



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 2 "JUANA DE ASBAJE"
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL**

**CALIDAD DE VIDA EN LA MUJERES DE MAS DE 50 AÑOS CON INCONTINENCIA
URINARIA DEL TURNO MATUTINO DE LA UMF No. 2 DEL IMSS. EN BASE AL
CUESTIONARIO POTENZIANI-14-CI-10-QOL-2000**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARTHA BARRIOS ESTRADA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**CALIDAD DE VIDA EN LA MUJERES DE MAS DE 50 AÑOS CON INCONTINENCIA
URINARIA DEL TURNO MATUTINO DE LA UMF No. 2 DEL IMSS. EN BASE AL
CUESTIONARIO POTENZIANI-14-CI-10-QOL-2000**

PRESENTA:

DRA. MARTHA BARRIOS ESTRADA

AUTORIZACIONES:

DRA. BLANCA ESTELA RODRÍGUEZ PAREDES.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES
UMF No. 2

DRA. ROSA LIDIA DE LA ROSA RINCÓN

ASESORA METODOLÓGICA Y TEMA DE TESIS.
JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR ADSCRITA A UMF 2

DRA. BLANCA ESTELA RODRÍGUEZ PAREDES.

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF No. 2

**CALIDAD DE VIDA EN LA MUJERES DE MAS DE 50 AÑOS CON INCONTINENCIA
URINARIA DEL TURNO MATUTINO DE LA UMF No. 2 DEL IMSS. EN BASE AL
CUESTIONARIO POTENZIANI-14-CI-10-QOL-2000**

PRESENTA:

DRA. MARTHA BARRIOS ESTRADA

AUTORIZACIONES:

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

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR 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

INDICE GENERAL	PÁGINA
ANTECEDENTES	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACIÓN	18
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	19
General	19
Específicos	19
HIPÓTESIS	20
DISEÑO DEL ESTUDIO	20
METODOLOGIA	20
Población, lugar y tiempo de estudio	20
Tiempo y Tamaño de muestra	20
Criterios de Inclusión, Exclusión y de Eliminación	20
Información a recolectar	21
Método o procedimiento para captar la información	21
Factibilidad y aspectos	22
Consideraciones éticas	22
RECURSOS FINANCIEROS	23
RESULTADOS	24
Descripción de Resultados	24
Discusión	34
Conclusión	35
Referencias	36
Anexos	38

ANTECEDENTES

La continencia urinaria es una función básica que se adquiere en la infancia a partir de los 2-3 años y que se debe mantener hasta las edades más avanzadas, en ausencia de una serie de procesos patológicos.

Existen diferentes conceptos de incontinencia urinaria, en base a la frecuencia y severidad de la misma, si bien la tendencia actual es a tratar de homogeneizar estos criterios y a seguir el concepto propuesto por la Sociedad Internacional de Continencia.⁶ De acuerdo a ésta, la incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social, y que se puede demostrar objetivamente.^{6,4}

Hasta la actualidad la incontinencia urinaria había sido valorada como un síntoma o condición¹⁰ es un síntoma pues es la queja de pérdida de orina involuntaria por parte de la paciente o de quien lo cuida y es una condición ya que es un evento fisiopatológico de base que puede ser demostrable clínica o mediante técnicas urodinámicas.^{14,} pero últimamente, a través de estudios epidemiológicos, refleja un problema médico, social y económico.¹⁰ Descrito por la Organización mundial De la Salud como uno de los últimos tabúes médicos⁷

La prevalencia de la IU es difícil de precisar. Los datos exactos varían considerablemente en función de los estudios epidemiológicos de un 2% a un 55%. Esto es debido, sobre todo, a diferencias en los criterios de evaluación para la incontinencia urinaria (métodos diagnósticos utilizados, intensidad de la pérdida de orina), diferencias en relación a la población investigada y en menor grado diferencias en función del país en estudio.¹

En estudios epidemiológicos entre mujeres adultas de todas las edades las tasas de prevalencia de IU oscilan entre 20 y 50%. Entre 15% y 30% de las personas adultas mayores viviendo en la comunidad padecen de incontinencia urinaria.¹⁵ 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.¹⁹

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.¹⁷

En el estudio epidemiológico EPINCONT realizado en 27.936 mujeres mayores de 20 años en un condado de Noruega entre 1995 y 1997, 25% de ellas confesaban tener pérdidas de orina.

Un estudio reciente en cuatro países europeos (Francia, Alemania, Reino Unido y España) llevado a cabo sobre las respuestas de una encuesta por correo a 17.080 mujeres de más de 18 años demostró que 35% de ellas referían pérdidas involuntarias de orina en los 30 días previos. La tasa de prevalencia fue muy similar en todos los países (41 a 44%), excepto en España cuya tasa resultó sorprendentemente menor (23%).

En ambos estudios se constata claramente que la prevalencia de IU aumenta con la edad, con una tasa típica en adultos jóvenes de 20-30%, un pico alrededor de la edad media (prevalencia 30-40%) y luego un incremento leve y mantenido en edades más avanzadas (prevalencia -50%) severidad de la incontinencia urinaria.¹⁸

En el estudio EPINCONT se demuestra que la IU severa supone el 17, 28 y 38% de la IUE, IUU y IUM, respectivamente. En lo referente al grupo de IUE la severidad de la incontinencia aumentaba de 10% en el grupo de edad 25 a 44 años a 33% en el de 60 ó más años. Para la IUU y la IUM los valores correspondientes fueron 8 a 45 y 19 a 53%. El citado estudio epidemiológico definió la IU significativa como aquella de los pacientes con moderada o severa IU por el índice de severidad.

En Madrid, en individuos Mayores de 65 años no institucionalizados la prevalencia es de 15.5%. En mujeres suecas es del 3%.¹ En nuestro país, datos provenientes de la Escuela Nacional de Salud y Envejecimiento, revelaron que las personas entrevistadas cuya edad estaba comprendida entre los 65 y 84 años de edad, el 11% de las mujeres reportaron pérdidas urinarias al momento de la entrevista.⁸

A nivel Nacional existe escasos trabajos de investigación con respecto a la incontinencia urinaria se puede citar el estudio se realizó en el Distrito Federal durante el periodo comprendido del 1 de marzo al 31 de julio del 2006. Se aplicó un cuestionario a 800 mujeres con un rango de edad de 20 a 80 años en la Ciudad de México. Distrito Federal., se empleó el cuestionario de incontinencia de la Consulta Internacional de Incontinencia Urinaria en su forma corta (ICIQ-IU-SF)^{27-28.}

A nivel local en el IMSS solo se ha publicado respecto a incontinencia urinaria en el adulto mayor.²⁹

La incontinencia urinaria afecta a cerca del 20% de las mujeres en edad reproductiva y afecta negativamente la calidad de vida y la sexualidad,²⁵ Tiene importantes efectos en la salud física, bienestar psicosocial y costos sanitarios, entre otros. Contribuye a la aparición de lesiones dérmicas e infecciones y conlleva a frustración, depresión, aislamiento social e institucionalización^{18,13}

Es una razón frecuente de ingreso a instituciones. 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 Geriátrica 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.²²

Las mujeres con IU desarrollan hábitos de comportamiento para paliar el problema en parte, tales como la reducción en la ingesta de líquidos, el aislamiento y retracción social, la utilización de absorbentes y la adquisición de una determinada frecuencia miccional, y otros hábitos miccionales.²³

Factores de riesgo

Existen en la literatura varios estudios acerca de los putativos factores de riesgo que pudieran incrementar el riesgo individual de desarrollar IU.

Género

Varias razones (longitud uretral, diferencias anatómicas en el suelo pelviano, efectos del parto) intentan justificar la diferencia de que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar IU. Sin embargo, esta razón de riesgo varía con la edad: en menores de 60 años las mujeres tienen cuatro veces más probabilidades que los hombres de padecer IU, pero en mayores de 60 años sólo dos veces más¹⁸.

Edad

Existen indicios para pensar que la edad pudiera jugar un papel en el desarrollo de la IUU más que de la IUE¹³. Los cambios relacionados con la edad que pudieran contribuir al desarrollo de IU son:

- disminución del tejido elástico.
- atrofia celular.
- degeneración nerviosa.
- reducción tono músculo liso.
- Hipoestrogenismo.
- deterioro cognitivo.
- Inmovilidad.
- pérdida capacidad de concentración renal.
- comorbilidad-polifarmacia.

Raza

Estudios multivariados demuestran que las mujeres blancas tienen una prevalencia de IUE tres veces mayor que las mujeres negras¹⁴, atribuyéndose a diferencias raciales en el tejido conjuntivo o en los músculos.

Peso

La obesidad es uno de los factores de riesgo independiente para la IU en mujeres mayores. Un índice de masa corporal (IMC) alto se correlaciona con una mayor prevalencia de IUE y de

IUM, así como con la severidad de la IU. Se conoce poco sobre la pérdida de peso como tratamiento de la IU.

Paridad

El parto es un factor establecido de riesgo de IUE y IUM entre las mujeres jóvenes y de mediana edad. Se ha sugerido que el parto vaginal es el factor contribuyente más importante, posiblemente por las lesiones neurológicas o musculares asociadas. Sin embargo, el embarazo en sí mismo puede causar cambios mecánicos u hormonales que sean causa de IU9 (31-42% de las embarazadas tienen IUE y en 51% de ellas persiste algún grado de IU postparto). Por otro lado, recientemente se ha comprobado que las mujeres con partos por cesárea (prevalencia 15,8%) tienen un riesgo mayor de IU que las nulípara (prevalencia 10,1%), pero que el parto vaginal se asocia con el riesgo mayor (prevalencia 24,2%). Se han estudiado varios parámetros obstétricos que pueden contribuir a la aparición de IU.

Histerectomía

El impacto de la histerectomía en el desarrollo de la IUE no está demostrado.

Factores uroginecológicos

Los prolapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, la debilidad de los músculos del suelo pelviano, la cirugía uroginecológica previa, el estreñimiento, las cistitis y otras infecciones del tracto urinario son los factores uroginecológicos más importantes asociados a IU¹⁸.

Otros factores

Incluyendo cardiopatías, diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, demencia, accidentes cerebrovasculares, varios fármacos¹⁸⁻¹², tabaquismo, abuso del alcohol, disminución de la máxima presión uretral, y de la máxima presión de cierre uretral, menor longitud de la uretra, disminución de la capacidad vesical, disminución de la contractibilidad vesical, incremento del residuo vesical postmiccional.¹⁸

Clasificación

1.- Incontinencia establecida. Es aquella que esta presente más de 3-4 semanas. Puede ser:

- de esfuerzo o stress.
- inestabilidad del músculo de trusor o vejiga hiperactiva.
- por rebosamiento.
- funcional.

Incontinencia urinaria por esfuerzo. Es la incontinencia urinaria secundaria al aumento de la presión intra-abdominal, ocasionado al toser, estornudar, pararse, sentarse, hacer algún esfuerzo con los músculos abdominales.

Incontinencia urinaria por hiperactividad del trusor. (Incontinencia de urgencia). Es la incontinencia urinaria que se presenta acompañada de la sensación súbita e imperiosa de orinar, sin lograr controlar esta sensación, independientemente de que la vejiga este llena o no.

Incontinencia urinaria por rebosamiento. Es la incontinencia urinaria caracterizada por pérdidas pequeñas y constantes de orina, asociados con un vaciamiento incompleto de la vejiga y una reducción en la fuerza del chorro de la orina.

Incontinencia urinaria funcional. Es la incontinencia urinaria relacionada con la incapacidad para utilizar el baño, ya sea porque el paciente no puede trasladarse, no pueda solicitar asistencia para el uso del baño o de algún dispositivo que le permita orinar si es que esta postrado en un sillón o cama así como por alteraciones cognoscitivas permanentes.⁸

2.- Incontinencia transitoria. Esta producida por situaciones en que de forma aguda se pierde la continencia, relacionándose habitualmente con un proceso médico agudo o con un problema iatrogénico¹, y que desaparece al resolverse el problema que la provoco⁸.

3.- La incontinencia urinaria mixta (IUM) es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a urgencia como al esfuerzo.¹³⁻¹⁸

Síntomas de la Incontinencia Urinaria

- Incapacidad para orinar.
- Dolor relacionado con el llenado de la vejiga o dolor relacionado con la micción sin comprobarse infección de la vejiga.
- Debilidad progresiva del chorro urinario con o sin sensación de completo vaciado de la vejiga.
- Aumento de la frecuencia al orinar sin que haya infección de la vejiga.
- Necesidad de alcanzar el baño rápidamente o derrame de orina si no alcanza el baño a tiempo.
- Cambio o anormalidad al orinar relacionados con el sistema nervioso.
- ..
- Derrame de orina que impide las actividades.
- Derrame de orina que comenzó o continuó después de la cirugía.
- Derrame de orina que ocasiona incomodidad social.
- Infecciones frecuentes de la vejiga.¹²

- Pérdida involuntaria de orina asociada a un súbito e imperioso deseo de micción (urgencia) relacionada con la tos, pujo, ejercicios físicos o cambios súbitos de posición.
- **No Percibida.** El paciente puede darse cuenta del episodio de incontinencia al sentirse húmedo
- Goteo continuo de orina.
- **Enuresis Nocturna**
- **Goteo Post-Miccional** ¹⁴

IMPACTO DE LA IU EN LA CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida

La calidad de vida según la OMS es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.³¹

Varios estudios han tratado de medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en las mujeres incontinentes. Estos estudios varían en su diseño, metodología, criterios de diagnóstico de IU e incluso definición de calidad de vida. Sin embargo, en todos ellos se expone que la IU tiene un impacto negativo notable sobre múltiples aspectos de la vida diaria, tanto en el entorno social (menor interacción social o mayor aislamiento, abandono de algunas aficiones, etc.), como en el físico (limitaciones a la práctica deportiva), sexual (pérdida de la actividad sexual, evitación de la pareja), psicológico (pérdida de la autoestima, apatía, depresión, sentimientos de culpabilidad, etc.), laboral (absentismo, menos relación) y doméstico (precauciones especiales con la ropa, protección de la cama, etc.). Las mujeres con IU desarrollan hábitos de comportamiento para paliar el problema en parte, tales como la reducción en la ingesta de líquidos, el aislamiento y retracción social, la utilización de absorbentes y la adquisición de una determinada frecuencia miccional, y otros hábitos miccionales, voluntaria.

La ICS recomienda incluir parámetros de calidad de vida en la evaluación de los tratamientos de la IU utilizando cuestionarios mixtos de síntomas y CV. Existen dos cuestionarios específicos para evaluar la CV de mujeres con IU validados en España. Uno es el King’s Health Questionnaire y el otro es la versión española del cuestionario de la International Consultation on Incontinence Short Form (ICIQ-SF), que es el primer cuestionario breve que permite no sólo detectar la IU sino además categorizar las pacientes de acuerdo con la gravedad de los síntomas y el grado de preocupación que éstos les generan.¹⁸

Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición

que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36. y el otro es la versión española del cuestionario de la International Consultation on Incontinence Short Form (ICIQ-SF)²⁸, que es el primer cuestionario breve que permite no sólo detectar la IU sino además categorizar las pacientes de acuerdo con la gravedad de los síntomas y el grado de preocupación que éstos les generan

Cuestionario de Salud de King (King's Health Questionnaire), es un instrumento válido para evaluar la calidad de vida en pacientes con distintos tipos de incontinencia urinaria creado en Gran Bretaña, el cual evalúa 10 dominios relacionados con la calidad de vida y los síntomas urinarios, ofrece confiabilidad y validez apropiada para hombres y mujeres. , cada ítem del Cuestionario de Salud King posee un puntaje expresado en porcentaje de afectación (0 – 100%) que nos indica el grado de impacto de la IU.

Cuestionario Potenziani 14-CI-10-QOL-2000-.el cual deberá contestar todo paciente que presente frecuencia urinaria, urgencia urinaria, incontinencia urinaria y nicturia, para saber el tipo de puntaje obtenido y con ello poder concientizar un problema que en más del 50% de las veces ni siquiera se le menciona al médico y que podría manifestarse solamente con episodios de incontinencia de urgencia, consta de 14 ítems valora las repercusiones de la incontinencia urinaria. Cada ítems plantea nunca 0 puntos, a veces 1 punto y siempre 2 pts con una respuesta que va de 0 a 4 puntos reflejando una repercusión de leve a moderada y repercusión severa con un puntaje de 15 a 28 pts. ²⁶

También se ha utilizado cuestionarios genéricos de calidad de vida como el Sickness Impact Profile 6 y el Nottingham Health Profile 7 para demostrar esta afectación. Todos los estudios sobre niveles de calidad de vida en personas que padecen esta disfunción, demuestran que estos son significativamente más bajos que en las personas sin incontinencia. ²³

Los aspectos de la vida diaria que más se afectan por la IU son, el sueño y descanso, la movilidad, el comportamiento emocional, la interacción social y las actividades de recreo. La afectación de la calidad de vida por la incontinencia puede ser mayor que la provocada por algunas patologías crónicas como la diabetes o la hipertensión. Los estudios en mujeres indican que la incontinencia afecta mas la calidad de vida de las mas jóvenes y que la afectación de la calidad de vida ²³

Así se termina poniendo de manifiesto que el impacto sobre CVRS depende del estilo de vida, la edad, el nivel sociocultural, y las experiencias personales no tanto por la gravedad de los síntomas. ^{18,29}

Diagnóstico clínico de la incontinencia urinaria

Los métodos básicos disponibles en todos los niveles asistenciales para el correcto diagnóstico de la IU son la anamnesis, la exploración física y el diario miccional. ¹⁸

Se debe realizar una acuciosa anamnesis respecto a inicio de la incontinencia y factores precipitantes, síntomas asociados, así como frecuencia y cantidad de pérdida de orina (ciclo

miccional).¹⁷ esto permitirá intuir el tipo de incontinencia y, a partir de ahí, dirigir las pruebas diagnósticas complementarias en ese sentido. Otro dato que debe recoger la historia clínica es, información acerca de la paridad, utilización de fórceps, episiotomías y duración del trabajo de parto, así como intervenciones previas para la corrección de la IU, intervenciones abdominales y pélvicas. Deben reflejarse así mismo otros factores de riesgo (sobrepeso, estreñimiento crónico, etc.) y fármacos y otras sustancias que pueden contribuir a la IU.¹⁸

Exploración física (ginecológica, urológica, anorrectal). En el examen físico es necesario evaluar la función cognitiva, la movilidad, el estado neurológico, especialmente en lo que se refiere a la inervación lumbosacra, un examen pelviano y rectal: buscando cistocele, hipertrofia benigna de la próstata, vaginitis atrófica, etc. Además es conveniente efectuar una Cartilla Miccional, que es un autorreporte sobre episodios de vaciamiento vesical: se anota diariamente y durante una semana la hora y volumen urinario y si alcanzó o no a llegar al baño.

Con estas simples herramientas, en la mayoría de los casos es posible realizar una buena aproximación diagnóstica, evitando así someter a todos los pacientes a otros exámenes que pueden ser costosos, incómodos e invasivos.¹⁷

Exploraciones complementarias. Lo primero que debe realizar el médico es buscar, para descartar y tratar, alguna de las condiciones reversibles que predispongan a la incontinencia urinaria. Para ello, en la literatura se sugiere solicitar a todos los pacientes mayores examen de orina completa, urocultivo, niveles plasmáticos de glucosa, urea y creatinina, tacto rectal y ginecológico y determinación del volumen residual postmiccional tira reactiva. Creatinina, glucosa, valorar la posibilidad de hacer ecografía y urodinamia.¹⁶ cistoscopia o uretrocistografía.¹⁶⁻¹⁷ Resonancia magnética, que en los últimos años ha ido adquiriendo gran importancia en el estudio anatómico y funcional del suelo pelviano.¹⁸

Así mismo se debe incluir una valoración geriátrica (VG) al proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que, en forma estructurada, procede a cuantificar las incapacidades y problemas médicos, mentales, físicos y sociales del individuo anciano, con la intención de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento a corto, mediano o largo plazo. Las aplicaciones de la VG son muy diversas y uno de los puntos que mayor interés presenta es el referente a la calidad de vida y su relación con los aspectos que podemos medir en ella. De igual manera se debe tener presente su importancia a la hora de tomar decisiones terapéuticas.¹⁹

Tratamiento

El tratamiento integral debe ser realizado por personal capacitado, pues se debe estudiar cuidadosamente el tipo de incontinencia y las circunstancias o factores desencadenantes. Al menos la mitad de los ancianos con incontinencia pueden mejorar sin complejas evaluaciones y con pequeñas intervenciones, generalmente de tipo no farmacológico.²⁰

El tratamiento de la incontinencia urinaria debe iniciarse una vez que se haya realizado una historia clínica y una evaluación física completas. Existen 3 tipos de tratamiento: técnicas comportamentales, tratamiento farmacológico y tratamiento quirúrgico. Como regla general

debe iniciarse con el tratamiento menos invasivo y con menos efectos adversos que sea apropiado para cada paciente.

Tratamiento no farmacológico

Las técnicas comportamentales sirven para aumentar el conocimiento por parte del paciente de los músculos de la vejiga y del suelo pélvico, reduciendo los episodios de incontinencia en la mayor parte de los pacientes sin causar efectos adversos. Existen varias técnicas:

El entrenamiento vesical consiste en una serie de ejercicios para mejorar el control del flujo de orina. Se basa en una micción programada en la que el paciente debe conseguir contener el estímulo y orinar solamente en los intervalos programados. Con el tiempo se van espaciando los intervalos de micción. Esta técnica se recomienda para la incontinencia de urgencia y mixta.

Rehabilitación del suelo pélvico basa en la realización de los ejercicios de suelo de pelvis o de kegel, que refuerzan los músculos pélvicos de los pacientes. Se realizan 10 a 20 contracciones de la musculatura pélvica en 10 segundos de cada una, 3 veces al día. Pueden ser necesarias 6-8 semanas antes de notar la mejoría. Se recomiendan en incontinencia de esfuerzo. Los ejercicios de kegel asociados en entrenamiento vesical se recomiendan en incontinencia de urgencia.⁴

Los datos disponibles más recientes indican que la rehabilitación muscular del suelo pelviano reduce los episodios de IU en 54-72% y las tasas de curación/mejoría en ensayos aleatorizados varían entre 61 y 91%³⁸. Con estos datos, es éste el tratamiento de primera opción en mujeres con IUE leve y moderada adecuadamente motivadas.

La electroestimulación, ES, no se conoce el mecanismo exacto de acción, su objetivo es el de inhibir las contracciones del detrusor. En teoría la estimulación de las fibras aferentes del nervio pudendo conduce a la inhibición de los impulsos motores eferentes que se dirigen a la vejiga y produce la abolición de la contracción espontánea del detrusor. Además existe evidencia de que la ES tiene una acción sobre los músculos estriados del suelo pélvico.

Neuromodulación, se desconoce el mecanismo exacto de acción, se supone que se produce una activación del interneuronas espinal o neuronas adrenergicas, que inhiben la actividad de la vejiga.

Alrededor de la mitad de los pacientes responden favorablemente a la prueba, aunque el tratamiento falla en 20-33 % dentro de 1-1.5 años de recibir el implante, se han publicado resultados a largo plazo con un 60 % de curaciones. Como complicaciones se han descrito dolor al sitio de los electrodos, migración del electrodo, e infecciones del injerto.²¹

Tratamiento farmacológico

En las fases de llenado y vaciado vesicales están involucradas una gran variedad de vías neuronales aferentes y eferentes (somáticas, simpáticas y parasimpáticas), reflejos y neurotransmisores centrales y periféricos (glutamato, serotonina, noradrenalina, dopamina, ácido gamma-amino-butírico, encefalina y acetilcolina). Las relaciones existentes entre todos estos factores no se conocen por completo, pero sí es bien conocido que la acetilcolina es el neurotransmisor periférico predominante y responsable de la contracción vesical. Los antimuscarínicos son los fármacos más empleados, entre otros, en el tratamiento de la IUU los más utilizados son:

- anticolinérgicos(oxibutinina, tolterodina, propiverina y trospio)
- antagonistas α -adrenérgicos(alfuzocina, doxazosina, prazosin, tamsulosina, terazosina)
- estrógenos
- otras (imipramina, desmopresina).

De estos fármacos se puede esperar que eliminen la incontinencia en el 20-30% de los casos y produzcan una mejora significativa de los síntomas en el 50% de los pacientes. Los utilizados actualmente no muestran selectividad por los receptores muscarínicos vesicales, aunque su efecto parece más pronunciado en la vejiga que en otros órganos. Son estas reacciones las que limitan su utilización por los efectos secundarios, fundamentalmente sequedad de boca, ojos secos, estreñimiento, reflujo esofágico, visión borrosa, mareo y palpitaciones. Por ello, se están desarrollando nuevos agentes más selectivos para la vejiga, los últimos de los cuales son la darifenacina y la solifenacina, de reciente aparición en el mercado. Ambas han demostrado ser eficaces y bien toleradas, reduciendo significativamente la urgencia y los episodios de escape, con una baja incidencia de efectos secundarios, acompañándose de una baja tasa de abandonos de tratamiento, mejorando el cocienteeficacia/tolerancia.

Por otro lado, las monoaminas serotonina y noradrenalina están claramente implicadas en el mantenimiento del tono muscular y en los mecanismos de la continencia uretral. Los agonistas serotoninérgicos suprimen la actividad parasimpática y aumentan la actividad simpática y somática en el tracto urinario inferior, facilitando el llenado vesical. Basados en estas potenciales propiedades como promotoras de la continencia tanto de la serotonina como de la noradrenalina se han desarrollado varios estudios experimentales con inhibidores selectivos de la recaptación de ambos, a la cabeza de los cuales se sitúa la duloxetina. Este fármaco es el primero de los aprobados para el tratamiento de la IUE en la mujer, y de los datos actuales se deduce que ocasiona un descenso en los episodios de incontinencia de 50-60%, con un 56-74% de las mujeres tratadas que se sienten mejor tras el tratamiento. El efecto adverso más significativo son las náuseas, aunque de intensidad leve a moderada, transitorias y no progresivas, que suelen desaparecer en un corto periodo de tiempo. De momento está pendiente su aprobación en España con esta indicación.²¹

Tratamiento quirúrgico

La cirugía se considera el tratamiento adecuado en las pacientes en las que el tratamiento conservador ha fracasado o en aquellas con IUE moderada-severa. Su propósito es

incrementar la resistencia uretral para evitar el escape de orina por la uretra durante los aumentos de la presión intraabdominal, preservando el vaciamiento vesical completo a baja presión.

Existen en torno a 200 procedimientos quirúrgicos diferentes para tratar la IUE, pero, pueden agruparse en tres tipos básicos: colposuspensiones, cabestrillos suburetrales e inyectables uretrales.

Inyectables uretrales

Son el procedimiento menos invasivo y puede efectuarse con anestesia local. Inicialmente este procedimiento fue descrito para IUE por deficiencia esfinteriana intrínseca, aunque también puede ser eficaz en pacientes con hipermovilidad uretral. Una gran variedad de instancias se han utilizado, incluyendo colágeno, politetrafluoroetileno, silicona, semillas de carbón, dextranómero y ácido hialurónico, e incluso tejidos autólogos como grasa, cada uno de ellos con diferentes propiedades biofísicas que afectan a la compatibilidad, tendencia a la migración, durabilidad y seguridad.

La mayor parte de ellos se inyectan de forma retrógrada vía transuretral o transvaginal, bajo control endoscópico, en el tejido periuretral y alrededor del cuello vesical.

En la actualidad, los datos disponibles sugieren, pero no prueban, su eficacia en cuanto a mejoría subjetiva y objetiva a corto plazo de la IUE, con tasas variables de éxito (curación más mejoría) de 30-80%, pero que disminuyen significativamente con el tiempo. En mujeres con importantes comorbilidades puede ser una opción útil teniendo en cuenta que serán necesarias 2 ó 3 inyecciones en 12 meses para obtener un resultado satisfactorio.

Cabestrillos suburetrales

Pueden subdividirse en cabestrillos “clásicos” y mallas “libres de tensión” tipo TVT. Su indicación esencial son aquellas pacientes con deficiencia esfinteriana intrínseca. Asimismo, están indicados en mujeres con cirugía previa para IU fracasada. Un lazo se pasa por completo bajo la uretra o el cuello vesical y se ancla luego anteriormente en algún lugar de la pared abdominal o de las estructuras pélvicas para estabilizar la uretra. Las tasas de curación (definida como continencia completa) se sitúan en 73-95% y las de éxito (mejoría o continencia) en el 64-100%. Los resultados parecen ser mejores en pacientes no tratadas previamente y las complicaciones más frecuentes son la disfunción de vaciado vesical con retención (1-4% de las pacientes), hiperactividad vesical “de novo” (6-14% de las pacientes) y erosión del cabestrillo (sobre todo los sintéticos) en vejiga, uretra y vagina.

La malla suburetral libre de tensión TVT se ha convertido en el procedimiento más popular en el tratamiento de la IU. Es menos agresivo que cualquiera de los otros procedimientos de cabestrillo, pudiendo incluso realizarse bajo anestesia local. Su propósito es restablecer la adecuada fijación de la uretra media al pubis, reforzando los ligamentos pubouretrales. Una cinta de polipropileno se inserta vía vaginal alrededor de la uretra distal, dejándola sin tensión bajo ella de manera que ejerza la suficiente presión sobre la uretra durante los incrementos de la presión abdominal para prevenir el escape de orina. Las tasas de curación se sitúan

alrededor de 66-91%, con eficacia mantenida más allá de 5 años y una satisfacción del 85% de las pacientes intervenidas

Colposuspensiones

Las colposuspensiones indicadas en pacientes con IU secundaria a hipermovilidad uretral, se han considerado como el patrón de referencia en el tratamiento quirúrgico de la IUE. Su propósito es estabilizar la uretra estirando los tejidos de la proximidad del cuello vesical y la uretra proximal hacia la cavidad pélvica, detrás de la sínfisis púbica. Se utilizan abordajes tanto abdominales como vaginales y actualmente laparoscópicos. El grado de satisfacción de las pacientes es alto (82%).¹⁸

Las pacientes sometidas a cirugía tuvieron mejoría en la respuesta sexual. Se recomienda la evaluación de la respuesta sexual en mujeres con incontinencia urinaria porque esta condición, independientemente de su severidad, causa impacto negativo en la calidad de vida.²⁵

CALIDAD DE VIDA EN LA MUJERES DE MAS DE 50 AÑOS CON INCONTINENCIA URINARIA DEL TURNO MATUTINO DE LA UMF No. 2 DEL IMSS.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incontinencia urinaria es uno de las patologías más frecuentes en la práctica clínica. Se calcula que entre los adultos, el 7 y el 20% son hombres y del 9 al 42% son mujeres.

En nuestro país, datos provenientes de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, revelaron que la mayor frecuencia se encuentra comprendida entre los 65 y 84 años de edad.

Hasta ahora no se le ha considerado como una enfermedad en si misma, lo que ha dificultado su conocimiento, constituyendo un problema clínico importante, tanto por su prevalencia, como porsus connotaciones psicosociales y económicas; repercutiendo sobre la vida de las personas afectadas, lo que nos lleva a la siguiente pregunta:

¿Cómo afecta la incontinencia urinaria la calidad de vida en las mujeres de más de 50 años del turno matutino de la UMF No.2 del IMSS en base al cuestionario Potenziani 14-CI-10-QOL-2000?

JUSTIFICACIÓN

Uno de los problemas de salud pública que el médico familiar enfrenta hoy en día y que aqueja a la mayor parte de los adultos mayores en el mundo es la Incontinencia Urinaria, la cual afecta la calidad de vida en diferentes grados que pueden ir de leve a severo, por lo que podemos decir que hay cambios conductuales en la vida cotidiana y en el entorno tanto del paciente como de su familia³²

Hasta ahora no se la ha considerado como una enfermedad en si misma, ya que las mujeres no suelen consultar directamente por incontinencia, intentan mantener su problema oculto el mayor tiempo posible, ya sea por vergüenza, por considerar que es inevitable o porque suponen que es una consecuencia inherente al envejecimiento y sin solución; lo que dificulta su conocimiento, diagnóstico y tratamiento adecuado, haciendo que tanto a nivel internacional y nacional las cifras estén subestimadas, encontrando una prevalencia que va de un 2 al 55%.

En la medida en que conozcamos más sobre la frecuencia y sintomatología de la IU, estaremos en mejores condiciones de ayudarlos a superar o controlar este padecimiento que como ya se menciona tiene implicaciones severas en el deterioro físico y emocional del enfermo, así como en la dinámica de su núcleo familiar. La concientización social de la incontinencia urinaria como un problema de salud involuntario y no como un mal comportamiento social, es un aspecto que debe ser abordado por el médico familiar como parte del tratamiento para disminuir la incomodidad, la pena, el aislamiento, la depresión y el estigma que se le atribuye a la falta de continencia urinaria³²

Debido a que a nivel nacional se cuenta con escasos trabajos de investigación, es fundamental hacer estudios para la identificación oportuna en primer nivel de atención, y poder mejorar así la calidad de vida de la mujer incontinente.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General

Determinar como afecta la calidad de vida la incontinencia urinaria en las mujeres de más de 50 años en el turno matutino de la UMF No.2.

Específicos

- Identificar a través de ARIMAC la prevalencia de Incontinencia Urinaria en el turno matutino de la UMF No.2.
- Identificar a través de ARIMAC la incidencia de Incontinencia Urinaria en el turno matutino de la UMF No. 2
- Identificar en que grado se afecta la Calidad de Vida en las mujeres de más de 50 años del turno matutino de la UMF No.2 a través del Cuestionario de Impacto de la Incontinencia Urinaria en la Calidad de Vida de la Mujer (Potenziani-14-CI-10-QOL-2000).

HIPOTESIS

Por diseño no requiere, es un estudio descriptivo.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Observacional, Transversal, Descriptivo, Prospectivo.

METODOLOGÍA

Población. Mujeres derechohabientes mayores de 50 años del turno matutino de la UMF2 del IMSS.

Lugar: UMF 2 del IMSS ubicada en Sor Juana Inés de la Cruz No. 81 colonia Santa María la Ribera, Delegación Cuauhtémoc del D. F. Cuenta con 30 consultorios, turno matutino y vespertino, otorga los servicios de Medicina Familiar, Medicina Preventiva, Odontología, Medicina del Trabajo, Fomento de la Salud, Planificación Familiar, Trabajo Social, Laboratorio, Radiología, Farmacia, Curaciones, Dietología, ARIMAC y Control de Prestaciones El inmueble se distribuye en 4 niveles.

La UMF 2 tiene un área de influencia de 34 colonias, la población adscrita a la unidad es de 199,701 y a medico familiar de 126,167.

Tiempo de estudio: La recolección de la información se realizará en el periodo 1º. de abril del 2005 al 31 de marzo del 2007

Tamaño de la muestra: Según el programa STATS 1.1 se estimo la muestra en 200 unidades con un error máximo de aceptabilidad del 5% y un porcentaje estimado de muestra de 80% con un nivel de confianza del 90%.

Instrumento de medición: Cuestionario Potenziani 14-CI-10-QOL-2000

Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación.

Pacientes derechohabientes del turno matutino de la UMF No. 2
Mujeres de más de 50 años con incontinencia urinaria
Que acepten contestar el cuestionario

Criterios de exclusión:

Mujeres menores de 50 años con diagnóstico de incontinencia urinaria
Que no acepten contestar el cuestionario.

Criterios de eliminación:
Cuestionario incompleto.

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Calidad De Vida		Cuestionario (Potenziani-14-CI-10-QOL-2000).	Cualitativa	Nominal
Incontinencia Urinaria	Pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social, y que se puede demostrar objetivamente.	Cuestionario (Potenziani-14-CI-10-QOL-2000).	Cualitativa	Nominal dicotómica

VARIABLES UNIVERSALES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Período transcurrido en años desde la fecha de nacimiento hasta el momento del estudio	Años cumplidos al momento de aplicar el cuestionario	Cuantitativa	Razón Aleatoria continua 50-54, 55-59, 60 o más
Escolaridad	Conjunto de cursos formales que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Nivel educativo que una persona posee	Cualitativa	Ordinal
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa. Empleo, oficio o dignidad, etc.	Actividad a la cual dedica la mayor parte del tiempo sea o no remunerada.	Cualitativa	Nominal.
Paridad	Cantidad de partos que ha tenido una mujer	Número de veces que ha presentado partos por vía natural o quirúrgica.	Cuantitativa	Razón.
Gestas	Cantidad de embarazos que ha presentado una mujer	Número de veces que ha cursado con embarazo de término o no.	Cuantitativa	razón

Factibilidad y aspectos éticos

El estudio es factible de realizarse ya que contamos con los recursos humanos, materiales y el espacio físico sin afectar a la población de estudio con la previa autorización, en base al consentimiento informado en el que se describen los procedimientos a realizar (anexo 3) el cual será sometido a autorización por el comité local de investigación del HGO/UMF No. 13.

El presente trabajo de investigación se llevara a cabo conforme a los aspectos éticos que rigen toda investigación medica en seres humanos, respetando los derechos establecidos en la norma de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en los artículos 13 y 23. Así como la declaración de Helsinki adoptada por el XVIII Congreso Asamblea Médica Mundial en 1964, con sus modificaciones actuales por la 48 ° Asamblea General de Somerset West Sudáfrica de 1996, que se apegara al código de bioética para el personal de salud. Este proyecto se clasifica como un estudio de riesgo mínimo para la población en estudio.

Consideraciones éticas.

Se solicita consentimiento informado del paciente en forma verbal para el uso de la información requerida para el estudio, informándosele que esta será utilizada en forma confidencial.

RECURSOS FÍSICOS Y FINANCIEROS

a) Humanos

- Investigador principal
- Asesor metodológico

b) Físicos

- Uso de biblioteca
- Ingreso libre al área de la UMF No. 2 al servicio de Medicina Familiar
- Uso de computadora de investigación.
- Impresora, cartucho para impresora
- Papelería, cédula de registro.

c) Financieros: Serán absorbidos en forma total por el, investigador.

- Hojas blancas
- Copias
- Engargolado
- Impresora
- Internet

RESULTADOS

Se revisaron en el último año los registros de prevalencia de mujeres con incontinencia urinaria en el servicio de ARIMAC de la UMF 2 de I IMSS encontrando 372 casos. Se aplicó el cuestionario Potenziani-14-CI-10-QOL-2000 para determinar la calidad de vida en mujeres de más de 50 años.

Al analizar las repercusiones que presentan las mujeres mayores de 50 años en su calidad de vida, con incontinencia urinaria, se detectó que el 86 por ciento observaron una calidad de vida con repercusión de ligera a moderada y el 14 por ciento con repercusión severa, como se muestra en la tabla y gráfica 1.

Cuando se analiza el universo de mujeres mayores de 50 años por grupos de edad con incontinencia urinaria, se observa que el problema se presenta con mayor frecuencia en las mujeres de 60 a 69 años de edad, con el 39 por ciento; y le siguen las de 50 a 59 años con el 30 por ciento. El tercer lugar lo ocupan las de 70 a 79 años con el 25 por ciento, y únicamente con el seis por ciento las de 80 a 89 años, como se muestra en la tabla y gráfica 2.

Por lo que se refiere al análisis relativo con el estado civil de las mujeres mayores de 50 años con incontinencia urinaria, nos encontramos que en términos generales las que presentan mayor problema de esta índole son las mujeres casadas con el 45 por ciento y le siguen aquellas en estado de viudez con el 27.5 por ciento. Por otro lado aparecen representando con un 15 por ciento el grupo de mujeres en unión libre y finalmente tenemos el grupo de mujeres solteras, el cual nos arroja una cifra del 2.5 por ciento, como se muestra en la tabla y gráfica 3.

Haciendo referencia a la variable de escolaridad podemos observar los siguientes resultados, el grupo con un mayor porcentaje fue el que cuenta con estudios de secundaria, obteniendo un 42.5 por ciento. Enseguida el de bachillerato con un 25 por ciento, posteriormente el de primaria con un 17.5 por ciento y el de licenciatura con un 12.5 por ciento. Finalmente el grupo con analfabetismo con un porcentaje del 2.5, como se muestra en la tabla y gráfica 4.

De igual forma, al analizar la variable de ocupación se obtuvieron los siguientes valores. Las mujeres que pertenecen al grupo de amas de casa dieron un total del 45 por ciento, seguidas de las pacientes jubiladas con un 26 por ciento. Por otro lado representado con un 15 por ciento el grupo de profesionistas y por último con un 14 por ciento aquellas mujeres que pertenecen al grupo de obreras, como se muestra en la tabla y gráfica 5.

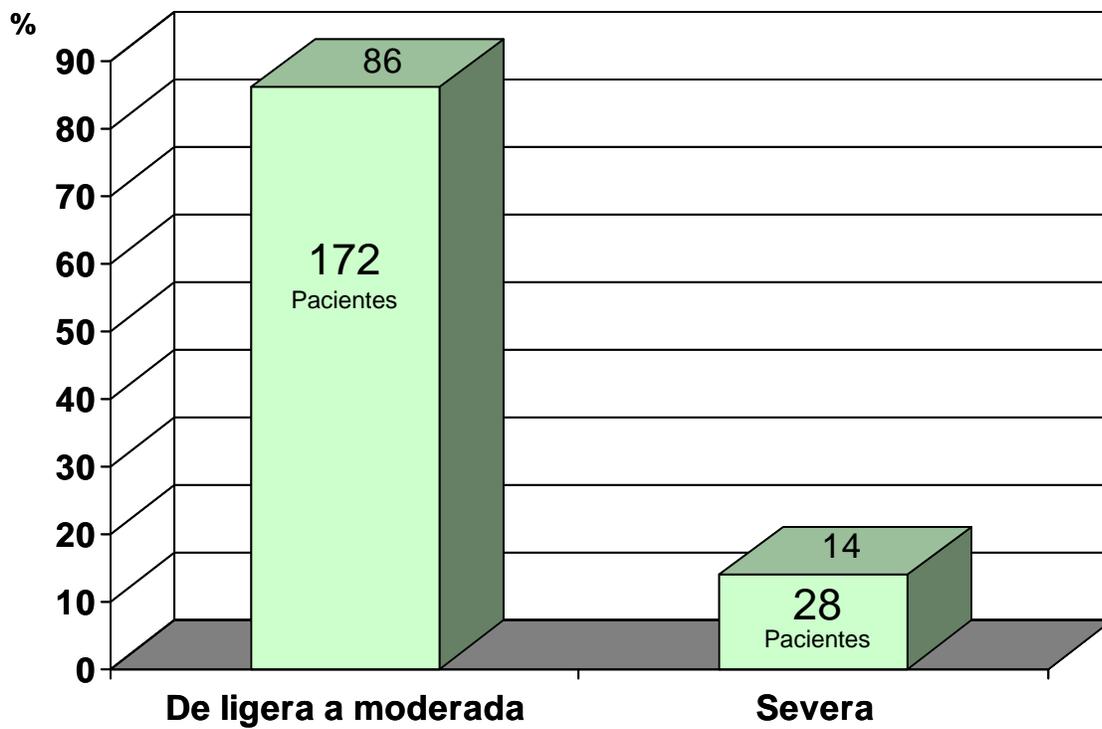
Otra variable en consideración fue el número de embarazos, en donde obtuvimos como mayor porcentaje el grupo de mujeres con tres embarazos dando un total del 30 por ciento, enseguida el de dos embarazos con un 22.5 por ciento y el de 4 embarazos con un 16.5 por ciento. El grupo de mujeres con 5 embarazos arrojó un porcentaje del 13.5, el de 1 embarazo con 7.5 por ciento, el de 6 embarazos con 6.5 por ciento. Finalmente observamos dos grupos, el de mujeres con 7 embarazos dando un 2.5 por ciento y aquellas que no han tenido embarazos con un porcentaje de 1, como se muestra en la tabla y gráfica 6.

En cuanto a la variable de tipo de parto se logro estructurar dos grupos, aquel en el que las mujeres tuvieron un parto Eutócico, el cual nos da un resultado del 88.5 por ciento y el Distócico con un porcentaje de 11.5 por ciento, como se muestra en la tabla y gráfica 7.

GRÁFICAS Y TABLAS

Tabla y gráfica 1
Repercusión sobre la calidad de vida en mujeres mayores de 50 años, con
incontinencia urinaria (UMF 2 del IMSS, D.F)

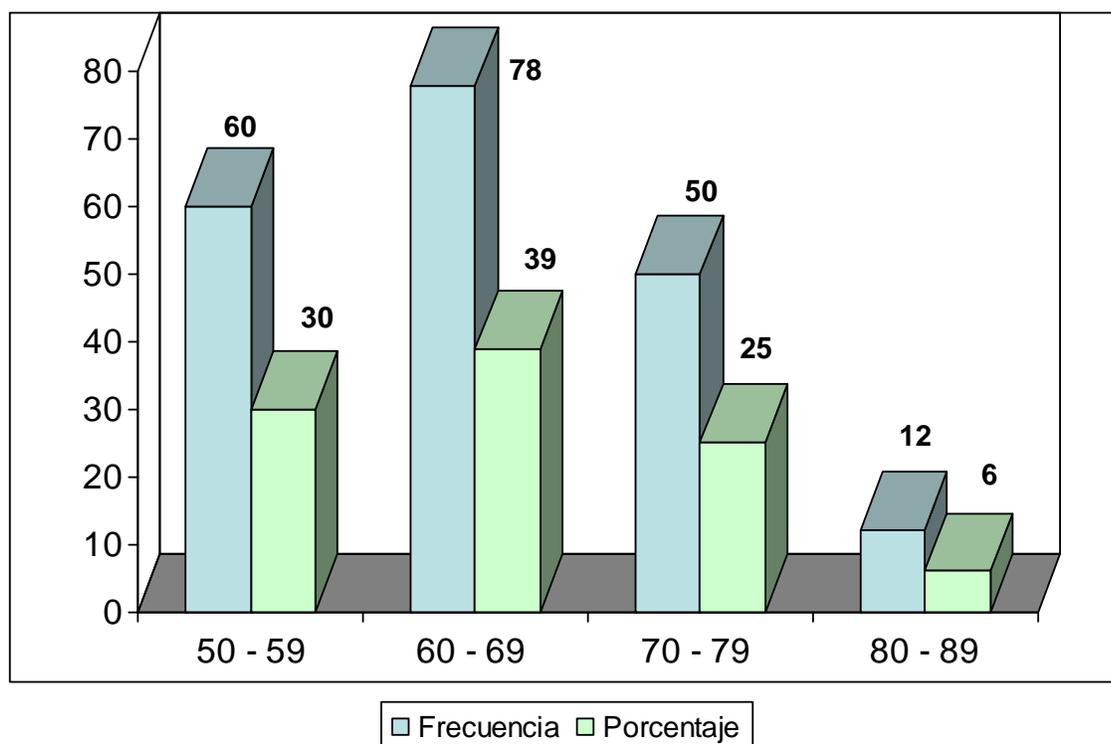
Tipo de repercusión	Total de pacientes	%
De ligera a moderada	172	86.0
Severa	28	14.0
Total	200	100.0



Fuente.- Resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario Potenziani-14-CI-10-QOL-2000. ⁽²⁾

Tabla y gráfica 2
Frecuencia y porcentaje (total y por grupos de edad) de mujeres mayores de 50 años,
con incontinencia urinaria (UMF 2 del IMSS, D.F)

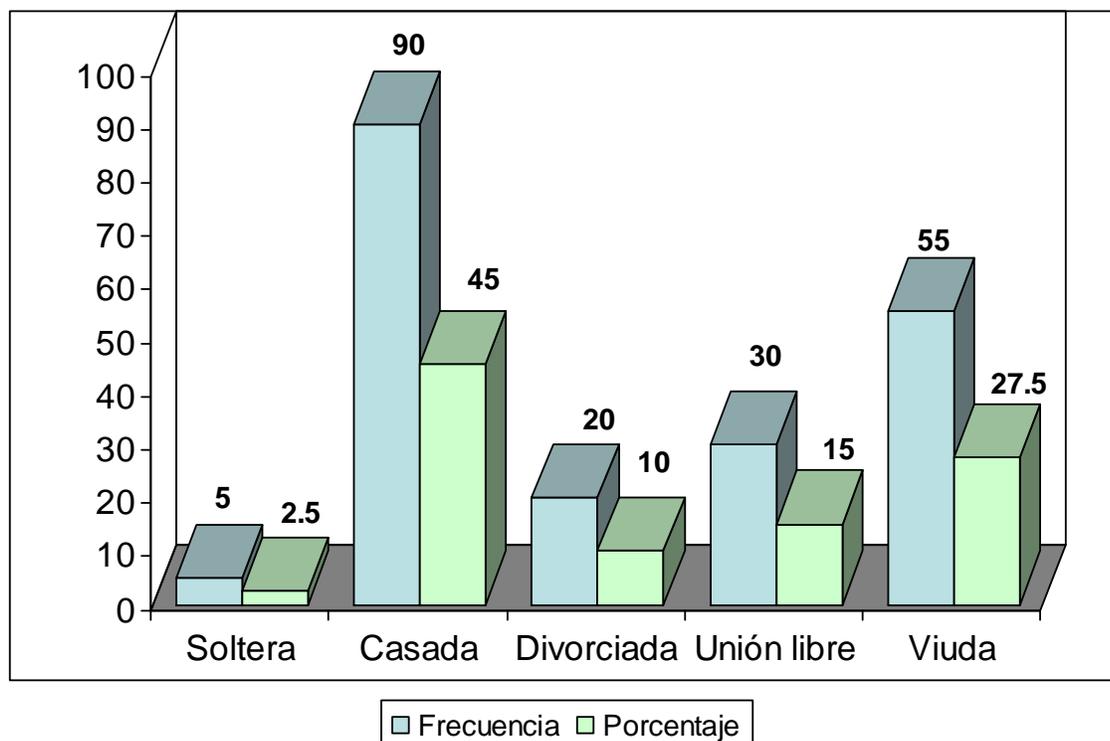
Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
50 – 59	60	30
60 – 69	78	39
70 - 79	50	25
80 – 89	12	6
Total	200	100



Fuente.- Resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario Potenziari-14-CI-10-QOL-2000. ⁽²⁾

Tabla y gráfica 3
Frecuencia y porcentaje (total y por grupos de edad) de estado civil en mujeres
mayores de 50 años, con incontinencia urinaria
(UMF 2 del IMSS, D.F)

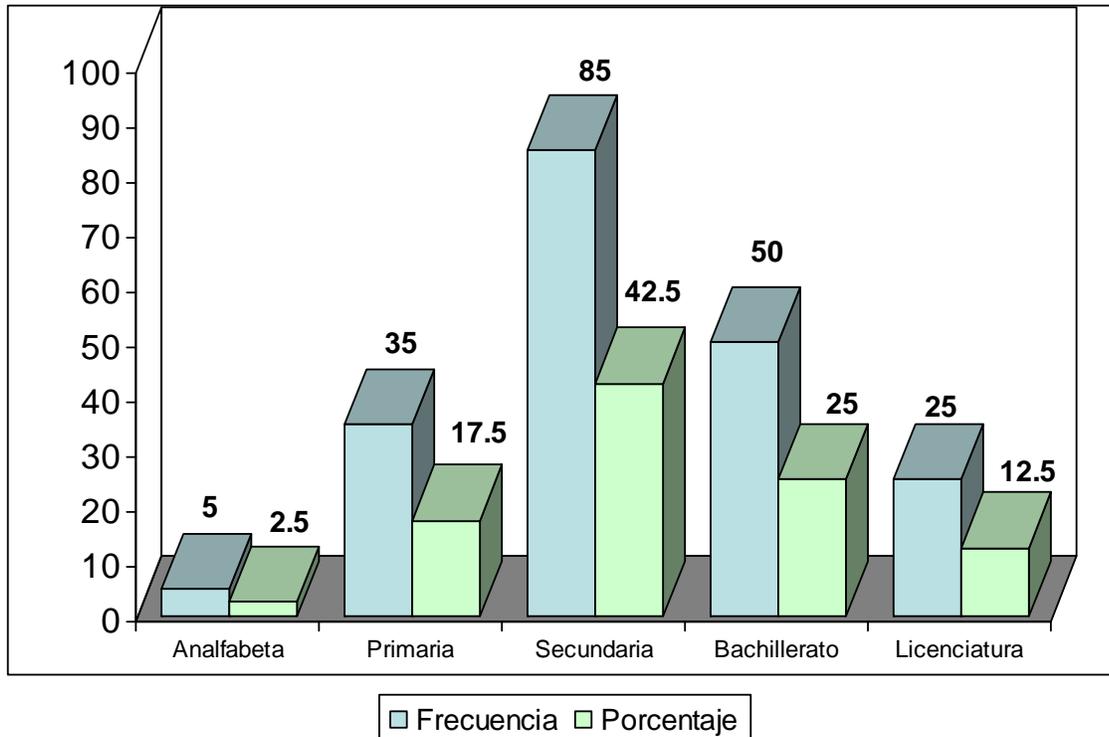
Estado Civil	Grupos de edad									
	50 - 59		60 - 69		70 - 79		80 - 89		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Soltera	4	5.3	1	1.7	0	0	0	0	5	2.5
Casada	48	64	25	43.1	10	28.6	7	21.9	90	45
Divorciada	5	6.7	8	13.8	6	17.1	1	3.1	20	10
Unión Libre	10	13.3	9	15.5	7	20	4	12.5	30	15
Viuda	8	10.7	15	25.9	12	34.3	20	62.5	55	27.5
Total	75	100	58	100	35	100	32	100	200	100



Fuente.- Resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario Potenziani-14-CI-10-QOL-2000. ⁽²⁾

Tabla y gráfica 4
Frecuencia y porcentaje (total y por grupos de edad) de escolaridad en mujeres mayores de 50 años, con incontinencia urinaria (UMF 2 del IMSS, D.F)

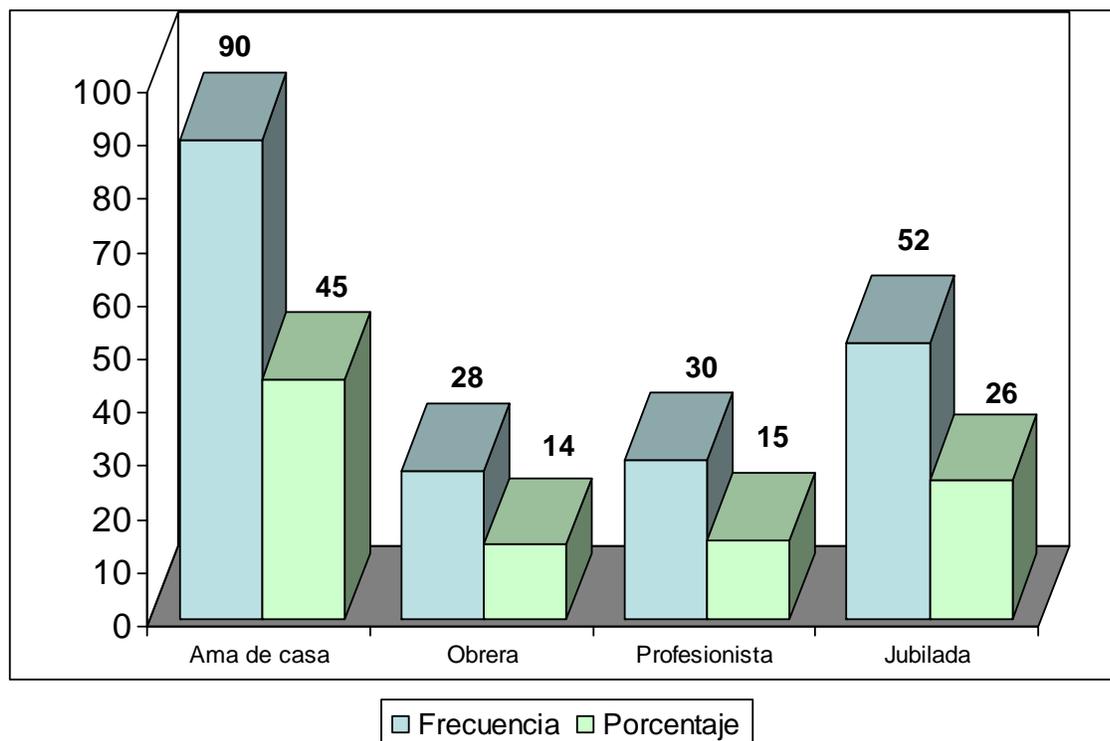
Escolaridad	Grupos de edad									
	50 - 59		60 - 69		70 - 79		80 - 89		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Analfabeta	0	0	0	0	2	6.2	3	14.3	5	2.5
Primaria	7	8	15	25	8	25	5	23.8	35	17.5
Secundaria	40	46	22	36.7	14	43.8	9	42.8	85	42.5
Bachillerato	25	28.7	15	25	7	21.9	3	14.3	50	25
Licenciatura	15	17.3	8	13.3	1	3.1	1	4.8	25	12.5
Total	87	100	60	100	32	100	21	100	200	100



Fuente.- Resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario Potenziari-14-CI-10-QOL-2000.⁽²⁾

Tabla y gráfica 5
Frecuencia y porcentaje (total y por grupos de edad) de ocupación en mujeres
mayores de 50 años, con incontinencia urinaria
(UMF 2 del IMSS, D.F)

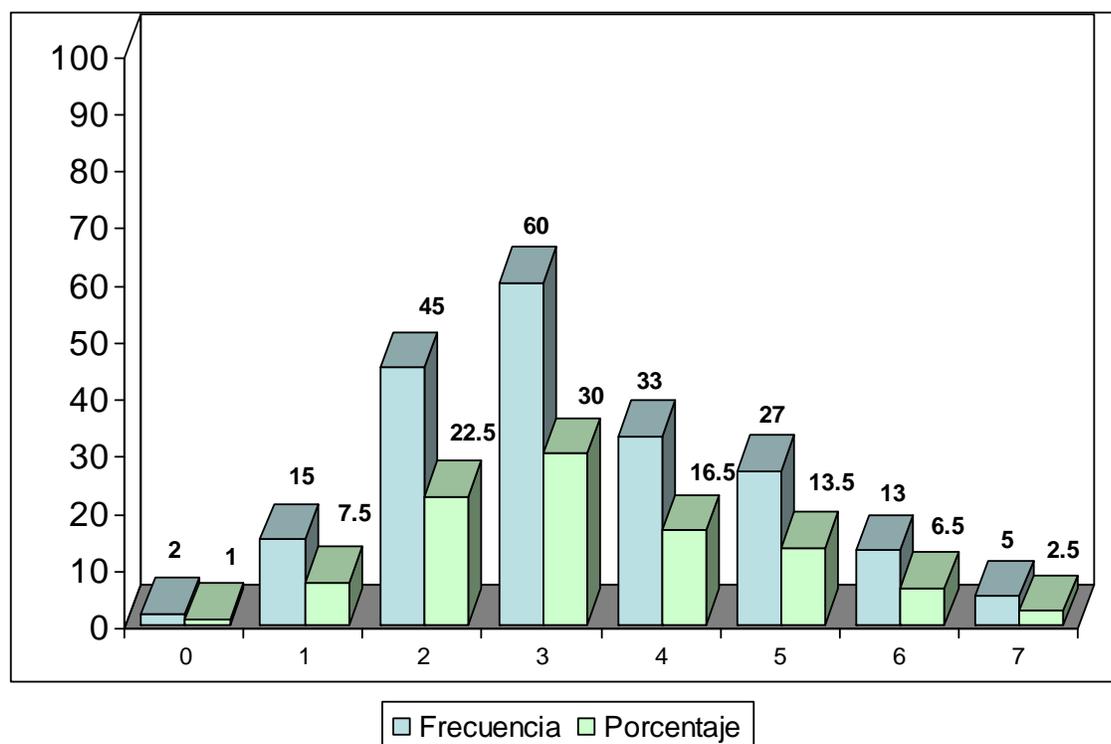
Ocupación	Grupos de edad									
	50 - 59		60 - 69		70 - 79		80 - 89		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Ama de casa	26	43.3	36	46.2	21	42	7	58.3	90	45
Obrera	20	33.3	8	10.3	0	0	0	0	28	14
Profesionista	12	20	16	20.5	2	4.0	0	0	30	15
Jubilada	2	3.4	18	23	27	54	5	41.7	52	26
Total	60	100	78	100	50	100	12	100	200	100



Fuente.- Resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario Potenziari-14-CI-10-QOL-2000. ⁽²⁾

Tabla y gráfica 6
Frecuencia y porcentaje (total y por grupos de edad) de número de embarazos en mujeres mayores de 50 años, con incontinencia urinaria (UMF 2 del IMSS, D.F)

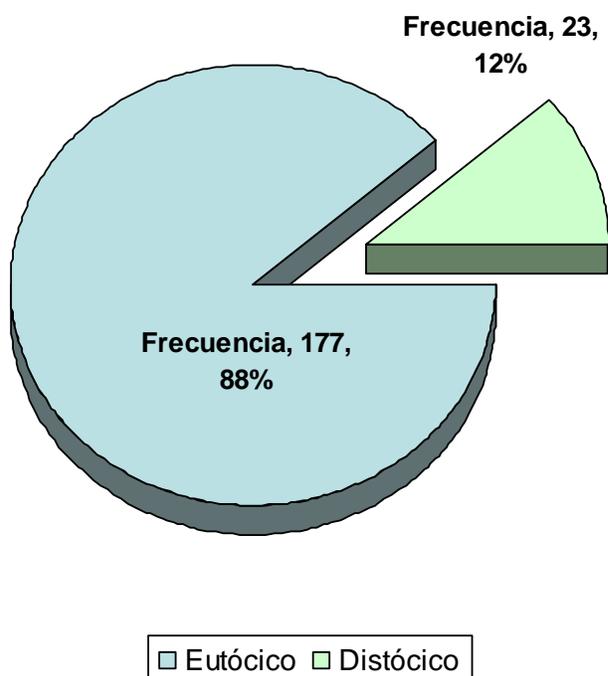
Embarazos	Grupos de edad									
	50 - 59		60 - 69		70 - 79		80 - 89		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
0	1	1.4	1	1.9	0	0	0	0	2	1
1	8	10.8	3	5.6	3	6.3	1	4.2	15	7.5
2	20	27	15	27.7	10	20.8	0	0	45	22.5
3	35	47.3	14	25.8	6	12.5	5	20.8	60	30
4	7	9.5	10	18.5	12	25	4	16.7	33	16.5
5	2	2.6	7	13	11	22.9	7	29.2	27	13.5
6	1	1.4	3	5.6	4	8.3	5	20.8	13	6.5
7	0	0	1	1.9	2	4.2	2	8.3	5	2.5
Total	74	100	54	100	48	100	24	100	200	100



Fuente.- Resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario Potenziari-14-CI-10-QOL-2000.⁽²⁾

Tabla y gráfica 7.
Frecuencia y porcentaje (total y por grupos de edad) de tipo de parto en mujeres mayores de 50 años, con incontinencia urinaria (UMF 2 del IMSS, D.F)

Tipo de parto	Grupos de edad									
	50 - 59		60 - 69		70 - 79		80 - 89		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Eutócico	50	83.3	72	92.3	45	90	10	83.3	177	88.5
Distócico	10	16.7	6	7.7	5	10	2	16.7	23	11.5
Total	60	100	78	100	50	100	12	100	200	100



Fuente.- Resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario Potenziani-14-CI-10-QOL-2000. ⁽²⁾

Discusión

La incontinencia urinaria a menudo pasa desapercibida en las consultas de atención primaria; ello es principalmente a causa de la baja demanda de consulta que presenta.

Sin embargo, diversos estudios epidemiológicos señalan tasas de prevalencia nada despreciables, que abarcan desde el 2% hasta el 55%, la prevalencia aumenta con la edad, de forma que está presente en aproximadamente la mitad de las personas de 65 años o más

El objetivo principal del presente estudio fue determinar si se ve afectada la calidad de vida en mujeres mayores de 50 años que presentan incontinencia urinaria de la UMF 2 del IMSS para lo cual se utilizó como instrumento de evaluación el cuestionario Potenziani-14-CI-10-QOL-2000 que consta de 14 ítems de opción múltiple.

El presente estudio es comparado con uno de los más grandes que se hayan realizado, el estudio epidemiológico EPINCONT realizado en 27.936 mujeres mayores de 20 años en un condado de Noruega entre 1995 y 1997.

El empleo de instrumentos de evaluación que incluyen la perspectiva de los pacientes, a partir de cuestionarios estructurados y aprobados, permiten una valoración integral de la situación en el contexto determinado de la enfermedad que se expresa en una persona concreta.

Es importante resaltar el gran impacto que provoca la IU en las personas de nuestro estudio, la diferencia encontrada en comparación con otros estudios puede deberse a que no se utilizó el mismo instrumento de medición sin embargo en todos se observó una afección en la calidad de vida del 100%. Comparando con el estudio EPINCONT con el mismo instrumento el porcentaje de repercusión leve fue de 73% contra un 86% en el presente estudio, en cuanto a la repercusión severa en el primero fue de 27% y en el segundo de 14%.

La prevalencia encontrada en ambos estudios aumenta con la edad, un pico alrededor de la edad media (prevalencia 30-40%) y luego un incremento leve y mantenido en edades más avanzadas (prevalencia 30-50%).¹⁸

Los factores de riesgo que se presentaron fueron iguales en ambos estudios mujeres mayores de 60 años con estado civil casadas con escolaridad en el EPINCONT básica incompleta y en el nuestro secundaria, partos eutócicos, el factor de riesgo que faltó compararlo en el presente trabajo fue el sobrepeso ya que es importante en la aparición de este padecimiento.

Conclusiones

- La prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres del Distrito Federal está subestimada lo que nos obliga a la búsqueda intencionada de esta patología realizando un diagnóstico y tratamiento tempranos en primer nivel de atención, y ha realizar estudios de investigación para sustentar lo mencionado.
- A nivel de la UMF 2 la prevalencia encontrada fue de 372 casos con una incidencia de 46, en un lapso de un año.
- La incontinencia urinaria afecta la calidad de vida de la mujer puesto que se ven afectados varios aspectos de la vida diaria, desde que se realiza el dx se observa un impacto del 100 por ciento ya sea con una repercusión que va de leve, moderada o severa pero afectando sus actividades cotidianas por lo que se insiste que realizando un dx temprano se evitarían complicaciones y los mas importante se mejoraría la calidad de vida de la mujer.
- Se concluye así mismo que para obtener un mejor resultado se debió emplear un segundo instrumento de validación como el Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF 36 ya que de esta forma tendríamos un panorama más amplio de que esfera es la más afectada .y no solo el grado de repercusión como lo hace potenziari.
- Es necesario implementar medidas, ya que este padecimiento es un problema de salud pública el que no debemos subestimar por las repercusiones en la salud y en la calidad de vida de las pacientes que la padecen.
- El diagnóstico de IU obliga al médico familiar a iniciar un tratamiento, que incluye medidas de higiene, dieta, ejercicios de retención vesical y del piso pélvico (Kegel) que demostrado ser eficaces en mujeres de todas las edades, evitando así un deterioro en la Calidad de Vida.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- F. Martínez Saura, C. Fouz López, P. Gil Díaz, M. Tellez Martínez-Fornés. Incontinencia urinaria: una visión desde Atención Primaria. Medifam v.11 n.2 Madrid feb. 2001.
- 2.- Julio C. Potenziani B. Alternativas no quirúrgicas. Revista Científica “ Centro Médico” vol 47 enero-junio 2001.
- 3.-Cristina Viana Zulaica. Guías clínicas 2004; 4 (20).
- 4.-7 Liburukia – 7 ZK/1999KO uztaila-Abustua . Vol 7, no. 7/ julio-agosto 1999.
- 5.- Burgio KL, Locher JL, et al. Behavioral vs. Drug treatment for urge urinary incontinence in older woman. A Randomized Controlled Trial. JAMA 1998; 280:1995-2000.
- 6.- Del Sistema Nacional de Salud. Vol. 23, no. 6. 1999
dirección internet: <http://www.msc.es./farmacia/infmedic>
- 7.- Boehringer Ingelheim Prometo
dirección internet: <http://www.boeringer-ingelheim.com.mx./asp/archive/adetail.asp?ID=306>
- 8.- José Juan García González, Hortensia Reyes Morales , et al. Guía de Práctica clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la incontinencia urinaria en los adultos mayores. Pp 1-11.
- 9.- Organización Panamericana de la Salud. Incontinencia urinaria. Manual para la atención del adulto mayor.
- 10.- Santos W. Urinary incontinente. Acta Med. Port 199; 12(1-3);27-32.
- 11.-Encuesta Nacional de Salud y envejecimiento en México 2201
dirección internet: www.mhas.pop.upenn.edu/espanol/documentos.htm
- 12.-Methodist health care System.
Dirección Internet: <http://www.mwthodisthealth.com/spanish/mens/index.htm>
- 13.-Manual Merck. Sección 11. Trastornos del riñon y de las vías urinarias, capítulo 130. Incontinencia urinaria.
- 14.- Días Berrocal Jaime, Hernández Forero Carlos, et al. Sociedad Colombiana de Urología. Guías de práctica clínica. Incontinencia Urinaria Femenina.
- 15.-Guía de diagnóstico y manejo. Organización Panamericana de la Salud. Incontinencia Urinaria. 22. 337-346.
- 16.-Hannestad YS, Rortveit G, Hunskaar S Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence. The Norwegian EPICONT Study. Epidemiology of incontinence.
- 17.- In the county of Nord-Trondelag, Scand J Prim Health Care, 20(2): 102-7 2002.

- 18.-J.E.Robles.Departamento de urología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Incontinencia Urinaria.
- 19.-Ames D, and Hastie IR. Urinary incontinente. Postrad med J. 71:195-205,1995.
- 20.- Ouslander J:G and Jonson TM. Urinary Incontinence. In Hazzard W. “ Principles of Geriatric Medicine and Gerontology “, McGrawHill. New York, USA. 1595-1614,1999.
- 21.- España Pons Monserrat. Instituto Clinic de Ginecologia , Obstetricia y Neonatología. Host. Clinic. Universidad de Barcelona.-
- 22.- Hunskaar. S, Burgio J. et al. Epidemiology and Natural history of Urinary Incontinence(VI). En:incontinence 2nd edition.Abrams P: Cardozol,Khoury.S. Wein A (EDS) chp 3, pp165-202.
- 23.-Ertuc, TokEC, Pata O, Dilek U, Ozdemir G, dilek S-Is stress urinary incontinence familial condition? Acta Obst Gynecol Scand 2004;83:912-916.
- 24.- Naughton MJ. Donovan J. Badia X y cols. Intensidad de los síntomas y Escalas de calidad de vida para la incontinencia urinari. Gastroenterology 126(supl.1): 114-123,enero2004.
- 25.- R Thielñ, et al. Actas Urológicas Españolas marzo 2006; 30(3): 315-320
- 26 Naughton MJ, Donovan J, Badia X y colaboradores. Intensidad de los Síntomas y Escalas de Calidad de Vida para la Incontinencia Urinaria Gastroenterology 126 (Supl. 1):114-123, Ene 2004
- 27.-Incontinencia urinaria en mujeres del Distrito Federal. Velázquez-Magaña M y cols. Incontinencia urinaria en mujeres An Med (Méx.) 2007; 52 (1): 14-21 16
- 28.-Ginecol Obstet Méx. 2007; 75(6):347-356 prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Mauricio Magaña Velásquez, Bustos López Héctor y cols.
- 29.-Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social., Lorenza Martínez, Gallardo Prieto, et al. Vol. 45 num. 5, sep-oct. 2007
- 30.- Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: J Clin Epidemiology 2000; 53: 1150–1157.
- 31.- España M, Rebollo P. Validación de la versión española del ICIQ-SF. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. Med Clin (Barc) 2004; 122: 288-292.
- 32.-Atención medica.El médico familiar ante la Incontinencia Urinaria Hamui Sutton A, Martínez Gallardo L, Irigoyen Coria, Gómez Clavelina F, Fernández Ortega MA.

ANEXOS

Cuestionario de impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer (Potenziani-14-CI-IO-QOL-2000)

1. ¿PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA EN REPOSO, ACOSTADA O SENTADA?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

2. ¿PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA MIENTRAS TOSE, ESTORNUDA O SE RÍE?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

3. ¿PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA MIENTRAS HACE ESFUERZOS, EJERCICIOS AEROBICOS O CON MULTIFUERZA?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

4. ¿PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA MIENTRAS REALIZA SU ACTIVIDAD SEXUAL?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

5. ¿PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA RELACIONADA CON MOMENTOS DE URGENCIA URINARIA?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

6. ¿PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA CON LA VEJIGA LLENA O INCLUSIVE CON LA VEJIGA CON Poca ORINA?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

7. ¿LA INCONTINENCIA URINARIA REPERCUTE NEGATIVAMENTE EN SU ACTIVIDAD SEXUAL?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

8. ¿LA INCONTINENCIA URINARIA LA HA LIMITADO EN SU VIDA SOCIAL (RECREACIÓN, REUNIONES)?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

9. ¿LA INCONTINENCIA URINARIA LA HA LIMITADO Y AFECTADO NEGATIVAMENTE EN SU TRABAJO?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

10. ¿LA INCONTINENCIA URINARIA LA HA CONVERTIDO EN UNA PERSONA SOLITARIA Y APARTADA?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

11. ¿LA INCONTINENCIA URINARIA HA PROVOCADO EN USTED CRISIS DEPRESIVAS O DE ANGUSTIA?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

12. ¿NECESITA USTED USAR PAÑALES O TOALLAS DIARIAMENTE POR SU INCONTINENCIA URINARIA?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

13. ¿CREE USTED QUE LA INCONTINENCIA URINARIA TIENE TRATAMIENTO?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

14. ¿SE SOMETERÍA USTED A ALGUNA MODALIDAD DE TRATAMIENTO PARA MEJORAR Y/O CURAR SU INCONTINENCIA URINARIA?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

Puntuación final:

Repercusión LIGERA - MODERADA sobre su calidad de vida = 0-14 PUNTOS

Repercusión INTENSA sobre su calidad de vida = 15-28 PUNTOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

A: Ficha de identificación.

1. Edad _____

2. Estado Civil ()

- a) Casada
- b) Soltera
- c) Divorciada
- d) Unión libre
- e) Viuda

3. Escolaridad ()

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Bachillerato
- e) Licenciatura

4. Ocupación ()

- a) Ama de casa
- b) Obrera
- c) Profesionista
- d) Jubilada

B. Antecedentes patológicas

G:

P:

C:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2

CARTA DE CONCENTIMIENTO INFORMADO.

México, D. F. a ____ de _____ 2007-12-10

Por medio de este documento se le invita a participar en un proyecto de investigación dirigido a los pacientes sobre Calidad de Vida en Incontinencia urinaria, en el cual se responderán 14 preguntas de un cuestionario.

La información proporcionada será estrictamente confidencial.

Por este conducto, yo _____ declaro que se me ha invitado a participar en la investigación que se, realizará en esta Unidad, explicándome ampliamente el motivo de estudio, así como la manera en que participare.

Por lo tanto acepto participar en el estudio sobre Calidad de Vida de Incontinencia Urinaria.

Nombre y firma del Paciente

Nombre del Investigador, matrícula y firma

Testigo, nombre y firma

Testigo, nombre y firma

Cronograma de actividades

Actividad	2006			2007											
	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Búsqueda de información bibliográfica	■	■	■												
Realización de marco teórico				■											
Elaboración de justificación				■											
Elaboración de proyecto de investigación y objetivos					■										
Elaboración conceptual y operacional de variables						■									
Elaboración de cuestionario							■								
Pilotaje de cuestionario								■							
Aplicación de cuestionario									■	■					
Máscara para base de datos							■	■							
Introducción de información en base de datos									■	■	■				
Análisis de datos												■	■		
Reporte final por escrito.													■	■	■