



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**División de Estudios de Postgrado  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Unidad de Medicina Familiar No. 20**

**FRECUENCIA Y CALIDAD DE VIDA DE  
PACIENTES MASCULINOS CON  
INCONTINENCIA URINARIA**

**T E S I S**

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

**Presenta:  
RODRÍGUEZ PÉREZ ANA ROSA**

**Tutores:  
DRA. SANTA VEGA MENDOZA  
DR. FERNANDO GARCÍA MONDRAGÓN**

**Generación 2006-2009**

**MÉXICO D. F.**

**2009**





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.

**TUTORA**

---

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR UMF 20

**CO – ASESOR**

---

**DR. FERNANDO GARCÍA MONDRAGÓN**  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
UMF 20

**Vo.Bo.**

---

**DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN

SALUD UMF 20

MAESTRA EN CIENCIAS

**Vo.Bo.**

---

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA**  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR UMF 20

## **AGRADECIMIENTOS y DEDICATORIA**

### **A Dios.**

### **A mi familia:**

Tutty, Anita, Rafa y Evita, Racha, Gallagher.

### **Al resto de la familia:**

De la Familia Rodríguez (Madrina Carmen, Tía Josefina y Tía Socorro), Pepe e Hilda y Fam. De la Familia Pérez (Sandy Chely, Rubén), Fam. Talamantes, Fam. Morales Delgado, Fam. Morales Espíritu, Fam. Yáñez B. En general todas aquellas personas que en alguna ocasión me han tomado en cuenta en sus oraciones, expresándome sus buenos deseos y buenas vibras para que tuviera, tenga y siga teniendo una buena trayectoria profesional y personal.

### **A los Médicos de las rotaciones y de las guardias:**

De la UMF 20 especialmente a la Dras. Del Rayo, Santillana, Dres. Enrique Balderas, Jorge Balderas, Dr. Gallo, Dr. Martínez, Dr. Mondragón, Dr. Rosas, Dr. Serrano, del HGZ 24 especialmente a las Dras. Lugo, Ángeles, Armenta, Díaz, Verduzco y los Dres. Camilo, Adrián Castillo, Leonardo Ángeles, González Galán, Hernández Luria, Lira, Maldonado, Martínez, Medel, Ríos Sibaja, Félix Rodríguez, Romero, Silva, Varela.

Al personal y población del HRO Bochil Chiapas, mi rotación de comunidad, porque esta circunstancia de la vida me dejó una gran lección y experiencia, la estancia ahí me enseñó a valorar lo presente, lo ausente, lo anhelado y a madurar como Ser Humano y como Médico.

### **A "MIS PACHIS":**

"Katys", "Guarner", "Mary", "Chillona", "Evel", "Marlyn" por aceptar el pacto espontáneo e incondicional de intercambiar alegrías, ocurrencias, tristezas y todas esas circunstancias que se fueron atravesando durante la residencia. . . . y las que vienen. . . . to be continued.

Además a Jeni Vallejo, Sandy Tapia, Tirso Uribe, Chivis y Migue, excelentes amigos y compañeros.

**Lolita, Rosi, Remi y Carlos** son excelentes personas, gracias por el apoyo.

### **Dra. Griselda:**

Gracias por ayudarme a refinar que en el proceso de la atención médica y en el de la enseñanza, nunca se debe perder el lado humanista, la considero una guía especial y ejemplo a seguir de *la Medicina Familiar, la Investigación y la Ética*.

Y a todos **los pacientes** que dejaron a un lado sus ocupaciones por algunos minutos de su valioso tiempo para aportar los datos para esta tesis.

FRECUENCIA Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES  
MASCULINOS CON INCONTINENCIA URINARIA



<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
RESUMEN ESTRUCTURADO	
ANTECEDENTES. . . . .	10
JUSTIFICACIÓN. . . . .	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. . . . .	17
HIPÓTESIS. . . . .	18
OBJETIVOS. . . . .	19
MATERIAL Y MÉTODOS. . . . .	20
RESULTADOS. . . . .	29
DISCUSIÓN. . . . .	43
CONCLUSIONES. . . . .	45
COMENTARIOS Y SUGERENCIAS. . . . .	46
REFERENCIAS. . . . .	47
ANEXOS. . . . .	51

## **FRECUENCIA Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES MASCULINOS CON INCONTINENCIA URINARIA.**

Dra. Rodríguez Pérez Ana Rosa<sup>1</sup>, Dra. Santa Vega Mendoza<sup>2</sup>, Dr. Fernando García Mondragón<sup>3</sup>.

### **RESUMEN**

**Antecedentes.** La Incontinencia Urinaria (IU) no solamente constituye un problema médico, sino un problema social y psicológico para el paciente y su familia y/o cuidador, afectando la calidad de vida del paciente.

**Objetivo.** Determinar la frecuencia de pacientes masculinos mayores de 60 años con incontinencia urinaria y su calidad de vida.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo, en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo, en 320 varones mayores de 60 años de edad adscritos a la UMF, por medio del cuestionario de características sociodemográficas, Escala de Sandvik para determinar presencia, tipo y severidad de IU, con el Impact incontinence urinary (IIQ7) para afectación en la calidad de vida. La información se procesó con el programa estadístico SPSS mediante medidas de tendencia central.

**Resultados.** Frecuencia de IU en varones 38.1 %, tipo esfuerzo 59%, grado de severidad ligera en 66.3%, el 32% de 71 a 75 años, escolaridad primaria 80.3%, ocupación de jubilado/pensionado 91%, IMC normal 74.6, 32.8% con prostatectomía, y el 32.8% portadores de enfermedades cardiovasculares, bajo tratamiento con otros fármacos no relacionados con IU el 62.2%, el 47.5% sin toxicomanías. La afectación de la calidad de vida fue "ligera/moderada" en el 75.4% de tipo esfuerzo en 57.6% y con severidad ligera en 67.4%. **Conclusiones.** Un tercio de los varones presentan IU con afectación importante en su calidad de vida esta afección se encuentra infravalorada por los pacientes esto hace necesario establecer medidas de educación para conocimiento, identificación y manejo de la IU.

**Palabras clave.** Incontinencia urinaria, frecuencia, calidad de vida, masculinos.

1. Médico Residente de Medicina Familiar UMF No. 20 IMSS.

2. Dra. Santa Vega Mendoza, Profesor. Adjunto del Curso de Especialización de Medicina Familiar UMF No. 20 IMSS.

3. Dr. Fernando García Mondragón, Especialista en Medicina Familiar UMF No. 20 IMSS.

## **ANTECEDENTES.**

La Incontinencia Urinaria (IU) no solamente constituye un problema médico, sino también un problema social y psicológico tanto para el paciente mismo como para su familia y/o su cuidador primario. A pesar de los avances médicos, la modernización, el medio urbano, es imposible detener el efecto natural de envejecimiento en el ser humano, proceso influido por los estilos de vida, las propias enfermedades de cada individuo, su entorno familiar. <sup>(1)</sup>

La IU había sido definida como un síntoma, pero actualmente constituye un problema importante de salud, puesto que afecta a la calidad de vida de las personas y su impacto socioeconómico es elevado. Su prevalencia es difícil de precisar porque las personas que la padecen no consultan específicamente por este problema, bien por desconocimiento (no creen que tenga solución), porque aprenden a vivir con la IU. <sup>(1,2)</sup>

La IU no es un problema sin tratamiento. Depende de las causas, porque hay formas transitorias de incontinencia que se resuelven una vez tratada la causa que las ha originado. Existen también formas establecidas de incontinencia que precisan estudio y tienen tratamiento. Alguno de estos tratamientos puede ser prescrito y seguidos por el médico de Atención Primaria.

En otras ocasiones el paciente deberá ser derivado para estudio, una vez valoradas sus características individuales, como estado clínico, situación funcional, impacto y posibilidades reales de mejorar este problema. <sup>(3)</sup>

Hasta la actualidad, la IU había sido valorada como un síntoma o condición, pero últimamente, a través de estudios epidemiológicos, refleja un problema médico, social y económico.

La IU constituye uno de los grandes síndromes geriátricos y es definida según la International Continence Society como: una condición mediante la cual se origina la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable ocasionando problemas sociales e higiénicos para el individuo. (4,5)

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%.<sup>(6)</sup>

Constituye una de las patologías más comunes y características de la población anciana. A pesar de su elevada prevalencia, el índice de consulta generado por la IU en el anciano es sorprendentemente bajo (menor de un 50%).<sup>(6,7)</sup>

La prevalencia varía en dependencia del nivel asistencial considerado: Comunidad (30%), Hospital (30%) y Residencias (50%).<sup>(8)</sup> 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 de estudio.<sup>(9)</sup>

En general las mujeres sufren más incontinencia urinaria que los hombres. La prevalencia también aumenta con la edad, siendo los pacientes ancianos los que presentan la más alta frecuencia de incontinencia urinaria (40%). Esta proporción se incrementa hasta el 75% de los pacientes con deterioro mental severo.<sup>(10-11)</sup>

A pesar que los datos epidemiológicos indican que la incontinencia urinaria constituye un problema frecuente, también sugieren que la verdadera extensión del problema está infravalorada.<sup>(12)</sup>

Hasta un 50% de los pacientes no consultan al médico a pesar de experimentar la incontinencia como un problema. <sup>(12-13)</sup> Las razones por las que muchos pacientes no buscan atención médica son variadas. Pueden aceptar su situación y aprender a vivir con el sufrimiento formando parte de su vida cotidiana. También pueden creer que es un problema sin tratamiento, o que existe un conocimiento poco preciso del mismo por parte del personal médico y sanitario, con falta de apoyo adecuado, necesario para que los enfermos lleven sus síntomas con dignidad. <sup>(14)</sup>

La IU tiene un efecto profundo sobre la calidad de vida de los individuos afectados, el 60% de los individuos que padecen este problema se sienten avergonzados o preocupados por sus síntomas. Un 60% de las mujeres adultas con incontinencia evita alejarse de sus hogares, un 45% no utiliza el transporte público, y un 50% rechaza la actividad sexual. Las mujeres con incontinencia tienen mayor predisposición a problemas emocionales y aislamiento social que las mujeres de la población general. <sup>(15)</sup>

Algunos de los estudios desarrollados para evaluar el impacto económico no tienen en cuenta otros aspectos, como la pérdida de actividad social, daño psicológico, carga en los cuidados familiares y la predisposición del incontinente para el ingreso en una institución.

Existen costos directos y costos indirectos. Los primeros son los derivados del diagnóstico, tratamiento quirúrgico o farmacológico, ayudas técnicas, personal, tiempo de trabajo y cuidados de rutina. Los costos indirectos se deben a la pérdida de productividad laboral que produce la muerte o prematura invalidez del incontinente, y cuyo impacto económico varía en función de la edad de la persona afectada. <sup>(15,16)</sup>

El costo ocasionado por el consumo de productos no farmacológicos para incontinencia se incluye en el presupuesto de efectos y accesorios. La evolución del consumo y gasto de estos productos ha ido aumentando progresivamente. Por ejemplo, en el año 1997 el grupo terapéutico más consumido dentro de este apartado ha sido el de absorbentes para incontinencia de orina. (17-21)

En la actualidad la UMF No. 20 del IMSS Vallejo D.F. se reporta una población correspondiente a adultos mayores de 29,771, de los cuales 13,845 corresponden a la población masculina. (22)

La IU se clasifica básicamente en dos tipos:

Aguda, reversible o transitoria.

Crónica, persistente o establecida

La crónica a su vez se clasifica en los cinco tipos siguientes:

Incontinencia Urinaria de urgencia.

Incontinencia Urinaria de esfuerzo o estrés.

Incontinencia Urinaria de rebosamiento.

Incontinencia Urinaria funcional.

Incontinencia Urinaria mixta o compleja. (10,21)

Incontinencia Urinaria Aguda.

Se caracteriza por su aparición súbita, a menudo de forma secundaria a agresiones iatrogénicas, enfermedades agudas o consumo de fármacos, desapareciendo por lo general con el tratamiento adecuado del trastorno subyacente. (10,21)

## Incontinencia Urinaria Crónica

Es aquella que persiste durante un largo período de tiempo, independientemente de la enfermedad aguda o de la agresión iatrogénica y normalmente se clasifica en cinco tipos diferentes.

### 1) Incontinencia Urinaria de Urgencia:

Representa el tipo más común de IU en la población anciana. Se define como la pérdida involuntaria de orina relacionada siempre con el deseo urgente de orinar. Generalmente los pacientes presentan síntomas dados por urgencia miccional, polaquiuria, tenesmo y nicturia (levantarse en la noche más de dos veces a orinar) desencadenados en ocasiones por circunstancias tales como lavarse las manos, fregar, escuchar agua correr o simplemente por experimentar frío. Las fugas de orina son episódicas pero frecuentes, con un volumen de moderado a importante, cursa con sensibilidad sacra y reflejos conservados. Se caracteriza por contracciones involuntarias de la vejiga, asociándose tanto a un incremento de la actividad espontánea de la musculatura lisa del detrusor como con cambios específicos celulares.

Si existe lesión neurológica se utiliza el término hiperreflexia del músculo detrusor y cuando no hay tal lesión, inestabilidad del detrusor. <sup>(10,21,22)</sup>

En los ancianos se produce en ocasiones hiperactividad del detrusor con alteración de la contractilidad (HDAC).

Como en la HDAC las contracciones vesicales son débiles, se produce con frecuencia retención urinaria que puede interferir con los tratamientos de relajación vesical.

### 2) Incontinencia Urinaria Crónica de Esfuerzo:

Se denomina así a la pérdida involuntaria de orina al efectuar un esfuerzo físico determinado (toser, estornudar, reírse, levantar pesos, entre otros desencadenantes) sin producirse contracciones vesicales.

Predomina en el sexo femenino y está relacionada fundamentalmente con debilidades del piso pélvico muscular.

En los varones se relaciona fundamentalmente con lesiones del esfínter tras resecciones prostáticas amplias. (10,21,) El síntoma clínico característico es la fuga instantánea con maniobras de estrés, empeorando generalmente la fuga durante el día.

### 3) Incontinencia Urinaria de Rebosamiento:

Representa el segundo tipo más frecuente de IU en el sexo masculino.

Teniendo lugar la pérdida involuntaria de orina al sobrepasarse la cantidad de orina que puede ser contenida dentro de la vejiga.

Se caracteriza clínicamente por micciones frecuentes con pérdidas de volúmenes pequeños de orina que ocurren tanto durante el día como la noche.

### 4) Incontinencia Urinaria Funcional:

Constituye la incontinencia observada en pacientes con una función vesicouretral normal y parece deberse a la incapacidad por parte del enfermo para reconocer la necesidad de orina o de comunicar su inminencia.

### 5) Incontinencia Urinaria Compleja o Mixta:

Es la combinación de más de un tipo de incontinencia crónica. (10, 21, 23-25)



## **JUSTIFICACIÓN.**

La incontinencia urinaria es un síntoma, e indirectamente es un signo clínico, lo que constituye una enfermedad, y se presenta de manera común, con un impacto significativo en la salud biológica, psicológica y social alterando el bienestar del paciente adulto mayor y de sus cuidadores.

La incontinencia urinaria es catalogada por la gran mayoría, como un fenómeno normal asociado al envejecimiento. Esta falsa percepción del síntoma, hace que los pacientes retarden la decisión de consultar al médico, retrasando la búsqueda de ayuda por parte del paciente, con esto es más difícil la realización de un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Su prevalencia se estima de 15 a 65% de la población adulta mayor, la variabilidad de la cifra depende de la difícil detección por el personal de salud de primer contacto.

Las consecuencias y complicaciones de esta enfermedad, es el deterioro significativo de la calidad de vida de los pacientes, limitan su autonomía y reduce la autoestima, incluyendo aislamiento social, condicionan un problema higiénico-social, altamente prevalente en población adulta, y de dos a cuatro veces más común en mujeres que en varones. Dependiendo del tipo de estudio y de población se ha calculado que aproximadamente entre 30 a 50% de mayores de 65 años de edad padecen IU, en mayores de 90 años hasta un 50% de los ancianos que residen en instituciones geriátricas. Se estima que en México hay 8 millones de personas con incontinencia.

Es debido a esto, que es importante conocer la prevalencia de de incontinencia urinaria en los pacientes masculinos mayores de 60 años de nuestra Unidad de Medicina Familiar para determinar si la IU condiciona

afectación en su calidad de vida y con esto, contribuir a la capacitación del Médico Familiar y el equipo de salud, sobre la identificación y su manejo, desarrollar estrategias de educación, sensibilizar a los cuidadores para un buen manejo y pronóstico de estos pacientes.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La incontinencia urinaria (IU) forma parte de los numerosos síndromes geriátricos, que refleja impacto considerable en la salud y calidad de vida del anciano y sus cuidadores.

La IU es de etiología multifactorial donde intervienen factores físicos, emocionales, fisiológicos, patológicos y culturales. Para la mayor parte de la población afectada, podría brindárseles una gran ayuda realizando una adecuada semiología y un buen examen médico, ahorrando recursos en procedimientos de gabinete más complejos, herramienta única solo para la confirmación y clasificación de la misma.

Es de vital importancia para todo médico en contacto con población adulta, como lo es el Médico especialista en Medicina Familiar, el cuestionamiento sobre el patrón urinario del paciente, como paso primordial para investigar su calidad de vida, ya que los pacientes por resignación cultural, vergüenza o por considerarlo como evento natural de la vejez, no lo refieren de primera intención en la consulta, por lo que la estadística se encuentra subestimada.

Partiendo de aquí que es importante conocer esta entidad y darla a conocer al resto del equipo de salud.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Con qué frecuencia se presenta la IU en pacientes masculinos de la UMF 20 del IMSS, mayores de 60 años y como es que llega a afectar su calidad de vida?

## **HIPÓTESIS.**

Al tratarse de un estudio descriptivo no requiere de hipótesis.

## **OBJETIVOS.**

### **Objetivo general.**

Determinar la frecuencia de la consulta de la UMF 20 de pacientes masculinos mayores de 60 años con incontinencia urinaria y su calidad de vida.

### **Objetivos específicos.**

- Determinar el perfil socio-demográfico de los pacientes masculinos mayores de 60 años con IU.
- Identificar el tipo de IU de los pacientes masculinos de más de 60 años.
- Identificar el grado de severidad de la IU.
- Determinar la afectación de la calidad de vida de los pacientes masculinos identificados con IU, en relación con el tipo de IU y el grado de severidad.
- Identificar antecedentes personales para IU en masculinos mayores de 60 años. (IMC; toxicomanías, presencia y tipo de enfermedades crónico-degenerativas, tipo de tratamiento de enfermedades crónicas, presencia y tipo de cirugía urológica).
- Determinar la relación de IU con calidad de vida, perfil sociodemográfico, antecedentes personales.

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

Este estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No.20 Vallejo del IMSS, una unidad de primer nivel de atención.

**TIPO DE DISEÑO:** se trata de un estudio descriptivo.

**POBLACIÓN DE ESTUDIO:** pacientes masculinos mayores de 60 años.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Masculinos mayores de 60 años, derechohabientes y adscritos a la UMF 20.
- Que acepten participar en el estudio.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Masculinos sin vigencia al momento del estudio.
- Masculinos con IU establecida por lesión medular traumática o degenerativa.
- Los que no acepten participar en el estudio

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

- Los cuestionarios incorrectamente llenados o parcialmente contestados.

## TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Muestra probabilística de casos consecutivos.

Fórmula para estudios descriptivos.

$$n = \frac{Z^2 (p) (1-p)}{d^2}$$

n= Tamaño de la muestra, equivalente a la cantidad de instrumentos (encuestas) a aplicar.

Z= Distribución normal con un coeficiente (intervalo) de confianza del 95% equivalente a 1.96.

P= proporción (prevalencia) estimada de la población del 29 %

d= exactitud (significancia) estadística de 0.05.

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.29) (0.71)}{0.05^2}$$

$$n = \frac{(3.84) (0.29) (0.71)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.7906}{0.0025}$$

$$n=318.4$$

$$n= 320$$

## **DEFINICIÓN DE VARIABLES:**

### **INCONTINENCIA URINARIA.**

**Definición conceptual:** condición patológica en la cual se experimenta pérdida involuntaria de la orina por la uretra.

**Definición operacional:** Aplicando la escala de **Sandvik** se gradúa la severidad, para valoración de este rubro, se multiplica la frecuencia de los escapes de la orina. Por medio de la encuesta se realizan preguntas donde se determina la presencia, el tipo y la severidad de la IU considerándose IU cuando se respondió de manera afirmativa a la salida involuntaria de la orina por la uretra, continuando posteriormente con las siguientes preguntas:

- 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 pequeñas cantidades.
- 2 . . . Cantidad considerable.

Lo que resulta desde 1 hasta 8, se clasifica en 1 y 2 en severidad ligera 3 y 4 severidad moderada e intensa de 6 a 8. <sup>(28)</sup>

**Escala de medición:** cualitativa nominal

**Presencia y tipo de IU:** categórica nominal.

**Severidad:** ordinal.

### **Calidad de vida:**

**Definición conceptual:** son las características que se relacionan con la percepción de bienestar y la capacidad que tiene el individuo afectado por la presencia de algún problema de salud, supone además la capacidad del individuo que tiene para lograr sus objetivos y desarrollar su proyecto vital.

**Definición operacional:** por medio de la encuesta ex profeso para medir el impacto en la calidad de vida en IU (IIQ7) se realizaron preguntas para medir el impacto en los pacientes con IU en la calidad de vida, evaluando en los ítems área de la actividad física, viajes, actividades sociales, salud emocional. Se evalúa con 0 para NO, 1 a LEVEMENTE, 2 a MODERADAMENTE y 3 a SEVERAMENTE, se calcula la puntuación promedio de las respuestas contestadas.

El promedio varía desde 0 hasta 3, se multiplica por 33, 1/3 para obtener los puntajes en escala que va de 0 a 100 y así:

0 a 50. . . . Repercusión ligera a moderada para su calidad de vida.

51 a 100. . . Repercusión intensa para su calidad de vida.

**Escala:** cualitativa ordinal. (7)

## **VARIABLES UNIVERSALES:**

### **EDAD:**

**Definición conceptual:** años cumplidos desde el día de nacimiento hasta el momento en que se aplica la encuesta.

**Definición operacional:** se cuestionó el número de años cumplidos, categorizando en los siguientes grupos:

- a) 60 a 65 años.
- b) 66 a 70 años.
- c) 71 a 75 años.
- d) 76 a 80 años.
- e) 81 y más años.

**Escala:** cuantitativa de intervalo.

### **Escolaridad:**

**Definición conceptual:** años académicos cursados en educación.



**Definición operacional:** interrogando de manera directa se categorizó en cinco niveles de acuerdo al número de años cursados:

- a) Ninguna
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Medio superior
- e) Superior

**Escala:** cualitativa ordinal.

### **Ocupación:**

**Definición conceptual:** actividad laboral que desarrolla un individuo.

**Definición operacional:** se obtienen cinco niveles de acuerdo a la actividad que desempeñaban en el momento de aplicar la encuesta:

- a) Ninguna
- b) Obrero
- c) Empleado
- d) Profesionista
- e) Jubilado/pensionado

**Escala:** cualitativa nominal.

### **OTRAS VARIABLES DE ESTUDIO:**

#### **Índice de masa corporal (IMC):**

**Definición conceptual:** índice obtenido de emplear el peso y la talla de los individuos para determinar el estado nutricional en adultos.

**Definición operacional:** se obtuvo a través de las respuestas obtenidas en la encuesta aplicando la fórmula  $IMC = \text{peso} / (\text{talla})^2$

- a) < de 18.5 . . . . . Desnutrición.
- b) 18.5 a 21.9 . . . . . Riesgo de desnutrición.

- c) 22 a 29.9 . . . . . Normal.
- d) > 30 . . . . . Obesidad. (29)

**Escala:** cualitativa ordinal.

**Antecedentes personales patológicos:**

**Definición conceptual:** presencia de enfermedades crónico degenerativas, urológicas, o condicionantes de morbilidad.

**Definición operacional:** en la encuesta se cuestionó de manera directa sobre la presencia o no de patologías, además del empleo de medicamentos y el tipo de medicamentos que utiliza el individuo al momento del estudio:

- a) Urológica
- b) Cardiovascular
- c) Ortopédica.
- d) Neurológica.
- e) Reumática.
- f) Otra

**Escala:** cualitativa nominal.

**Tratamiento farmacológico:**

**Definición conceptual:** Uso y/o empleo de sustancias farmacológicas de prescripción médica o auto medicados.

**Definición operacional:** por medio de preguntas directas, se cuestionó sobre el tipo de medicamentos de uso continuo por el paciente o de tratamiento para enfermedades crónicas al momento de realizar la encuesta.

- a) Anticolinérgicos
- b) Bloqueadores alfa
- c) Psicotrópicos
- d) Otros

**Escala:** cualitativa nominal.

**Antecedente quirúrgico urológico:**

**Definición conceptual:** Circunstancia del individuo en relación a haber experimentado eventos quirúrgicos urológicos.

**Definición operacional:** de manera directa se cuestionó acerca de cirugía urológica:

- a) Prostatectomía
- b) Vesical
- c) No especificada
- d) Ninguna

**Escala:** cualitativa nominal

**Toxicomanías:**

**Definición conceptual:** uso y/o abuso de alcohol, tabaco.

**Definición operacional:** mediante la aplicación de la encuesta con preguntas directas sobre el tipo de toxicomanía presente en el individuo al momento que se realizó el estudio.

- a) Tabaco
- b) Alcohol
- c) Ambas
- d) Ninguna.

**Escala:** cualitativa nominal.

**Consulta médica:**

**Definición conceptual:** actividad que solicita el paciente a el médico o profesional de la salud.

**Definición operacional:** mediante la aplicación de la encuesta con preguntas directas sobre el antecedente de haber solicitado consulta por este síntoma y a el tipo de médico que le solicito la consulta.

- a) Médico General
- b) Médico Familiar

- c) Urólogo
- d) Neurólogo
- e) Homeópata
- f) Otro

**Escala:** cualitativa nominal

## **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.**

Se realizó un estudio descriptivo en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo" del IMSS, en el período comprendido entre Mayo del 2008 y Diciembre del 2008, en los pacientes masculinos de 60 y más años de edad que permanezcan en la sala de consulta externa, ambos turnos de la UMF, posterior a haber seleccionado con los criterios de inclusión establecidos a la población sujeta de estudio, se les invitó a participar y los que aceptaron se les otorgó la carta de consentimiento informado para su participación en el estudio. Se les aplicó una encuesta ex profeso que contiene doce ítems para la información general o ficha del paciente, tales como nombre, afiliación, edad, sexo, padecimientos crónicos degenerativos, procesos quirúrgicos urológicos, uso de fármacos. Se registró peso y talla para evaluar el Índice de Masa Corporal de acuerdo a los valores calculados para el adulto mayor que comprenden: riesgo de desnutrición 18.5-21.9 kg/m<sup>2</sup>, desnutrición < 18.5 kg/m<sup>2</sup>, normal 22-29.9 kg/m<sup>2</sup> y obesidad >30.0 kg/m<sup>2</sup>.<sup>(29)</sup> 16 ítems para determinar patrón y/o comportamiento urinario, donde se interrogó presencia, el tipo y grado de severidad de la IU, para después haber podido identificar en el paciente el grado de la afectación de la calidad de vida.

Estos 16 ítems corresponden a la escala de Sandvik el cual para graduar la severidad de IU se multiplicó la frecuencia de los escapes de la orina en tiempo con volumen: Lo que resultó se clasificó en 1 y 2 en severidad ligera; 3 y 4 severidad moderada e intensa de 6 a 8.<sup>(28)</sup>

Para medir el impacto en la calidad de vida (IIQ7) se realizaron 6 preguntas evaluando la actividad física, viajes, actividades sociales, salud emocional.

Se evalúa con 0 para NO, 1 a LEVEMENTE, 2 a MODERADAMENTE y 3 a SEVERAMENTE, se calculó la puntuación promedio de las respuestas contestadas.

El promedio varía desde 0 hasta 3, se multiplica por 33, 1/3 para obtener los puntajes en escala que va de 0 a 100 y así clasificando:

0 a 50. . . . . Repercusión ligera a moderada para su calidad de vida.

51 a 100. . . Repercusión intensa para su calidad de vida. (7) se agregaron dos ítems más para que el paciente refiriera si había consultado con su médico la presencia de IU y si había recibido tratamiento. Posteriormente se analizó la información para ver los resultados.

#### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

Se analizó la información obtenida utilizando estadística descriptiva (media, mediana, moda, frecuencias y porcentajes) utilizando el programa SPSS versión 16.

## RESULTADOS.

Se realizó un estudio descriptivo en 320 pacientes masculinos de 60 años y más, encontrando una edad mínima de 60 años y una máxima de 88 (media  $69.9 \pm 6.6$ ), el grupo de edad que predominó fue de 60-65 años con un 30.3% (n=97), se encontró una escolaridad de de grado primaria en un 73.2% (n=234), ocupación jubilado/pensionado con 79.4% (n=254).

(Cuadro 1, figuras 1, 2,3)

En los antecedentes personales un 70% (n=224) tenía estado nutricional normal y un 26.6% (n=85) obesidad; toxicomanías en 28.8% (n=92), consumo de tabaco y bebidas alcohólicas; el 89.1% (N=285) refieren enfermedades crónicas, un 38.6% (n=110) con enfermedades cardiovasculares, el 99.2% (n=283) está bajo tratamiento de enfermedad crónica, no especificando el tipo de tratamiento el 82.6% (n=233) y solo el 8.8% (n=25) tiene ingesta de diuréticos. 28.4% (n=91) con antecedentes quirúrgicos y siendo la cirugía urológica en un 67%(n=61) la más frecuente de tipo prostatectomía. (Cuadro 2)

El 80.3% (n=98), habían consultado a algún médico por esta entidad, de estos el 38.7% (n=47), le habían consultado al Urólogo por síntomas de IU. (Cuadro 3)

La frecuencia de incontinencia urinaria (IU) referida por los masculinos mayores de 60 fue de 38.1% (n=122), el 59% (n=72) presentaron incontinencia de esfuerzo, 18% (n=22) incontinencia de urgencia y 23 % (n=28) del tipo mixta. (Cuadros 4 y 5 figuras 4 y 5)

De acuerdo al grado de severidad de la incontinencia el 66.3% (n=81) de los pacientes su severidad fue ligera, 31.2% (n=38) severidad moderada y 2.5% (n=3) presentaron un grado de severidad intensa. (Cuadro 6, figura 6)

La afectación de la calidad de vida fue de 75.4% (n=92) de ligera a moderada y de 24.6% (n=30) una afectación intensa. (Cuadro 7, figura 7)

En relación a la calidad de vida y los factores sociodemográficos, se observó mayor afectación en: el grupo de 71 a 75 años en 32% (n=39), una escolaridad primaria 80.3% (n=98), ocupación jubilado/ pensionado en 91 % (n=111) (Cuadro 8)

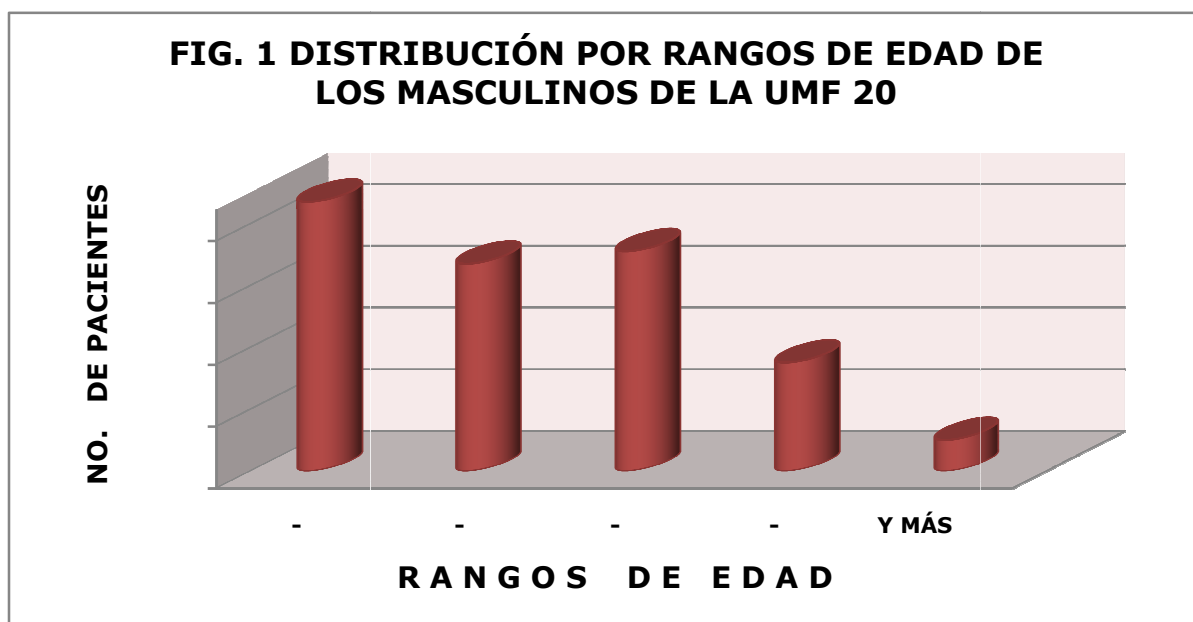
En los antecedentes estudiados para masculinos con IU se obtuvo un IMC normal con 74.6% (n=91), el 22.1% (n=27) obesidad y 3.3% (n=4) riesgo de desnutrición. Con antecedente de cirugía urológica, el 54.1% (n=66) no lo presentaron, el 32.8% (n=40) presentaron prostatectomía, además el 32.8% (n=40) predominaban las enfermedades cardiovasculares, con tratamiento farmacológico 62.2% (n=76) clasificado como otros; el 47.5% (n= 58) no hacían uso de hábitos de toxicomanía. (Cuadro 9)

En lo que se refiere a la afectación de la calidad de vida, de acuerdo al tipo y severidad de la IU, encontramos que el 57.6% (n=53) con afectación ligera a moderada en la calidad de vida, presentaban IU de esfuerzo con una severidad ligera en 67.4% (n =62). Con una afectación de la calidad de vida tipo intensa, el 5.9% (n=19) presentaban IU de esfuerzo y una severidad ligera en 63.3% (n=19).  
(Cuadro 10, figuras 8 y 9).

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LOS MASCULINOS MAYORES DE 60 AÑOS ENCUESTADOS EN LA UMF 20.

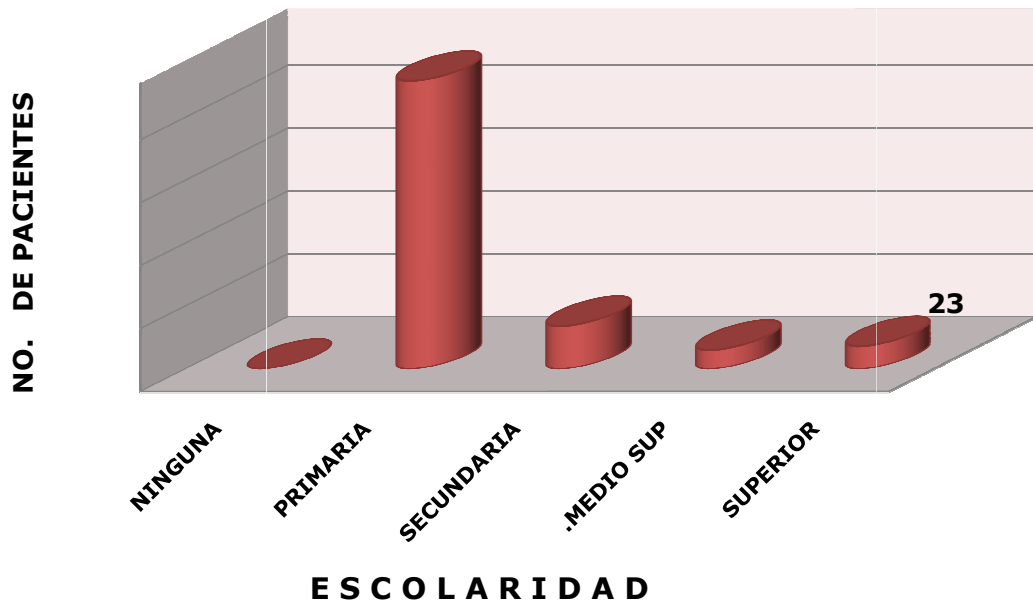
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n ( 320 )	%
<b>EDAD</b>		
60-65	97	30.3
66-70	77	24.1
71-75	81	25.3
76-80	45	14.1
81 Y MAS	20	6.2
<b>ESCOLARIDAD</b>		
NINGUNA	4	1.2
PRIMARIA	234	73.2
SECUNDARIA	39	12.2
MEDIO SUPERIOR	20	6.2
SUPERIOR	23	7.2
<b>OCUPACIÓN</b>		
NINGUNA	1	0.3
OBRERO	5	1.6
EMPLEADO	59	18.4
PROFESIONISTA	1	0.3
JUB/PENSIONADO	254	79.4

Fuente: UMF 20

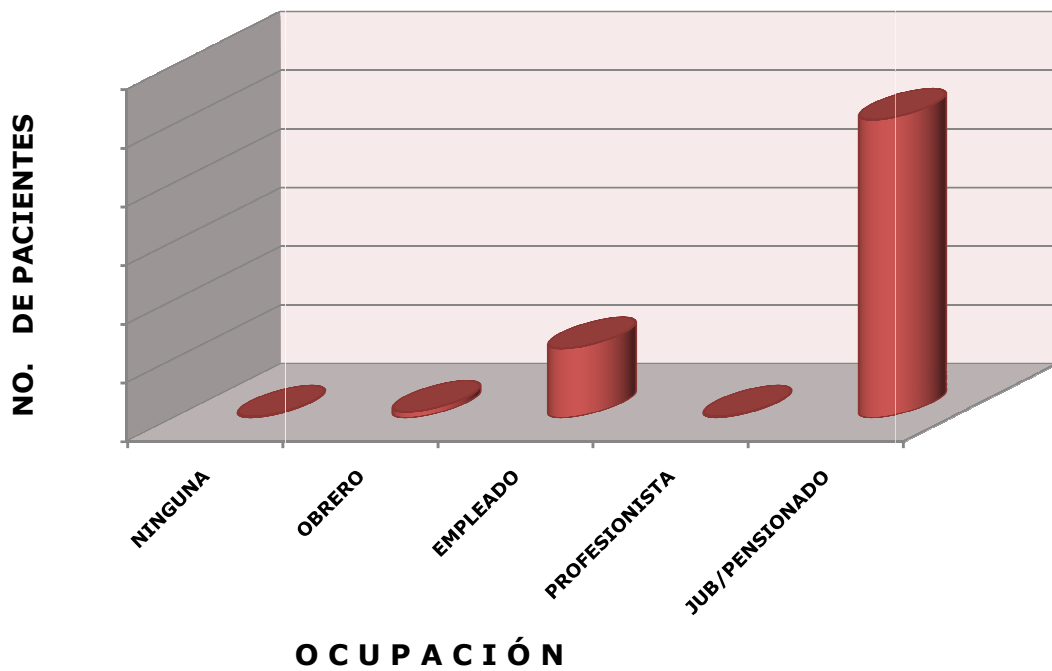




**FIG. 2 ESCOLARIDAD DE LOS MASCULINOS ESTUDIADOS EN LA UMF 20**



**FIG. 3 DISTRIBUCIÓN DE LA OCUPACIÓN DE LOS MASCULINOS ESTUDIADOS EN LA UMF 20**



CUADRO 2. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS ESTUDIADOS EN MASCULINOS MAYORES DE 60 AÑOS DE LA UMF 20.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	n ( 320 )	%
ESTADO NUTRICIONAL *IMC		
DESNUTRICIÓN	1	0.3
RIESGO DE DESNUTRICIÓN	10	3.1
NORMAL	224	70.0
OBESIDAD	85	26.6
TOXICOMANIAS		
TABACO	36	11.2
ALCOHOL	71	22.2
AMBOS	92	28.8
NINGUNA	121	37.8
ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS		
SI	285	89.1
NO	35	10.9
TIPO DE ENFERMEDADES	n (285)	
UROLÓGICA	25	8.8
CARDIOVASCULAR	110	38.6
ORTOPÉDICA	2	0.7
NEUROLÓGICA	3	1
REUMÁTICA	8	2.8
METABÓLICA	89	31.2
OTRA (S)	48	16.9
MEDICACION DE ENF. CRÓNICAS	n (285)	
SI	283	99.2
NO	2	0.8

CUADRO 2. (CONTINUACIÓN)

TIPO DE MEDICACIÓN	n(283)	
ANTICOLINÉRGICOS	1	0.3
BLOQ. ALFA	22	7.7
PSICOTRÓPICOS	2	0.7
DIURÉTICOS	25	8.8
OTROS	229	81
NO ESPECIFICADO	4	1.5
CIRUGÍA UROLÓGICA		
SI	91	28.4
NO	229	71.6
TIPO DE CIRUGÍA UROLÓGICA	n = (91)	
PROSTATECTOMÍA	61	67
VESICAL	1	1.1
NO ESPECIFICADA	29	31.9

Fuente: UMF 20

CUADRO 3. ANTECEDENTES DE HABER CONSULTADO A ALGÚN MÉDICO EN LOS MASCULINOS CON IU.

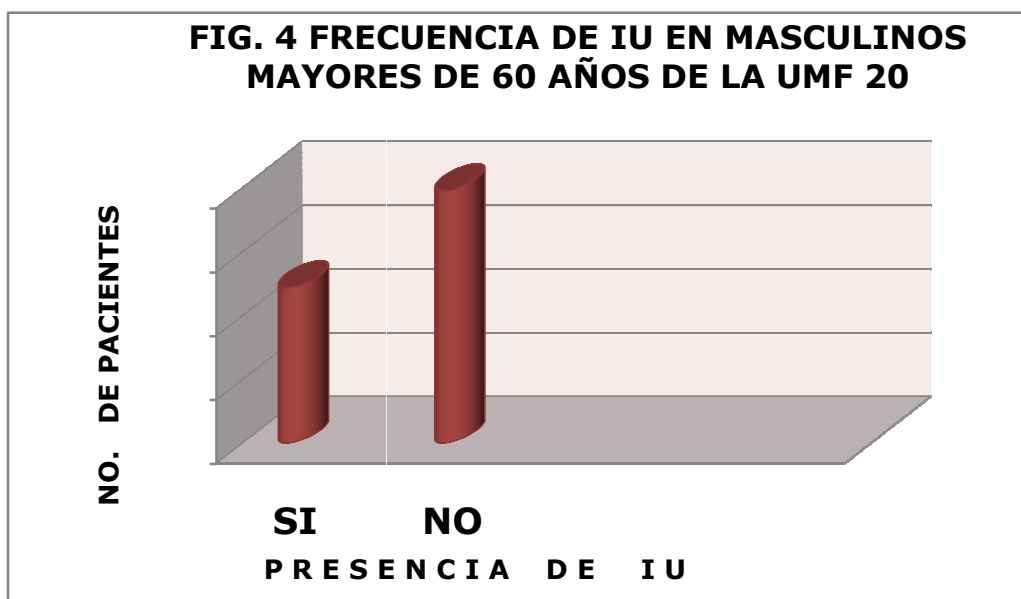
ANTECEDENTE DE CONSULTA	n (122)	%
SI	98	80.3
NO	24	19.7
TIPO DE MEDICO	n ( 98 )	
MED. GRAL.	5	5.1
MED. FAMILIAR	44	45
URÓLOGO	47	47.9
OTRO	2	2

Fuente: UMF 20

CUADRO 4. FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN MASCULINOS MAYORES DE 60 AÑOS EN LA UMF 20.

INCONTINENCIA URINARIA	n ( 320 )	%
SI	122	38.1
NO	198	61.9

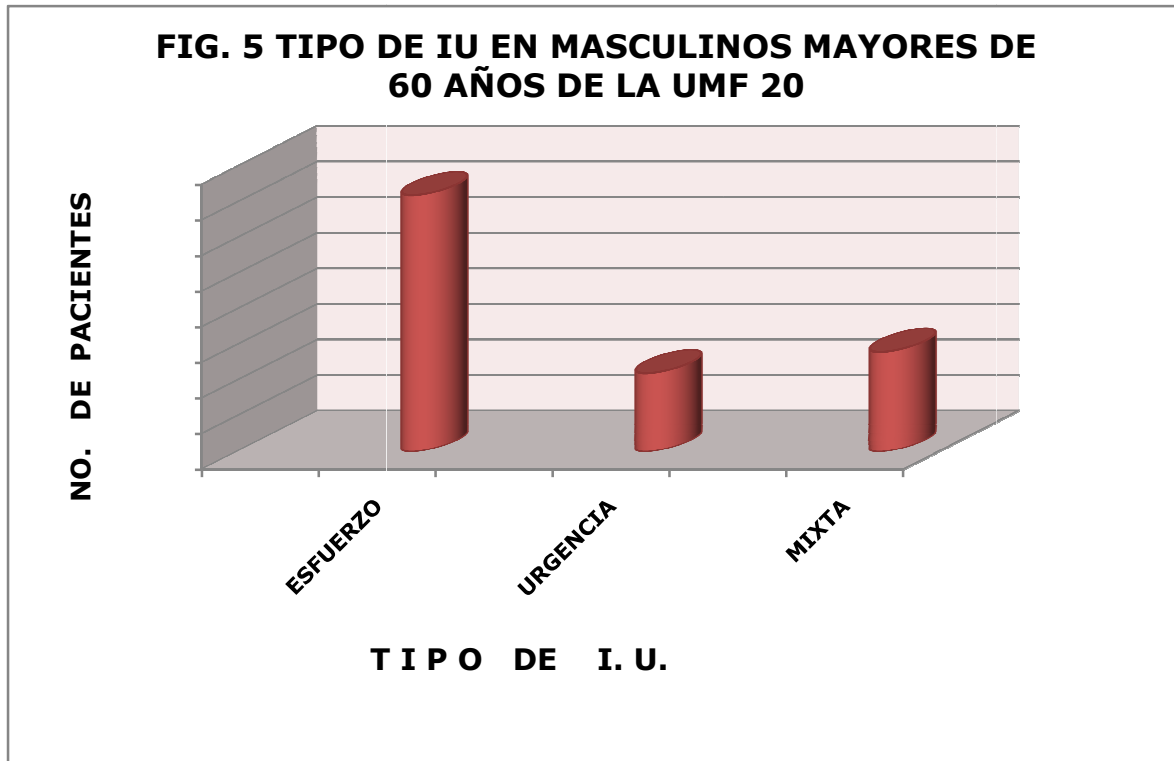
Fuente: UMF 20



CUADRO 5. TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA EN MASCULINOS MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD DE LA UMF 20.

TIPO DE INCONTINENCIA	n ( 122 )	%
ESFUERZO	72	59
URGENCIA	22	18
MIXTA	28	22.9

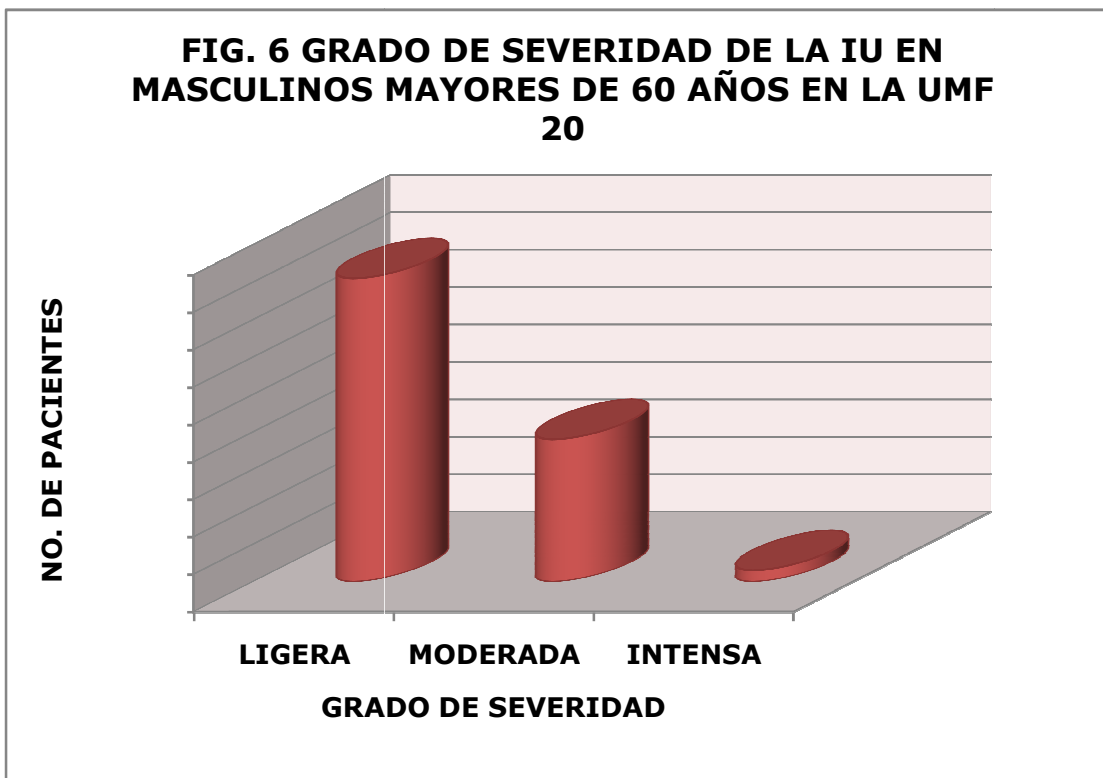
Fuente: UMF 20



CUADRO 6. GRADO DE SEVERIDAD DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN MASCULINOS MAYORES 60 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 20.

GRADO DE SEVERIDAD DE I.U.	n ( 122 )	%
LIGERA	81	66.4
MODERADA	38	31.2
INTENSA	3	2.5

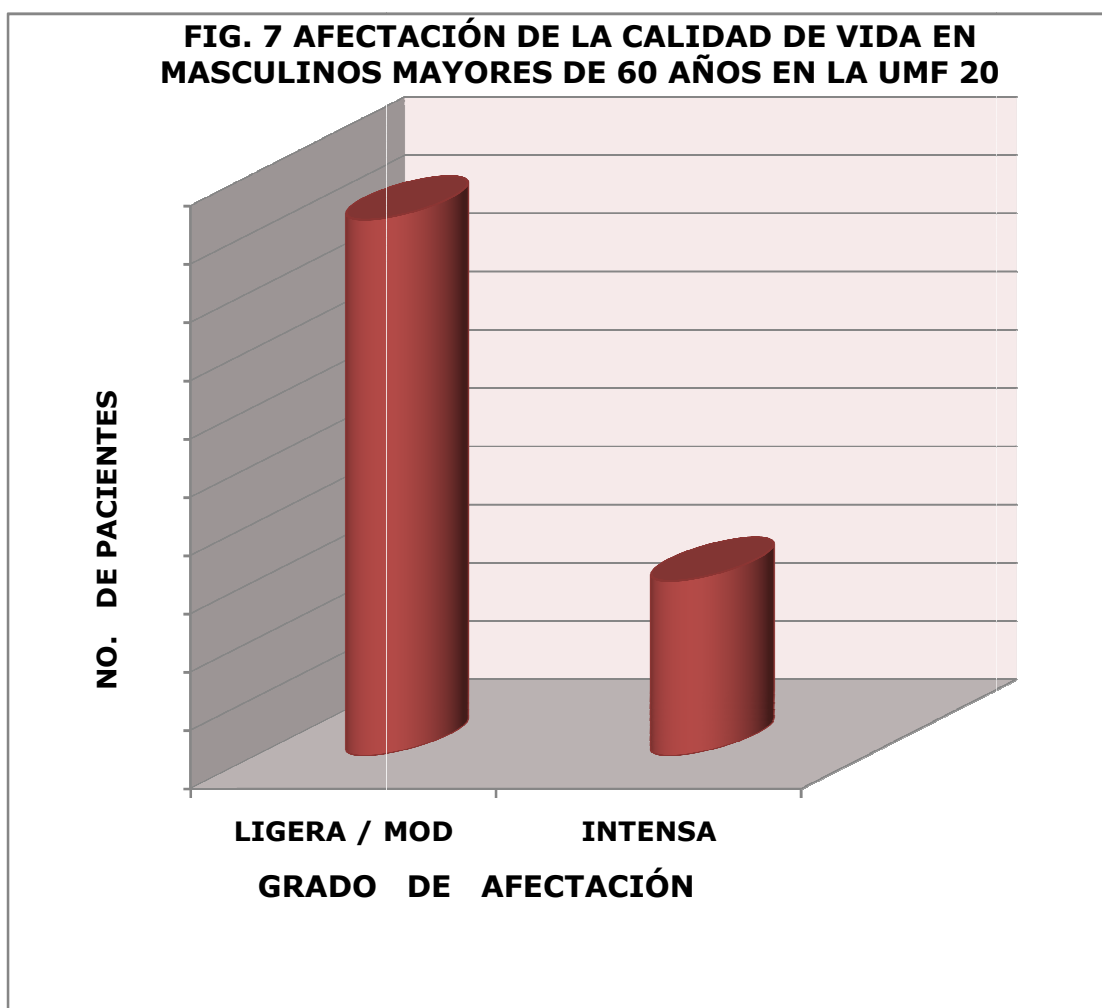
Fuente: UMF 20



CUADRO 7. AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN MASCULINOS MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD CON I.U. EN LA UMF 20.

AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	n (122)	%
LIGERA – MODERADA	92	75.5
INTENSA	30	24.5

Fuente: UMF 20



CUADRO 8. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN VARONES MAYORES DE 60 AÑOS CON I.U. DE LA UMF 20.

VARIABLE	INCONTINENTES n (122)	%
<u>EDAD</u>		
60 A 65	23	18.9
66 A 70	21	17.2
71 A 75	39	32
76 A 80	28	23
81 Y MAS	11	9
<u>ESCOLARIDAD</u>		
NINGUNA	1	0.8
PRIMARIA	97	80.3
SECUNDARIA	7	5.8
MEDIO SUP	8	6.5
SUPERIOR	8	6.5
<u>OCUPACIÓN</u>		
NINGUNA	0	0
OBRERO	2	1.7
EMPLEADO	8	6.5
PROFESIONISTA	1	0.8
JUB / PENSIONADO	111	91

Fuente: UMF 20



CUADRO 9. ANTECEDENTES ESTUDIADOS EN MASCULINOS MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD CON I.U. DE LA UMF 20.

CARACTERÍSTICAS ESTUDIADAS	INCONTINENTES n ( 122 )	%
<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>		
* IMC	0	0
DESNUTRICIÓN	4	3.3
RIESGO DE DESNUTRICIÓN	91	74.5
NORMAL	27	22.2
OBESIDAD		
<b>CIRUGÍA UROLÓGICA</b>		
PROSTATECTOMÍA	40	32.8
VESICAL	1	0.8
NO ESPECIFICADA	15	12.3
NINGUNA	66	54
<b>PORTADOR DE ENFERMEDADES</b>		
UROLOGICAS	40	32.7
CARDIOVASCULARES	2	1.6
ORTOPÉDICA	2	1.6
NEUROLÓGICA	0	0
REUMÁTICA	29	23.7
METABÓLICA	16	13.1
OTRAS	9	9
NINGUNA		
<b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>		
ANTICOLONÉRGICOS	18	14.7
BLOQ. ALFA	1	0.8
PSICOTRÓPICOS	14	11.4
DIURÉTICOS	73	59.9
OTROS	3	2.4
NO ESPECIFICADOS	12	9.8
NINGUNO		
<b>TOXICOMANÍAS</b>		
TABACO	13	10.6
ALCOHOL	26	21.3
AMBAS	25	20.4
NINGUNA	58	47.6

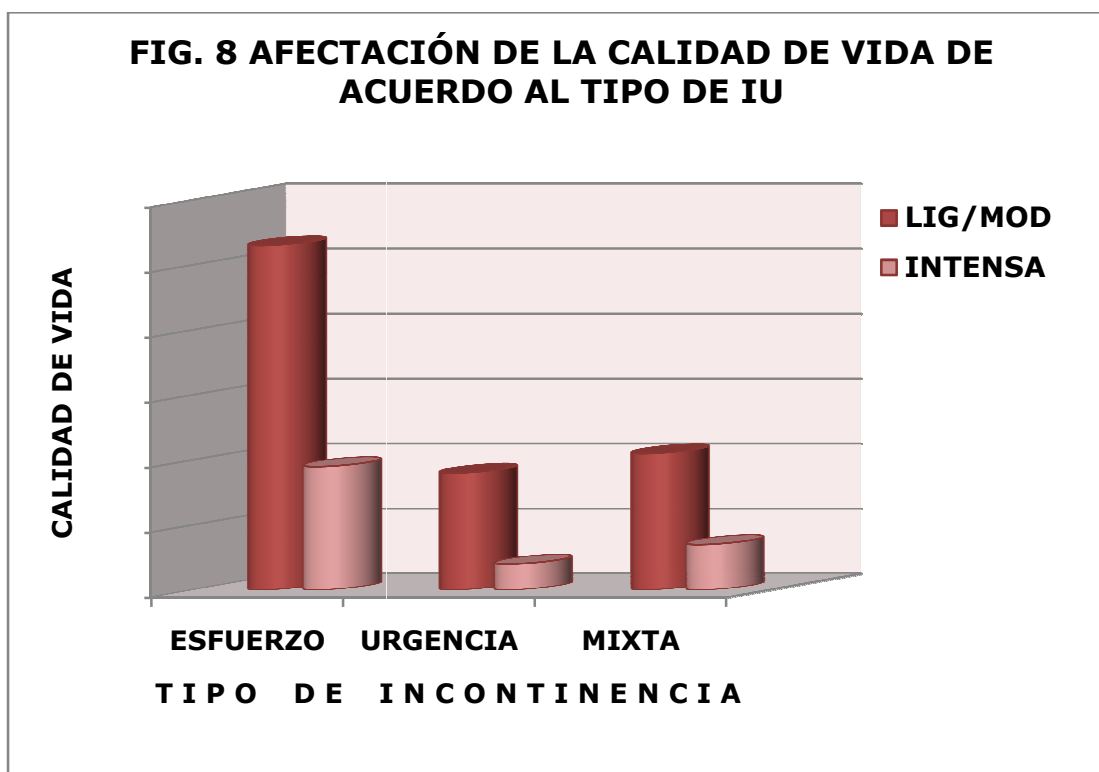
Fuente: UMF 20

\* Índice de masa corporal

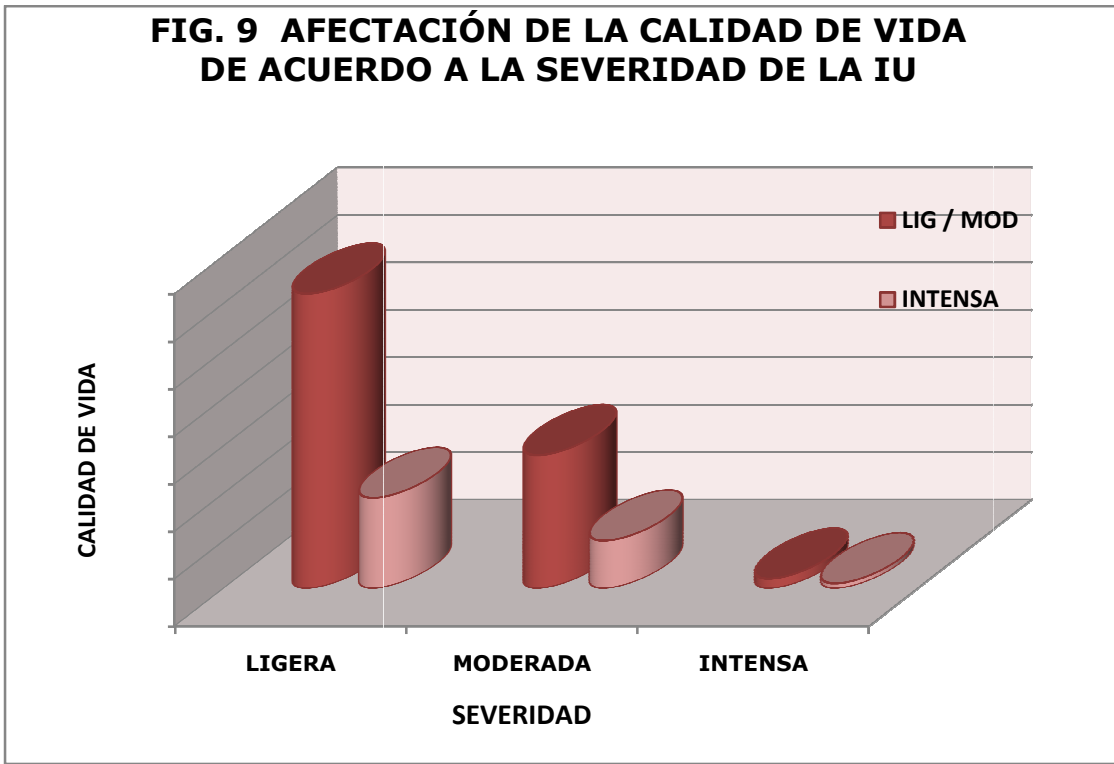
CUADRO 10. AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN MASCULINOS MAYORES DE 60 AÑOS CON I.U. DE ACUERDO AL TIPO DE I.U. Y SEVERIDAD EN LA UMF 20

VARIABLES DE ESTUDIO	AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA		CALIDAD DE VIDA	
	LIGERA / MODERADA n (92)	%	INTENSA n (30)	%
<b>TIPO IU</b>				
ESFUERZO	53	57	19	5.9
URGENCIA	18	19.5	4	1.2
MIXTA	21	22.8	7	2.2
<b>SEVERIDAD</b>				
LIGERA	62	67.3	19	63.3
MODERADA	28	30.4	10	33.3
INTENSA	2	2.1	1	3.3

Fuente: UMF 20



**FIG. 9 AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO A LA SEVERIDAD DE LA IU**



## **DISCUSIÓN.**

Se encontró casi un 40% de incontinencia urinaria en hombre siendo la más frecuente la de esfuerzo, predominado la edad de 71 a 75 años, una grado de severidad de ligera a moderada y con afectación en la calidad de vida en forma ligera a moderada en el 75% de los pacientes.

Fultz Y. y Finkelstein en sus publicaciones documentaron que la IU varía desde un 2% hasta 55%<sup>(6)</sup> y al igual que en este estudio, el índice de prevalencia consultado en adultos mayores es de casi el 40%<sup>(6,7)</sup>.

Cervera y Ostaszkievicz, documentaron mayor números de trabajos de IU en mujeres en hombres, por lo que los datos encontrados referidos a hombres coinciden en una prevalencia muy variada, y que el tipo de IU que más se presenta es la de urgencia, aunados a síntomas de obstrucción prostática<sup>(10,20,21)</sup> en ocasiones por hiperactividad del detrusor, y que de forma manera crónica en los varones, se relaciona con evento post-quirúrgico con resecciones prostáticas amplias. Resultados similares en donde los pacientes tenían el antecedente de que hubo evento de prostatectomía en 32.8% y presentándose el tipo de IU de esfuerzo en más del 50% de los pacientes.

En nuestro medio, que es una unidad de consulta de primer nivel, donde la causa de la consulta es muy diversa, obtuvimos una frecuencia baja de IU (38.1%), sin embargo observamos que la frecuencia es similar con lo reportado por Bogner R. y colaboradores<sup>(9)</sup> en dependencias asistenciales, donde la mayoría de los pacientes portan al menos un síndrome geriátrico entre ellos el de IU.

Coincidimos con Cervera y Johnson que hasta un 50% de los pacientes no consultan al médico a pesar de experimentar la incontinencia como un problema<sup>(12-13)</sup>.

Otra de las razones por la que los pacientes no buscan consultar atención es que aprenden a aceptar su situación y a vivir con el padecimiento formando parte de la vejez.

Finalmente nos aunamos a la opinión de Salgado Alba, en cuanto a que la IU si tiene una repercusión en la calidad de vida de los pacientes que la padecen, demostrando vergüenza y/o preocupación en algún momento del evento <sup>(15)</sup>; no especificando en que porcentaje sin embargo nuestros resultados fueron de hasta una afectación en la calidad de vida de un 75%.

Sin embargo por los pocos estudios encontrados en relación a la IU en masculinos se requiere continuar investigando en los factores asociados a la IU como son: limitaciones físicas, apoyo social, gravedad de las enfermedades crónicas, entre otros.

## **CONCLUSIONES.**

- ✘ Se obtuvo una frecuencia de IU de 38.1% en el total de varones estudiados.
- ✘ El tipo de IU más frecuente fue la de esfuerzo.
- ✘ El grado de severidad más frecuente fue la ligera.
- ✘ En cuanto a la afectación de la calidad de vida, el 75% expresaron afectación ligera/moderada, el 57% con IU de esfuerzo, una Severidad ligera en 67.4%. La afectación intensa en la calidad de vida (24.5%), fue un 5.9% en IU de tipo esfuerzo asociado a severidad tipo ligera en 63.3%.
- ✘ Se obtuvo una mayor prevalencia de IU en el grupo de 60 a 65 años.
- ✘ En cuanto a las características estudiadas en los varones para IU se observó que el grupo de mayor prevalencia fue en 32% el grupo de 71 a 75 años, una escolaridad de primaria en 80.3%, 91% de los varones eran jubilados y/o pensionados, con un IMC normal en 74.5%, en un 54% sin antecedente de cirugía urológica, el 32.8% portadores de enfermedades cardiovasculares, farmacológicamente tratados en 62.2%. En 47.5% no presentaban uso de toxicomanías. El 80.3% habían consultado a algún médico por esta entidad, de estos el 37.8%, le habían consultado el facultativo de urología por síntomas de IU.

## **COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.**

A nivel Institución, donde recientemente se ha visto que la implementación de la estrategia PREVENIMSS aporta grandes beneficios a los derechohabientes, es factible que en un primer nivel de atención, que es donde se acerca de primera instancia la población adulta mayor, se imparta capacitación al Médico Familiar, Asistente médica y demás personal de las unidades sobre sintomatología de IU, para beneficio de nuestra población y evitar eventos vergonzosos en el paciente y su familia, así como problemas de salud, como lo son lesiones cutáneas por irritación, hasta procesos infecciosos difíciles de erradicar, sobre todo en población portadora de enfermedades crónico – degenerativas y las más importantes poco estudiadas : las sociales; en los cuales se requieren investigaciones más a profundidad.

## **REFERENCIAS.**

1. Leal-Felipe A. et al. Indicadores de calidad de vida en la vejez. *Archivo Geriátrico* 2000; 3:46-51.
2. Bravo T. Investigación del envejecimiento un reto para la salud pública y para la sociedad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2005 36 43-44.
3. García L. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con incontinencia urinaria en Atención Primaria. *Boletín Epidemiológico de Murcia*. 2004; 25:53.
4. Salazar, A. et al. Prevalencia y factores de riesgo de la Incontinencia Urinaria. *Rev. Chilena de Urología*. 2005; 70:55-9.
5. Marín, P. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Boletín de la Escuela de Medicina de Chile*. 2009;29: 1,2.
6. Fultz N. et al. Self-Reported Social and Emotional Impact of Urinary Incontinence. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001:49:892-899.
7. Finkelstein M. Incontinence Quality of Life Instrument in a survey of primary care patients. *The Journal of family practice*. 2002; 51:952.
8. Mendoza N. Calidad de vida para los adultos mayores en la comunidad. *Archivo Geriátrico*. 2002:5: 109-120.
9. Bogner R. et. al. Urinary Incontinence and Psychological Distress in Community-Dwelling Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002; 50:489-95.



10. Campbell's et al. Urology Ninth edition, Ed. Mc Graw Hill, 2007. p. 2046-2059
11. Cervera J. et al. Incontinencia urinaria: ¿Un problema oculto? Rehabilitación. 2004;38:1-6.
12. Ostaszkiwicz, J. Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library. 2005;2.
13. Jiménez C. Incontinencia urinaria: epidemiología, aspectos sociológicos y calidad de vida. 2001. <http://www.uro-land.com/html/>
14. Johnson TM, Ouslander JG. Urinary incontinence in the older man. Med Clin North Am 1999; 83(5):1247-1266.
15. Salgado Alba A, González Montalvo JI, Alarcón MT. Asistencia en atención primaria de salud. En: Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano. Barcelona: Masson, 1996. p. 17-26.
16. Reuben, D. Restructuring Primary Care Practices to Manage Geriatric Syndromes: The ACOVE-2 Intervention Journal of the American Geriatrics Society. 2003;51:1787-93.
17. Burgio KL. Combined behavioral and drug therapy for urge incontinence in the older man. J Am Geriatric Soc. 2000;48(4):370-4.
18. Conture JA. Urinary incontinence. Ann Pharmacotherapy 2000 34(5):646-55.
19. Torre L. Accesorios para la incontinencia urinaria en un centro de salud urbano. Medicina de familia. 2002; 1:15-23

20. Journal of the American Geriatrics Society Vol. 54 Issue 8 Page 1290 August 2006.
21. Protocolo del tratamiento de la incontinencia urinaria en el anciano. Página web de la sociedad española de geriatría y gerontología. 2001
22. ARIMAC UMF 20
23. 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.
24. Hiperplasia prostática benigna. (Guía de consulta para el médico General) Programa de Salud del Adulto y del Anciano. México. Secretaría de Salud 2003.
25. Torres A. Antígeno específico de próstata en la población mexicana. Rev Mexicana de Patología Clínica 1998; 45(2): 85-94.
26. Lara EA, Gómez MA, Tapia OF, Martínez MMY, Mendoza Eca, Lamorena PY. Programa de Acción de Cáncer de Próstata. Subsecretaría de Prevención de Salud. Primera Edición. México.7-43.
27. Hiperplasia prostática benigna. (Guía de consulta para el médico General) Programa de Salud del Adulto y del Anciano. México. Secretaría de Salud 2003.
28. Sandvik H. Treatment of female urinary incontinence – an annotated evaluation of non-surgical therapeutic options. Universitet Bergen. 1996. [www.uib.no/isf/people/inkter.htm](http://www.uib.no/isf/people/inkter.htm)

29. Doukits ID Peradis G, Séller H, Nertineau E. Canadian Guidelines for body weight classification in adults: applications in clinical practice to screen for overweight and obesity and to assess disease risk. CMAJ 172 (8):995-998

30. Enciso, J.E. Ley General de Salud. Distribuidora y Editora Mexicana S.A de C.V. México, D.F. p. 59 – 60.

31. Ética y bioética cuestión epistemológica aplicada a la salud.2002

# ANEXOS

ANEXO No. 1



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UMF NO. 20 DELEGACIÓN 01 NOROESTE  
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**"FRECUENCIA Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES MASCULINOS CON INCONTINENCIA URINARIA"**

El presente cuestionario se le solicita lo responda para efectos de investigación médica, la cual será manejada en todo momento con absoluta confidencialidad.

- 1.- Nombre sin apellidos: \_\_\_\_\_
- 2.- N.S.S. \_\_\_\_\_
- 3.- Consultorio: \_\_\_\_\_
- 4.- Edad: \_\_\_\_\_
- 5.- Peso: \_\_\_\_\_
- 6.- Talla: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_
- 7.- Escolaridad: **a)** Ninguna  
**b)** Primaria  
**c)** Secundaria  
**d)** Medio superior  
**e)** Superior
- 8.- Ocupación: **a)** Ninguna  
**b)** Obrero  
**c)** Empleado  
**d)** Profesionista  
**e)** Jubilado y/o pensionado
- 9.- ¿Cuenta con antecedente de cirugía urológica?  
**a)** SI **b)** NO
- 10.- ¿Cuál y en qué fecha? \_\_\_\_\_
- 11.- ¿Padece alguna enfermedad?  
**a)** NO  
**b)** SI: Especifique que enfermedad: \_\_\_\_\_  
**c)** Urológico  
**d)** Cardiovascular  
**e)** Ortopédico  
**f)** Neurológico  
**g)** Reumático  
**h)** Otra \_\_\_\_\_
- 12.- ¿Tiene medicamentos indicados en forma continua?  
**a)** NO  
**b)** SI: especifique: \_\_\_\_\_  
**c)** Anticolinérgicos  
**d)** Bloqueadores alfa  
**e)** Psicotrópicos  
**f)** otro \_\_\_\_\_
- 13.- ¿Ha presentado salida de la orina de forma involuntaria?  
**a)** Si **b)** No
- 14.- ¿Ha llegado a mojar la ropa interior, la ropa exterior o la ropa de cama sin darse cuenta o sin que usted quiera?  
**a)** Si **b)** No

15.- ¿Aproximadamente que cantidad de orina se les escapa?

- a)** Gotas o poca **b)** Mucha

16.- ¿Cuál es la frecuencia con la que pierde orina?

- a)** Menos de una vez al mes  
**b)** Una o varias veces en un mes  
**c)** Una o varias veces a la semana  
**d)** Cada día o por la noche

17.- ¿Solo se le escapa orina al estornudar, toser, suspirar, pujar o con esfuerzo?

- a)** Si **b)** No

18.- ¿Se le escapa la orina de manera urgente?

- a)** Si **b)** No

19.- Y POR CONSECUENCIA, LA SALIDA DE ORINA HA LLEGADO A AFECTAR:

**A)** Actividades diarias (algún "quehacer", trasportarse, trabajar).

NO \_\_\_\_\_

SI \_\_\_\_\_ LEVEMENTE \_\_\_\_\_ MODERADAMENTE \_\_\_\_\_ SEVERAMENTE \_\_\_\_\_

**B)** ¿Salir a caminar, nadar, ejercitarse otra recreación o convivencia?

NO \_\_\_\_\_

SI \_\_\_\_\_ LEVEMENTE \_\_\_\_\_ MODERADAMENTE \_\_\_\_\_ SEVERAMENTE \_\_\_\_\_

**C)** ¿Salir a actividades de distracción? (teatro, cine, iglesia, culto religioso)

NO \_\_\_\_\_

SI \_\_\_\_\_ LEVEMENTE \_\_\_\_\_ MODERADAMENTE \_\_\_\_\_ SEVERAMENTE \_\_\_\_\_

**D)** ¿Viajar en transporte público o particular?

NO \_\_\_\_\_

SI \_\_\_\_\_ LEVEMENTE \_\_\_\_\_ MODERADAMENTE \_\_\_\_\_ SEVERAMENTE \_\_\_\_\_

**E)** ¿Afecta la participación de actividades sociales fuera de su casa?

(Fiestas, convivios)

NO \_\_\_\_\_

SI \_\_\_\_\_ LEVEMENTE \_\_\_\_\_ MODERADAMENTE \_\_\_\_\_ SEVERAMENTE \_\_\_\_\_

**F)** ¿La salud desde el punto de vista psicológico o emocional?

(Triste, angustiado, enojado, nervioso)

NO \_\_\_\_\_

SI \_\_\_\_\_ LEVEMENTE \_\_\_\_\_ MODERADAMENTE \_\_\_\_\_ SEVERAMENTE \_\_\_\_\_

EVALUACIÓN:

20.- ¿Ha llegado a consultar este problema con el médico?

- a)** No **b)** Si

21.- ¿Qué tipo de médico?

- a)** Médico General  
**b)** Médico Familiar  
**c)** Urólogo  
**d)** Neurólogo  
**e)** Homeópata  
**f)** Otro \_\_\_\_\_

22.- ¿Estuvo o está en tratamiento por esto?

**a)** SI

**b)** NO

Especifique \_\_\_\_\_

**GRACIAS**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL  
UMF NO.20**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

FECHA:

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO:

**“FRECUENCIA Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES MASCULINOS CON INCONTINENCIA URINARIA”**

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

EL OBJETIVO DE MI ESTUDIO ES:

DETERMINAR LA FRECUENCIA DE LA CONSULTA DE LA UMF 20 DE PACIENTES MASCULINOS MAYORES DE 60 AÑOS CON INCONTINENCIA URINARIA Y SU CALIDAD DE VIDA.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACIÓN CONSISTIRÁ EN RESPONDER DE FORMA LIBRE Y SIN PRESIÓN UN CUESTIONARIO.

DECLARO QUE SE MA HA INFORMADO AMPLIAMENTE QUE NO SE TIENEN RIESGOS, INCONVENIENTES NI MOLESTIAS Y SI BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO QUE SON LOS SIGUIENTES:

IDENTIFICAR LA FRECUENCIA DE HOMBRES MAYORES DE 60 AÑOS Y SU AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE LE PLATEÉ ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARÁN A CABO, LOS RIESGOS, LOS BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACIÓN 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 INFORMACIÓN 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, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBO EN EL IMSS.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDAD DE QUE NO SE ME IDENTIFICARÁ EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD, SERÁN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIÉN SE HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACIÓN 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, Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR