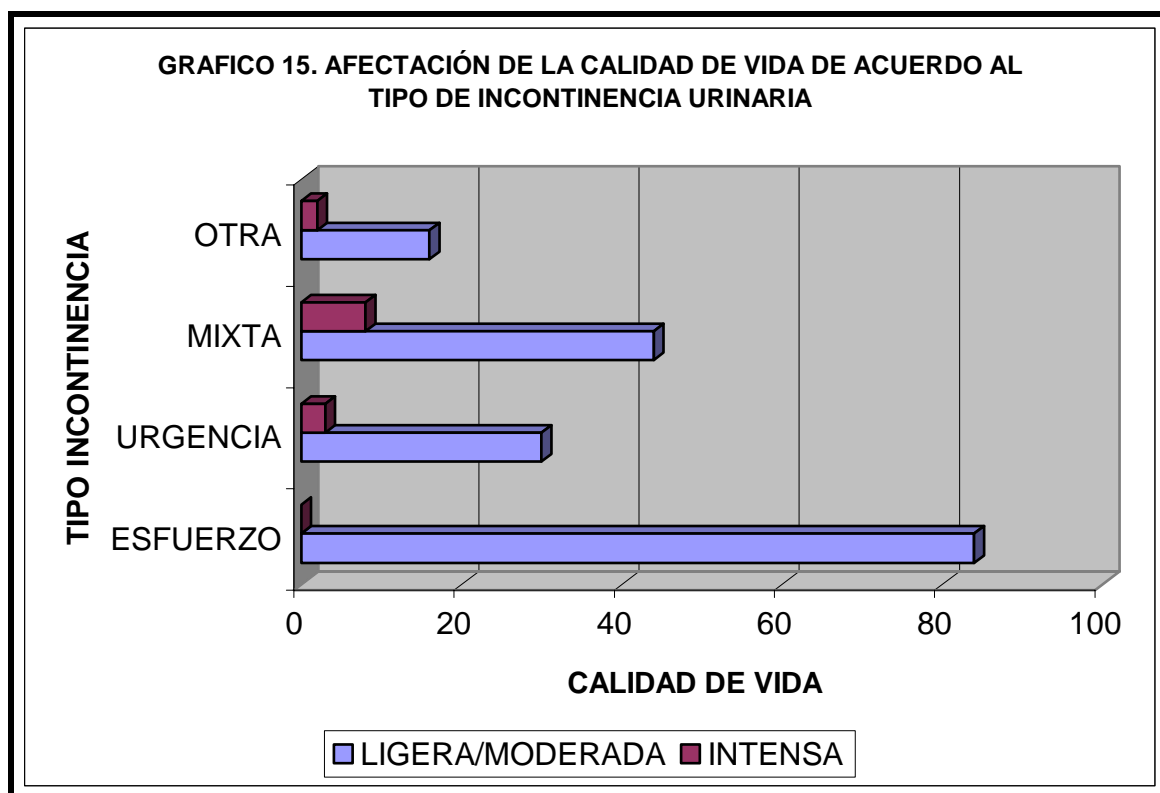
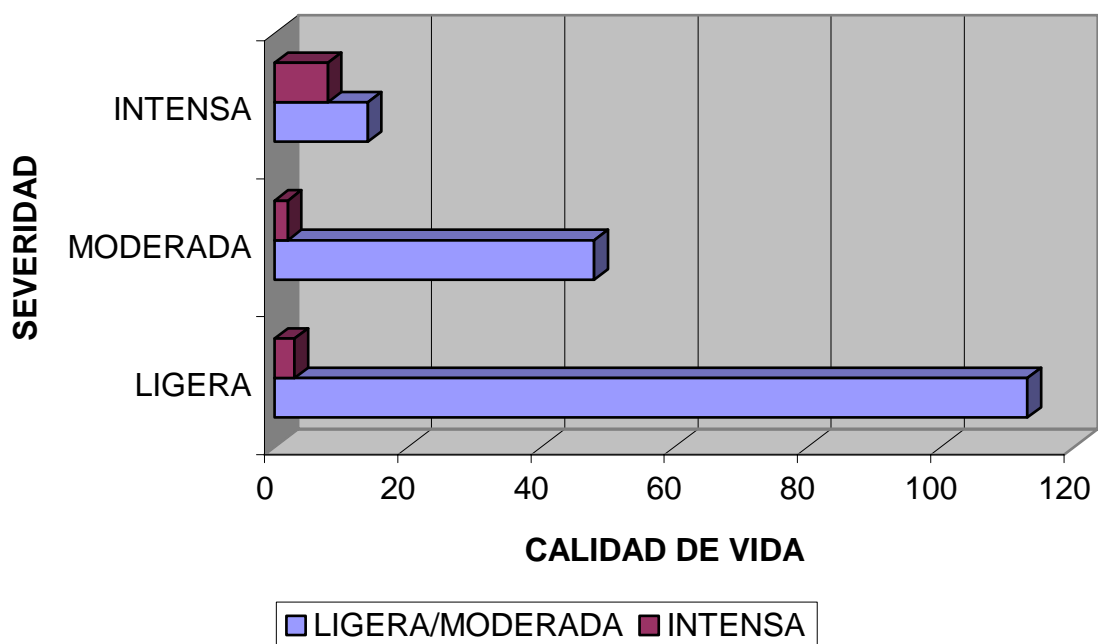


GRAFICO 16. AFECTACIÓN D E LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ACUERDO A LA SEVERIDAD DE INCONTINENCIA URINARIA



DISCUSIÓN.

En la presente investigación se encontró que más del cincuenta por ciento de las mujeres presentan incontinencia urinaria con un grado ligero y si afecta su calidad de vida en forma ligera a moderada siendo la más frecuente el tipo de esfuerzo y sobre todo en mujeres de 60 a 65 años disminuyendo conforme van teniendo más edad, tener obesidad, menopausia tardía, multíparas y antecedente de Histerectomía y uso de diuréticos.

En múltiples publicaciones en las que la prevalencia fluctúa desde valores de 12.1% hasta un 24.6%, Milsom reporta un incremento lineal de acuerdo al rango de edad ¹⁹. De acuerdo a otros estudios, se reportó una prevalencia de 10-34% en mayores de 65 años^{2,9}, y se reporta una prevalencia de hasta 37% según el estudio de Diokno y colaboradores²⁰. Se encontró en nuestro estudio una frecuencia superior a lo reportado a estos autores probablemente estas grandes variaciones en la prevalencia se deban entre otras cosas la subestimación que tiene dicha patología por parte de la propia población afectada, además del desconocimiento de la sociedad médica en la identificación y manejo,

Modroño y colaboradores ¹⁷ encontraron en su estudio un bajo impacto en la calidad de vida en mujeres incontinentes, además de que se observó un mayor impacto en las mujeres con edades más tempranas, Elving y colaboradores¹⁸ reportaron en su estudio que del total de mujeres encontradas con incontinencia urinaria, solamente el 14% de ellas percibía esto como un problema higiénico-social afectando su calidad de vida, lo cuál es similar a este estudio donde encontramos que la mayoría de las pacientes con incontinencia urinaria presentaron una afectación de la calidad de vida ligera/moderada y que ésta se ve más frecuentemente relacionada a edades más tempranas de las pacientes que estudiamos siendo menores de 65 años.

Milson, Modroño, Diokno, Salazar con sus colaboradores respectivos ^{9,17,19,20}, encontraron que el número de partos y el antecedente de histerectomía eran

factores que se asociaban a mayor frecuencia a incontinencia urinaria y de igual manera reportaron a la incontinencia urinaria de esfuerzo como las mas frecuentemente encontrada, es congruente con nuestro estudio donde un mayor número de hijos, el antecedente de histerectomía se encontraron con mayor frecuencia en pacientes incontinentes además de las mujeres cursando con menopausia tardía y con uso de fármacos diuréticos lo cual no se reporta en la literatura; y además nuestras pacientes presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo en mayor porcentaje.

En el estudio de Modroño¹⁷ se observó que las mujeres con incontinencia urinaria no habían consultado el problema en el 56% de los casos, al igual que en el estudio de Jiménez y colaboradores³², en nuestro estudio encontramos que el 66.4% de las pacientes incontinentes no consultó a ningún médico, además de que de las pacientes que solicitaron atención médica solamente un bajo porcentaje obtuvo tratamiento esto puede atribuirse a aceptación por parte de las pacientes como un suceso normal propio del envejecimiento además del desconocimiento por parte del personal médico en la atención de estos pacientes.

CONCLUSIONES.

- Se obtuvo una frecuencia de incontinencia urinaria de 53.3% en el total de mujeres estudiadas.
- El tipo de Incontinencia urinaria más frecuente es la de esfuerzo.
- El grado de severidad más frecuente encontrado fue ligera.
- Se observó una mayor prevalencia de incontinencia urinaria en el grupo de edad de 60 – 65 años.
- Dentro de las características de las mujeres para incontinencia encontramos la obesidad, la menopausia de más de 21 años, la multiparidad, mujeres con antecedente de histerectomía y uso de tratamiento farmacológico a base de diuréticos.
- La afectación de la calidad en pacientes con incontinencia urinaria predominante fue de ligera a moderada, con afectación más a mujeres de 60 – 65 años, con obesidad, multíparas y con histerectomía, con un grado de severidad ligera siendo la más frecuente en la incontinencia urinaria de esfuerzo.
- La mayoría de las pacientes con incontinencia urinaria no ha solicitado atención médica para su problema, las pacientes que han consultado al médico por su problema solamente ha recibido tratamiento el 38.4%.
- Por lo que concluimos entre más edad la paciente no manifieste su enfermedad y por lo mismo no se le dé el manejo adecuado y oportuno por lo que hay que poner más interés en esta patología ya que aunque tengamos una afectación en su calidad de vida de ligera/moderada está subestimada por lo mismo que no se interroga sobre la sintomatología o la afectación en la vida diaria de las pacientes.

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.

Independientemente del grado de incontinencia es evidente que es un problema muy frecuente y debido a que la mujeres de hoy merece una calidad de vida cada vez mejor debemos estar preparados buscar solución a su problema, por lo que sería factible en la atención primaria aumentar la capacitación de los médicos y así mismo la educación de las pacientes sobre incontinencia urinaria que altera su calidad de vida. Se debe de tener colaboración con atención de 2º. y 3er nivel para el manejo en la práctica clínica que garanticen un adecuado abordaje de esta afección.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1) Bravo T. Investigación del envejecimiento: un reto para la salud pública y para la sociedad. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. 2005; 36: 43–44.
- 2) Marin, P. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Boletín de la Escuela de Medicina de Chile*. 2000; 29: 1,2.
- 3) Leal-Felipe A. et al. Indicadores de calidad de vida en la vejez. *Archivo Geriátrico*. 2000;3:46-51.
- 4) Mendoza N. Calidad de vida para los adultos mayores en la comunidad. *Archivo Geriátrico*. 2002; 5:109-120.
- 5) ARIMAC UMF 20.
- 6) Reuben, D. Restructuring Primary Care Practices to Manage Geriatric Syndromes: The ACOVE-2 Intervention *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003; 51:1787- 93.
- 7) Teichman, J. *Urología*. México, D.F: Ed. El Manual Moderno; 2003. 81-102.
- 8) Campbell's et al. *Principies of Urology*. 8ª ed. Ed. Mc Graw Hill; 2004. 2456-2455.
- 9) Salazar, A. et al. Prevalencia y factores de riesgo de la Incontinencia Urinaria. *Rev. Chilena de Urología*. 2005; 70:55-9.
- 10) García L. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con incontinencia urinaria en Atención primaria. *Boletín Epidemiológico de Murcia*. 2004;25:53. Disponible en <http://www.murciasalud.es/bem>.
- 11) Bogner R. et al. Urinary Incontinence and Psychological Distress in Community-Dwelling Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002; 50:489-95.
- 12) Fultz N. et al. Self-Reported Social and Emotional Impact of Urinary Incontinence. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001; 49: 892-899.
- 13) Finkelstein M. Incontinence Quality of Life Instrument in a survey of primary care patients. *The Journal of family practice*. 2002; 51: 952.
- 14) Torre L. Accesorios para la incontinencia urinaria en un centro de salud urbano. *Medicina de Familia*. 2002; 1:15-23
- 15) Cervera J. et al. Incontinencia urinaria: ¿Un problema oculto?. *Rehabilitación*. 2004;38:1-6.
- 16) Teunissen, T. et al. Treating urinary incontinence in the elderly-conservative measures that work. *The Journal of Family practice*. 2004; 53: 25-32.
- 17) Modroño, F. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18-65 años y su influencia en la calidad de vida. *Aten Primaria* 2004; 34: 134-9.
- 18) Elving LB, et al. Descriptive epidemiology of urinary incontinence in 3100 women age 30-59. *Scand J Urol Nephrol* 1989; 125: 37.

- 19) Milsom I, et al. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol* 1993;149: 59.
- 20) Diokno AC, et al. Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the no institutionalized elderly. *J Urol* 1986; 136:1022.
- 21) Harwardt T, Fuentes B, Venegas M, Leal C, Verdugo, Bernier P. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de Isla de Pascua. *Rev Chil Urol* 2004; 69: 29-34.
- 22) Puente M. Incontinencia urinaria, Medicina General, Madrid. 2001; 37: 719-25.
- 23) Verdejo C. Abordaje de la incontinencia urinaria en Atención primaria. *El Médico Anuario*. 2000; 7: 78-81.
- 24) Gavira, J.M. et al, Seguimiento durante 5 años de la incontinencia urinaria en los ancianos de una población rural española. *Aten Primaria* 2005; 35 : 67-76.
- 25) Stewart, W et al. Urinary incontinence. *World J Urol*. 2002.(2005 feb 12) Disponible en: <http://link.springer.de/link/service/journals/>.
- 26) Ostaszkievicz, J. Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Library. 2005; 2.
- 27) Uebersax J.S. et al. Continent program for Women Research Group. *Neurourología y urodinámica*.1998; 14: 131-9.
- 28) Enciso, J. E. Ley General de Salud. Distribuidora y Editora Mexicana S.A. de C.V. México, D.F. 2005. p 59-60.
- 29) Dausset J. Bioética y responsabilidad científica. *Rev. Med. Y Soc*. 1997;18:78.
- 30) Ética y bioética cuestión epistemológica aplicada a la salud. 2002 (2005 feb 12). Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos/eticaybio/html>
- 31) Curso Ética en la Investigación en Salud. IMSS, México, D.F. 2003.
- 32) Jiménez C. Incontinencia urinaria: epidemiología, aspectos sociológicos y calidad de vida. 2001. Disponible en <http://www.uroland.com/portada> html.

ANEXOS

ANEXO 1.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF NO. 20 DELEGACION 01 NOROESTE
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS**

Folio _____

El siguiente cuestionario se realizará para efectos de investigación médica cuya información será manejada estrictamente confidencial.

**FRECUENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR FEMENINO CON
INCONTINENCIA URINARIA**

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre _____ Consultorio _____ Turno _____ Peso _____ Talla _____ IMC _____

Edad ()

- 1) 60-65
- 2) 66-70
- 3) 71- 75
- 4) 76-80

Escolaridad ()

- 1) Ninguna
- 2) Primaria
- 3) Secundaria
- 4) Bachillerato
- 5) Licenciatura

Ocupación ()

- 1) Hogar
- 2) Obrera
- 3) Empleada
- 4) Profesionista
- 5) Pensionada

Antecedentes Ginecoobstétricos:

Gesta ()

- 1) 0 – 3
- 2) + 4

Para ()

- 1) 0- 2)
- 2) + 2

Cesárea ()

- 1) 0-2
- 2) + 2

Menopausia ()

- 1) 10 ó menos
- 2) 11 – 20 años
- 3) 21 o más

Cirugías ginecoobstétricas ()

- 1) Histerectomía
- 2) Colpoperineoplastia
- 3) Ambas
- 4) Ninguna

Enfermedades Asociadas ()

- 1) No
- 2) Cardiovascular
- 3) Endócrinas
- 4) Reumáticas
- 5) Uro-Ginecológica

Medicamentos ()

- 1) Diuréticos
- 2) Anticolinérgicos
- 3) Bloqueadores Alfa
- 4) Psicotrópicos
- 5) Ninguno

I. ¿Se le escapa la orina de forma involuntaria o inesperada sin que sea capaz de evitarlo? ()
1)No 2)Si Desde cuando _____

II. ¿Moja o humedece su ropa interior o de vestir o bien la ropa de cama sin que usted quiera? ()
1)No 2)Si Desde cuando _____

Definimos como incontinencia urinaria la respuesta afirmativa a cualquiera de las dos preguntas anteriores.

CONTINUAR SOLAMENTE EN CASO DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LAS PREGUNTAS ANTERIORES

III. ¿Con que frecuencia experimenta usted pérdida de orina? ()
1) Menos de una vez al mes
2) 1 o varias veces al mes
3) Una o varias veces a la semana
4) Cada día o cada noche

IV. ¿Cuánta orina pierde usted cada vez? ()
1). Gotas o poca
2). Mucha

Utilizando la Escala de Sandvik para graduar la severidad, cuya valoración se obtiene multiplicando la frecuencia de los escapes de orina:
1 = menos de una vez al mes; 2 = una o varias veces al mes; 3 = una o varias veces a la semana; 4 = cada día o cada noche, por el volumen (1 = gotas o una pequeña cantidad; 2 = una cantidad grande).El resultado varía de 1 a 8, por lo que se categoriza en ligera (1 a 2), moderada (3 a 4) e intensa de (6 a 8).

V. ¿ Presenta escape de orina mientras tose, estornuda o hace esfuerzos? ()
1) Si 2) No

VI. ¿Presenta escape de orina relacionada con momentos de urgencia urinaria? ()
1) Si 2) No

VII. La pérdida involuntaria de orina ha afectado su...

| | No | Un poco | Moderadamente | Mucho |
|---|----|---------|---------------|--------|
| a). ¿Capacidad para realizar quehaceres domésticos (cocinar, limpiar, lavar)? | 0 |1 |2 |3 |
| b). ¿Recreación física como caminar, nadar u otros ejercicios? | 0 |1 |2 |3 |

- c). ¿Actividades de entretenimiento (cine, conciertos, etc.)? 01 2.....3
- d). ¿Capacidad para viajar en automóvil o autobús más de 30 minutos desde su casa 01 2.....3
- e). ¿Participación en actividades sociales fuera de su casa? 01 2.....3
- f). ¿Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)? 01 2.....3
- g). ¿Se siente frustrado? 01 2.....3

Ítems 1 y 2 = actividad física Ítems 3 y 4 = viajes

Ítem 5 = actividades sociales y relaciones Ítems 6 y 7 = salud emocional

Puntuación. A las respuestas de cada ítem se le asigna un valor de 0 a “en absoluto”, 1 a “un poco”,

2 a “moderadamente” y 3 a “mucho”. Se calcula la puntuación promedio de los ítems respondidos.

El promedio, que varía de 0 a 3, se multiplica por $33 \frac{1}{3}$ para calcular los puntos en una escala de 0 a 100. de la siguiente manera: 0- 50 = repercusión ligera – moderada para su calidad de vida y de 51 -100= repercusión intensa sobre su calidad de vida.

VIII. ¿ Ha consultado su problema con su médico?

- 1) No
- 2) Si

IX. Especialidad

- 1) Ninguna
- 2) Médico Familiar
- 3) Ginecólogo
- 4) Urólogo
- 5) Otro _____

X. Lleva tratamiento

- 1) Si
- 2) No

ANEXO 2.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

LUGAR _____ Y
FECHA _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO:
FRECUENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR FEMENINO CON INCONTINENCIA URINARIA.

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD O LA CNC

EL OBJETIVO DE MI ESTUDIO ES: **DETERMINAR LA FRECUENCIA DE MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS CON INCONTINENCIA URINARIA Y AFECTACION DE SU CALIDAD DE VIDA EN LA UMF No. 20 DEL IMSS.**

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACION CONSISTIRA EN: **RESPONDER DE FORMA LIBRE Y SIN PRESION ALGUNA, UN CUESTIONARIO.**

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE QUE NO SE TIENEN RIESGOS NI INCONVENIENTES, NI MOLESTIAS Y SI BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACION EN EL ESTUDIO, QUE SON LOS SIGUIENTES: **IDENTIFICAR LA FRECUENCIA DE MUJERES DE 60 A 80 AÑOS CON INCONTINENCIA URINARIA Y SU REPERCUSION EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MISMAS.**

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE LE PLANTE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARAN ACABO, LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACION O CON MI TRATAMIENTO (EN CASO DE QUE EL PROYECTO MODIFIQUE O INTERFIERA CON EL TRATAMIENTO HABITUAL DEL PACIENTE EL INVESTIGADOR SE COMPROMETE A DAR INFORMACION OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO ADECUADO QUE PUDIERA SER VENTAJOSO PARA MI TRATAMIENTO

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCIÓN MEDICA QUE RECIBO EN EL INSTITUTO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDAD DE QUE NO SE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERAN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIENTE SE HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACION ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE ESTA PUDIERA CAMBIAR DE PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE, FIRMA, MATRICULA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

NUMERO TELEFONICOS A LOS CUALES PUEDE COMUNICARSE EN CASO DE EMERGENCIA, DUDAS O PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL ESTUDIO:

TESTIGOS

CLAVE 2810-009-01