



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A
INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL
INTEGRAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE SONORA.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. DAVID PAREDES NEVAREZ

HERMOSILLO, SONORA

JULIO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A
INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL
INTEGRAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE SONORA.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DR. DAVID PAREDES NEVAREZ

Dra. Elba Vázquez Pizaña

Director de la División de Enseñanza, Investigación y Calidad
Hospital Infantil del Estado de Sonora

Dr. Luis Antonio González Ramos

Director General
Hospital Infantil del Estado de Sonora

Dr. Felipe Arturo Méndez Velarde

Profesor Titular del Curso Universitario

Dr. José Aurelio Rentería Medina

Director de Tesis

Dr. Adalberto Rafael Rojo Quiñonez

Asesor de Tesis

HERMOSILLO, SONORA

JULIO 2013

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de este camino, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y felicidad.

A mis padres por su cariño, fe y confianza, que me dieron la base y firmeza de este camino, motivo de inspiración.

A Doctor José Aurelio Rentería Medina, Doctor Adalberto Rafael Rojo Quiñonez e Ingeniero Ignacio Fonseca por transmitirme sus enseñanzas y dedicarme parte de su valioso tiempo, sin el cual no habría sido posible la realización de este trabajo.

Al Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora por formarme como Ginecólogo y Obstetra.

ÍNDICE	PÁG.
INTRODUCCIÓN	5
RESUMEN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
MARCO TEÓRICO	10
Generalidades	10
Definiciones y clasificación	10
Evaluación del paciente incontinente	17
Incontinencia urinaria de esfuerzo	22
Incontinencia urinaria de urgencia	28
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	34
OBJETIVOS	35
Generales	35
Específicos	35
HIPÓTESIS	36
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	37
ALCANCE	38
MATERIALES Y MÉTODOS	39
Generalidades	39
Criterios de selección	40
ANÁLISIS DE DATOS	41
RESULTADOS	42
DISCUSIÓN	50
CONCLUSIONES	52
ANEXOS	53
BIBLIOGRAFÍA	59

Palabras clave: Incontinencia urinaria. Prevalencia. Factor de riesgo.

INTRODUCCIÓN

La Incontinencia urinaria (IU) se define como un síntoma, signo o condición. Síntoma es la queja de cualquier pérdida voluntaria de orina, el signo se describe como la observación de la pérdida urinaria durante la exploración y la condición se refiere al diagnóstico por urodinamia. (1)

La incontinencia, una condición médica sindrómica multifactorial altamente prevalente en mujeres, es causa frecuente de problemas médicos, sociales y psicológicos, que afecta significativamente la calidad de vida de las pacientes. (3) Aunque la IU no amenaza la vida del paciente, es un problema que provoca incomodidad, humillación, vergüenza y limitación importante de la actividad laboral, educacional, familiar e individual, lo que llega a convertirla en una especie de cáncer social.

En México, la incidencia y prevalencia de la incontinencia urinaria se desconocen. Existen diversos factores de riesgo para incontinencia urinaria: embarazo, paridad, factores obstétricos, menopausia, histerectomía, obesidad, tabaquismo, antecedentes familiares, dieta y genética, estado neurológico, integridad del colágeno, paridad vía vaginal, cirugías previas, radiaciones, tos crónica, raza blanca, edad y medicamentos.(2)

En México, datos de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en 2001, dejaron ver que de las mujeres entrevistadas con edad comprendida entre los 65 y 84 años de edad, 11.1% tenía pérdidas urinarias al momento de la entrevista. En el grupo de población mayor de 85 años de edad, 22% de las mujeres informó pérdidas urinarias. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2001).

En el caso de la IU, la heterogeneidad de cifras de prevalencia es consecuencia de las diferencias entre los estudios respecto de la definición de incontinencia utilizada (en términos de números de escapes y su frecuencia), de las tasas de respuesta, la inclusión de sujetos institucionalizados, los métodos de recogida de datos, las preguntas usadas en los cuestionarios y la manera en que son respondidas, el periodo sobre el que se reporta la IU y la gravedad o importancia de la IU. (3) Con estos condicionantes no es de extrañar que se encuentren diferencias considerables entre los estudios realizados en un mismo país.

Tradicionalmente, se ha considerado como tema tabú por la sociedad y no ha recibido la atención y dedicación necesaria por parte de los profesionales de la salud. Por motivos culturales y/o pudor, la mujer sufre con resignación, y la mayoría de las veces en silencio, su problema como algo inevitable y natural, no consultando a su médico en un elevado porcentaje de casos.

Conocer la prevalencia y factores de riesgo asociados a Incontinencia Urinaria, así como sus complicaciones y causas de morbi-mortalidad, cobra gran importancia para la prevención y mejoría en la calidad de vida de las pacientes.

El presente estudio se llevó a cabo en pacientes con diagnóstico de Incontinencia Urinaria que acuden a consulta al Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora (HIMES), en el periodo de 2011 a 2012. Con este estudio se pretende describir la experiencia en nuestro Hospital con la finalidad de realizar prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno evitando complicaciones a corto o largo plazo.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La incontinencia urinaria es una condición médica sindrómica multifactorial altamente prevalente en mujeres, es causa frecuente de problemas médicos, sociales y psicológicos, que afecta significativamente la calidad de vida de las pacientes. (3)

OBJETIVO: Conocer la prevalencia y factores de riesgo asociados a Incontinencia Urinaria en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora (HIMES). **MATERIAL Y**

MÉTODOS: Es un estudio transversal de pacientes de incontinencia urinaria de 26 a 85 años edad, en el periodo del 01 de enero de 2011 y 31 de diciembre de 2012; las variables analizadas fueron edad, paridad, tipo de incontinencia, estado nutricional, alteraciones anatómicas, enfermedades concomitantes, cirugías ginecológicas previas, factores ocupacionales, antecedentes ginecoobstétricos y utilización de medicamentos. Los datos se recopilaron en una hoja de cálculo de Excel y su análisis en paquete estadístico JMP 8.0.

RESULTADOS: Son 113 pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria, prevalencia de 56.6%. La edad promedio fue 52 \pm 12.1 años, rango de 26 a 85 años (p 0.0014*). El tipo de incontinencia de esfuerzo en 52%, urinaria mixta 26% y urinaria de urgencia 21%. El índice de masa corporal promedio (IMC) fue de 29.6, la media de estatura 1.61 m y de peso 75 kg. El cistocele se presentó en el 50%, hipertensión arterial y estreñimiento crónico 5%, diabetes mellitus en un 29%. Antecedente de colpoplastia 9%, realizar cargas pesadas 54%, más de 3 partos vaginales en 58%, dos partos 34% y un parto el 6% de las variables significativas (p 0.0012*). **CONCLUSIONES:** La incontinencia urinaria presenta alta prevalencia en el HIMES en relación a datos estadísticos mundiales. No hay incremento lineal de la prevalencia

con la edad, como se encuentra en otra serie de estudios. El factor de riesgo asociado es la multiparidad y el IMC con la incontinencia de esfuerzo, que es la más relacionada con el IMC

Palabras clave: Incontinencia urinaria. Prevalencia. Factor de riesgo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Sociedad Internacional de Continencia definió a la incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable, con tal grado de severidad que es un problema social o higiénico. Se sugiere que a la pérdida de orina se le indique frecuencia, severidad, factores precipitantes, repercusión social, efecto en la higiene y calidad de vida, medidas utilizadas para contener la pérdida, siendo el problema a identificar en este estudio los principales factores de riesgo en pacientes con incontinencia urinaria para realizar prevención oportuna.(4)

Los datos epidemiológicos son heterogéneos y difíciles de comparar por las diferencias en las definiciones de incontinencia, los grupos estudiados y los diseños de investigación. Diferentes estudios han demostrado variedad en la tasa de prevalencia de este padecimiento y se atribuyen a definiciones utilizadas, diseño de cuestionarios, población de estudio y criterios de selección. La incontinencia urinaria ocasiona costos elevados a quien la padece y a los servicios de salud.

A pesar de su impacto, tanto en términos económicos como en la calidad de vida, su prevalencia no está bien establecida y varía en distintos estudios en el mundo desde el 3 al 40% en relación con la edad y el sexo. (5) Según distintos estudios, la incontinencia urinaria es motivo de consulta en menos del 30% de los casos, y la mayoría de las veces es un problema que sólo conoce la persona que lo padece. (2) La atención primaria resulta el nivel asistencial idóneo para el diagnóstico precoz de la incontinencia urinaria ya que permite un abordaje efectivo y la prevención.

MARCO TEÓRICO

La incontinencia urinaria (IU), según la International Continence Society (ICS), es cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema social o higiénico (1). Se presenta tanto en personas sanas como asociada a diferentes enfermedades, y puede ser consecuencia de diversas causas. No se ha venido considerando una enfermedad per se, lo que unido a la falta de consenso sobre su definición ha dificultado su conocimiento. A ello hay que añadir el no haber estado incluida en los temarios formativos (universitarios y de todo tipo). Además, su identificación, cuantificación y adecuado tratamiento desde el punto de vista asistencial han sido muy escasos, a pesar de que se trata de un problema clínico relevante, tanto por su prevalencia como por sus connotaciones psicosociales y económicas.

La IU en los últimos años ha experimentado una creciente atención por parte de todos los medios sociales (autoridades y personal sanitario, población en general e incluso medios de comunicación), en parte debido al envejecimiento de la población. Pese a que las empresas farmacéuticas han desarrollado fármacos útiles en algunos tipos de IU (lo que le ha aportado un valor añadido a la enfermedad), el mayor gasto relacionado con su control sigue estando relacionado con los absorbentes derivados de la celulosa.

DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES

La ICS clasificó en el año 2002 los síntomas del tracto urinario inferior en síntomas de la fase de llenado y síntomas miccionales. La incontinencia, como síntoma de la fase de llenado, se define como la enfermedad, o condición médica, caracterizada por cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema higiénico o social (1). Hasta ese año, la falta de

consenso en la definición ocasionaba graves problemas a la hora de realizar trabajos epidemiológicos.

La IU no es una enfermedad que ponga en peligro la vida del paciente, pero deteriora significativamente la calidad de vida de quien la padece, ya que reduce su autoestima y merma su autonomía (2).

Los estudios de prevalencia de la incontinencia muestran una enorme variación (Anexo 1), lo que puede tener su origen en el uso de distintas definiciones (hasta la consensuada en el congreso de la ICS del año 2002), en el método empleado en los estudios (cuestionarios, entrevistas, etc.), así como en el tipo de muestra.

La prevalencia media estimada ronda el 20%-30% en términos generales, con una elevación de hasta el 30%-40% en las personas de mediana edad y de hasta un 30%-50% en los ancianos. La incidencia de IU aumenta linealmente con la edad hasta ser considerada como uno de los síndromes geriátricos, tanto por su elevada prevalencia en mayores de 65 años como por el impacto negativo que ocasiona en el anciano que la sufre (6). En un estudio epidemiológico modélico realizado en Noruega en 27.938 mujeres mayores de 20 años (estudio EPINCONT), el 25% decía presentar algún tipo de IU (7) (Anexo 2).

La mayor incidencia y prevalencia de incontinencia en las mujeres de raza blanca que se observa en la literatura puede estar relacionada con diferencias raciales, pero hay una clara falta de trabajos en otras etnias, lo que implica un importante sesgo en esta aseveración.

El porcentaje de incontinencia grave o significativa oscila entre el 3% y el 17%. A pesar de esta elevada prevalencia global, sorprende el escaso número de consultas médicas que se

generan por este motivo (3). La mayoría de los pacientes utilizan absorbentes como método de control de su incontinencia, hecho fomentado desde los medios de comunicación y la publicidad, con un elevado coste no sólo en términos económicos (8) sino ecológicos (empleo masivo de celulosa).

En cuanto al tipo de incontinencia, desde un punto de vista sintomático y de acuerdo con las directrices de la ICS, ésta puede clasificarse de diferentes formas:

Incontinencia urinaria de esfuerzo

La IU de esfuerzo (IUE) es la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (como toser, reír, correr o andar).

Incontinencia urinaria de urgencia

La IE de urgencia (IUU) es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de “urgencia”. Entendemos por “urgencia” la percepción por el paciente de un deseo miccional súbito claro e intenso, difícil de demorar y con miedo al escape (1). La ICS también define el síndrome de vejiga hiperactiva como el conjunto de síntomas de la fase de llenado caracterizado por urgencia miccional como síntoma principal (deseo miccional imperioso con miedo al escape), con o sin incontinencia, habitualmente asociado a frecuencia miccional elevada y nocturia. Debe quedar bien claro que el síndrome de vejiga hiperactiva es un síndrome exclusivamente clínico. Así pues, dicho síndrome puede cursar o no con IU y puede ser la expresión clínica de etiología muy variada. La estudiaremos de forma indirecta en la sección Incontinencia Urinaria de urgencia.

Incontinencia urinaria mixta

Se trata de un tipo de incontinencia que se asocia a urgencia miccional y también a los esfuerzos, al ejercicio, a los estornudos o a la tos.

Insuficiencia urinaria “continua”

Es la pérdida involuntaria y continua de orina. Puede deberse a una fístula vesicovaginal, a una desembocadura ectópica de un uréter en la vulva o a una lesión grave del sistema esfinteriano (lo que se ha denominado “deficiencia esfinteriana intrínseca”).

Enuresis nocturna

Se refiere a cualquier pérdida involuntaria de orina durante el período de sueño.

Incontinencia urinaria por rebosamiento

Algunos autores la denominan “incontinencia urinaria inconsciente”. Es la IU que se aprecia en pacientes sin deseo miccional alguno. El enfermo presenta incontinencia que suele requerir al uso de absorbentes y que origina un cuadro también denominado “retención crónica de orina”. El motivo suele ser una obstrucción infravesical con dilatación de todo el tracto urinario, incluido el superior, y que suele acompañarse de insuficiencia renal postrenal.

Otros tipos de incontinencia urinaria

Otros tipo de IU son la que se produce durante el coito, tanto en la mujer como en el varón, o climacturia (sobre todo en pacientes intervenidos de prostatectomía radical), la incontinencia con la risa (giggle incontinence) y el goteo postmiccional.

Incontinencia “funcional”

Se puede denominar así al tipo de IU que se produce en pacientes cuyo aparato urinario no tiene problema alguno, pero que debido a trastornos físicos (movilidad reducida), cognitivos (demencia), arquitecturales (barreras arquitectónicas en pacientes con movilidad reducida) o al uso de determinados medicamentos no son capaces de llegar al baño. Este tipo de IU suele observarse en pacientes ancianos, en los que pueden coexistir diversos factores como delirio, infección urinaria, atrofia vaginal, factores psicológicos, fármacos (pharmacologic), movilidad restringida, exceso de diuresis (poliuria) o impactación fecal (stool impaction), que constituye la regla nemotécnica DIAPPRES (8).

Anatomía y fisiología del aparato urinario inferior y del suelo pélvico

El periné podemos entenderlo como el elemento de cierre inferior de la cavidad abdomino-perineal, formado por un anillo óseo pélvico (sacro y coxales) y una serie de ligamentos, aponeurosis y músculos, de los cuales el elevador del ano constituye su elemento dinámico más potente e importante. La inervación motora del elevador del ano se realiza desde fibras somáticas que provienen de los mielómeros sacros mediante el nervio pudendo. Recientemente se ha definido otro nervio (el perineal interno), con una función paralela al pudendo, pero menos importante. El tono del componente muscular del periné, así como la integridad y estabilidad de los elementos aponeuróticos y ligamentosos, son imprescindibles no sólo para la estabilidad de las vísceras perineales, sino también porque desempeñan un papel trascendental en la dinámica y el mantenimiento de la continencia urinaria y fecal. Estudios como los realizados por Petros y Ulmsten (9) han puesto de relieve la importancia del periné en la dinámica miccional y fecal.

El aparato urinario inferior está constituido por la vejiga y la uretra. La vejiga es una víscera hueca cuyas paredes están constituidas por fibras musculares lisas (detrusor). Su interior se encuentra recubierto por el urotelio, epitelio altamente especializado capaz de estar en contacto con la orina. Se continúa con la uretra, que posee el sistema esfinteriano como elemento necesario para la continencia. El sistema esfinteriano está formado por el esfínter interno en el cuello vesical, que no es otra cosa que una condensación de las fibras musculares lisas del detrusor y el esfínter externo, constituido por fibras musculares estriadas. La diferente anatomía del hombre y la mujer viene dada por la presencia del aparato genital, lo que confiere a ambos sexos unas características fisiológicas diferentes, así como una distinta tendencia en lo que se refiere a la patología urinaria (la mujer está mucho más expuesta a problemas de incontinencia de esfuerzo, mientras que en el varón predominan los problemas de tipo obstructivo por la presencia de la próstata y su comportamiento obstructivo con la edad).

El sistema nervioso inerva al aparato urinario inferior y a la musculatura del suelo pélvico mediante el sistema nervioso somático y autónomo. Se trata de un modelo de inervación que persigue la continencia y que pone de relieve la importancia de la misma no sólo por motivos de tipo “higiénico”, concepto muy reciente en nuestra evolución como especie, sino que probablemente indica una necesidad de supervivencia dentro de la misma (la orina es una sustancia fácilmente rastreable para los depredadores).

El sistema nervioso central muestra una jerarquización compleja en lo referente a la inervación del aparato urinario inferior y el periné (Anexo 3).

Desde centros corticales muy integrados con la corteza prefrontal y otros núcleos, tomamos la decisión de orinar tras tener constancia sensitiva del deseo miccional (sensibilidad vesical al llenado). A nivel pontino, existe un centro que coordina los distintos reflejos viscerales necesarios para que la micción se realice de una forma coordinada (contracción del detrusor y relajación del sistema esfinteriano).

El sistema que promueve la contracción del detrusor es el parasimpático, cuyo centro se encuentra en las astas intermediolaterales de los mielómeros sacros (S2, S3 y S4).

Este núcleo funciona mediante reflejos viscerales (las aferencias procedentes de la vejiga intentan desencadenar el reflejo miccional, pero es el centro pontino el que durante el llenado impide que el reflejo se desencadene). El sistema parasimpático actúa mediante receptores M2 y M3 que se encuentran en el detrusor.

Desde niveles más altos (astas intermedio laterales de los mielómeros torácicos T12-L2), el centro simpático inerva el denominado “esfínter interno”, condensación de fibras musculares lisas del detrusor a nivel del cuello, rico en receptores alfa. Su activación se realiza mediante reflejos viscerales y su función es “permitida” por el centro pontino durante el llenado vesical.

El esfínter uretral externo, el esfínter estriado anal y el músculo elevador del ano están inervados por fibras somáticas que proceden de motoneuronas alfa del núcleo de Onuf (localizado en las astas anteriores de los mielómeros sacros S2-S4). Está bajo el control de la vía piramidal, lo que indica su posible contracción voluntaria. Este sistema también está sometido a reflejos somáticos, como el que se produce instantes antes de un estornudo o un acceso de tos y que permite asegurar la continencia urinaria y fecal. Estos sistemas esfinterianos estriados están formados por dos tipos de fibras: unas de contracción lenta y

mantenida y otras de contracción rápida pero de corta duración, que son las que se activan justo antes de los esfuerzos.

El conocimiento de los sistemas que inervan al aparato urinario inferior permite un mejor conocimiento de la fisiología y es esencial para entender su comportamiento en los distintos tipos de lesiones del sistema nervioso (vejiga neurógena). Cuando desde centros corticales hemos decidido orinar y el medio nos es propicio, relajamos de forma voluntaria tanto el periné como el sistema esfinteriano estriado (inhibimos la actividad del pudendo) y la orden dada al centro pontino hace que el reflejo parasimpático miccional se desencadene, a la vez que el simpático torácico relaja el cuello vesical. Hay otros muchos reflejos que tienen por objeto el mantenimiento del reflejo parasimpático. Por su parte, la contracción voluntaria del pudendo genera un reflejo inhibitorio del parasimpático.

Evaluación del paciente incontinente

Siguiendo las recomendaciones de la ICS sobre el uso de pruebas diagnósticas en la IU, podemos dividir éstas según varios tipos de recomendación, (grado de evidencia clínica), así como la sistemática de estudio tanto a nivel inicial de medicina primaria como a nivel de especialidad (Anexo 4).

Altamente recomendadas: deben realizarse a todos los pacientes con IU.

Recomendadas: de valor probado en la mayoría de los pacientes. Su uso es altamente recomendado en la evaluación inicial del paciente.

Opcionales: de valor probado en pacientes seleccionados. Su uso se deja a juicio clínico.

No recomendadas: de valor no probado en la mayoría de los pacientes. Pueden ser útiles en pacientes concretos no habituales.

A continuación se desarrollan los tres primeros puntos o grados de recomendación.

Pruebas altamente recomendadas en la evaluación inicial

1. Historia clínica, con especial referencia a los siguientes puntos:

1.1. Naturaleza y duración del síntoma de incontinencia

1.2. Tratamientos previos (quirúrgicos o no)

1.3. Movilidad del paciente y factores ambientales

1.4. Estado mental y comorbilidad

1.5. Medicaciones concomitantes

1.6. Función sexual e intestinal

2. Cuantificación de los síntomas y efectos sobre la calidad de vida:

2.1. Uso de un diario miccional, para documentar la frecuencia miccional, el volumen orinado, la cantidad de líquido ingerido por el paciente, el número de episodios de incontinencia y las compresas utilizadas

2.2. La historia debe hacer hincapié en la percepción e impacto de la incontinencia sobre la calidad de vida del paciente. Para ello es recomendable el uso de cuestionarios de calidad e vida

3. Examen físico:

3.1. Palpación abdominal: excluir globo vesical

3.2. Examen neurológico básico

3.2.1. Sensibilidad perineal táctil y dolorosa genital, anal y glútea

3.2.2. Tacto rectal: tomo del esfínter anal, características de la glándula prostática, contracción anal voluntaria (si es normal nos indica que la vía eferente S2-S4 está íntegra), reflejo bulbocavernoso y reflejo anal (su presencia prueba la integridad del arco reflejo sacro S2-S4)

3.3. Constatar el signo de incontinencia. Al paciente de pie, desnudo de cintura para abajo, con vejiga moderadamente llena (con deseo miccional normal) y sobre una talla o empapador, se le indica que realice una maniobra de Valsalva o que tosa varias veces para tratar de poner en evidencia el escape urinario.

4. Otras pruebas diagnósticas:

4.1. Análisis de orina: descartar infección, hematuria, glucosuria, etc.

4.2. Residuo postmiccional: por palpación abdominal, cateterismo uretral o, con más exactitud y menos agresividad, mediante una ecografía, que además nos permite evaluar los riñones, la vejiga y la próstata, con su posible patología asociada (cálculos vesicales, divertículos, etc.)

Pruebas diagnósticas recomendadas

1. Evaluación más detallada de los síntomas: uso de cuestionarios específicos más detallados y validados para tratar de medir el impacto y la percepción de la incontinencia sobre la calidad de vida del paciente. Aunque existen muchos, en la actualidad tenemos una herramienta, como el cuestionario ICIQ-SF (Anexo 5), que es específico para el estudio de la incontinencia y está validado y traducido al castellano (10).

2. Evaluación analítica de la función renal: creatininemia, ionograma y aclaramiento de creatinina.

3. Flujiometría y cálculo de residuo postmiccional, como método para detectar a pacientes con disfunción miccional.

4. Estudios urodinámicos:

4.1. Cistomanometría: estudia la fase de llenado vesical. Evalúa la sensibilidad al llenado, la capacidad cistométrica, la acomodación (compliance), la función del músculo detrusor en el llenado y la competencia esfinteriana. Puede detectar también síntomas como el dolor al llenado.

4.2. Estudio miccional (estudio de presión-flujo): evalúa si hay sospecha de obstrucción, si el detrusor es poco contráctil durante la micción, la posible presencia de residuo postmiccional, así como la actividad del esfínter estriado al orinar (que debe estar relajado). Se recomienda realizar los estudios urodinámicos antes de administrar tratamientos agresivos (quirúrgicos), para evaluar el fracaso de tratamientos previos, o en casos de incontinencia complicada, como suele ocurrir en las incontinencia graves o

en las incontinencias en reposo, que se aprecian en pacientes que han perdido el ciclo miccional; en pacientes neurológicos, o en los varones, salvo en aquellos con síntomas obstructivos claros asociados a obstrucción prostática.

5. Pruebas de imagen: ecografía, radiografía simple de abdomen, cistouretrografía retrógrada y miccional (CUMS) y pielografía.

5.1. La ecografía se aconseja sobre todo en varones con incontinencia.

5.2. La pielografía sólo en casos de sospecha de patología del tacto urinario superior. Recientemente está siendo desplazada por la tomografía axial computarizada (TAC).

5.3. La CUMS puede ser útil en el caso de IU complicada o recurrente. Puede descartar la existencia de reflujo vesicouretral, estenosis de uretra, divertículos uretrales y fístulas.

6. Endoscopia (uretrocistoscopia): en caso de sospecha de otra enfermedad (evaluación de microhematuria), incontinencia complicada (tras prostatectomía) o si las pruebas anteriores no acaban de darnos un diagnóstico claro.

Pruebas diagnósticas opcionales

1. Estudios urodinámicos opcionales: cuando es necesario conocer más detalles de la función uretral (perfil uretral estático o dinámico, determinación de la presión abdominal de escape y/o electromiografía perineal). Si se sospecha hiperactividad del detrusor y no lo hemos podido demostrar en el estudio inicial, puede ser necesario repetir el estudio con maniobras de provocación o realizar un estudio urodinámico ambulatorio.

2. Prueba de la compresa (pad test): bien sea de una hora o de 24 horas. Con ello podemos objetivar mejor el grado de incontinencia. Consiste en colocar una compresa previamente pesada al paciente y volver a pesar la misma tras un tiempo establecido. Su incremento de peso nos orienta sobre la magnitud de la incontinencia.

3. Estudios neurofisiológicos:

3.1. Electromiografía (EMG) con aguja concéntrica.

3.2. Respuestas reflejas sacras a la estimulación eléctrica peneana.

4. Otras pruebas de imagen: en situaciones específicas y con indicación individual, TAC y resonancia magnética (RM).

Es importante saber reconocer a aquellos pacientes con IU que precisan de una asistencia especializada (Figura 4). A modo de resumen, se facilita la guía que la ICS recomienda para el tratamiento especializado de la IU (Anexo 6).

Incontinencia urinaria de esfuerzo

Definición

La IUE se define como la pérdida involuntaria de orina que se asocia al esfuerzo físico. El ejercicio provoca un aumento de la presión abdominal (como por ejemplo, toser, reír, correr o andar) y, como consecuencia, se produce un incremento de la presión dentro de la vejiga (presión intravesical). (1) Cuando esta presión intravesical supera a la presión del sistema esfinteriano uretral, se ocasiona la incontinencia.

Etiopatogenia

La causa final de la IUE es la disminución de la presión uretral, y ésta puede estar reducida por dos causas que pueden coexistir:

Una uretra “hipermóvil”, en la que los elementos de sostén de la uretra están debilitados o dañados (lo que ocasiona, al producirse el esfuerzo, un descenso del cuello vesical y de la uretra desde su posición anatómica normal). La denominada “deficiencia esfinteriana intrínseca”, en la que existe un cierre de la uretral insuficiente, que puede ser debido a una lesión del propio esfínter, a la denervación del mismo o a anomalías estructurales de la uretra por intervenciones quirúrgicas previas (por ejemplo, una uretra fija y rígida adherida al pubis).

Aunque la clasificación es correcta desde el punto de vista académico, salvo en los casos extremos en los que queda clara la causa que ocasiona la IU, en la mayoría de las ocasiones coexisten ambas situaciones y muchas veces no es posible cuantificar en qué porcentaje interviene cada causa.

Epidemiología

La IUE es muy prevalente en las mujeres de edad avanzada y supone también la forma más común de IU en las mujeres menores de 75 años, ya que afecta a casi un 50% de ellas (11, 12). Se asocia, sobre todo, a la obesidad y a los partos múltiples (13) (Anexo 7), así como a la dificultad funcional (problemas en la marcha, etc.).

La IUE femenina suele estar asociada a un tono bajo de la musculatura del suelo pélvico y puede asociarse a los diferentes tipos de prolapsos vaginales (prolapso vaginal anterior o cistocele, prolapso uterino y prolapso vaginal posterior o rectocele).

Todo ello denota una debilidad del periné como elemento musculoaponeurótico, que tiene una funcionalidad conjunta y puede estar favorecido por los traumatismos del parto. A través de la evolución de nuestra especie, la bipedestación supuso un importante cambio postural, y el periné, como “tapadera” posterior de la cavidad abdominal, pasó a convertirse en el suelo de la misma. Desde entonces debe seguir permitiendo el paso de la uretra, el recto y la vagina, además de soportar el peso de las vísceras abdominopélvicas.

Diagnóstico

La mayoría de las pruebas se han visto en el apartado Evaluación del paciente incontinente. En resumen, podemos decir que son obligadas las siguientes:

Historia clínica, con especial referencia a las medidas que utiliza la paciente como control de su incontinencia.

Diario miccional.

Valoración de la percepción e impacto de la incontinencia sobre la calidad de vida de la paciente mediante el uso de cuestionarios tales como el ICIQSF).

Examen físico con examen neurourológico básico (sensibilidad y reflejos perineales).

Prueba de esfuerzo (con vejiga moderadamente llena se le indica a la paciente que tosa, para tratar de poner en evidencia la IUE).

Otras pruebas diagnósticas: análisis de orina y estudio del residuo postmiccional. Como ya se comentó con anterioridad, otras técnicas diagnósticas recomendables, tales como la evaluación analítica de la función renal, las pruebas de imagen (como la ecografía), la uretrocistoscopia y

los métodos urodinámicos son parte de la asistencia especializada y han de practicarse en situaciones concretas.

Los estudios urodinámicos deben practicarse cuando se plantee un tratamiento quirúrgico para la IUE o tras el fracaso en la corrección quirúrgica de la misma.

De forma sucinta, cualquier sospecha de lesión orgánica vesical ante la presencia de hematuria macroscópica o microscópica, problemas en la micción, sospecha de obstrucción en la mujer, etc., obliga a realizar pruebas especializadas para descartar una neoplasia vesical.

Tratamiento

El objetivo fundamental del tratamiento de la IU es mejorar la calidad de vida de las pacientes. A la hora de elegir el tipo de tratamiento debemos tener en cuenta la situación personal de la mujer, sus circunstancias actuales y futuras, así como la especial vulnerabilidad de las mujeres de edad ante ciertos fármacos y ante las intervenciones quirúrgicas.

Es muy importante evaluar la percepción del impacto de la IUE sobre su calidad de vida (cuestionario ICIQ-SF), la esperanza de vida de la paciente y el riesgo que puede presentar la misma ante una eventual intervención quirúrgica. A modo de ejemplo, una puntuación igual o menor de 6 en el ICIQ-SF nos indica un impacto nulo de la IU sobre su calidad de vida, independientemente del grado de severidad que podamos detectar en la enferma mediante la exploración física o los estudios urodinámicos. Por el contrario, podemos encontrar enfermas afectas de IUE leve desde el punto de vista clínico y urodinámico, con puntuaciones en la misma prueba muy elevadas (el máximo es 21).

El tratamiento de la IUE consiste en tratar de aumentar la resistencia de la uretra para que la presión intravesical no supere a la uretral durante los esfuerzos.

Como alternativas terapéuticas podemos contemplar la rehabilitación muscular del suelo pélvico (RMSP) y la cirugía. Existe un fármaco, duloxetina, inhibidor de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina, que aumenta el tono del esfínter externo, lo que permite mejorar o curar la IUE. Los resultados iniciales han sido prometedores, pero falta un seguimiento a largo plazo para poder analizar su eficacia en la IUE.

Rehabilitación muscular del suelo pélvico.

Es la contracción activa de los músculos del suelo pélvico realizada de forma regular, que puede realizarse con o sin la ayuda de sistemas de biofeedback. Pueden emplearse de forma asociada técnicas como la electroestimulación, que consiguen hacer consciente a la enferma de los grupos musculares que debe ejercitar. Una vez que la paciente ha aprendido a realizar los ejercicios, debe mantener una disciplina para que la RMSP sea efectiva (existen datos clínicos con un alto grado de recomendación sobre su eficacia en la IUE leve y moderada) (15, 16), por lo que debe considerarse como el primer escalón en el tratamiento de la IUE. Por supuesto, hay que tener en cuenta las características de cada paciente. Una mujer inconstante o que no logre aprender los ejercicios de RMSP enseñados por personal especializado dudosamente se va a beneficiar de esta excelente arma terapéutica. Otro dato a tener en cuenta es el aumento de satisfacción de la paciente en sus relaciones sexuales, al convertirse la musculatura del periné en un elemento activo durante el coito.

Tratamiento quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico está dirigido a aumentar el soporte de la uretra y con ello aumentar la resistencia uretral durante los esfuerzos. En los casos con una clara hipermovilidad uretral, e incluso en la insuficiencia esfinteriana intrínseca no grave ni asociada a uretra fija, las técnicas de suspensión uretral sin tensión (técnicas mínimamente invasivas de tipo TVT o TOT) se han convertido en las pruebas de referencia y han desplazado a las técnicas de colposuspensión como la de Burch, que durante años fue la técnica más eficaz. Las técnicas de suspensión uretral sin tensión se basan en los estudios de Petros y Ulmsten, que proponen una nueva concepción de la dinámica pélvica (teoría integral de Petros) (17), y consiste en colocar una malla de material sintético (de polipropileno trenzado monofilamento) por debajo de la uretra, hacia la cara posterior púbica en el caso del TVT o hacia los agujeros obturadores en el TOT, a modo de refuerzo del ligamento pubouretral. La bandeleta se coloca sin tensión alguna, de forma que constituirá un soporte uretral que funcionará sólo en los casos en los que la paciente realice esfuerzos. La bandeleta actuará generando fibrosis, por lo que sólo durante las primeras semanas la enferma ha de evitar esfuerzos importantes. Su colocación contraindica, en principio, un parto vaginal, aunque se ha descrito algún caso sin complicaciones aparentes ni recidivas significativas de la IUE tras el parto (18). Se trata de una técnica que puede practicarse con anestesia local, aunque suele realizarse con procedimientos de “estancia corta” y anestesia raquídea o sedoanalgesia.

En los casos en los que predomine la sospecha de deficiencia esfinteriana intrínseca, con uretras fijas, la técnica a utilizar debe ser más oclusiva. Durante años se usaron técnicas de cabestrillo, en las que mediante una bandeleta, habitualmente de aponeurosis autóloga, se

suspendía la uretra con una cirugía abierta. Hoy suelen utilizarse técnicas mínimamente invasivas y regulables, que tienen en este tipo de incontinencia su principal indicación. Otras técnicas tales como la inyección de diversas sustancias en la zona periuretral (técnicas de tipo bulking) se han empleado en estos casos, pero la eficacia que están demostrando hasta el momento es baja. En pacientes seleccionadas, la implantación de un esfínter artificial puede ser la solución, que desde un punto de vista técnico es más compleja que en el varón.

La IUE como síntoma de una disfunción del suelo pélvico puede asociarse a otras patologías, como el prolapso genital, que presenta un tercio de las pacientes (cistocele o prolapso vaginal anterior; rectocele o prolapso vaginal posterior; prolapso uterino y enterocele), o a la incontinencia fecal. Por ello, tras una valoración conjunta de la patología pélvica, se impone una corrección también conjunta. De ahí la importancia de la creación de “Unidades Funcionales de Suelo Pélvico”, formadas por urólogos especializados en el tema, ginecólogos, cirujanos con especial dedicación en coloproctología y digestólogos dedicados al estudio de la dinámica intestinal. De no concebirse así, la corrección parcial de un problema pélvico puede llevar asociado el empeoramiento de otro compartimiento.

Incontinencia urinaria de urgencia

Definición

La IUU es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia miccional. Por “urgencia miccional” entendemos la percepción por el paciente de un deseo miccional súbito, claro e intenso, difícil de demorar y con miedo al escape. La urgencia suele ser consecuencia de una contracción involuntaria del detrusor vesical durante la fase de llenado vesical.

Desde el punto de vista clínico podemos llegar a un diagnóstico sindrómico de VH, cuyo síntoma principal es la urgencia miccional, aunque el síndrome suele acompañarse de frecuencia miccional elevada con o sin incontinencia.

Una vez estudiado al paciente mediante una cistomanometría, podemos hablar no ya de VH, sino de detrusor hiperactivo o hiperactividad del detrusor (diagnóstico urodinámico).

Etiología

La VH puede deberse a varias causas, entre las cuales las de origen neurológico constituyen un campo importante de la consulta del urólogo dedicado a la Neurourología. Otras causas pueden ser de origen vesical (tumores vesicales, cálculos en la vejiga, obstrucción, infecciones, etc.), y en la mayoría de los casos no llegamos a encontrar origen alguno; son las denominadas primarias o idiopáticas.

La IUU de origen neurológico tiene lugar cuando el reflejo miccional (parasimpático S2-S4) no está bajo en control de los centros superiores. Recordemos que los reflejos medulares relacionados con la micción se encuentran coordinados por el centro pontino. Cuando la lesión está a nivel medular, la vejiga, al llegar a un llenado determinado, pone en marcha el reflejo miccional con una contracción del detrusor que genera incontinencia o una micción refleja. Además, la vía aferente que habitualmente utiliza fibras de tipo A-delta mielínicas pasa a utilizar de forma preferente fibras C amielínicas, las cuales tienen un umbral de excitación más bajo. En función del nivel de la lesión, de si ésta es completa o incompleta y de su tipo (clasificación ASIA de la Asociación Americana de Lesión Medular), podemos encontrar que la contracción del detrusor se produce de forma simultánea con la activación del sistema esfinteriano (esfínter externo e interno). Ello se denomina “micción disinérgica”, lo que

conlleva presiones elevadas intravesicales y riesgo de deterioro renal. Las lesiones neurológicas por encima del núcleo pontino de la micción (lesiones cerebrales) generan incontinencia por urgencia e incluso micciones reflejas, pero existe una adecuada coordinación entre detrusor y sistema esfinteriano, por lo que no cabe esperar la existencia de lesión renal. Sin embargo, este tipo de lesiones pueden asociarse a una multitud de cuadros neurológicos con trastornos del comportamiento, deterioro cognitivo, etc., lo que puede complicar la evaluación de este tipo de enfermos.

Epidemiología

La IUU es la forma más habitual de IU en mayores de 75 años, sobre todo en varones (40%-80%) (5). En la mujer, la prevalencia de IUU oscila entre el 11% y el 20%. En la mujer joven predomina la IUE, mientras que la IUU es más frecuente en la mujer postmenopáusica (19) (Anexo 8).

La IUE y la IUU no son excluyentes. Se estima que aproximadamente un 30% de las mujeres presenta escapes urinarios asociados a los esfuerzos y con urgencia (incontinencia urinaria mixta).

Diagnóstico

El diagnóstico de IUU es clínico. Forma parte del síndrome VH: urgencia usualmente acompañada de una frecuencia miccional elevada (8 micciones o más) y que puede acompañarse de incontinencia. El grupo de pacientes con VH que presentan IU son los pacientes con IUU. Lógicamente, el diagnóstico sindromático sólo hace referencia a la clínica, por lo que hay que conocer si estamos ante una VH primaria o si es secundaria a otras causas.

Tras descartar la existencia de algún trastorno neurológico (antecedentes patológicos sugerentes y exploración física compatible), hemos de descartar otro tipo de causas, tales como lesiones orgánicas vesicales, obstrucción, etc. Una ecografía renal y vesical, un sedimento de orina y, a lo sumo, una citología urinaria suelen ser suficientes para descartar la mayoría de estos cuadros. El resto de exploraciones ya se ha descrito de forma detallada anteriormente.

Tratamiento

EN la IUU puede utilizarse la RMSP, ya que desde el punto de vista neurológico existe una vía inhibitoria sobre el reflejo parasimpático de la micción cuando se activa el pudendo. Se han usado también técnicas conductuales tales como el prompted voiding (estrategia según la cual el paciente va a orinar antes de que se le presente la urgencia). Estas medidas pueden considerarse complementarias del tratamiento farmacológico. (20)

Anticolinérgicos

Dado que el parasimpático es el encargado de generar el reflejo miccional, los anticolinérgicos inhibidores de los receptores M2 y M3 en el área vesical son los medicamentos que se emplean en el tratamiento de la VH y, en consecuencia, en el tratamiento de la IUU.

Hace años se usaron medicamentos antidepresivos con efecto anticolinérgico. La aparición en el mercado en la década de 1980 de la oxibutinina supuso un cambio en la visión de este problema.

Desde entonces, han aparecido diversos anticolinérgicos. Todos ellos muestran eficacia en comparación con el placebo en los estudios, pero la eficacia clínica en ocasiones deja mucho

que desear. Esta afirmación es especialmente cierta en los enfermos con IUU por VH de origen neurológico, en los que las dosis han de ser más elevadas que las registradas para el medicamento.

Uno de los efectos secundarios más molestos, causa de un buen número de abandonos del tratamiento, es la sequedad de boca, que se produce en todos ellos de forma más o menos similar por disminución de la producción salivar.

Probablemente, la eficacia parcial de estos medicamentos se deba a que la contracción del detrusor no se realiza de forma exclusiva mediante el sistema colinérgico parasimpático, sino que hay sistemas tales como el purinérgico (que usa el ATP como neurotransmisor), del que desconocemos casi todo, que parece ser que modula y puede desencadenar una contracción del detrusor de forma independiente. Hay otros muchos neurotransmisores con un futuro prometedor que actualmente se encuentran en fase de investigación, como es el caso de los relacionados con el óxido nítrico.

Un efecto adverso a tener en cuenta en el “anciano frágil” es el bloqueo de parte de los receptores M1 cerebrales, ya que buen número de estos medicamentos atraviesan la barrera hematoencefálica. Ello puede interferir con los circuitos de la memoria, por lo que la familia de estos pacientes debe estar prevenida ante su rara aparición. El efecto es reversible tras suspender el tratamiento. Otros efectos adversos son estreñimiento por enlentecimiento del tránsito y visión borrosa (disfunción de los músculos ciliares).

Los pacientes con glaucoma de ángulo cerrado en tratamiento deben ser evaluados por su oftalmólogo antes de iniciar el tratamiento (hecho no siempre posible por hipertensión ocular), al igual que los pacientes con enfermedad de Parkinson, que deben tener el visto bueno de sus

neurólogos. Por último, no hay que olvidar la rara intoxicación anticolinérgica por sobredosis accidental o la toma concomitante de fármacos que afectan al CYP450, ya que la mayoría de los anticolinérgicos usan esta vía de degradación metabólica. En los pacientes que no responden al tratamiento anticolinérgico se aconseja volver a descartar causas orgánicas (por ejemplo, un carcinoma in situ vesical, que es imposible de detectar mediante ecografía por tratarse de un tumor completamente plano, pero de alto grado). Estos pacientes deben ser remitidos al urólogo para estudios especiales, tales como una cistoscopia, una toma de citología por “barbotaje” y/o biopsia vesical.

Otros tratamientos

Hay alternativas en el tratamiento de la VH resistente al tratamiento. La colocación de un neuroestimulador en las raíces sacras es una alternativa, que, aunque no conocemos cuál es su funcionamiento íntimo, da buenos resultados en pacientes seleccionados.

Otro tratamiento que está en fase de implantación es la inyección de toxina botulínica dentro del detrusor mediante un cistoscopio (con o sin anestesia). La toxina botulínica convierte una VH en una vejiga hipoactiva. Su uso en enfermos neurológicos es más que prometedor, ya que permite disminuir la dosis de anticolinérgicos o incluso interrumpir su administración, al hacer desaparecer la incontinencia. Sin embargo, en un número no desdeñable de enfermos, ocasiona retención urinaria o residuos postmicciones valorables, por lo que debe implantarse en estos casos un programa de autocateterismo vesical intermitente limpio, mediante sondas de baja fricción. El empleo de toxina botulínica en pacientes no neurológicos aún está en fase de discusión. El efecto de la toxina es temporal, debiendo readministrarse entre 6 y 9 meses en función de cada tipo de paciente.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son los principales factores de riesgo de incontinencia urinaria en las pacientes del Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora?
- ¿Cuál es la prevalencia de la incontinencia urinaria en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora?

OBJETIVOS

General

Conocer la prevalencia y factores de riesgo asociados a Incontinencia Urinaria en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora en el periodo comprendido de 01 de enero de 2011 a 31 diciembre de 2012.

Específicos

- a. Determinar la prevalencia de incontinencia urinaria en Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora.
- b. Identificar factores de riesgo para incontinencia urinaria utilizando las siguientes variables:
 - Edad, paridad, estado nutricional, enfermedades concomitantes, cirugías ginecológicas previas.
 - Factores ocupacionales, hábitos higiénicos-dietéticos, antecedentes ginecoobstétricos y utilización de medicamentos.
- c. Estimar el principal tipo de incontinencia urinaria que presentan las pacientes del Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora.

HIPÓTESIS

- a. Existe una elevada prevalencia de incontinencia urinaria en las pacientes del Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora.

- b. Es la obesidad el principal factor de riesgo para incontinencia urinaria en las pacientes de Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora.

JUSTIFICACIÓN

En México, se desconoce la prevalencia real de la Incontinencia Urinaria; estudios epidemiológicos demuestran que la incontinencia urinaria es un síntoma común que afecta de 10 a 70% de las mujeres en el mundo y su incidencia aumenta durante la edad media, con incremento a mayor edad. (3)

El primer estudio de prevalencia de incontinencia urinaria fue en 1968-1969 en Estados Unidos de América siendo prevalencia de 51%, en 1980 en Reino Unido fue de 10-25%, España en 1990 fue de 15%, Francia en 2001 fue 32%, Alemania en 2002 fue de 34%. El único estudio evaluado en Latinoamérica se realizó en Los Ángeles, California en el 2005, detectando 22% de afro-latinoamericanos y 46% raza blanca. En todos los estudios se detectó subregistro significativo (21).

Diferentes estudios han demostrado variedad en la tasa de prevalencia de este padecimiento y se atribuyen a definiciones utilizadas, diseño de cuestionarios, población de estudio y criterios de selección (5). La prevalencia de incontinencia urinaria se incrementa con la edad: en la población juvenil varía del 20 al 30% y se incrementa en la etapa adulta del 30 al 40%. En la población de mayor edad existe incremento sostenido del 30 al 50% (2).

La realización de esta investigación es para determinar la prevalencia de Incontinencia urinaria y de conocer factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria en las pacientes del Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora con la finalidad de realizar **prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno** evitando complicaciones a corto o largo plazo, comparando resultados con los distintos centros hospitalarios del país, con el objetivo de crear una mejora en la calidad de la atención médica.

ALCANCE

Pacientes que acuden al Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora con el diagnóstico de Incontinencia Urinaria en el periodo de 01 de enero de 2011 - 31 de diciembre de 2012

MATERIALES Y MÉTODOS

Generalidades

Se trata de estudio transversal de pacientes de 26 a 85 años de edad con diagnóstico de incontinencia urinaria en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora durante el periodo comprendido entre 01 de enero de 2011 y 31 de diciembre de 2012. El estudio empleó como fuente de datos a los registros médicos existentes en el sitio de estudio y ningún dato individual fue usado con identificación personalizada de los pacientes.

Donde se analizan expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria del servicio de uroginecología determinando edad, paridad, tipo de incontinencia (urgencia, esfuerzo o mixta), estado nutricional (se utilizó índice de masa corporal ó IMC) según la siguiente clasificación: normal 18-24.9 de IMC, sobrepeso 25-29.9 de IMC y obesidad mayor de 30 (I: 30 -34.9, II: 35 a 39.9, III. +40), alteraciones anatómicas (cistocele, rectocele o prolapso) enfermedades concomitantes (diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, estreñimiento crónico, Parkinson, demencia) cirugías ginecológicas previas (histerectomía, colpoplastia), factores ocupacionales, hábitos higiénicos-dietéticos, antecedentes ginecoobstétricos (distocias, expulsivo prolongado, producto macrosómico, utilización de fórceps, parto múltiple) y utilización de medicamentos (diuréticos, sedantes, antihipertensos, laxantes). Para de esta manera detectar los principales factores de riesgo asociado que presentan las pacientes con dicho diagnóstico y se determinó la prevalencia de incontinencia urinaria en el HIMES.

Se adoptaron las definiciones recomendadas por la Sociedad Internacional de Continencia para los síntomas del tracto urinario inferior.

Sitio del estudio

El sitio del estudio es el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, un hospital de segundo nivel que atiende pacientes sin seguridad social. Tiene 54 camas censables y 24 no censables. Cuenta con 10 consultorios de consulta externa donde se encuentra el servicio de uroginecología, el cual tiene 6 años de inicio atendiendo pacientes con diversos padecimientos uroginecológicos.

Sujetos del estudio

Los sujetos de estudio serán los pacientes atendidos en el HIMES en el periodo comprendido entre el 1° de enero del 2011 al 31 de diciembre del 2012, con diagnóstico de Incontinencia Urinaria.

Criterios de selección:

a) Criterios de inclusión

Pacientes de cualquier edad atendidos en el HIMES que acudieron a la consulta de uroginecología entre el 1° de enero del 2011 al 31 de diciembre de 2012, con el diagnóstico de Incontinencia Urinaria.

b) Criterios de exclusión

Pacientes con tratamiento de cirugía antiincontinencia previa.

Pacientes embarazadas, mujeres en puerperio menor a seis meses.

c) Criterios de eliminación

Pacientes que cumplan con los criterios de inclusión pero que no cuenten con expediente médico completo.

Fuentes de datos

Los casos serán extraídos de los expedientes médicos. Un caso es aquel sujeto con Incontinencia Urinaria que acude a consulta al servicio de uroginecología durante el periodo comprendido entre el 1° de enero del 2011 y el 31 de diciembre del 2012.

ANÁLISIS DE DATOS

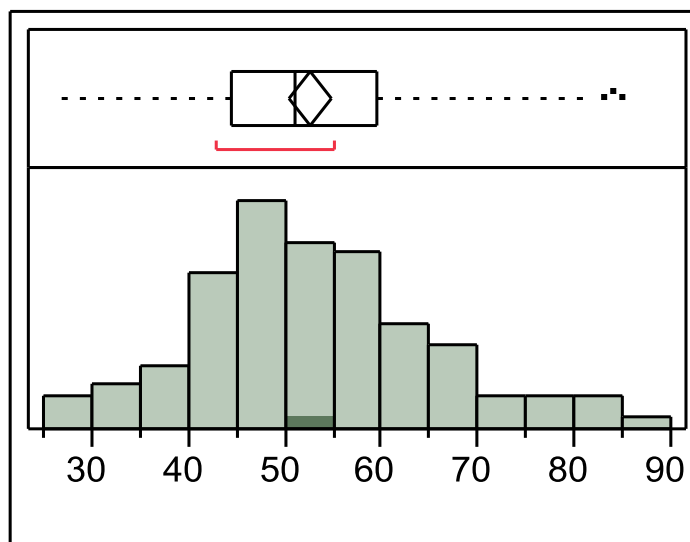
Los datos se recopilaron en una hoja de cálculo de Excel y se exportaron, para su análisis, al paquete estadístico JMP 8.0. (Anexo 9)

Se hizo un análisis estadístico univariado empleando estadística descriptiva. Para datos continuos se calculó el promedio y desviación estándar y posteriormente se clasificaron. Para datos categóricos se calculó la frecuencia y porcentaje de ocurrencia para cada caso de cada variable. Posteriormente se hizo un análisis bivariado y multivariado. El análisis bivariado fue para estudiar la asociación del tipo IMC con el IMC por medio de análisis de varianza, tres niveles y comparaciones pareadas múltiples usando la prueba Tuckey Kramer HSD. Para estudiar el efecto del tipo de IU con las distintas variables independientes se utilizó regresión logística multivariable, manejándose como prueba estadística la chi cuadrada para máxima verosimilitud.

RESULTADOS

Se estudiaron 113 pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria que acudieron a la consulta de uroginecología en el HIMES en el periodo de 01 de enero de 2011 a 31 de diciembre de 2012. Encontrando una prevalencia de 56.6% de incontinencia urinaria. La edad promedio de las pacientes de estudio 52 ± 12.1 años con rango de 26 a 85 años **p 0.0014***

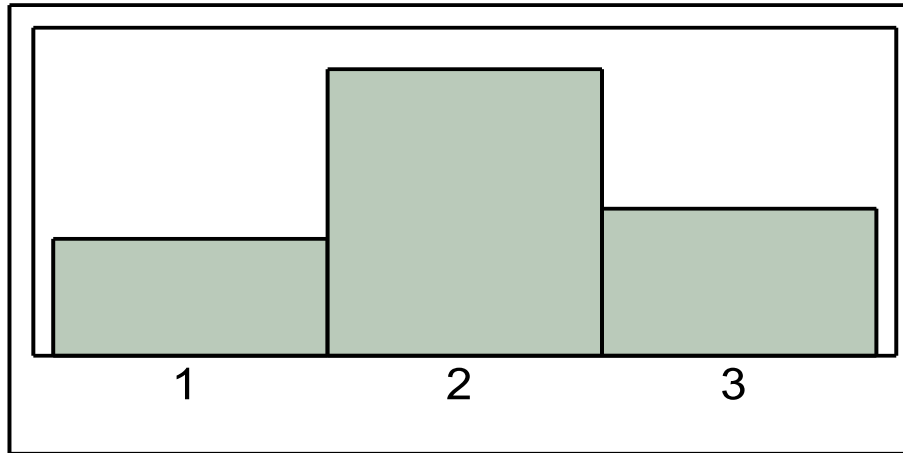
Grafica 1.



Grafica 1. Distribución de incontinencia urinaria por edad

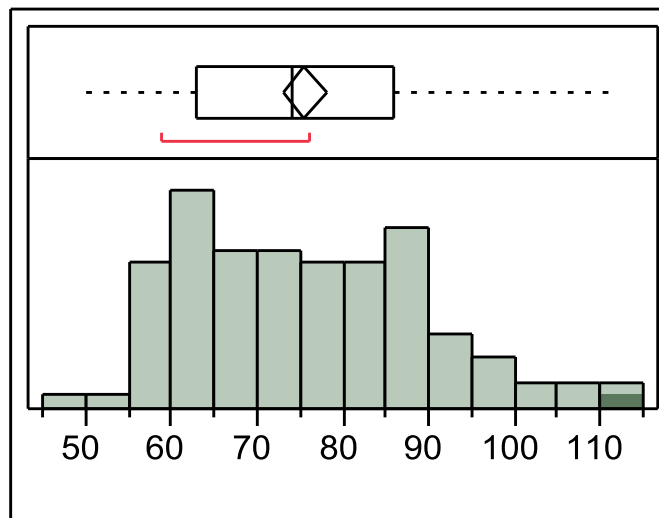
No hubo diferencia estadísticamente significativa **p=0,28** en la edad de los tres tipos de pacientes incontinentes (IUE $52,8 \pm 8,5$ años, IUU $57,5 \pm 12,3$ años e IUM $53,5 \pm 10,7$ años).

El tipo más frecuente de incontinencia urinaria es la incontinencia urinaria de esfuerzo encontrándose en 59 casos 52%, incontinencia urinaria mixta en 30 casos 26% e incontinencia urinaria urgencia en 24 casos 21%. **Grafica 2**



Grafica 2. Distribución de incontinencia urinaria. 1. IUU, 2. IUE e 3 IUM.

El índice de masa corporal promedio (IMC) de las pacientes incontinentes fue de 29.6 con una desviación estándar de 5.8, siendo la media de estatura 1.61 mts y la de peso 75 kgs. **Tabla 1 y Grafica 3.** En promedio las mujeres incontinentes se encuentra en el rango de sobrepeso $p < .0001^*$

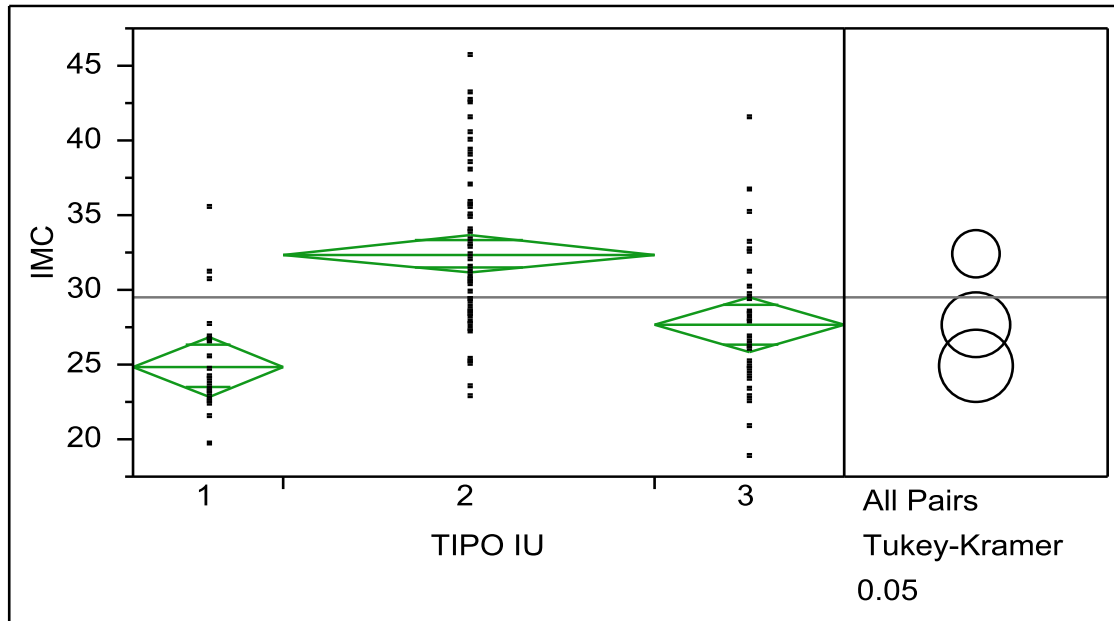


Grafica 3. Distribución de la incontinencia urinaria por peso.

Variable	Media	DE		
Índice Masa Corporal Kg/m ²	29.6	5.8	N	f =n/N
< 18.0			28	0.25
18.0 - 24.9			38	0.34
25 - 29.9			25	0.22
30 - 34.9			14	0.12
35 - 39.9			8	0.07
≥ 40			0	0
Edad, años	52.6	12.1	N	f =n/N
< 30			3	0.02
30 - 39.9			10	0.09
40 - 49.9			37	0.33
50 - 59.9			35	0.31
≥60			28	0.25
Estatura, metros	1.6	0.06	N	f =n/N
<1.50			2	0.02
1.50 - 1.59			51	0.45
1.60 - 1.69			54	0.48
≥1.70			6	0.05

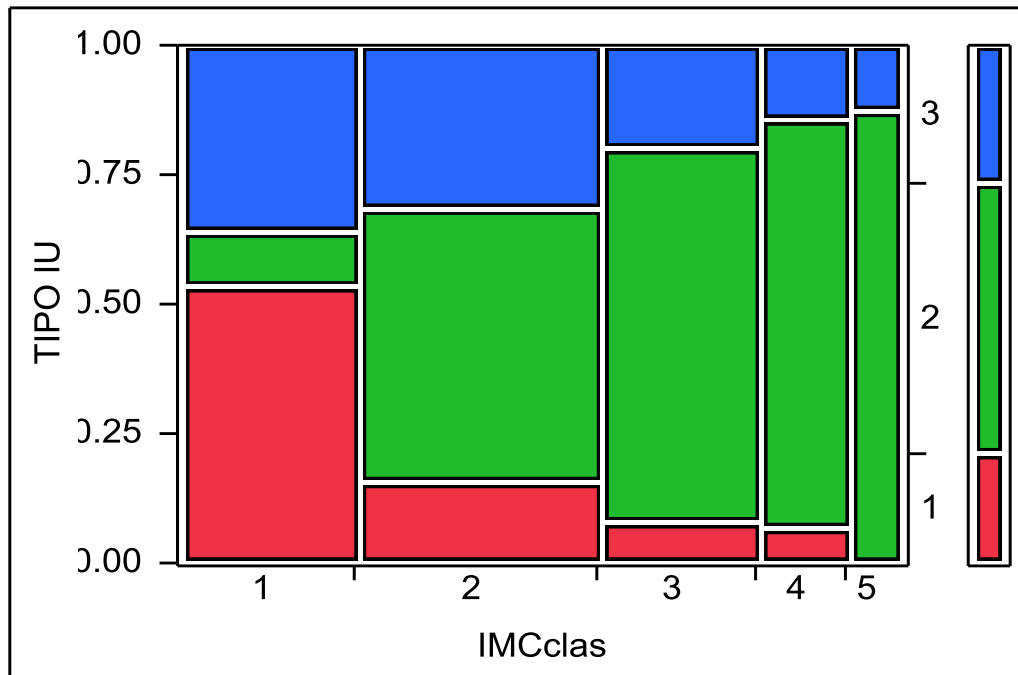
Tabla 1. Resumen de datos continuos

Al analizar el IMC según tipo de incontinencia se encontró un IMC de 32.4 ± 4.2 en pacientes con IUE, de 24.8 ± 4.7 en IUU y de 27.6 ± 4.1 en IUM sin diferencia estadísticamente significativa entre los tres tipos de incontinencia **p <.0001***. **Grafica 4**



Grafica 4. Relación de incontinencia urinaria con IMC. 1. IUU, 2. IUE e 3 IUM

El índice de masa corporal sí está relacionado con el tipo de incontinencia urinaria $R^2 = 0.29$, $P < 0.0001$; específicamente la incontinencia urinaria de esfuerzo es la más relacionada con el IMC. **Grafica 5.** A mayor ganancia ponderal, mayor probabilidad de presentar incontinencia urinaria de esfuerzo. La incontinencia urinaria de urgencia se relaciona con índice de masa corporal dentro del rango de normalidad.



Grafica 5. Relación de tipo de incontinencia urinaria con la clasificación de IMC.

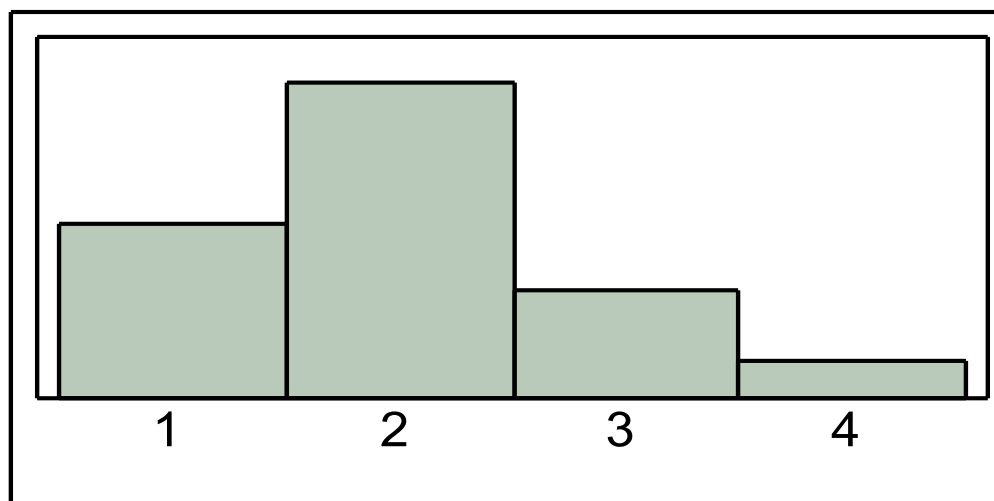
En antecedentes ginecoobstétricos se encuentra que el haber tenido parto vaginal con producto macrosómico es el más frecuente en 33% de los casos, distocias de trabajo de parto en 15% dentro de las cuales se encuentra expulsivo prolongado en 11% y la utilización de fórceps en 7%, siendo variable estadísticamente significativa **p 0.0084***.

Respecto a los partos vaginales, 58% presentó más de tres partos, partos en dos ocasiones en el 34% y solo un parto el 6% de las pacientes variable significativa (p 0.0012*). Estando relacionado la paridad con la incontinencia urinaria siendo la de esfuerzo la más relacionada a mayor paridad.

De las 113 pacientes, fueron sometidas a cirugía ginecológica el 17 % de las pacientes de las cuales la colpoplastia fue la más frecuente en 9%, seguida de la histerectomía en 6% siendo variable sin significancia estadística **p 0.1306**

La menopausia es otra variable estudiada, siendo la presencia de la misma en 34% de los casos, ya sea fisiológica o quirúrgica **p 0.0001***.

La alteración anatómica a la exploración más frecuentemente detectada fue el prolapso de pared vaginal anterior (cistocele) en 50% de las pacientes, prolapso uterino en 16%, rectocele en 5% y no se encontró alteración anatómica demostrable en 27% de los casos **p <.0001***.



Grafica 6. Presencia de alteraciones anatómicas 1. Sin alteración. 2. Cistocele 3. Prolapso uterino 4. Rectocele.

Se estudiaron las enfermedades concomitantes en la pacientes con incontinencia siendo la más frecuente la diabetes melitus tipo 2 en 29% de los casos, seguida de la hipertensión arterial crónica en 28%, estreñimiento crónico en 15% y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 8%. **p 0.0275***.

En enfermedades combinadas se encuentra la hipertensión arterial y el estreñimiento crónico como la más frecuente en 5% de los casos. La ingesta de medicamento es otra variable estudiada siendo los antihipertensivos los más frecuentes en 25% de los casos, hipoglucemiantes en 16% y diuréticos en 1%. Se estudiaron factores ocupacionales siendo las pacientes que se dedicaban al hogar (carga de objetos pesados) donde fue más frecuente la incontinencia en 53%, y ejercicio de alto impacto en 7%. **Tabla 2.**

Variable categórica	Comentarios
Tipo de Incontinencia Urinaria	Incontinencia urinaria de esfuerzo es el más frecuente. Se presenta en un 52% de los casos.
Alteración Anatómica	El cistocele es la alteración anatómica más frecuente. Se presenta en un 50% de los casos.
Enfermedades Concomitantes	Considerando enfermedades conjuntas, se encontró a la hipertensión arterial y estreñimiento crónico en 5%. Se presenta en un 24% de los casos. Separándose las enfermedades combinadas, la más frecuente es la diabetes mellitus en un 29% de los casos.
Cirugía Ginecológica	El antecedente de colpoplastia es el más frecuente. Se presenta en un 9% de los casos.
Factores Ocupacionales	El realizar cargas pesadas es el más frecuente. Se presenta en un 54% de los casos.
Antecedente Ginecoobstétricos	El parto de producto macrosómico es el más frecuente. Se presenta en un 34% de los casos.
Menopausia	Se presenta en un 34% de los casos.
Medicamentos	La utilización de antihipertensivo se presenta en un 25% de los casos.

Tabla 2. Análisis de datos categóricos

El modelo logístico múltiple representa adecuadamente los datos $P < 0.0001$, siendo variables que influyen: edad $P = 0.0014$, paridad $P = 0.0012$, peso $P < 0.0001$, IMC $P < 0.0001$, alteración anatómica $P < 0.0001$, enfermedades concomitantes $P = 0.0275$, antecedentes ginecoobstétricos $P = 0.0084$ y menopausia $P = 0.0001$. **Tabla 3.**

Variable	P	Comentarios
Edad	0.0014*	Influye
Paridad	0.0012*	Influye
Estatura	0.5632	No Influye
Peso	<.0001*	Influye
IMC	<.0001*	Influye
Alteración anatómica	<.0001*	Influye
Enfermedades concomitantes	0.0275*	Influye
Cirugía ginecológica	0.1306	No Influye
Factores ocupacionales	0.3436	No Influye
Ginecocoobstétricos	0.0084*	Influye
Menopausia	0.0001*	Influye
Medicamentos	0.2329	No Influye

Tabla 3. Relación del Tipo de IU con los distintos factores.

DISCUSIÓN

La incontinencia urinaria presenta alta prevalencia entre mujeres adultas mayores, que casi siempre se atribuyen a multiparidad, obesidad, traumatismo obstétrico, cambios relacionados con el deterioro del envejecimiento, hipoestrogenismo y disminución de capacidad vesical.

La prevalencia en este estudio es de 56%, siendo esta tasa similar al trabajo de Melville y su grupo 55%, pero baja en relación con el estudio de Hunskear y colaboradores 69%. El trabajo de Hannestad y sus colaboradores y el de Martínez y su grupo reportaron una prevalencia del 25 y 27.8%, respectivamente, quizá debida a los criterios diagnósticos y a la población de estudio, ya que sus factores de riesgo, como la obesidad, tenían menor incidencia.(2,5,7 y 24)

Otras investigaciones reportaron mayor prevalencia de la enfermedad, ya que la población de estudio fue en adultos mayores y sus criterios diagnósticos refirieron cualquier pérdida urinaria durante el último año(17 y18). Al igual que en otros trabajos, la elevada prevalencia de incontinencia urinaria se relacionó directamente con la edad. (23)

La mayor parte de los estudios epidemiológicos indican que la prevalencia de incontinencia urinaria se relaciona directamente con la edad. Uno de los más recientes Epincont, así lo demuestra. El incremento es progresivo a partir de los 65 años y muestra un pico entre los 45 y 59 años. (7)

Estos datos concuerdan con nuestras observaciones, ya que el grupo etario más afectado fue el de 52.6 años con una desviación estándar de 12.1. Sin embargo, incluso entre mujeres de edad media, la incontinencia urinaria parece común.

En este estudio, 56% de las mujeres entre 50 y 65 años tuvo incontinencia urinaria, valor semejante al 50% que reportaron otros autores. (2)

Las variables que resultaron estadísticamente significativas como factores de riesgo para incontinencia urinaria fueron: paridad (dos o más partos), menopausia sin terapia de reemplazo hormonal, producto macrosómico y obesidad. Para los partos, existen múltiples estudios que demuestran su relación con la incontinencia urinaria y que ocurre frecuentemente en mujeres que parieron y en nulíparas, aunque existen otros estudios (los menos) que rechazan esta relación. (23)

El daño a la inervación de los músculos pélvicos, ocasionado por el parto vaginal, se relaciona con riesgo elevado de padecer incontinencia urinaria, mientras que otros estudios señalan la función protectora de la cesárea. Lo que se señaló últimamente es que la relación entre paridad e incontinencia urinaria disminuye con la edad. La obesidad es un factor determinante que produce incontinencia urinaria o que contribuye a su gravedad (1,2,5). El aumento del índice de masa corporal incrementó 4.2 veces el riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo y 2.2 veces el de incontinencia urinaria de urgencia, de acuerdo con Moller y sus colaboradores (2000) (22). En cuanto al tipo de incontinencia urinaria, los resultados de este estudio mostraron mayor frecuencia de incontinencia urinaria de esfuerzo 52%, seguida de la mixta 26% y la de urgencia 21%. Este orden y porcentajes son muy similares a los reportados por Martínez , que fueron de 47.9, 35.8 y 11.7%, respectivamente. En el estudio Epincont, se aclara que la prevalencia se modifica con la edad, de tal manera que en las mujeres de edad avanzada aumenta la incontinencia urinaria mixta y disminuye la de esfuerzo. Existen tres factores por los que no se busca atención médica: porque se piensa que la incontinencia urinaria es consecuencia del envejecimiento, por vergüenza y porque en el sentir del paciente la medicina no ofrece recursos satisfactorios. (4,7,20)

CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria presenta alta prevalencia en las pacientes que acuden a consulta en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora en relación a datos estadísticos mundiales.

Sin embargo, los estudios de prevalencia han mostrado disparidad de resultados, pudiendo darse muchas explicaciones para esto, como falta de consenso en las definiciones utilizadas, el tipo de encuesta realizada, la medición objetiva o no de la incontinencia urinaria, variables raciales o culturales.

No encontramos un incremento lineal de la prevalencia de incontinencia urinaria con la edad, como se encuentra en otra serie de estudios.

El antecedente de multiparidad es el principal factor de riesgo asociado a pacientes con incontinencia urinaria. Se determina que la menopausia, antecedente de parto vaginal con producto macrosómico, sobrepeso y obesidad sucesivamente son los factores asociados primordiales para incontinencia urinaria.

El índice de masa corporal está relacionado directamente con el tipo de incontinencia urinaria; específicamente la incontinencia de esfuerzo es la más relacionada con el índice de masa corporal.

El tipo más frecuente de incontinencia urinaria es la incontinencia urinaria de esfuerzo, mixta y urgencia sucesivamente.

Es recomendable realizar promoción a la salud de esta patología ya que los factores asociados son prevenibles, para de esta manera disminuir el fuerte impacto de la incontinencia urinaria a la sociedad.

ANEXOS

Referencia	Edad	Respuesta (%)	Prevalencia IU	IUE	IUU	IU mixta
Yarvell 1981	>18	95	45	50	19	31
Iosif 1984	61	75	29	40	27	33
Diokno 1986	>60	65	38	29	10	61
Holst 1988	>18	76	31	52	25	23
Elving 1989	30-59	85	17	48	7	25
Burgio 1991	42-50	60	58	50	12	38
Sommer 1990	20-79	72	40	38	33	29
Harrison 1994	>20	82	53	48	9	44
Damián 1998	>65	71	16	14	12	62
Bortolotti 2000	>40	100	11	55	12	24
Hannestad 2000	>20	80	25	50	11	36

Yarvell y cols. *The prevalence and severity of urinary incontinence in women.* J Epidemiol Community Health 1981; 35: 71-74.

Iosif y Bekasisy. *Prevalence of genitourinary symptoms in the late menopause.* Acta Obstet Gynecol Scand 1984; 63: 257-260.

Diokno y cols. *Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly.* J Urol 1986; 136: 1022-1025.

Holst y Wilson. *The prevalence of female urinary incontinence and reasons for not seeking treatment.* N Z Med J 1988; 101: 756-758.

Elving y cols. *Descriptive epidemiology of urinary incontinence in 3,100 women age 30-59.* Scand J Urol Nephrol 1989; 125(Suppl): 37-42.

Burgio y cols. *Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinent in healthy, middle-aged women.* J Urol 1999; 146: 1255-1259.

Sommer y cols. *Voiding patterns and prevalence of incontinence in women. A questionnaires survey.* Br J Urol 1990; 66: 12-15.

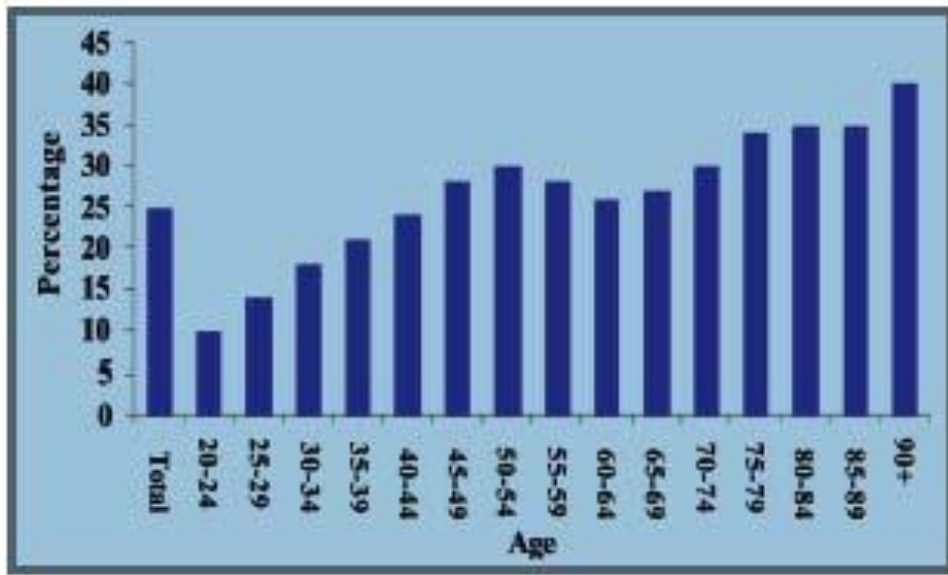
Harrison y Memel. *Urinary incontinence in women: its prevalence and its management in a health promotion clinic.* Br J Gen Prac 1994; 44: 149-152.

Damián y cols. *Prevalence of Urinary Incontinence among Spanish Older People living at home.* Eur Urol 1998; 34: 333-338.

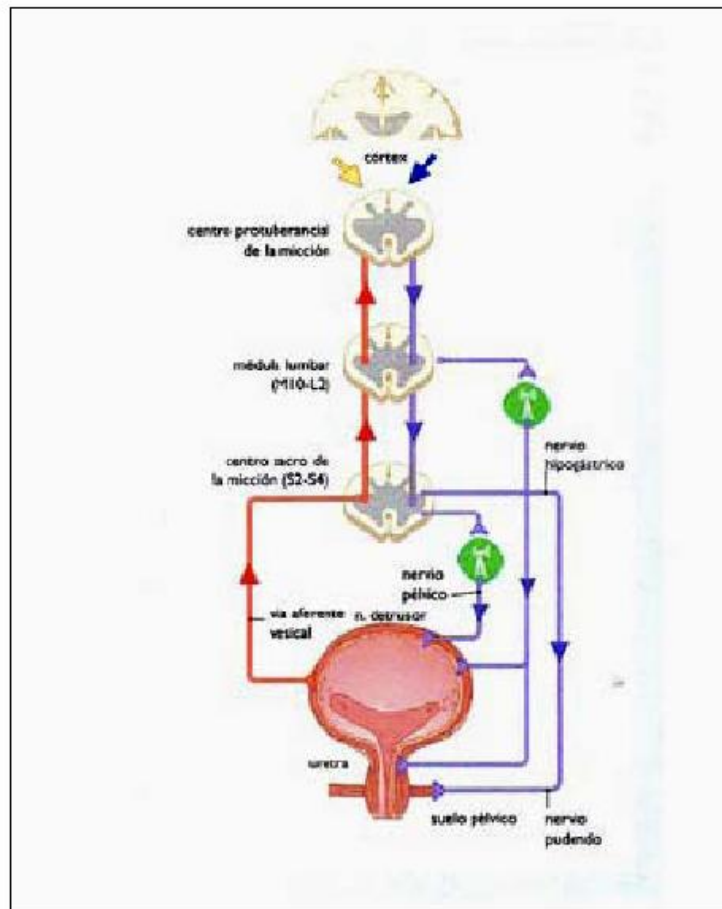
Bortolotti y cols. *Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy.* Eur Urol 2000; 37: 30-35.

Hannestad y cols. *A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study.* J Clin Epidemiol 2000; 53: 1150-1157.

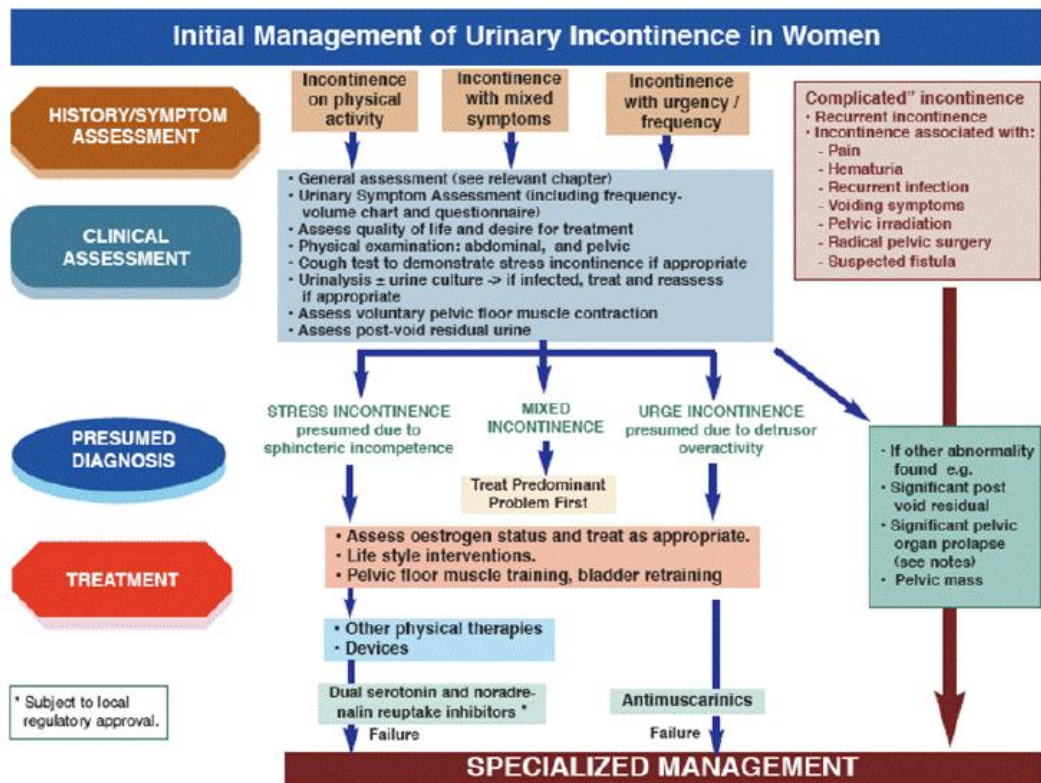
Anexo 1. Epidemiología según distintas series. La serie EPINCONT es la que ocupa el último lugar. En círculos con línea continua, máximos; con línea punteada, mínimos. (Modificado de Sandvik, H. y cols. Diagnostic classification of female urinary incontinence: An epidemiological survey corrected for validity. J Clin Epidemiol 1995; 48: 339-343.)



Anexo 2. Prevalencia por edades. Estudio EPINCONT (7).



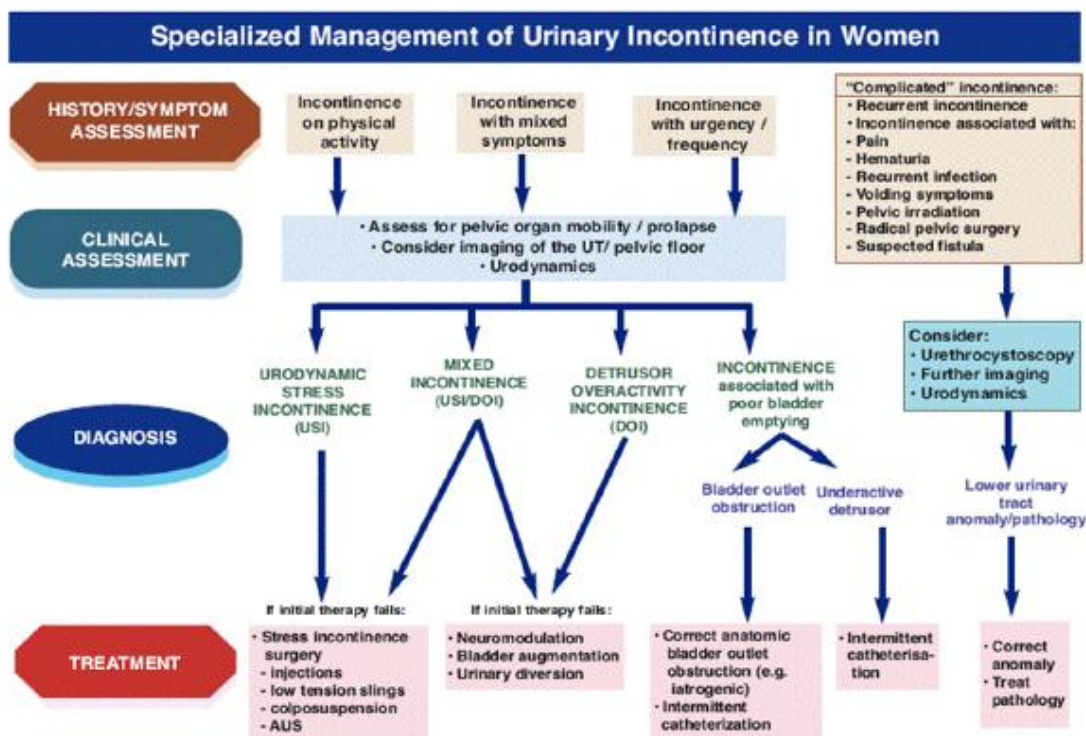
Anexo 3. Esquema simplificado de la neuroanatomía del aparato urinario inferior.



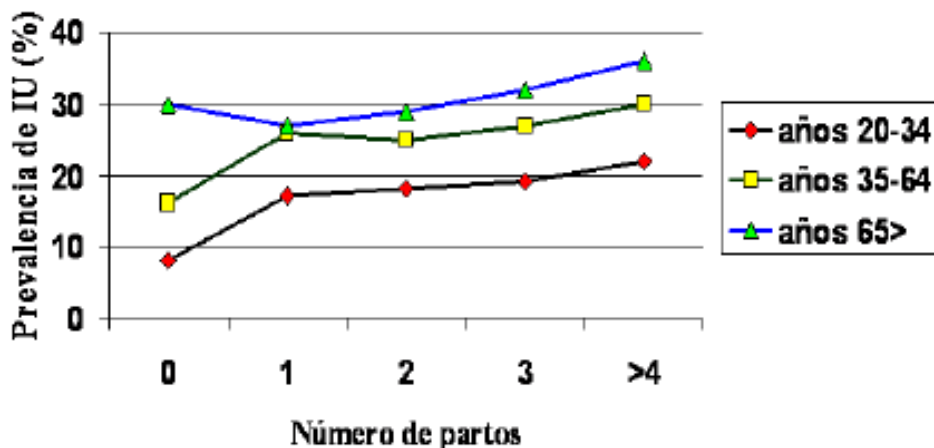
Anexo 4. Guía de consenso para el estudio inicial de la IU femenina según la ICS (2005).

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Número inicial	ICIQ-SF (versión española) CONFIDENCIAL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fecha de hoy Día Mes Año																						
<p>Hay mucha gente que en un momento determinado pierde orina. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta qué punto les preocupa esta situación. Le estaríamos muy agradecidos si nos contestase las siguientes preguntas, pensando en cómo se ha encontrado en las últimas cuatro semanas.</p>																								
1. Por favor, escriba la fecha de su nacimiento:		DÍA MES AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																						
2. Usted es (señale cuál):		Mujer <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/>																						
3. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque una):																								
Nunca <input type="checkbox"/> 0 Una vez a la semana o menos <input type="checkbox"/> 1 Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> 2 Una vez al día <input type="checkbox"/> 3 Varias veces al día <input type="checkbox"/> 4 Continuamente <input type="checkbox"/> 5																								
4. Nos gustaría saber su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa. Cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no) (marque una):																								
No se me escapa nada <input type="checkbox"/> 0 Muy poca cantidad <input type="checkbox"/> 2 Una cantidad moderada <input type="checkbox"/> 4 Mucha cantidad <input type="checkbox"/> 6																								
5. Estos escapes de orina que tiene, ¿cuánto afectan su vida diaria? (por favor, marque un círculo en un número entre 0 -no me afectan nada- y 10 -me afectan mucho-)																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Nada</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">Mucho</td> </tr> </table>			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nada										Mucho
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
Nada										Mucho														
Puntuación de ICIQ-SF: suma las puntuaciones de las preguntas. 3 + 4 + 5 =																								
6. ¿Cuándo pierde orina? (señale todo lo que le pasa a usted):																								
6.1	Nunca pierde orina	<input type="checkbox"/>																						
6.2	Pierde orina antes de llegar al WC	<input type="checkbox"/>																						
6.3	Pierde orina cuando tose o estornuda	<input type="checkbox"/>																						
6.4	Pierde cuando duerme	<input type="checkbox"/>																						
6.5	Pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicio	<input type="checkbox"/>																						
6.6	Pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido	<input type="checkbox"/>																						
6.7	Pierde orina sin un motivo evidente	<input type="checkbox"/>																						
6.8	Pierde orina de forma continua	<input type="checkbox"/>																						
Muchas gracias por contestar estas preguntas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								

Anexo 5. Cuestionario ICIQ-SF .

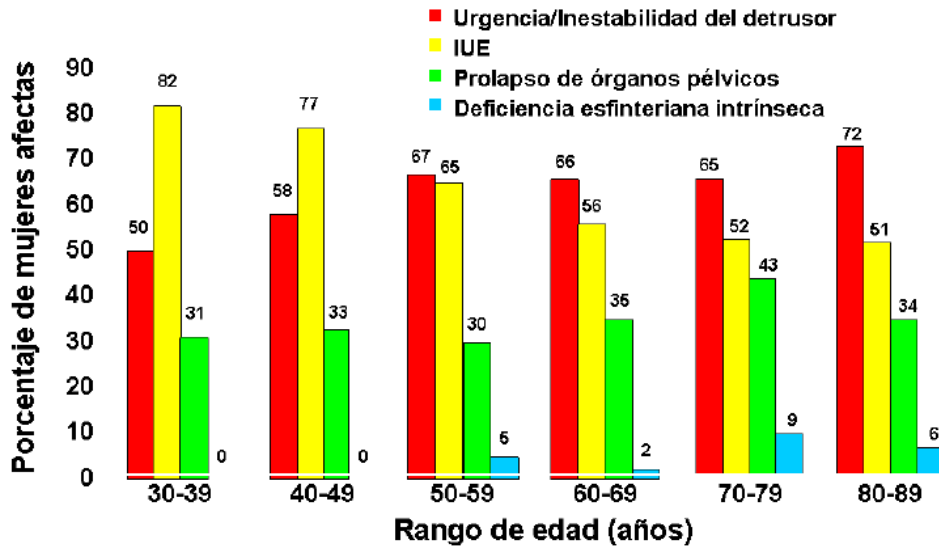


Anexo 6. Guía consensuada de la ICS para el estudio especializado de la IU femenina.



Anexo 7. Prevalencia de la IU femenina por grupos de edad y número de partos (13).

DISTRIBUCIÓN DE LA IU FEMENINA CON PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO (N= 602)



Anexo 8. La IU y la patología del suelo pélvico, según la edad (20).

1	EDAD	PARIDAD	TIPO IU	EST	PESO	IMC	IMCclas	ALT ANA	ENF CONCOMITANTES	QX GINECOLOGICA	FACTORES OCUPACIONALES	GINECOOBSTETRICOS	MENOPAUSIA	MEDICAMENTOS
2	41	4	3	1.65	85			2		1	1	1	2	2
3	71	4	2	1.52	78				3 y 3	1	1	4	1	3
4	38	4	1	1.56	55			2	4	1	2	4	2	4
5	51	4	1	1.61	60			2	1	1	1	2	1	5
6	44	4	3	1.62	75			2	9	1	1	2	2	5
7	50	4	2	1.55	102			2	2	1	1	6	1	3
8	66	4	2	1.58	95			3	5	3	1	4	4	5
9	55	4	2	1.59	88			2	1	1	1	3	1	5
10	43	2	2	1.62	112			1	4	1	1	3	2	4
11	83	4	2	1.52	78			3	2	1	1	2	1	3
12	62	4	2	1.55	89			4	1 y 2	2	1	2	1	1,3
13	59	4	2	1.58	101			2	2	1	1	6	1	3
14	69	4	2	1.62	76			3	2,3	1	1	6	1	3
15	58	4	3	1.58	65			2	1	1	1	2	1	5
16	49	4	3	1.51	61			2	9	1	1	3	2	5
17	50	4	2	1.61	77			2	2	1	1	4	1	3
18	48	1	1	1.59	61			1	2	1	1	6	2	3
19	55	4	3	1.57	69			2	9	1	3	6	1	5
20	46	4	2	1.63	85			2	1 y 2	1	2	4	2	1,2,3
21	52	4	2	1.65	109			2	9	1	3	6	1	3
22	28	1	1	1.6	55			1	1	1	2	6	2	5
23	65	4	2	1.66	91			3	1,2,3,4	1	1	2	1	1,3,4
24	45	2	1	1.51	81			1	9	1	3	3	2	2
25	55	3	2	1.61	72			2	1	1	3	5	1	5

Anexo 9. Tabla de recolección de datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U. The standardisation of terminology in lower urinary tract function. Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 167-178.
2. Martínez CJ, Flores O, García de Alba JE, Velázquez PI, et al. Prevalencia de incontinencia urinaria y anal en mujeres de la zona metropolitana de Guadalajara. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:300-5.
3. Hunskar S, Burgio K, Diokno A, Voss S, et al. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al. 2nd ed. *International Consultation Incontinence*. Paris: Plymouth Health Publication Ltd, 200:165-201.
4. Grupo Español de Urodinámica y de SINUG. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior. *Actas Urol Esp* 2005; 29: 16-30.
5. Hunskar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int* 2004;93(3):324-30.
6. Rexach Cano, L., Verdejo Bravo, C. Incontinencia urinaria. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1999; 23: 149-159.
7. Hannestad, Y.S., Rortveit, G., Sandvik, H., Hunskar, S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of NordTrondelag. J Clin Epidemiol* 2000; 53: 1150-1157.

8. Subak, L., Van Den Eeden, S., Thom, D., Creasman, J.M., Brown, J.S. Reproductive Risks for Incontinence Study at Kaiser Research Group. Urinary incontinence in women: Direct costs of routine care. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197(6): 596.e1-9.
9. Petros, P.E., Woodman, P.J. The Integral theory of continence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19(1): 35-40.
10. España Pons M., Rebollo Álvarez P., Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2004; 122(8): 288-292.
11. Dugan, E., Roberts, C.P., Cohen, S.J., Presisser, J.S., Davis, C.C., Bland, D.R. Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 462-465.
12. Lose, G. The burden of stress urinary incontinence. *Eur Urol Supplements* 2005; 4: 5-10.
13. Rortveit, G., Hannestad, Y., Daltveit, A.K., Hunskaar, S. Age- and typedependent effects of parity on urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 1004-1010.
15. Berghmans, L.C., Hendriks, H.J., Bo, K., Hay-Smith, E.J., de Bie, R.A., van Waalwijk van Doorn, E.S. Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *Br J Urol* 1998; 82: 181-191.
16. Hay-Smith, E.J.C., Bø, K., Berghmans, L.C.M., Hendriks, H.J.M., de Bie, R.A., van Waalwijk van Doorn, E.S. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Cochrane Review). *En: The Cochrane Library*. Oxford 2001; issue 1.

17. Petros, P.E., Ulmsten, U.I. An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1990; 153: 7-31.
18. Panel, L., Triopon, G., Courtieu, C., Marès, P., de Tayrac, R. How to advise a woman who wants to get pregnant after a sub-urethral tape placement? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19(3): 347-350
19. Luber, K.M., Boero, S., Choe, J.Y. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 1496-1503.
20. España M, Salinas J. Tratado de uroginecología. Incontinencia urinaria. 1ª ed. Madrid: Ars Medica. 2005
21. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No 63. Urinary incontinence in women. *Obstet Gynecol* 2005;105:1533-45.
22. Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary incontinence in US women. A population-based study. *Arch Intern Med* 2005;165:537-42.
23. Simeonova Z, Milsom I, Kullendorff AM, Molander U, Bengtsson C. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from and urban Swedish population. *Acta Obstet Scand* 1999;78:546-51.