



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACIÓN HOSPITAL ÁNGELES MÉXICO**

**“PREVALENCIA Y FACTORES DEMOGRAFICOS
DE LAS MUJERES CON VEJIGA HIPERACTIVA
EN LA UNIDAD DE PISO PELVICO
DEL HOSPITAL ÁNGELES MEXICO”**

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO
EN LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
DR. DORIAN YASMANE ELIZONDO GONZALEZ



TUTOR: DRA. MARIA DEL PILAR VELAZQUEZ SANCHEZ

MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2010



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.

DR JOSE NIZ RAMOS
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION MÉDICA

DR CLAUDIO F. SERVIERE ZARAGOZA
PROFESOR TITULAR DELÑ CURSO DE ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

DR FRANCISCO J. BORRAJO CARBAJAL
COORDINADOR DE EDUCACION MÉDICA FORMATIVA.

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS A DIOS, ya que a Él le debo todo lo que soy, todo lo que tengo y todo lo que tendré.

Él es fiel y nunca falla, siempre está ahí en las buenas y en las malas.

Me permitió quedar seleccionado en el examen nacional de residencias médicas y concluir la especialidad.

“ Bendice, alma mía, a Jehová,

Y bendiga todo mi ser su santo nombre”

Salmo 103:1

A MIS PADRES LIDIA Y JOSE GUADALUPE , por su amor y apoyo incondicional durante toda mi vida. Sin ustedes no lo hubiera logrado. Gracias.

A MI HIJO DORIAN YASMANI, una bendición para mi vida y mi motor para seguir adelante.

A MI HERMANO EDUARDO, por estar siempre al pendiente de mí.

A MIS HERMANOS EN CRISTO Fernando Maldonado, mis pastores Alfredo y Guillermina ,graciaspor sus oraciones y apoyo espiritual en todo momento.

A MIS JEFES DE ENSEÑANZA, Dr. Serviere Zaragoza, Dr. Niz Ramos y Dr Borrajo Carbajal. Gracias por darme la oportunidad de realizar mi especialidad en esta institución, por sus enseñanzas y por el gran apoyo incluso en los momentos mas difíciles de mi vida , cosa que nunca olvidaré.

A MI ASESORA DE TESIS,Dra. María del Pilar Velázquez Sánchez , quién desde el inicio de este proyecto siempre estuvo al pendiente de los avances y correcciones del mismo, mostrando siempre interés y disposición para la enseñanza , además por ser uno de mis grandes ejemplos a seguir.

A MIS MAESTROS Y AMIGOS DE LA ESPECIALIDAD, Dr. Ricardo Careaga Benítez quién me brindo su cariño y apoyo siempre que lo busque. A mi tutor Dr. Ruiz Maldonado por alentarme a seguir adelante.

A mis amigos con quienes compartí alegrías, tristezas y regaños pero siempre manteniendo una sincera amistad además de su apoyo en todo momento.

A mi amiga **ALIZZÉ** quién desde Argentina siempre estuvo apoyándome lo largo de estos 4 años.

2. JUSTIFICACION

Dentro de los problemas urológicos femeninos la vejiga hiperactiva (polaquiuria, urgencia y nocturia con o sin incontinencia) es uno de los síndromes más frecuentes de consulta, aunque la literatura internacional menciona que es la segunda causa de consulta, dentro de las pacientes que acuden a una clínica privada como es la del Hospital Ángeles México es la primera causa con un impacto a la calidad de vida mayor a cualquiera de los trastornos urológicos.

La vejiga hiperactiva provoca gran impacto en la calidad de vida. De acuerdo a una escala del 0 al 100% se ha demostrado que provoca un impacto en la salud(53%), estado emocional (42%), energía y sueño(37%), limitaciones físicas(34%), limitación del rol (29%) y limitaciones sociales (22%).

Las mujeres con esta patología presentan estrés y depresión hasta en el 40% de los casos, así como preocupación y angustia constante, impacto en su vida laboral como preocupación por interrumpir juntas, en la toma de decisiones o necesidad para retirarse de trabajo e incremento en los días de incapacidad incluso mayor riesgo de pérdida de empleo. Por otra parte, se sabe que también se encuentra afectada de forma importante la actividad sexual. Recientemente se ha observado que la vejiga hiperactiva se encuentra asociada a la disminución de la variabilidad cardíaca, estableciendo una probable disfunción del sistema nervioso autónomo⁽¹⁴⁾.

La mayoría de los artículos acerca de incidencia y prevalencia de incontinencia urinaria contienen pocos comentarios sobre el síndrome de vejiga hiperactiva y carecen de metodología epidemiológica por lo que la comparación de los datos de diferentes estudios resulta difícil.

Los estudios epidemiológicos del síndrome han sufrido problemas incluyendo la naturaleza subjetiva de los síntomas usados para definirlo así como el reciente cambio en la terminología lo cual hace los estudios previos inconsistentes con su actual descripción.

La prevalencia del síndrome esta subestimada debido a factores sociales y culturales en forma particular cuando se presenta con incontinencia. En pacientes jóvenes la pérdida de orina se asocia con vergüenza de esta forma conduce a subreporte de casos, en cambio, en los ancianos, la mayoría, principalmente las mujeres consideran la pérdida de orina como una consecuencia inevitable de la edad y no lo mencionan en las consultas médicas..De hecho se considera que la frecuencia de vejiga hiperactiva aumenta con la edad y que es más frecuente en personas adultas mayores que en mujeres jóvenes.

A pesar de todo, la razón más común para no buscar ayuda es la idea de que no hay tratamiento efectivo disponible⁽¹⁰⁾.

En México no hay estudios suficientes para estimar la verdadera magnitud del problema por lo que la realización de nuevos estudios es importante para evaluar su relevancia como problema médico y planear una intervención adecuada.

3. PROBLEMA

LA VEJIGA HIPERACTIVA ES MAS FRECUENTE EN MUJERES CON UN IMPACTO IMPORTANTE EN LA CALIDAD DE VIDA Y CAUSA DEPRESION EN LA MUJER. EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO SE BASA EN LA INDICACION RACIONAL Y ACORDE A LAS CARACTERISTICAS INDIVIDUALES DE CADA PACIENTE POR LO QUE CONOCER CUALES SON LOS ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS EN MEXICO ES FUNDAMENTAL PARA REALIZAR DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPTIMOS Y CON EL MEJOR ÉXITO.

4. OBJETIVOS

1. DETERMINAR LA PREVALENCIA DE VEJIGA HIPERACTIVA EN EL HOSPITAL ANGELES MEXICO
2. CONOCER LAS CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LAS PACIENTES
3. DETERMINAR EL IMPACTO A LA CALIDAD DE VIDA

5. MARCO TEÓRICO

5.1 INTRODUCCION

La vejiga hiperactiva es definida por la Sociedad Internacional de Continencia como un síndrome caracterizado por la asociación de los síntomas de urgencia, aumento de la frecuencia miccional y nocturia con o sin incontinencia de urgencia ⁽¹⁾ La prevalencia en Estados Unidos y en Europa es del 17% ⁽²⁾, sin embargo se sabe que incrementa con la edad, afectando hasta el 25% de mujeres mayores de 65 años. Alrededor de 50 a 100 millones de personas en todo el mundo padece vejiga hiperactiva y sin embargo, más del 90% de los casos no tiene causa aparente ⁽³⁾. Esta enfermedad afecta gravemente la calidad de vida de las mujeres ⁽⁴⁾, causando limitaciones físicas, sociales, emocionales y sexuales ⁽⁵⁾. En México se ha reportado una prevalencia del 38% en mujeres mayores de 65 años y del 27% en mujeres menores de esta edad dentro de aquellas a las que se realiza estudio urodinámico multicanal por sintomatología uroginecológica ⁽⁶⁾.

5.2 EPIDEMIOLOGIA

La vejiga hiperactiva es una alteración que puede afectar a ambos sexos, con predominio en las mujeres, que se incrementa con la edad y que altera la calidad de vida de quien la padece.

En el síndrome de vejiga hiperactiva, una buena investigación requiere la descripción de sus componentes individuales (urgencia, frecuencia, nocturia e incontinencia urinaria) así como la evaluación de su afectación a la calidad de vida de quien la padece a través de cuestionarios específicos.

En los últimos años muchos datos reportados en la bibliografía evidencian como la relevancia social del síndrome de vejiga hiperactiva resulta en costos significativos para pacientes y sistemas de salud públicos (necesidad de consultas médicas, pruebas diagnósticas, drogas y dispositivos anti-incontinencia).

Actualmente, la mayoría de pacientes (66%) se presentan con síndrome “seco” (urgencia y frecuencia sin incontinencia urinaria) y síndrome “mojado” en alrededor de 33%, en este último subgrupo, no hay información disponible en cuanto a la frecuencia y severidad de la incontinencia urinaria. Existe carencia de información y falta de guías en cuanto a la cuantificación de la incontinencia urinaria, estudios epidemiológicos y la correcta estimación sobre el síndrome de vejiga hiperactiva “seco” y “mojado” ⁽⁷⁾

5.3 AFECTACION DE LA VEJIGA HIPERECTIVA EN LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es una evaluación subjetiva del estado de salud, que se ve influenciada por aspectos físicos, psicológicos y sociales.

La vejiga hiperactiva y la Incontinencia urinaria deterioran en gran medida la calidad de vida percibida de las personas que la padecen ya que para poder controlarla debe imponerse un rígido control horario, tanto en la frecuencia miccional como en la ingesta de líquidos para evitar los escapes.⁽⁹⁾

Los pacientes con vejiga hiperactiva se encuentran ante un problema no siempre predecible y fácil de controlar ya que, en cualquier momento se puede presentar la urgencia y la incontinencia.

Son pacientes que presentan más pérdida de autoestima, sienten vergüenza y se aíslan. Buscan alternativas conductuales para evitar y disminuir los episodios de urgencia. La ansiedad y la depresión son circunstancias más comunes en estos pacientes. La vejiga hiperactiva afecta mucho el área emocional y psicológica.⁽¹⁰⁾

La presencia de este síndrome puede llegar a generar percepciones muy negativas que secundariamente conllevan a una discontinuidad de la actividad laboral.

Cuando la vejiga hiperactiva se asocia a incontinencia urinaria, es una de las causas principales de ingresos prematuros en instituciones para la tercera edad, representando una carga adicional para el sistema sanitario.

La presencia de nocturia altera el descanso de las personas que la padecen, se levantan varias veces durante la noche (más de una o dos veces), les provoca cansancio y alteraciones del sueño.

Un 65% de los varones y un 67% de las mujeres con Vejiga Hiperactiva, refieren que sus síntomas alteran su vida diaria y presentan más caídas y fracturas.⁽¹¹⁾

Pensemos que la gran mayoría de los pacientes con vejiga hiperactiva, con o sin incontinencia urinaria, precisarán de un tratamiento conservador y farmacológico para tener una calidad de vida aceptable. El uso de pañales no deja de ser un tratamiento paliativo y la indicación de humedad por se no evita su pérdida, aunque se contempla como una terapia conductual.

La vejiga hiperactiva, con o sin incontinencia urinaria, es una patología que altera la personalidad de las personas que la sufren.

Los aspectos de la salud emocional y la percepción negativa son de los aspectos que más refieren los pacientes con vejiga hiperactiva.

En resumen, podemos indicar que en su afán de disminuir los efectos de la vejiga hiperactiva, muchos pacientes elaboran una serie de estrategias para intentar minimizar sus repercusiones,

por lo que son pacientes que evitan salir, no acuden a lugares que no conocen, beben poco líquido, evitan las relaciones sexuales, etc.

Para evaluar el impacto de la vejiga hiperactiva, con o sin incontinencia urinaria, se recomienda la utilización de cuestionarios generalmente dirigidos a pacientes con incontinencia urinaria.

Los más útiles para pacientes con Vejiga hiperactiva ó incontinencia urinaria son:^(12,13)

- King'sHealthQuestionnaire (KHQ). Es el único valido en español.
- Cuestionario de la Calidad de Vida para la Urgencia Miccional (Quality of lifeQuestionnaireforUrgentMictorition).
- Escala del Impacto de la Urgencia (Urge ImpactScale URIS-24).
- Cuestionario del Efecto de la Incontinencia por Urgencia Miccional (Urge Incontinente ImpactQuestionnaire, UIIQ). Posiblemente es el cuestionario más prometedor de todos los específicos de IU por urgencia miccional.

5.4 APROXIMACION DIAGNOSTICA⁽¹⁶⁾

El diagnóstico de la vejiga hiperactiva es un diagnóstico de exclusión, después de excluir todas aquellas situaciones clínicas y patologías que puedan manifestarse con los mismos síntomas.

Pensaremos en distintas causas como generadoras de vejiga hiperactiva. La más frecuente es desconocida (idiopática), sobre todo en mujeres, aunque en fechas recientes se considera que existen alteraciones neurológicas menores y de la pared vesical que favorecen este síndrome. Le siguen en frecuencia procesos obstructivos, inflamatorios, farmacológicos y por vecindad.

En general se acepta que la valoración inicial del paciente con síntomas de vejiga hiperactiva, con o sin incontinencia, debe incluir múltiples aspectos que son básicos, estos son:

1. Historia médica.

Dirigida fundamentalmente para conocer las posibles causas. La centraremos fundamentalmente en:

- Patologías del área uro-genital y neurológicas que pueden participar en la génesis de este síndrome.
- Signos y síntomas de insuficiencia cardiaca. Puede manifestarse con poliuria.
- Diabetes mal controlada, que puede manifestarse con afectación neurológica (neuropatía diabética) y con poliuria.
- Fármacos que utilizan los pacientes para tratar sus patologías .

Conoceremos:

- La movilidad y la función mental del paciente.
- Las barreras arquitectónicas y los obstáculos que limiten el acceso al servicio sanitario.

2. Examen de orina(tira reactiva o sedimento):

Debemos valorar la presencia de hematíes, leucocitos, nitritos, proteínas y glucosa. Si presenta hematuria, pensaremos en la posibilidad de una infección urinaria, de litiasis vesical o de cáncer vesical. Es importante que valoremos la edad y el sexo. En varones de 50 o más años, pensaremos en un cáncer vesical y, en mujeres jóvenes en infección urinaria (el 40% de las infecciones urinarias presentan hematuria).

Como norma general, ante un paciente con síntomas de vejiga hiperactiva descartaremos la presencia de causas como una infección de orina, patología obstructiva del tracto urinario, patología neurológica, cáncer de vejiga y si existen antecedentes de retención crónica de orina, no es infrecuente la presencia de litiasis vesical. Todas ellas son patologías que requieren tratamiento específico.

3.Exploración física:

Exploración neurológica: focalidad neurológica, marcha, equilibrio, sensibilidad perianal y reflejo cremastérico, bulbo-cavernoso. La anamnesis nos orienta mucho esta exploración.

- Exploración abdominal: masas abdominales, globo vesical.
- Exploración pélvica: muy importante en mujeres para descartar prolapsos, vaginitis atrófica.
- Realizaremos maniobras de provocación del esfuerzo (“tos, Bonney”).
- Tacto rectal: nos informa de características de la próstata, tono del esfínter anal, ocupación de la ampolla rectal por heces o masas.

4.Diario miccional o vesical y cuestionarios diagnósticos:

En cuanto a los síntomas de vejiga hiperactiva preguntaremos en qué circunstancias aparece (al tocar agua, con el frío, en relación con la toma de algún fármaco). Es muy importante que conozcamos el tiempo de evolución y momento de aparición, al igual que la severidad e intensidad de los síntomas, si se acompaña de pérdida de orina y la frecuencia miccional tanto diurna como nocturna. Datos que conoceremos por la hoja de registro miccional o diario miccional en el que valoramos lo ocurrido en las 24-72 horas previas con respecto a las micciones y los episodios de incontinencia que debe recogerlos el propio paciente o el cuidador. La hoja de registro miccional también nos aporta información de la cantidad y el tipo de líquido ingerido por el paciente durante el día y la noche, y las veces que orina tanto por el día como por la noche, además del número de episodios en los que ha presentado urgencia miccional y si éstos se presentaron con pérdida de orina.

5.Estudios especiales.

A pesar de las herramientas diagnósticas mencionadas, es el estudio urodinámico multicanal el que se considera como el estándar de oro para el diagnóstico de vejiga hiperactiva. Su función es confirmar el diagnóstico, definir la fisiopatología subyacente y establecer el tratamiento individualizado. Durante este estudio es de vital importancia la cistometría multicanal donde, para el diagnóstico de vejiga hiperactiva, se presentan habitualmente uno o varios de los siguientes datos: Hiperactividad del detrusor; adaptabilidad vesical disminuida; sensaciones vesicales incrementadas; capacidad cistométrica disminuida; capacidad cistométrica máxima disminuida y/o incontinencia por relajación uretral.

Las definiciones de estos términos son las siguientes:

Hiperactividad del detrusor: Observación urodinámica que se caracteriza por contracciones involuntarias de este músculo, que pueden ser espontáneas o provocadas.

Adaptabilidad vesical: Relación entre el cambio en el volumen vesical y el cambio en la presión del detrusor.

Sensaciones vesicales incrementadas: Deseo temprano intenso de orinar que se produce a un volumen vesical bajo y que persiste.

Capacidad cistométrica: Volumen vesical que se alcanza al final de la cistometría.

Capacidad cistométrica máxima: Volumen al que el individuo siente que no puede contener más la micción.

Incontinencia por relajación uretral: Fuga que se debe a la relajación de la uretra en ausencia de aumento de la presión abdominal o hiperactividad del detrusor.

La observación urodinámica que con mayor frecuencia se observa es la hiperactividad del detrusor, la cual se puede apreciar hasta en un 60% de los casos ⁽⁸⁾. Como estudio complementario se encuentra la uretrrocistoscopia, la cual cumple con el objetivo de demostrar patologías uretrovesicales que condicionen una hiperactividad vesical, como cálculos urinarios, tumores urogenitales, malformaciones congénitas, y/o alteraciones de la pared vesical (trabeculaciones, celdillas, divertículos). ⁽¹⁴⁾

5.5 Terapéutica del Síndrome de Vejiga Hiperactiva^(16,17,18,19,20)

El tratamiento de los pacientes con VH va dirigido fundamentalmente al alivio de los síntomas (urgencia, incontinencia por urgencia, polaquiuria y nocturia).

El objetivo ideal del tratamiento será:

- Aumentar la acomodación vesical. Disminuirá la urgencia
- Aumentar el volumen vesical o capacidad vesical disminuirá la frecuencia
- Inhibir las contracciones involuntarias durante la fase de llenado. Disminuirá la urgencia y la incontinencia.
- Evitar las pérdidas de orina si las hubiese. Evitar incontinencia

No siempre estos objetivos son alcanzables. La variedad y multitud de tratamientos nos indica la dificultad que nos encontramos los médicos para establecer una terapia efectiva.

Establecido el diagnóstico de vejiga hiperactiva, de acuerdo a la normatividad internacional se establece que el tratamiento conservador debe contemplarse en una primera fase terapéutica, a continuación la utilización de fármacos anticolinérgicos y posteriormente tratamientos como la neuromodulación y la estimulación eléctrica en pacientes que no respondan a las pautas básicas.

6. MATERIAL, PACIENTES Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo.

LUGAR Y DURACIÓN

Unidad de Piso Pélvico y Uroginecología del Hospital Ángeles México .

Revisión de expedientes desde su inicio en abril de 2006 hasta junio de 2010.

UNIVERSO

Expedientes de pacientes en la unidad de piso pélvico y uroginecología del Hospital Ángeles México.

UNIDADES DE OBSERVACION

Mujeres con diagnóstico clínico de vejiga hiperactiva.

MÉTODO DE MUESTREO

Se revisaron los expedientes de todas las pacientes de la unidad seleccionando las que tienen diagnóstico final de vejiga hiperactiva.

TAMAÑO DE MUESTRA

Todas la mujeres con diagnóstico de vejiga hiperactiva confirmado por urodinamia

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios de inclusión:

Sexo femenino.

Diagnóstico clínico vejiga hiperactiva con o sin incontinencia confirmado por urodinamia.

Criterios de No inclusión:

Sexo Masculino.

Mujeres con otro tipo de incontinencia o problema urológico .

CRITERIOS DE EXCLUSION

Expedientes que no cuenten con cuestionario de calidad de vida.

Expedientes que no cuenten con diagnóstico de certeza y estudio de urodinamia.

Pacientes que no hayan tenido seguimiento

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Expediente INCOMPLETO No legible.

VARIABLES EN ESTUDIO

Variables independientes:

EDAD: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

OCUPACION: acción o función que se desempeña para ganar el sustento.

ESTADO CIVIL: es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

ENFERMEDADES CONCOMITANTES: es un proceso y el estatus consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud.

CIRUGIAS: la práctica que implica manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico.

PARIDAD: número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un infante de peso mayor a 500 g.

TERAPIA HORMONAL: Hormonas (estrógeno, progesterona o ambas) administradas a las mujeres después de la menopausia para reemplazar las hormonas que los ovarios ya no producen. También se llama terapia hormonal para la menopausia y Terapia de Reemplazo Hormonal.

TOXICOMANIAS: la utilización de un tóxico con propiedades adictivas, que generan una dependencia en los pacientes.

INCONTINENCIA: Pérdida involuntaria de orina.

MEDICAMENTOS: es uno o más fármacos, integrados en una forma farmacéutica, presentado para expendio y uso industrial o clínico, y destinado para su utilización en las personas o en los animales, dotado de propiedades que permitan el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar enfermedades, o para modificar estados fisiológicos.

Variables dependientes:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad (el "estado de salud" también se diagnostica) para fines del presente estudio se define como la presencia de síntomas como urgencia, polaquiuria, nocturia con o sin incontinencia que provocan un problema social e higiénico para la paciente y con una duración mayor a 6 meses.

DIAGNÓSTICO URODINAMICO: Procedimiento en el cual se utilizan estudios de urodinamia para establecer un diagnóstico. Para fines de este estudio se define como la realización de cistometría de llenado con la presencia de contracciones no inhibidas del detrusor que causan urgencia y/o incontinencia

De acuerdo a la sociedad internacional de incontinencia, se considera que una paciente tiene detrusor hiperactivo cuando se objetivan contracciones involuntarias durante la fase de llenado y estas pueden ser espontáneas y provocadas. Se distinguen 2 patrones: el detrusor hiperactivo fásico se caracteriza por la formación de ondas que suelen ser varias seguidas que regresan a su nivel previo con o sin incontinencia. El detrusor hiperactivo terminal es una contracción involuntaria que ocurre con la máxima capacidad que no puede ser inhibida y que produce incontinencia con vaciado de la vejiga como si fuera micción. La incontinencia por detrusor hiperactivo es la incontinencia por contracción involuntaria del detrusor.

IMPACTO A LA CALIDAD DE VIDA: concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades. Para fines del presente estudio se midió con el cuestionario de salud King's validado en español que abarca 9 rubros y es autoaplicable. ^{Ver anexo 1}

7.METODOLOGIA

Se revisaron los expedientes clínicos en la unidad de piso pélvico y uroginecología en el hospital Ángeles México de pacientes quienes acudieron a valoración por problema uroginecológico y se estableció el diagnóstico clínico o uro dinámico de vejiga hiperactiva.

Se revisaron 287 expedientes en total de los cuales 263 cumplieron con los criterios de inclusión (sexo femenino y diagnóstico clínico o uro dinámico de vejiga hiperactiva) y 106 pacientes tuvieron el diagnóstico clínico y uro dinámico del síndrome,posteriormente se determinó la prevalencia del padecimiento. Todas estas pacientes contaban con estudio de urodinamia por que se evaluó también la observación urodinámica más frecuente.

De los mismos se analizaron las siguientes variables: Edad,ocupación,estado civil,toxicomanías,enfermedades concomitantes, uso de medicamentos,antecedente de incontinencia,cirugías previas,paridad, presencia y severidad de incontinencia y diagnóstico uro dinámico.

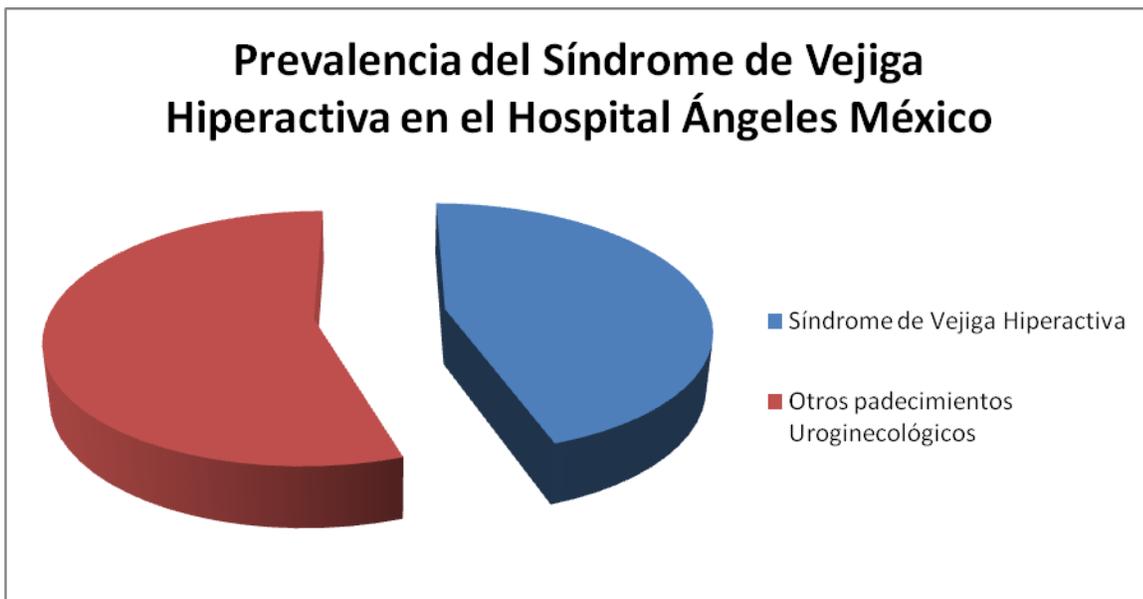
Para determinar el impacto a la calidad de vida se usoTHE KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE utilizándose las formulas propias del mismo para establecer el porcentaje de afectación en los siguientes rubros:

Percepción general de la Salud,Impacto de la incontinencia,limitaciones de rol,limitaciones físicas,limitaciones sociales, relaciones personales, emociones, sueño y energía y severidad.

8.RESULTADOS

Se revisaron 287 expedientes en la Unidad de Uroginecología y Piso pélvico del Hospital Ángeles México desde el inicio de la clínica hasta junio del 2010. Se excluyeron 24 pacientes por lo que solo 263 cumplieron con los criterios de inclusión. 23 expedientes pertenecían a pacientes del sexo masculino y una paciente se excluyo por tener 11 años de edad. 106 pacientes tuvieron el diagnóstico clínico y urodinámico de vejiga hiperactiva y fueron las que se analizaron en el estudio.

La prevalencia de vejiga hiperactiva en esta unidad fue de 40.3%.



Cuadro1.Prevalencia de Vejiga hiperactiva.

Los grupos de edad más afectados fueron pacientes mayores de 60 años con 35.84%(38 pacientes) y el grupo de 40 a 50 años con 22.64%(24 pacientes).

20-30ª: 5 pacientes: 4.71,30-40ª:19 pacientes: 17.92% ,40-50ª: 24 pacientes: 22.64%,50 a 60ª: 20 pacientes: 18.86% ,60ª: 38 pacientes: 35.84%

La prevalencia mas alta se presentó en mujeres casadas 61.32%(65 pacientes) y amas de casa 52.83%(56 pacientes).

OCUPACION

Ama de casa: 56 pacientes: 52.83%, Profesionista: 13 pacientes: 12.26%, Empleada: 27 pacientes: 25.47%, Comerciante: 1 paciente: 0.94%, Empresaria: 2 pacientes: 1.88%

OTRAS: 3 pacientes: 2.83% - Estilista: 1 - Religiosa: 1 - Educadora: 1

Jubilada: 4 pacientes: 3.77%

ESTADO CIVIL

Soltera: 6 pacientes: 5.66%, Casada: 65 pacientes: 61.32%, Viuda: 11 pacientes: 10.37%, Unión libre: 9 pacientes: 8.49%, Divorciada: 15 pacientes: 14.15%

De las toxicomanías, la mayoría de ellas 42 pacientes (39.62%) refirieron ingesta de Café.

Tabaco: 9 pacientes: 8.49%, Café: 42 pacientes: 39.62%, Alcohol: 4 pacientes: 3.77%, Ninguna: 31 pacientes: 29.24%, Alcohol + Café + Tabaco: 20 pacientes: 18.86%

En cuanto al antecedente familiar de incontinencia los resultados fueron parejos con 55.66% (59 pacientes) con el antecedente y 47.16% sin el antecedente.

87 pacientes (82.07%) presentaron incontinencia urinaria "síndrome húmedo", y 77 (72.65%) de ellas la refirieron como severa.

PRESENCIA Y SEVERIDAD DE INCONTINENCIA

Incontinencia No presente: 19 pacientes: 17.92% . Incontinencia Presente: 87 pacientes: 82.07%

-Leve: 8 pacientes 7.54%

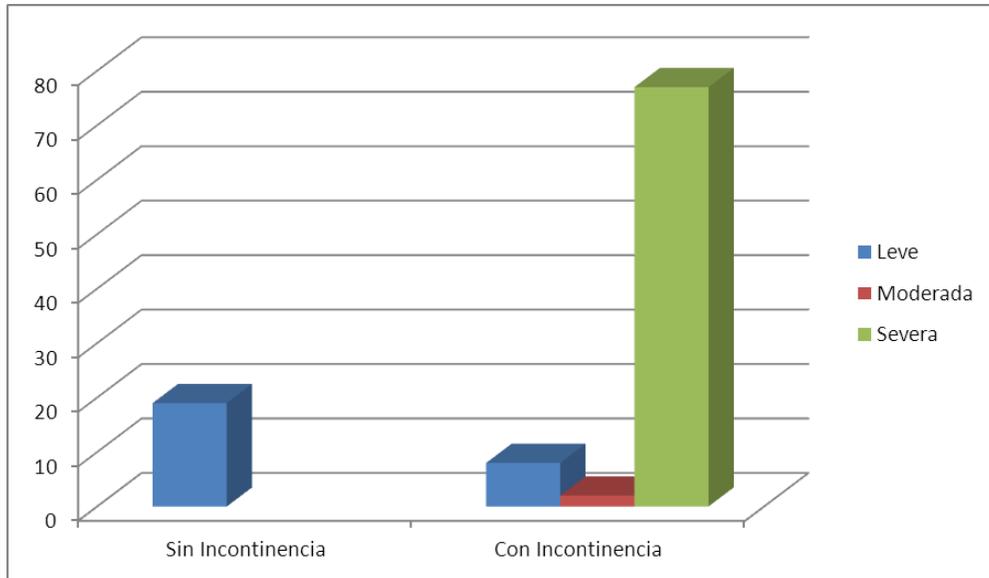
-Moderada: 2 pacientes: 1.88%

-Severa: 77 pacientes: 72.63%

La duración del padecimiento fue mayor a los 5 años con un 40.56% (43 pacientes).

Menos de 1 año: 24 pacientes: 22.64%, 1-5 años: 39 pacientes: 36.79%

Mayor a 5 años: 43 pacientes: 40.56%



Cuadro 2. Presencia y severidad de la incontinencia en el Hospital Ángeles México.

En cuanto al uso de medicamentos 45.28% (48 pacientes) no refirieron usar algún fármaco. Las drogas más usadas por las pacientes fueron predominantemente antihipertensivos en 25.47% (27 pacientes) seguidos de hormonas tiroideas en un 10.37% (11 pacientes).

MEDICAMENTOS

Ninguno: 48 pacientes: 45.28%

Antihipertensivos: 27 pacientes: 25.47% - IECAS: 9 - Canales de Ca: 4 - Bloqueadores receptor angiotensina: 6 - Beta bloqueadores: 8

Asociaciones: 11 pacientes: 10.37%

-Antihipertensivo + hipoglicemiante: 6

-Hipoglicemiante + Tiroideo: 3

-Levotiroxina + amlodipino: 2

Anticonvulsivantes: 4 pacientes: 3.77%

Antiparkinsonianos: 3 pacientes: 2.83%

Benzodiacepinas: 2 pacientes: 1.88%

Tiroideos: 11 pacientes: 10.37%

De forma similar 39.62%(42 pacientes) se refirieron sin enfermedades concomitantes. Las enfermedades más prevalentes fueron hipertensión 25.47%(27 pacientes), hipotiroidismo 11.32%(12 pacientes) y diabetes 9.43%(10 pacientes).

ENFERMEDADES CONCOMITANTES

Hipertensión: 27 pacientes: 25.47%

Diabetes: 10 pacientes: 9.43%

Hipotiroidismo: 12 pacientes: 11.32%

Epilepsia/EVC: 5 pacientes: 4.71%

Neuropatía periférica: 3 pacientes: 2.83%

Artropatías: 2 pacientes: 1.88%

Asociaciones: 1 paciente: 0.94%

-Diabetes + hipotiroidismo: 1

Parkinson: 3 pacientes: 2.83%

Ninguna: 42 pacientes: 39.62%

En nuestro estudio 48.11%(51 pacientes) no refirieron procedimientos quirúrgicos. El antecedente de histerectomía total abdominal se presentó en 22 pacientes(20.75%), colpoperineoplastia en 12.26%(13 pacientes) e histerectomía más colpoperineoplastia en 7 pacientes(6.60%).

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

Ninguno: 51 pacientes: 48.11%

Histerectomía Total Abdominal(HTA): 22 pacientes:20.75%

HTA +Colpoperineoplastia: 7 pacientes: 6.60%

Cistouretropexia: 3 pacientes: 2.83%

Colpoperineoplastia: 13 pacientes: 12.26%

Histerectomía Vaginal: 3 pacientes: 2.83%

HTA +BURCH: 6 pacientes: 5.66%

Sacropexia: 1 paciente:0.94%.

De las pacientes que contaban con el antecedente de histerectomía (abdominal o vaginal) ó colpoperineoplastia, en total 51 pacientes, 49 pacientes(96.07%) refirieron el síndrome de vejiga hiperactiva como severo y solo 2 pacientes(3.92%) como leve.

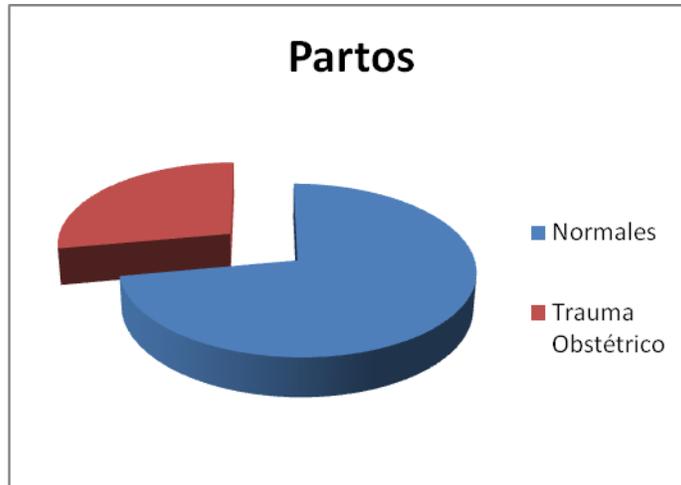


Cuadro 3. Severidad de la vejiga hiperactiva en pacientes con histerectomía o colpoperineoplastía.

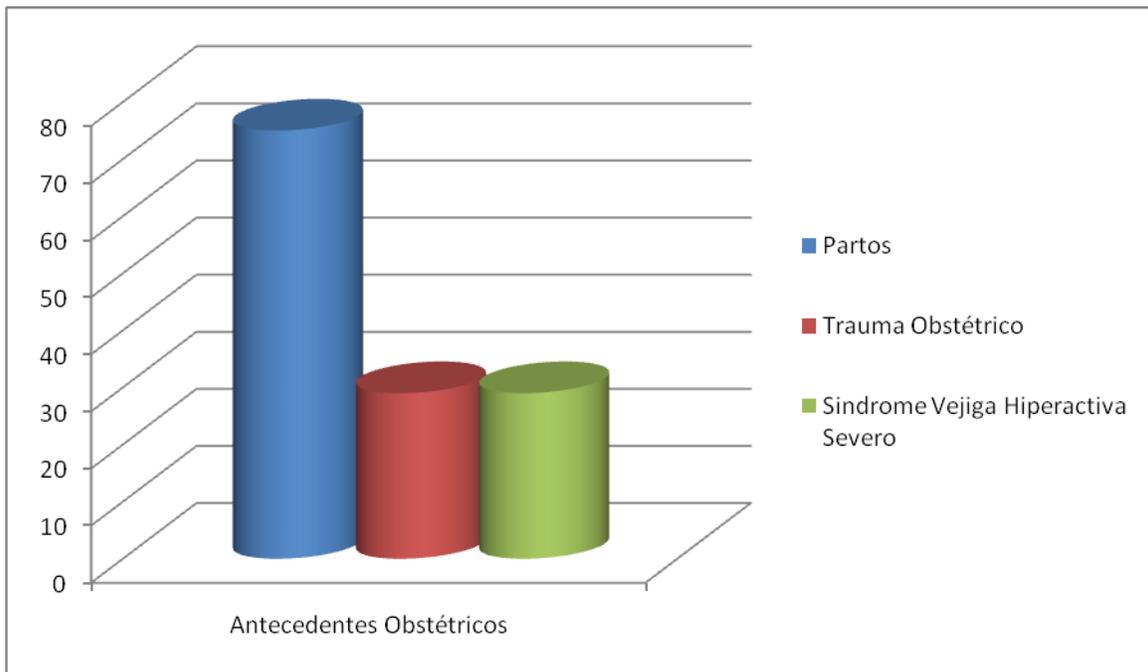
La mayoría de nuestras pacientes referían por lo menos 1 parto, 70.75%(75 pacientes) de las cuales 34 pacientes habían tenido 3 o más partos(45.33%).2 de esas pacientes referían hasta 10 partos vaginales.

14 pacientes refirieron episiotomías(18.66% del total de pacientes con parto),12(16%) el uso de fórceps, 9 pacientes(12%) recién nacidos macrosómicos(>4kg) y 8 pacientes(10.66%) refirieron desgarros. Así el 38.66% tenían antecedente de trauma obstétrico.

29 pacientes reportaron trauma obstétrico durante su parto (desgarros, fórceps, recién nacidos macrosómicos).El 100% de estas pacientes refirieron el síndrome como severo. Mientras tanto, de las pacientes que refirieron episiotomías durante el parto(14 en total), solo 3 pacientes (21.42%) refirieron el síndrome como severo y 9 pacientes (64.28%) refirieron el síndrome como leve.



Cuadro 4. Antecedente de trauma obstétrico en pacientes con parto en pacientes con vejiga hiperactiva.



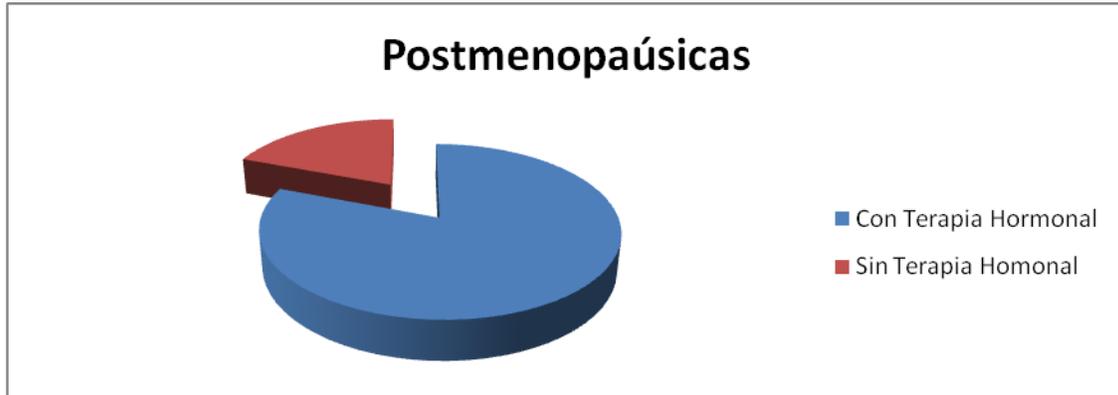
Cuadro 5. Severidad de la vejiga hiperactiva en pacientes con trauma obstetrico

Unidad de piso pélvico del Hospital Ángeles México

El antecedente de cesárea se presentó en 14 pacientes(13.20%) y de cesárea y parto en 8 pacientes(7.54%).

Otro dato importante que se observó fue que de las 106 pacientes, tanto premenopáusicas como postmenopáusicas, 72.64% (77 pacientes) no refirieron uso de terapia hormonal, mientras 27.35% (29 pacientes) si usaban terapia hormonal.

El total de pacientes postmenopáusicas fueron 73 (68.86%) de un total de 106 mujeres. De estas 73 pacientes, el 80.82% (59 pacientes) referían el uso de terapia hormonal y el 19.17% (14 pacientes) no usaban terapia hormonal.



Cuadro 6. Pacientes postmenopáusicas y uso de terapia hormonal

En nuestro estudio la observación urodinámica más frecuente fue detrusorfásico en 57 pacientes (53.77%) seguida por detrusorhiperrefléxico en 20 pacientes (18.86%).

OBSERVACION URODINAMICA

Detrusorfásico: 57 pacientes: 53.77%

Detrusorhiperrefléxico: 20 pacientes: 18.86%

Discinergiadetrusor-esfinter: 10 pacientes: 9.43%

Irritativo: 9 pacientes: 8.49%

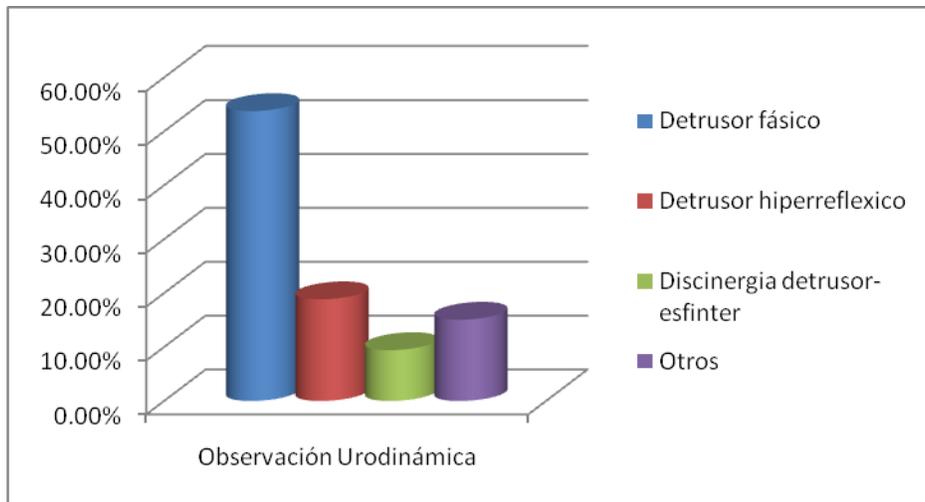
OTROS: 15.07%

Relajación uretral No Inhibida: 1 paciente: 0.94%

Detrusor Estable: 3 pacientes: 2.83%

Micción Disfuncional: 2 pacientes: 1.88%

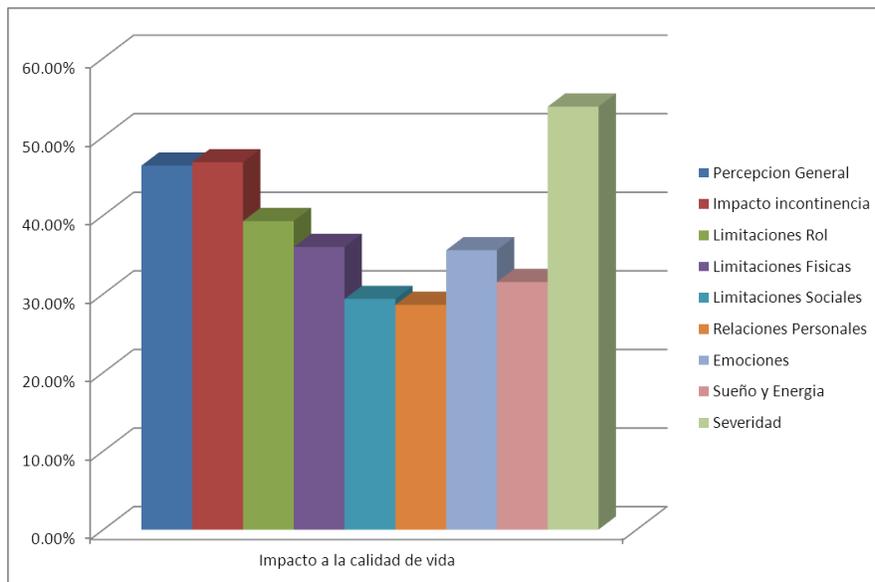
Trastorno del vaciamiento conductual: 4 pacientes: 3.77%



Cuadro 7. Observaciones urodinámicas más frecuentes en las pacientes con vejiga hiperactiva.

THE KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE fue utilizado en la evaluación de la calidad de vida en nuestro grupo de pacientes. Los resultados en porcentaje de afectación por apartado del cuestionario fueron los siguientes:

Percepción general de la salud(46.33%),Impacto de la incontinencia(46.75%),limitaciones de rol(39.27%),limitaciones físicas(35.97%),limitaciones sociales(29.36%), relaciones personales(28.61%),emociones(35.56%),sueño y energía(31.51%) y severidad(53.84%).



Cuadro 8. Impacto a la calidad de vida en pacientes con vejiga hiperactiva en el Hospital Ángeles México.

9.-DISCUSION

En México se ha reportado una prevalencia del 38% en mujeres mayores de 65 años y del 27% en mujeres menores de esta edad dentro de aquellas a las que se realiza estudio uro dinámico multicanal por sintomatología uroginecológica.⁽⁶⁾

La prevalencia en nuestro hospital fue de 40.3% teniendo en cuenta que la unidad de uroginecología y piso pélvico es una unidad de concentración de este tipo de pacientes, referidas allí por médicos del hospital debido a la dificultad para establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados para las diversas patologías uroginecológicas. El grupo más afectado concordando con la literatura fue el de más de 60 años. La edad es el factor de riesgo más importante para este padecimiento tanto en hombres como en mujeres.⁽⁷⁾

Se sabe que en el síndrome de vejiga hiperactiva 47.5% está asociado a incontinencia urinaria⁽⁸⁾. Actualmente, la mayoría de pacientes (66%) se presentan con síndrome “seco” (urgencia y frecuencia sin incontinencia urinaria) y síndrome “mojado” en alrededor de 33%, en este último subgrupo, no hay información disponible en cuanto a la frecuencia y severidad de la incontinencia urinaria.⁽⁷⁾

Contrario a la bibliografía 87 pacientes (82.07%) presentaron incontinencia urinaria “síndrome húmedo”, y 77 (72.65%) de ellas la refirieron como severa lo que podría ser explicado con los siguientes argumentos.

La Sociedad Internacional de Incontinencia define el término incontinencia como “cualquier pérdida involuntaria de orina” sin establecer la cantidad de la pérdida. La carencia de guías homogéneas para la cuantificación de la incontinencia urinaria disminuye la sensibilidad de los estudios epidemiológicos y consecuentemente la estimación correcta del síndrome de vejiga hiperactiva “seco” y “mojado”. Además de que las mujeres consideran que puede ser tolerable la frecuencia y la urgencia pero la incontinencia agrega un factor de deterioro y por ello se deciden a buscar ayuda, es posible que en nuestra población sea más frecuente la vejiga hiperactiva con incontinencia o húmeda por este factor.

Como se mencionó previamente más de 90% de los casos de vejiga hiperactiva no tienen causa aparente⁽¹⁴⁾. Distintas condiciones pueden dar lugar al síndrome. Por ejemplo alteraciones neurológicas como la demencia, parkinson, EVC, esclerosis múltiple y neuropatía pueden desencadenar una hiperactividad neurológica del detrusor.

La sobrecarga de volumen puede conducir a frecuencia urinaria y nocturia tal es el caso de condiciones sistémicas como falla cardíaca e insuficiencia venosa. La diabetes se asocia con detrusor hiperactivo y un pobre control glucémico puede conducir a diuresis osmótica y poliuria.⁽¹²⁾

En nuestro estudio, la diabetes fue la tercera comorbilidad más prevalente con un total de 10 pacientes (9.43%) 7 de las cuales referían la incontinencia urinaria como severa y así mismo la

observación urodinámica fue detrusorhiperrefléxico, asociado a deterioro en la diabetes de larga evolución.

Existen muchas causas de disfunción vesical y, en última instancia, de incontinencia urinaria (IU); entre ellas se destaca la de origen iatrogénico, más específicamente, farmacológico. Dentro de este grupo se resaltan los antagonistas α -adrenérgicos y β -adrenérgicos, los antipsicóticos, las benzodiazepinas (BDZ), los parasimpaticomiméticos, los antidepresivos, los agonistas del receptor 5-HT₄ de serotonina, la terapia de reemplazo hormonal (TRH), los anticolinérgicos, los agentes antiparkinsonianos y los diuréticos (por medio del aumento en la producción de orina)⁽¹⁵⁾

Es conocido el impacto de los medicamentos sobre la función vesical, sin embargo en nuestro estudio, la mayoría de los fármacos utilizados por las pacientes fueron antihipertensivos del tipo Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y no hay datos suficientes en la bibliografía que sustenten algún impacto de estos medicamentos sobre la función vesical.

La mayoría de los casos de vejiga hiperactiva son idiopáticos, la mayoría de las pacientes en el estudio 39.62% no refirieron enfermedades concomitantes y 45.28% no refirieron uso de medicamentos.

Sin embargo la enfermedad concomitante mas prevalente en nuestro estudio fue la hipertensión,seguido de diabetes e hipotiroidismo. Consecuentemente los medicamentos mas usados fueron los antihipertensivos (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y betabloqueadores),drogas tiroideas y asociaciones medicamentosasentre estas.

No esta clara la asociación de medicamentos tiroideos y la presencia de vejiga hiperactiva.

Otro factor importante para el síndrome de vejiga hiperactiva es el antecedente de cirugía anti-incontinencia, como la colposuspensión de Burch, llegándose a presentar vejiga hiperactiva de novo hasta en el 18.5%, pudiendo ser la causa la obstrucción secundaria o por lesión de la inervación autonómica por el desplazamiento lateral de la vejiga durante el procedimiento⁽⁵⁾ La cinta libre de tensión también puede estar implicada en el desarrollo de vejiga hiperactiva de novo hasta en el 9.1% de los casos. ⁽⁶⁾

En nuestro estudio 48.11% de las pacientes no refirieron antecedentes quirúrgicos siendo la histerectomía total abdominal el procedimiento más frecuente 20.7%, donde posiblemente el procedimiento lesiona inervación vesical.Procedimientos antiincontinencia como la operación de BURCH contrario a la bibliografía se presento solo en 5.66%.

El trabajo de parto y el nacimiento por vía vaginal puede dañar directamente tejidos blandos, provocar disrupción de la fascia endopélvica y lesionar las paredes vaginales, músculos y nervios, ocasionando daño anatómico y funcional en el piso pélvico. Este tipo de lesiones, así como la presencia de prolapso de órganos pélvicos (según la teoría integral de la continencia urinaria) en zona anterior y defectos posteriores causan sintomatología de vejiga hiperactiva. ⁽¹⁾

El 70.3% de las pacientes en el estudio referían por lo menos un parto, la mayoría de ellas eranmúltiparas observándose casos de hasta 10 gestas con 10 partos comprensible por un lado

por el grupo de edad en donde se presenta el síndrome de vejiga hiperactiva con mayor frecuencia(60 años).

El antecedente de trauma obstétrico es un dato muy importante y trascendental para la presencia de vejiga hiperactiva. En nuestro estudio todas las pacientes que tenían el antecedente de trauma obstétrico referían el síndrome como severo. Donde el trauma obstétrico causa lesión no solo somática del pudendo sino también autonómica a largo plazo.

En cuanto a la terapia hormonal es bien conocido que un déficit de estrógenos se asocia con atrofia urogenital condicionando síntomas del síndrome de vejiga hiperactiva, el uso de estrógenos intravaginales está indicado en pacientes postmenopáusicas con atrofia vaginal y síntomas del síndrome.

El 72.44% de las pacientes en general no usaron terapia hormonal, es de gran importancia el conocimiento de este dato debido a que el uso de estrógenos por las usuarias podría mejorar de forma significativa la sintomatología del padecimiento y/o la severidad del mismo por lo que es muy importante la labor del clínico para seleccionar y dar terapia hormonal local o vaginal de forma individualizada a las pacientes que lo requieran. El total de pacientes postmenopáusicas fueron 73 (68.86%) de un total de 106 mujeres. De éstas 73 pacientes, el 80.82%(59 pacientes) referían el uso de terapia hormonal y el 19.17%(14 pacientes) no usaban terapia hormonal.

De acuerdo a la sociedad internacional de incontinencia, se considera que una paciente tiene detrusor hiperactivo cuando se objetivan contracciones involuntarias durante la fase de llenado y estas pueden ser espontáneas y provocadas. Se distinguen 2 patrones: el detrusor hiperactivo fásico se caracteriza por la formación de ondas que suelen ser varias seguidas que regresan a su nivel previo con o sin incontinencia. El detrusor hiperactivo terminal es una contracción involuntaria que ocurre con la máxima capacidad que no puede ser inhibida y que produce incontinencia con vaciado de la vejiga como si fuera micción. La incontinencia por detrusor hiperactivo es la incontinencia por contracción involuntaria del detrusor.

De acuerdo a la bibliografía la observación urodinámica que con mayor frecuencia se observa es la hiperactividad del detrusor, la cual se puede apreciar hasta en un 60% de los casos.⁽¹⁴⁾

La observación urodinámica mas frecuente en nuestro estudio fue detrusor fásico en 57 pacientes(53.77%) seguida por detrusor hipereflexico en 20 pacientes(18.86%) las cuales referían incontinencia severa en todos los casos.

La vejiga hiperactiva provoca gran impacto en la calidad de vida. De acuerdo a una escala hasta del 0 al 100%, se ha demostrado que provoca impacto en la salud (53%), estado emocional (42%), energía y sueño (37%), limitaciones físicas (34%), limitación del rol (29%) y limitaciones sociales (22%).⁽¹⁴⁾

El rubro con mayor afectación en nuestro estudio fue la percepción general de la salud con un 46.33 % y la percepción de la severidad en 53.84% cifras no distantes de las de la bibliografía, lo que indica que aunque la incontinencia urinaria y la urgencia con frecuencia y nocturia componentes de la vejiga hiperactiva hacen sentir a la mujer “enferma” aunque si bien no es una enfermedad, afecta más la calidad de vida que otras patologías crónicas y degenerativas por el impacto social y el estigma que representa.

La importancia social del síndrome es todavía subestimado en diferentes países incluyendo el nuestro debido a los pocos reportes epidemiológicos.

El implemento de las nuevas herramientas clínicas tales como los cuestionarios del impacto a la calidad de vida, ayudaran a los clínicos a identificar la afectación que la patología causa en la calidad de vida ya que muchas pacientes no lo mencionan como tal, pero al realizar el cuestionario autoaplicable en médico se da cuenta del impacto y la severidad del problema de salud en pacientes en riesgo de presentar vejiga hiperactiva. Así mismo, la estandarización de la terminología y las herramientas diagnósticas ayudarán a tener nuevos datos para establecer la prevalencia real del padecimiento y tener así estudios epidemiológicos.

10.CONCLUSIONES

Las conclusiones de nuestro estudio fueron las siguientes:

La prevalencia de vejiga hiperactiva en nuestro hospital desde la apertura de la clínica hasta junio 2010 es de 40.3%.

Las principales características demográficas de las pacientes por mayor porcentaje de las variables fueron las siguientes:

- Edad mayor a 60 años
- Amas de casa
- Casadas
- Antecedentes familiares de incontinencia
- Consumidoras de café
- Sin enfermedades concomitantes ni uso de medicamentos
- Sin antecedente de cirugía antiincontinencia
- Múltiparas

Los síntomas referidos de frecuencia, urgencia con incontinencia urinaria severa principalmente con una duración del padecimiento mayor a 5 años.

La etiología continua siendo idiopática.

En el estudio de urodinamia la principal observación fue detrusorfásico.

THE KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE fue utilizado en la evaluación de la calidad de vida en nuestro grupo de pacientes arrojando los siguientes resultados:

- Percepción general de la salud (46.33)
- Impacto de la incontinencia (46.75%)
- limitaciones de rol (39.27%)
- limitaciones físicas (35.97%)
- limitaciones sociales (29.36%)
- relaciones personales (28.61%)
- emociones (35.56%)
- sueño y energía (31.51%)
- severidad (53.84%)

El síndrome de vejiga hiperactiva es una condición prevalente e incapacitante que afecta a millones de personas en el mundo predominantemente en mujeres siendo la edad el factor de riesgo más importante.

El síndrome implica un significativo impacto social para la paciente, la comunidad y los sistemas de salud.

Sin importar si se trata de un “síndrome mojado o seco “, la vejiga hiperactiva tiene un gran impacto en las actividades sociales, ocupacionales, psicológicas y sexuales generando también grandes costos que afectan la economía de las pacientes.

Las implicaciones financieras así como el diagnóstico y tratamiento del padecimiento son subestimadas.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Abrams P. et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardization sub-committee of the international continence society. *NeurourolUrodyn* 2002;21(2):167-78.
2. Miller J, Hoffman E. The causes and consequences of overactive bladder. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006 Apr;15(3):251-60.
3. Miller JJ, Sand PK. Diagnosis and treatment of overactive bladder: *Minerva Ginecol*. 2005 Oct;57(5):501-20.
4. Currie CJ, McEwan P, Poole CD, Odeyemi IA, Datta SN, Morgan CL. The impact of the overactive bladder on health-related utility and quality of life. *BJU Int*. 2006 Jun;97(6):1267-72.
5. Patel AS, O'Leary ML, Stein RJ, Leng WW, Chancellor MB, Patel SG, Borello-France D. The relationship between overactive bladder and sexual activity in women. *Int Braz J Urol*. 2006 Jan-Feb;32(1):77-87.
6. Solano-Sánchez SR, Velázquez MP, Rodríguez S, Kunhardt J. Estudio comparativo de la prevalencia de vejiga hiperactiva en pacientes menores de 50 años con y sin hiperprolactinemia. *Ginecología y Obstetricia de México* 2006, 74: 345-348.
7. Tubaro y palleschi, Overactivebladder: epidemiology and social impact. *Current Opinión in Obstetrics and Gynecology* 2005, 17: 507-51
8. Feria BG y Cols. Vejiga hiperactiva. *RevMex .Urol* 2005: 65(1): 50-54.
9. William R et al. A review of the quality-of-life aspects of urinary urge incontinence. *Pharmaco Economics* 1996;9(1):1-11.
10. DuBeau CE, Levy B, Mangione CM, Resnick NM. The impact of urge urinary incontinence on quality of life. *JAGS* 1998;46:683-692.
11. Brown JS, McGhan WF, Chokroverty SA. Comorbidities associated with overactive bladder. *Am J Managed Care* 2001;(6 Supl)S574-579
12. E DuBeau C, Clinical presentation and diagnosis of urinary incontinence. Up to date Last literature review version 17.3: September 2009.
13. William R et al. A review of the quality-of-life aspects of urinary urge incontinence. *PharmacoEconomics* 1996;9(1):11-23

14. Velázquez Sánchez et al. Diagnóstico y tratamiento de la vejiga hiperactiva idiopática. Guía de práctica clínica 2008. Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia, A.C.
15. Tsakiris P, Oelke M, Michel M, Incontinencia Urinaria Asociada con el Uso de Fármacos *Drugs&Aging* 25(7):541-549, 2008)
16. Brenes Bermúdez. Vejiga hiperactiva, ABS Llefia. Badalona. Coordinador del Grupo de Trabajo del Enfermo Urológico de SEMERGEN. Manuales clínicos. http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/vejiga_hiperactiva.pdf
17. Miralles R, Esperanza A. Técnicas conductuales en la vejiga hiperactiva. En Verdejo C, *Vejiga hiperactiva y personas mayores (monografías en geriatría)*, 2004;44-55.
18. Berghmans B. El papel del fisioterapeuta pélvico. *Actas Urológicas Españolas* 2006;30(2):110-122.
19. Hashim H, Abrams P. Drug treatment of overactive bladder efficacy, cost and quality-of-life considerations. *Drugs* 2004;64(15):1643-1656.
20. Hay-Smith J, Herbison P, Ellis G, Moore K. Fármacos anticolinérgicos versus placebo para el síndrome de vejiga hiperactiva en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

12. ANEXO 1

THE KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE

1. ¿COMO DESCRIBIRIA SU SALUD EN EL PRESENTE?			
MUY BUENA BUENA REGULAR POBRE MUY POBRE			
2.¿COMO PIENSA QUE EL PROBLEMA DE SU VEJIGA AFECTA SU VIDA?			
NADA UN POCO MODERADAMENTE UNA GRAN CANTIDAD			
A continuación se presentan algunas de las actividades diarias que pueden verse afectados por problemas de vejiga. ¿Cómo le afecta su problema de la vejiga? Nos gustaría que usted conteste todas las preguntas. Simplemente marque la casilla que le corresponda			
3.LIMITACIONES DE ROL	NO	1	POCO 2
MODERADAMENTE 3 MUCHO 4			
A. ¿Su problema de la vejiga afecta las tareas del hogar? (Limpieza, etc compras)			
B. ¿Su problema de la vejiga afecta su trabajo o sus actividades diarias normales fuera del hogar?			
4.LIMITACIONES FISICA Y SOCIALES	NO	1	POCO 2
MODERADAMENTE 3 MUCHO 4			
A ¿Su problema de vejiga afecta a sus actividades físicas (por ejemplo, va a caminar, correr, deporte, etc gimnasio)?			
B. ¿Su problema de vejiga afecta su capacidad de viajar?			
C. ¿Su problema de la vejiga			

afecta su vida social?			
D. ¿Su problema de la vejiga afecta su capacidad para ver y visitar a los amigos?			
5.RELACIONES PERSONALES	NO APLICA 0	NO 1	POCO 2
MODERADAMENTE 3	MUCHO 4		
A. ¿Su problema de la vejiga afecta su relación con su pareja?			
B. ¿Su problema de la vejiga afectar su vida sexual?			
C. ¿Su problema de la vejiga afecta su vida familiar?			
6.EMOCIONES	NO 1	POCO 2	MODERADAMENTE 3
MUCHO 4			
A. ¿Su problema de la vejiga hace que se siente deprimido?			
B. ¿Su problema de la vejiga hace que se sienta ansioso o nervioso?			
C. ¿Su problema de la vejiga hace que se sienta mal contigo mismo?			
7.SUEÑO Y ENERGIA	Nunca 1	A veces 2	A menudo 3
tiempo 4			Todo el
A. ¿Su problema de la vejiga afecta su sueño?			
B. ¿Su problema de la vejiga que usted se siente agotado y cansado?			

8. ¿ HACE ALGO DE LO SIGUIENTE? Nunca 1 A veces 2 A menudo 3 Todo el tiempo 4

A. ¿Utiliza pañales para no mojarse?

B. ¿Es cuidadoso con la cantidad de líquido que puede beber?

C. ¿Cambia su ropa interior porque se moje?

D. ¿Se preocupa debido a su olor?

Nos gustaría saber ¿cuáles son sus problemas de vejiga y cuánto le afecta a usted?

En la lista siguiente, selecciona sólo los problemas que usted tiene en la actualidad. Deje a los que no se aplican a usted.

¿Cuánto le afecta a usted?

FRECUENCIA: ir al baño muy a menudo

1. Un poco 2.Moderadamente 3.Una gran cantidad

NOCTURIA: levantarse por la noche para orinar

1. Un poco 2.Moderadamente 3.Una gran cantidad

URGENCIA: un fuerte y difícil control de el deseo de orinar

1. Un poco 2.Moderadamente 3.Una gran cantidad

Incontinencia de urgencia: fuga de orina asociado con un fuerte deseo de orinar

1. Un poco 2.Moderadamente 3.Una gran cantidad

Incontinencia por stress: pérdida de orina con actividad física, por ejemplo, tos, corriendo,etc.

1.Un poco 2.Moderadamente 3.Una gran cantidad

Enuresis nocturna: mojar la cama por la noche

1.Un poco 2.Moderadamente 3.Una gran cantidad

RELACIONES SEXUALES E INCONTINENCIA: fugas de orina con las relaciones sexuales

1.Un poco 2.Moderadamente 3.Una gran cantidad

INFECCIONES

1. Un poco 2.Moderadamente 3.Una gran cantidad

Dolor de la vejiga

1. Un poco 2.Moderadamente 3.Una gran cantidad

GRACIAS POR SU TIEMPO

CALCULO DE PUNTUACIONES (SCORE)

Percepción general de la Salud

Muy bueno 1

Bueno 2

Regular 3

Mala 4

Muy mala 5

Score = ((Puntuación a Q1 - 1)/4) x 100 Puntuación = ((Puntuación a Q1 - 1) / 4) x 100

Impacto de la Incontinencia Urinaria

No, en absoluto 1

Un poco 2

Moderadamente 3

Mucho 4

Score = ((Puntuación a Q2 - 1)/3) x 100 Puntuación = ((Puntuación a Q2 - 1) / 3) x 100

PARTE 2

Las puntuaciones individuales se recuerdan en la parte superior de cada apartado

Limitaciones de rol

Puntuación = (((Las puntuaciones a Q 3A + 3B) - 2) / 6) x 100

Las limitaciones físicas

Puntuación = (((Las puntuaciones a Q + 4A 4B) - 2) / 6) x 100

Limitaciones sociales

[Si 5C > / = 1 Puntuación] = (((Puntuación a Q + 4C + 4D 5C) - 3) / 9) X 100

[Si 5C Puntuación = 0] = (((Puntuación a Q + 4C 4D) - 2) / 6) x 100

Las relaciones personales

[Si Si B > = 2] Puntuación 5A = (((Las puntuaciones a Q + 5A 5B) - 2) / 6) x 100

[Si 5A 5 B = 1 Puntuación] = (((Las puntuaciones a Q + 5A 5B) - 1) / 3) x 100

[Si 5A 5 B = 0] Tratar como falta de valor

Emociones

Puntuación = (((Puntuación a Q + 6A 6B 6C +) - 3) / 9) X 100

Sueño / Energía

Puntuación = (((Las puntuaciones a Q + 7A 7B) - 2) / 6) x 100

Severidad

Puntuación = (((Las puntuaciones a Q + 8A 8B + + 8C 8D) - 4) / 12) x 100

PARTE 3

Escala de puntuación

Se omite 0

Un poco 1

Moderadamente 2

Mucho 3

ANEXO 2

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

EDAD	20-30	30-40	40-50	50-60	>60				
OCUPACION	hogar	profesionista	empleada	comerciante	empresaria	otras			
ESTADO CIVIL	soltera	casada	viuda	union libre	No especifica				
TOXICOMANIAS	tabaco	café	alcohol	otras	ninguna				
ANTECEDENTE FAMILIAR DE INCONTINENCIA	si	no							
MEDICAMENTOS	Anticolinergicos	alfa agonistas	beta bloqueadores	neurolepticos	antag. canales ca				
ENFERMEDADES	hipertension	diabetes	EVC	Hipotiroidismo		artropatias	neuropatia P.		
ANTECEDENTES QUIRURGICOS	HTA	HV	Colporrafia	cistrouretropexia	cinta o cabestrillo	Proc.aguja	Cx.pelvica		
ANTECEDENTES OBSTETRICOS:	Gestas	Partos	Cesáreas	aborto	episiotomía	Forceps	Kristeller	Pujo prolongado	RN Macrosomico
ESTADO HORMONAL	Premenopausica	Posmenopausica	Terapia Reemplazo	Sistémica	Local				
DIAGNOSTICO	Clinico	Urodinámico	CNI del detrusor	Baja Cap.Vesical					
INCONTINENCIA	No	Si	Leve	Moderada	Severa				
TIEMPOS DE EVOLUCION	< 1 año	1 a 5 años	> 5 años						
IMPACTO A LA CALIDAD DE VIDA	Percepcion gener	Impacto de la incc	Limitaciones de Rc	Limitaciones Sociales	Relaciones Person	Emociones	Energía y Sueño	Severidad	