



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/MF No 1
TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ, CHIAPAS**

**CALIDAD DE VIDA Y FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN
MUJERES DE 40 A 59 AÑOS DE EDAD EN UNA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. ROBERTO CEBALLOS HUERTA



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.

**CALIDAD DE VIDA Y FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN
MUJERES DE 40 A 59 AÑOS DE EDAD EN UNA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR.**

***TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR***

PRESENTA

DR. ROBERTO CEBALLOS HUERTA

AUTORIZACIONES

DRA. ROSA DEL CARMEN GALLEGOS SANDOVAL

Profesor titular del curso de especialización en medicina familiar para médicos generales de la sede Hospital General de Zona C/MF No 1 Tapachula de Córdoba y Ordoñez, Chiapas.

DRA. JUANITA FERNANDEZ PALMA

Asesor Metodológico y de Contenido de Tesis
Coordinador de Educación e Investigación en Salud
H.G.Z. No. 1 Tapachula, Chiapas

**CALIDAD DE VIDA Y FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN
MUJERES DE 40 A 59 AÑOS DE EDAD EN UNA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR.**

***TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR***

PRESENTA

DR. ROBERTO CEBALLOS HUERTA

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA

Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

Coordinador de Investigación del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina Familiar
U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

Coordinador de docencia
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina Familiar
U.N.A.M.

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Marco teórico	3
Planteamiento del problema	12
Justificación	13
Objetivos	14
Material y métodos	15
Criterios de selección	16
Variables	17
Operacionalización de las variables	18
Procedimiento	20
Análisis estadístico	21
Recursos	22
Consideraciones éticas	23
Resultados	24
Discusión	65
Conclusión	67
Recomendaciones	68
Bibliografía	69
Anexos	71

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de incontinencia urinaria y la calidad de vida relacionada con el estado de salud de mujeres entre 40 y 59 años de edad en la unidad de Medicina Familiar No. 11, Tapachula, Chiapas. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, prospectivo. Se aplicó un cuestionario a 382 pacientes que cubrieron los criterios de inclusión, el cual midió factores sociodemográficos y clínicos; a 203 pacientes que presentaron incontinencia urinaria se les aplicó un segundo cuestionario que midió calidad de vida (King); **Resultados:** Se encontró una frecuencia de incontinencia urinaria (IU) de 53.42%; con una media de edad de 49.9 años. No hubo significancia estadística en cuanto a los factores sociodemográficos y familiares en las pacientes con y sin IU, en relación a la escolaridad predominó el nivel primaria; ocupación ama de casa ; estado civil casadas; de acuerdo a la clasificación de la familia se encontró que predominó la familia nuclear simple; pertenecen a una familia integrada; en base a su desarrollo son de familia tradicional; en base a su ocupación predominó la de empleada ; de acuerdo a su demografía son de zona urbana; la etapa del ciclo vital que predominó fue la fase de independencia. En relación a la calidad de vida evaluada no hubo significancia estadística en las medias de las diferentes dimensiones que se evaluaron.

Conclusiones: No hubo significancia estadística en las mujeres con y sin incontinencia urinaria en relación a los factores sociodemográficos. En cuanto a los porcentajes y puntuación del cuestionario King, las mujeres entrevistadas se perciben con buena calidad de vida, con una correlación (Pearson) entre incontinencia urinaria y calidad de vida de $p > 0.05$.

Palabras clave: incontinencia urinaria, calidad de vida.

INTRODUCCION

La Sociedad Internacional de Continencia define la incontinencia urinaria como «la pérdida involuntaria de la orina a través de la uretra, objetivamente demostrable y de una magnitud tal, que constituye un problema higiénico o social». Esta definición puede denotar la presencia de un síntoma, de un signo o de una condición (cuando se produce la demostración urodinámica de la misma). Sin embargo, aunque útil para evaluar al paciente individual, plantea problemas a la hora de evaluar estudios poblacionales ya que está sujeta a la subjetividad de cada paciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como “La percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el concepto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”. Repercute negativamente en el estado de salud, funcionalidad y relaciones sociales de los individuos, es un síndrome frecuente después de los 40 años de edad en las mujeres, muchas veces no diagnosticado; su etiología es multifactorial en la cual intervienen factores físicos, y funcionales.

Hablar de calidad de vida no es un tema de innovación, ya desde la antigüedad se hacía mención de esta, ha sido utilizada en modelos matemáticos, para la predicción del impacto económico de una enfermedad, desde perspectivas sociales o institucionales. Una manera de relacionar la cantidad y la calidad de vida se basa en combinarlas dentro de una medición; sin embargo en lo que respecta al campo de salud es un tema reciente, se ha avanzado en la obtención de más y mejores modelos de medición.

El propósito fundamental de evaluar la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria es debido a que representa un problema médico y social muy relevante, causante de una morbilidad significativa que puede afectar la calidad de vida en las áreas: psicológica, social, familiar, sexual y biológica.

MARCO TEORICO

Desde 1998 el concepto de incontinencia urinaria (IU) ha tenido cambios de acuerdo a diversos autores como Dionko quien la refería como: “Cualquier pérdida de orina fuera del control voluntario con una frecuencia mínima de 6 días en los últimos doce meses, independientemente de la severidad”; Thomas: “Más de dos episodios de incontinencia en un mes”; En el 2002, la International Continence Society (ISC) actualizó la terminología y las definiciones, para poder acordar y utilizar términos idénticos y uniformes en los estados de disfunción del tracto urinario inferior, como la incontinencia urinaria, definiéndola como “Cualquier pérdida involuntaria de orina “, tiene prevalencia muy alta en mujeres mayores de 50 años, siendo ésta del 24.5 % en éste grupo de edad, y aumentando hasta el 66 % en mujeres postmenopáusicas mayores de 55 años ¹⁻⁴.

Epidemiología:

La Incontinencia es la consecuencia de una enfermedad y no una enfermedad en ella misma, este hecho resulta directa e indirectamente negativo para su conocimiento y solución, ya que la incontinencia urinaria no es constatada en ningún registro y, por lo tanto, imposible de individualizar como proceso patógeno, además, la tendencia a su ocultación puede conducir a subestimar su prevalencia, y de ahí las grandes diferencias que existen en las publicaciones sobre este tema. En el estudio epidemiológico EPINCONT realizado en 27,936 mujeres de 20 años de edad en un condado de Noruega entre 1995 y 1997 reportó que el 25% presentaba incontinencia urinaria (IU) (Hanestad YS, 2000).

En estudios recientes en cuatro países europeos (Francia, Alemania, Reino Unido y España) sobre las respuestas a una encuesta por correo a 17,080 mujeres de 18 años y más, reporto que 35% refirieron pérdidas involuntarias de orina en los últimos 30 días, la tasa de prevalencia de IU fue similar en todos los países (41 a 44%) excepto en España que fue menor 23%.

En ambos estudios se demuestra que la prevalencia de IU aumenta con la edad, se presenta un pico alrededor de la edad media (prevalencia 30-40%), y luego un incremento leve y sostenido en edades más avanzadas (prevalencia de 30-50%) (Hunskaar S. 2004; Dugan E, 2001). Los pacientes institucionalizados principalmente las mujeres representan un grupo de elevada prevalencia de IU, alrededor de 50 a 60%⁵.

La prevalencia de IU aumenta con la edad siendo mayor a partir de los 60 años de edad. En estudios que se han realizado en Europa y USA existen variaciones, en estimación de prevalencia la cual se reporta del 10-58 % de las mujeres ^{4,6}.

En Chile, en la Isla de Pascua se realizó un estudio de prevalencia con 236 mujeres entre 30 y 84 años de edad que corresponde al 26.3 % de la población femenina de este rango de edad, con una edad promedio de 47.2 años, del total de mujeres que contestaron la encuesta, 182 (77,1%) mujeres refieren tener episodios de IU. De éstas, 119 (50,4%) manifiestan tener IU que afecta su calidad de vida ⁷.

Mauricio Velázquez Magaña y cols, en su estudio de prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria, fue un estudio en población abierta, en la ciudad de México en un período del 1 de marzo al 31 de julio del 2006, se aplicó una encuesta a 800 mujeres de la 16 delegaciones políticas del Distrito Federal, en la que encontraron una prevalencia de 46.5%, con una media de edad de $41.5\% \pm 12.7$ años de edad ⁸.

Más importantes que las consecuencias físicas, según los expertos, son las sociales y psicológicas, motivadas por los prejuicios y desinformación existentes en el entorno de los afectados y que sin duda afectan la calidad de vida de la personas que padecen este tipo padecimiento. Entre estas consecuencias figuran la pérdida de autoestima y la limitación en la actividad física, sexual y laboral. Además, los afectados presentan, con frecuencia, trastornos emocionales relacionados con su enfermedad, como ataques de pánico, estrés y depresión, ya que deben estar en busca de un baño permanentemente ^{9,10}.

Clasificación de los subtipos de IU ^{2,3, 5, 11,12}

Definición de los distintos subtipos de IU	
IU de esfuerzo (estrés)	Es la pérdida involuntaria de orina, asociada con el aumento de la presión intraabdominal, que ocurre al reír, estornudar, toser, subir escaleras, u otro esfuerzo físico. Se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral y es la consecuencia de una falla en los mecanismos de resistencia uretral que puede estar condicionada por dos mecanismos etiopatogénicos diferentes y que pueden darse por separado o juntos en una misma paciente.
IU de urgencia	Disfunción en el vaciamiento asociado con una pérdida involuntaria de orina y deseos frecuentes de orinar o urgencia. Hay contracciones vesicales espontáneas o provocadas durante la fase de llenado, objetivamente documentadas a pesar de los intentos del paciente por inhibir la micción.
IU mixta	Implica la presencia de incontinencia de esfuerzo y de urgencia a la vez y ocurre típicamente cuando la hiperactividad del detrusor se asocia a incontinencia de esfuerzo. Cerca de un tercio de los pacientes incontinentes presenta este tipo de alteración.
IU por rebosamiento	La vejiga es incapaz de vaciarse, y el llenado ocurre al límite del estiramiento. Aumenta la presión dentro de la vejiga hasta que la resistencia de la uretra es excedida y hay fuga. Se puede causar por obstrucción (por ejemplo, prolapso pélvico) o una condición neurológica (lesión de la médula espinal). Se asocia comúnmente a diabetes mellitus
Neurogenica o refleja	Pérdida de la función normal de la vejiga causada por daño al SN. El daño puede causar que la vejiga sea hipoactiva o hiperactiva.
Funcional	El paciente tiene una incapacidad física o mental que le altera el proceso de orinar o no le permite llegar al inodoro a tiempo, a pesar de que el sistema urinario se encuentra intacto.
Iatrogénica	Generalmente secundaria a la indicación de un fármaco (ej. El diurético indicado en hipertensión)
Idiopática	Se clasifica como tal cuando se han descartado todas las otras causas de IU.
Síndrome de vejiga hiperactiva	Frecuencia mayor de 8 micciones al día, nicturia, urgencia e IU de urgencia. Con síndrome de vejiga hiperactiva la sensación de urgencia ocurre con volúmenes menores que en la vejiga normal; puede asociarse a contracciones de la pared de la vejiga (detrusor) involuntarias causando IU de urgencia.
Hiperactividad del detrusor	Observación urodinámica de contracciones involuntarias del detrusor durante la fase de llenado. Si la causa es neurológica se define como hiperactividad neurogénica del detrusor.

Etiología:

Las principales causas de la IU de esfuerzo en la mujer después de los 40 años de edad se enumeran a continuación:

1. Déficit estrogénico: influencia no aclarada. Se piensa que tiene importancia ya que la incontinencia urinaria de esfuerzo es más frecuente en multíparas postmenopáusicas. Además los estrógenos tienen una acción trófica sobre la mucosa uretral y el plexo vascular submucoso.

2. Embarazo y paridad: las modificaciones hormonales durante éste producen cambios anatómicos sobre el mecanismo de sostén que alterarían la estabilidad y aumentarían la movilidad del complejo cervicouretral. Para algunos, el embarazo por sí mismo, independientemente de la vía del parto, es un factor que aumenta la prevalencia de la incontinencia.
3. Histerectomía previa: la incidencia de la incontinencia en mujeres histerectomizadas es mayor, posiblemente por las lesiones neurológicas inducidas durante la cirugía.
4. Lesiones adquiridas del cuello vesical y/o uretra proximal secundaria a iatrogenia, traumatismos vaginales etc., que alterarían la elasticidad del cuello vesical.
5. Alfa-bloqueantes.
6. Edad.
7. Obesidad.
8. Colon irritable (Estreñimiento).
9. Procesos respiratorios crónicos.
10. Causas neurológicas: por incompetencia del mecanismo esfinteriano secundario a denervación parcial crónica de los músculos estriados del suelo pélvico y del esfínter uretral externo; alteración 1ª moto neurona, TCE, tumores, Parkinson; idiopática, inestabilidad del detrusor; arreflexia o afección de la 2ª moto neurona; en pacientes con tetraplejia, espina bífida^{2,10, 11,14}.

Fisiopatología:

El mantenimiento de la incontinencia urinaria es un mecanismo complejo que requiere coordinación de sistemas cognitivos y neuromusculares, así como la adquisición de una conducta aprendida. En el proceso de micción se necesitan planeación, tiempo y secuencia apropiadas. La función de la vejiga tiene dos fases. Durante la fase de llenado, la vejiga almacena orina hasta que pueda ser vaciada voluntariamente. Durante la fase de vaciamiento, la vejiga libera su contenido por control voluntario. Cambios en la fase de vaciamiento causan retención urinaria parcial o completa. El músculo de la vejiga es suplido con fibras colinérgicas. Los nervios viscerales dan la sensación del tacto, el dolor y la distensión vesical. La contracción vesical es mediada principalmente vía receptores muscarínicos por estimulación de receptores M2 y M3. La capacidad vesical es generalmente entre 300 y 500 ml. La estimulación alfa adrenérgica contrae el cuello de la vejiga y el esfínter interno. La inervación somática, vía el nervio pudendo mantiene el tono de los

músculos del piso pélvico y el esfínter uretral externo durante la fase de llenado. El control muscular vesical y pélvico está unido directamente a la médula y su función apropiada depende de la regulación de múltiples núcleos medulares. Neuronas motoras que inervan al esfínter se localizan a nivel sacro conocido como el núcleo de Onuf, la inervación del esfínter puede ser somática y autonómica.

Otros centros del control del esfínter se encuentran en el puente y en la corteza cerebral, los cuales mandan fibras al núcleo de Onuf. Este núcleo es responsable del tono en reposo y la relajación refleja que ocurre en el esfínter durante el vaciamiento. La interrupción de las fibras descendentes del puente al sacro no permite una micción normal y resulta en incontinencia refleja con disinergia del esfínter y el detrusor. En la médula espinal integra la actividad aferente es mediada por fibras mielinizadas pequeñas que pasan de las vías espinales al tallo, de ahí van a la materia gris periacueductal, donde alertan al centro pontino de micción sobre el estado de llenado vesical. La mayor parte de la inervación sensitiva vesical y de la uretra se originan en la región toracolumbar y viaja vía el nervio pélvico.

El llenado vesical es controlado por nervios simpáticos mientras que el vaciamiento por parasimpáticos. El sistema simpático debe inhibirse para permitir el llenado mientras el sistema parasimpático es suprimido. La norepinefrina estimula receptores betaadrenales para permitir la relajación durante el llenado.^{2,10, 11 14-16}

Patogénesis:

La IU puede originarse en la uretra o la vejiga o una combinación de ambas. Las causas vesicales son la hiperactividad del detrusor o la hipoactividad. Las causas uretrales pueden ser debilidad anatómica del músculo-facial de la pelvis o deficiencia del esfínter intrínseco de la uretra. Poco se sabe de la vejiga hiperactiva/incontinencia de urgencia. El problema generalmente es llamado de incontinencia hiperreflexia del detrusor cuando hay anomalía neurológica, e inestabilidad del detrusor cuando no es así.

La hiperactividad del detrusor existe cuando en la fase de llenado hay contracciones involuntarias del detrusor que no pueden ser suprimidas por el paciente. Cuando hay lesión neurológica, la IU se explica por pérdida del centro de micción pontino o disrupción entre este y la vejiga, llevando a una vejiga flácida. En los casos idiopáticos no se conoce la fisiopatología. Es probable que resulte de una alteración nerviosa oculta, central o periférica, o de una enfermedad primaria del músculo liso detrusor.

Los síntomas de vaciado se dividen en componentes de almacenamiento (irritativos) y de vaciamiento (obstructivos). Desafortunadamente ninguno de estos síntomas es específico para alguna enfermedad o se relaciona con algún patrón urodinámico específico ^{2,3,5}

Diagnóstico:

Los pacientes con IU generalmente no lo refieren a su médico, e incluso lo ocultan por vergüenza. La mayor parte de los pacientes pueden ser evaluados con una historia clínica, un examen físico, con la determinación del volumen urinario posvaciamiento y con un análisis urinario. Es importante el interrogatorio referente al deseo de orinar, la frecuencia el goteo, la incontinencia, la nicturia, el control en el vaciado y la calidad del chorro, así como una historia farmacológica ^{2,5}

El examen físico debe incluir revisión pélvica y rectal, evaluación de la función de los músculos del piso pélvico, de la integridad del sistema nervioso, del reflejo bulbo-cavernoso y examen vaginal². El análisis urinario deberá descartar infección. La microscopia y el cultivo urinario son los estándares de oro para el diagnóstico. La mayoría de los casos no requiere de estudios urodinámicos para iniciar tratamiento. En el paciente con hiperactividad del detrusor el instrumento más importante es el diario de micción, el máximo de volumen urinario registrado se correlaciona con la capacidad cistométrica.

El diagnóstico inicial de hiperactividad del detrusor puede hacerse en pacientes con frecuencia, volúmenes máximos y promedios pequeños con análisis urinario normal, bajos o nulos volúmenes residuales posmiccional ^{2,5,10,15,16}. Los estudios urodinámicos deben considerarse bajo las siguientes circunstancias: volumen urinario residual posmiccional mayor a 50% de la capacidad vesical, falla del tratamiento primario, secundario a un abordaje diagnóstico básico o manejo invasivo previo.

Existen varios estudios urodinámicos (segundo nivel de atención) para el diagnóstico de IU, la cistometría identifica la inestabilidad del detrusor con una sensibilidad de 75 a 100%, especificidad de 69 a 89% y valor predictivo positivo de 71 a 91%, puede ser de dos tipos: simple, que mide la presión vesical (el cistometrograma plasma la presión vesical durante el llenado vesical con agua); la compleja, que registra varias presiones distintas simultáneamente.

Otros estudios incluyen la cistouretrografía, estudios de flujo-presión, orienta sobre la habilidad del esfínter uretral interno para relajarse, el grado de trabeculación de la pared

vesical y la presencia de obstrucción anatómica, pruebas de contractilidad del detrusor, electromiografía y videourodinámicas^{2,5,10,15,16}.

Tratamiento:

El manejo inicial debe incluir modificaciones en el estilo de vida y tratamiento específico para el tipo de incontinencia. La modificación del comportamiento ha demostrado su efectividad para reducir los episodios de incontinencia. Consiste en entrenamiento al miccionar, ejercicios del piso pélvico y en la acción de acudir al WC. La rehabilitación del piso pélvico incrementa la fuerza de la musculatura estriada aumentando la resistencia uretral.

El entrenamiento vesical aumenta la inhibición cortical sobre el centro reflejo sacro para la micción. Un ejercicio diario durante toda la terapia es la base de las modificaciones del comportamiento. La ingesta adecuada de líquido, la reducción o la eliminación de cafeína, el dejar el tabaco, la pérdida de peso, el ejercicio moderado y la regularidad del hábito intestinal, son parte fundamental en el cambio de estilo de vida. Estos cambios reducirán la IU lo que por sí solas mejorarán la calidad de vida de las pacientes.

Estas medidas deben combinarse con fármacos antimuscarínicos como la oxibutinina y la tolterodina los cuales se utilizan en la IU de esfuerzo. La duloxetina es el único inhibidor de la recaptura de serotonina y norepinefrina indicado en IU de esfuerzo, reduciendo los episodios de IU y mejorando la calidad de vida. La estimulación eléctrica se basa en una pérdida de balance entre las señales facilitadoras y excitatorias vesicales, creando sobreactividad. La neuromodulación eléctrica, puede aplicarse con técnicas de estimulación vaginal, anal, dorsal, o del nervio clitoriano, así como de las extremidades inferiores, estas actúan por mecanismos reflejos inhibidores de la salida motora vesical actuando a nivel espinal o supraespinal.

Los dos principales procedimientos quirúrgicos son el suprapúbico y el vaginal, los dos métodos más exitosos para la IU han sido la colposuspensión de Burch y el sostén pubovaginal^{2,5,10,15,16}

CALIDAD DE VIDA

El interés por el concepto y la medida de la calidad de vida en el área de la salud surge por varios motivos, por un lado, el entendimiento de la salud como un estado de completo bienestar, físico, psíquico y social, no solamente como la ausencia de enfermedad y dolencia, por otro lado el extraordinario desarrollo de nuevos productos farmacológicos y de tecnología sanitaria han propiciado el interés por la “Medida de la calidad de vida” cuyo propósito consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo¹⁷.

La incontinencia urinaria no es obviamente un proceso de riesgo vital, pero deteriora significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce su autoestima. La afectación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) por la IU puede incluso ser mayor que la provocada por algunas enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial.

En ciertos casos, el diagnóstico de la IU puede ser menos importante que la percepción del enfermo y el efecto que produce en su calidad de vida.

Los problemas de salud se acompañan de sentimientos negativos de inferioridad, miedo, rabia, ansiedad y depresión. La amenaza de la salud, su significado para el paciente pueden afectar la calidad de sus relaciones interpersonales con familiares, cónyuges y amigos.

Por ello la importancia de la evaluación de la Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS) que representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tiene sobre la percepción del propio paciente de su bienestar^{8,18}

Se han realizado algunos estudios de investigación^{8,17-20} sobre calidad de vida en paciente con incontinencia urinaria los resultados observaron que las puntuaciones más bajas (mejor calidad de vida) se dieron en pacientes más jóvenes y que conforme avanza la edad las puntuaciones en términos generales eran más altas, por tanto a mayor edad, peor calidad de vida. Julio Mauricio Arriaga Hernández y Carolina Andrea González Espinoza⁸ en el año 2006 en su trabajo de “Estudio de calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria”. Los dominios más afectados en el total de las mujeres con respecto a calidad de vida fueron “impacto en su vida” (65,2%), “actividades realizadas” (56,5%) y el menos afectado fue “relaciones personales” (15,2%). Con respecto al puntaje total del KHQ según los tipos de incontinencia urinaria se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre la incontinencia urinaria de esfuerzo /de

urgencias y la mixta. En un estudio realizado en el Distrito Federal del año 2006, por Mauricio Velázquez Magaña, Héctor Hugo Bustos y colaboradores, "Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta" se reportó menor índice de calidad de vida relacionado con el estado de salud, en comparación con las mujeres continentales [80 (70 a 90) vs 90 (80 a 95)]. La evaluación psicosocial y emocional demostró menor calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria ⁸.

FAMILIA

Un aspecto importante en las pacientes con IU es la FAMILIA²¹; La palabra familia (etimológicamente de origen latino) es actualmente una expresión universalmente aceptada, se utiliza para cubrir lo que de diversas maneras se describe como la familia nuclear, la familia elemental o biológica. Existen diversas hipótesis etimológicas del origen de la palabra familia de acuerdo a diversos autores como Taparelli, *Marques de Morante*, Rodríguez de Zepeda, Fernández de Moratín ^{22,23}. Se ha postulado a la familia como una de las categorías básicas de análisis de los estudios históricos, demográficos y socioeconómicos²⁴.

Desde la perspectiva del médico familiar, la familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique ²²⁻²⁴.

Funciones de la familia: son las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo, se reconocen las siguientes funciones: Socialización; afecto; cuidado; Estatus; reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad; desarrollo y ejercicio de la sexualidad ²²⁻²⁴.

La familia se clasifica en base a su estructura; presencia física en el hogar; demografía; desarrollo y ocupación ²²⁻²⁴. Así mismo de acuerdo a la etapa del ciclo vital familiar: (Clasificación de Geyman) quien describe cinco fases del ciclo de vida familiar que son matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro y muerte ²²⁻²⁴.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incontinencia urinaria tiene un efecto profundo sobre la calidad de vida de las mujeres, ya que ellas se sienten avergonzadas o preocupadas por sus síntomas, se estima que estas pacientes tienen mayor predisposición de parecer problemas emocionales y aislamiento social que las mujeres de la población general. Esta condición está infravalorada tanto por un mal diagnóstico médico como por las pacientes que no consultan, a pesar de experimentar la incontinencia urinaria como un problema, entonces ellas pueden aceptar su situación y vivir con las molestias formando parte de su vida cotidiana. ⁷

La incontinencia urinaria es un padecimiento frecuente en mujeres y afecta el bienestar físico, psicológico, económico y social, es un motivo frecuente de consulta en el primero y segundo nivel de atención, observándose una diversidad de criterios para el diagnóstico y tratamiento ^{10,18}

Tomando en cuenta todo lo anterior se considera importante llevar a cabo este estudio, ya que en la Unidad de Medicina familiar No 11, se encontró que existen subregistros de morbilidad sobre la incontinencia urinaria.

Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia y la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 de edad con incontinencia urinaria en la unidad de medicina familiar de Tapachula, Chiapas?

JUSTIFICACIÓN

A pesar que la incontinencia urinaria puede causar aislamiento social, problemas psicológicos, permanece con frecuencia como un problema oculto, ya que sólo un tercio de las que la sufren buscan ayuda profesional, lo que tiene un impacto psicosocial en la calidad de vida de las pacientes. Esta condición se exagera aún más en las mujeres mayores de 40 años, produciéndose en ellas sentimientos de vergüenza y miedo a la discriminación social, por esta razón tienden a ocultarlo restringiendo sus actividades sociales y físicas, en el aspecto físico y psicológico, quedando con una autoestima devaluada y empobrecida en relación a sus cualidades y atributos.

Existe en los miembros del equipo de la salud y en la población general, una escasa y mala concepción sobre que es la incontinencia urinaria, esto es causa de no hacer un diagnóstico adecuado en esta población o si se realiza en ocasiones no se da seguimiento y no es enviado a segundo nivel de atención.

Ante esta condición cultural y de salud, relacionado con la calidad de vida que tiene una mujer que padece un trastorno de incontinencia urinaria, es importante la posibilidad de conocer el impacto personal y social del padecimiento en busca de soluciones de problemas.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la frecuencia de incontinencia urinaria y la calidad de vida relacionada con el estado de salud de mujeres entre 40 y 59 años de edad en la unidad de Medicina Familiar No. 11, Tapachula, Chiapas.

Objetivos específicos:

Determinar la frecuencia de incontinencia urinaria en mujeres de 40 a 59 años de edad.

Identificar los factores sociodemográficos de las pacientes en estudio.

Clasificar a la familia de las pacientes de acuerdo a: su estructura, integración, desarrollo, ocupación y demografía.

Identificar el ciclo vital de la familia de las pacientes en estudio.

Evaluar la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.

Población: Mujeres de 45 a 59 años de edad.

Universo de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula, Chiapas.

Periodo de estudio: Enero del 2009 a octubre del 2010

Tipo de muestra. Muestreo sin reemplazo con población finita.

Tamaño de la muestra. 382 pacientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

1. Pacientes adscritas a la UMF No. 11 del IMSS.
2. Mujeres de 40 a 59 años de edad.
3. Pacientes que deseen participar en el estudio.
4. Que sean derechohabientes del IMSS.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes no derechohabientes
2. No adscritos a la UMF No. 11
3. Menores de 45 y mayores de 59 años
4. Pacientes que no deseen participar en el estudio.
5. Pacientes con alguna patología psiquiátrica previa.

Criterios de Eliminación:

1. Pacientes que aun siendo incluidos previamente en el estudio, decidan no terminar el cuestionario.
2. Cuestionarios incompletos.

VARIABLES

Variable dependiente:

1. Calidad de vida

Variable independiente:

1. Incontinencia urinaria
2. Edad
3. No. de gestas
4. No. de paras
5. Escolaridad
6. Estado civil
7. Ocupación
8. Lugar de residencia
9. Clasificación familia:
10. Características clínicas urinarias

Urgencia urinaria

Polaquiuria

Incontinencia urinaria de esfuerzo

Poliuria

Nicturia

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	Tipo de variable	Definición conceptual.	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores
Calidad de vida	Cualitativa	Efectos funcionales de una enfermedad en el paciente y la terapia consecuente percibida por el mismo paciente.	Es el puntaje que obtenido por el individuo al momento de requisitar el cuestionario (KHG)	Dicotómica	9 Dimensiones: Percepción del estado de salud. Impacto de la IU. Limitaciones de roles. Limitaciones sociales. Limitaciones físicas. Relaciones personales. Emociones Sueño/energía Impacto de la incontinencia.
Incontinencia urinaria	Cualitativa	La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina, se puede manifestar en diferentes circunstancias, con varios niveles de severidad y en relación con etiologías distintas.	La incontinencia urinaria es la pérdida del control de la vejiga. Los síntomas pueden variar desde una fuga de orina leve hasta la salida abundante e incontrolable de ésta.	Nominal	Si No
Urgencia urinaria	Cualitativa	La urgencia urinaria es la percepción por el paciente de un deseo miccional súbito claro e intenso, difícil de demorar y con miedo al escape	Sensación intensa y repentina de orinar	Nominal	Si No
Polaquiuria	Cualitativa	Es el aumento en el número de micciones en 24 hrs.	Aumento igual o mayor de 8 micciones al día	Nominal	Si No
Incontinencia urinaria de esfuerzo	Cualitativa	La IE de urgencia (IUU) es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de "urgencia".	Pierde orina cuando salta, tose, estornuda o carga objetos pesados	Nominal	Si No
Poliuria	Cualitativa	La poliuria o gasto urinario excesivo consiste en una emisión de un volumen de orina superior al esperado. Mayor de 2,5 litros en 24 horas para adultos.	Cuando tiene pérdida de orina son abundantes	Nominal	Si No
Nicturia	Cualitativa	La nicturia se define como la interrupción del sueño por un deseo miccional.	Si el deseo de orinar le despierta una o más veces durante las horas de sueño.	Nominal	Si No
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Número de años vividos hasta el momento del registro.	Discreta o continua	Años cumplidos
Escolaridad	Cualitativa	Duración de los estudios en un centro docente	Tiempo de estudios realizados por el individuo hasta el momento del registro	Nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Profesional
Lugar de residencia	Cualitativa	Es el lugar geográfico donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales y económicas.	Lugar donde ha vivido los últimos 10 años	Nominal	Mazatán Tapachula. Tuxtla chico Etc.
Estado civil	Cualitativa	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.	Clase o condición social de la vida de cada uno.	Nominal	Soltero. Casado. Unión libre. Divorciado. Viudo.

Variables	Tipo de variable	Definición conceptual.	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores
Gestas	Cuantitativa	Útero ocupado por un producto de la concepción ya sea corion, amnios.	Total de embarazos	Numérica absoluta	1, 2,3,...
Paras	Cuantitativa	Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta, y sus anexos por vía vaginal	Partos por vía vaginal	Numérica	1, 2,3,...
Clasif.familia. En base su estructura	Cualitativo	Tipo de familia según los miembros que la forman y el parentesco entre ellos, ya sea vinculo por consanguinidad afinidad, adopción, matrimonio.	Tipo de familia según los miembros que habitan en la casa y parentesco. en el momento del estudio	Nominal	Nuclear, nuclear simple numerosa, reconstruida. Monoparental. extensa, extensa compuesta, monoparental , m. extensa, m. extensa compuesta
Por su desarrollo	Cualitativa	Tipo de familia de acuerdo a la actividad realizada por el jefe de familia	Tipo de familia de acuerdo a la actividad realizada por el jefe de familia al momento del estudio	Nominal	Moderna Tradicional
Por su demografía	Cualitativa	Tipo de familia en base al área donde radica	Tipo de familia en base al área donde radica al momento del estudio	Nominal	Urbana Rural
Tipo de familia según la presencia física	Cualitativa	Tipo de familia de acuerdo a la presencia física de los miembros que la forman.	Tipo de familia en cuanto a la presencia física de la pareja y otros familiares consanguíneos.	Nominal	Integrada, no integrada, Semiintegrada
Tipo de familia según su ocupación.	Cualitativa	Tipo de familia de acuerdo a su trabajo que desempeña.	Tipo de familia en cuanto a que actividad laboral realiza.	Nominal.	Empleada. Comerciante. Profesionista.
Ciclo vital familiar.	Cualitativa	Etapas de transición o desarrollo familiar	Etapas del desarrollo familiar en el momento del estudio	Nominal	Matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro y muerte.

PROCEDIMIENTO

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal, durante el periodo de enero del 2009 a octubre del 2010 en una muestra de 382 pacientes adscritas a la UMF No. 11, del IMSS, en Tapachula, Chiapas, las cuales cumplieron los criterios de selección (inclusión); pacientes adscritas a la UMF No. 11 del IMSS. Mujeres de 40 a 59 años de edad, que desearon participar en el estudio, derechohabientes del IMSS, adscritas a la UMF 11. Previo consentimiento informado (Anexo 2) se les aplicó un cuestionario (Anexo 3) el cual consta de 10 ítems que midieron variables sociodemográficas y seis ítems relacionados a manifestaciones clínicas sugestivas de IU, el cual incluyó los siguientes datos: edad, número de gestas, número de paras, escolaridad, estado civil, ocupación, lugar de residencia y clasificación de la familia en base a su estructura, integración, desarrollo, ocupación, demografía, y ciclo vital; 6 ítems para detectar a las pacientes con IU: siente deseos fuertes y repentinos de orinar, orina más de 8 veces al día, pierde orina cuando salta, tose, estornuda o carga objetos pesados, cuando tiene pérdida de orina son abundantes, si tiene ganas de orinar puede aguantar hasta el WC, se despierta por las noches para ir a orinar, estos últimos con la finalidad de tener nuestra frecuencia de mujeres con incontinencia urinaria.

La segunda sección se aplicó únicamente a las pacientes que refirieron incontinencia urinaria, (203 pacientes) en la cual se utilizó el cuestionario de salud King (KHQ) (Anexo 4), específico para evaluar la calidad de vida en pacientes con IU. El cual consta de 21 ítems distribuidos en 9 dimensiones: percepción del estado de salud general (1 ítem); impacto de la IU (1 ítem); limitación de roles (2 ítems); limitaciones sociales (2 ítems); limitaciones físicas (2 ítems); relaciones personales (3 ítems); emociones (3 ítems); sueño/energía (2 ítems), y el impacto de la incontinencia (5 ítems). Una dimensión adicional evalúa la gravedad de los síntomas urinarios. Cada ítem del KHQ tiene una escala de respuesta tipo Likert con 4 posibles opciones. El porcentaje de afectación en cada dimensión va de 0% (mejor calidad de vida) a 100% (peor calidad de vida). El puntaje total fluctúa entre un mínimo de 28 puntos y un máximo de 115 puntos. A mayor puntaje total obtenido mayor influencia de la IU en la calidad de vida¹⁷.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva, con medidas de tendencia central para variables cuantitativas; proporciones y porcentajes para variables cualitativas, y correlación de Pearson (valor de p).

RECURSOS

Recursos humanos:

Investigador responsable

Recursos materiales:

382 cuestionarios

Lápices

Computadora

Impresora

Paquete estadístico. Programa SPSS versión 15

Recursos financieros:

Los propios del investigador

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente trabajo requirió de consentimiento informado por escrito, los datos obtenidos se manejaron de forma confidencial y exclusivamente para el estudio realizado.

Se basó en los principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial “Guía de recomendaciones para los médicos y biomédica en personas”. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica mundial, Hong Kong, septiembre de 1989; 48 Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre de 1996 y la 52 Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre del 2000. Nota de clarificación en el párrafo 29 añadida por la Asamblea general de la AMM, Washington 2000. Nota de clarificación en el párrafo 30 agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio. Por lo que el procedimiento se apega a las normas éticas, el reglamento de la Ley General de Salud y con la Declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989 ²⁵.

Así mismo está acorde a las normas y reglamentos institucionales y a las normas de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

RESULTADOS

Se entrevistaron 382 mujeres, previo consentimiento informado, las cuales cubrieron los criterios de selección (inclusión), adscritas a la U.M.F No. 11 del IMSS, Tapachula, Chiapas. Se eliminaron dos cuestionarios ya que estaban incompletos, quedando un total de 380 pacientes.

En relación a las variables sociodemográficas en pacientes con y sin incontinencia urinaria una media de edad de 49.9 años con una desviación estándar de ± 9 años

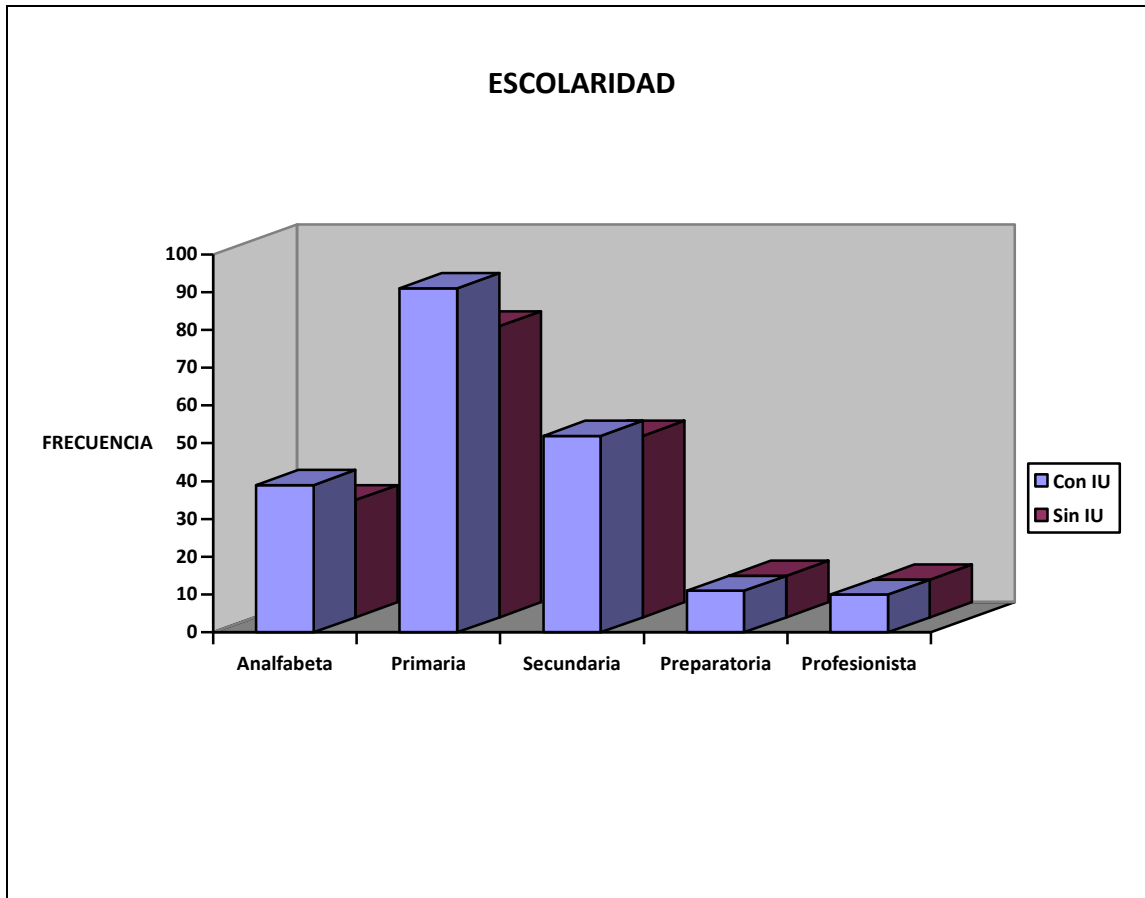
Tabla 1. Escolaridad de las pacientes con incontinencia urinaria

Variable Escolaridad	Con IU		Sin IU		Total	porcentaje %
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %		
Analfabeta	39	19.21 %	31	17.15%	70	18.42%
Primaria	91	44.82%	77	43.50%	168	44.21%
Secundaria	52	25.61 %	48	27.11%	100	26.31%
Preparatoria	11	5.41 %	11	06.21%	22	5.78%
Profesionista	10	4.92 %	10	5.64 %	20	5.26%
TOTAL	203	99.97%	177	99.6%	380	99.98%

Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos.

Se encontró en este estudio que el grado de escolaridad que predominó fue nivel primaria, en pacientes con incontinencia urinaria en un 44.82%, y en las que no presentaron incontinencia urinaria en un 43.50%.

GRAFICA 1



Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos

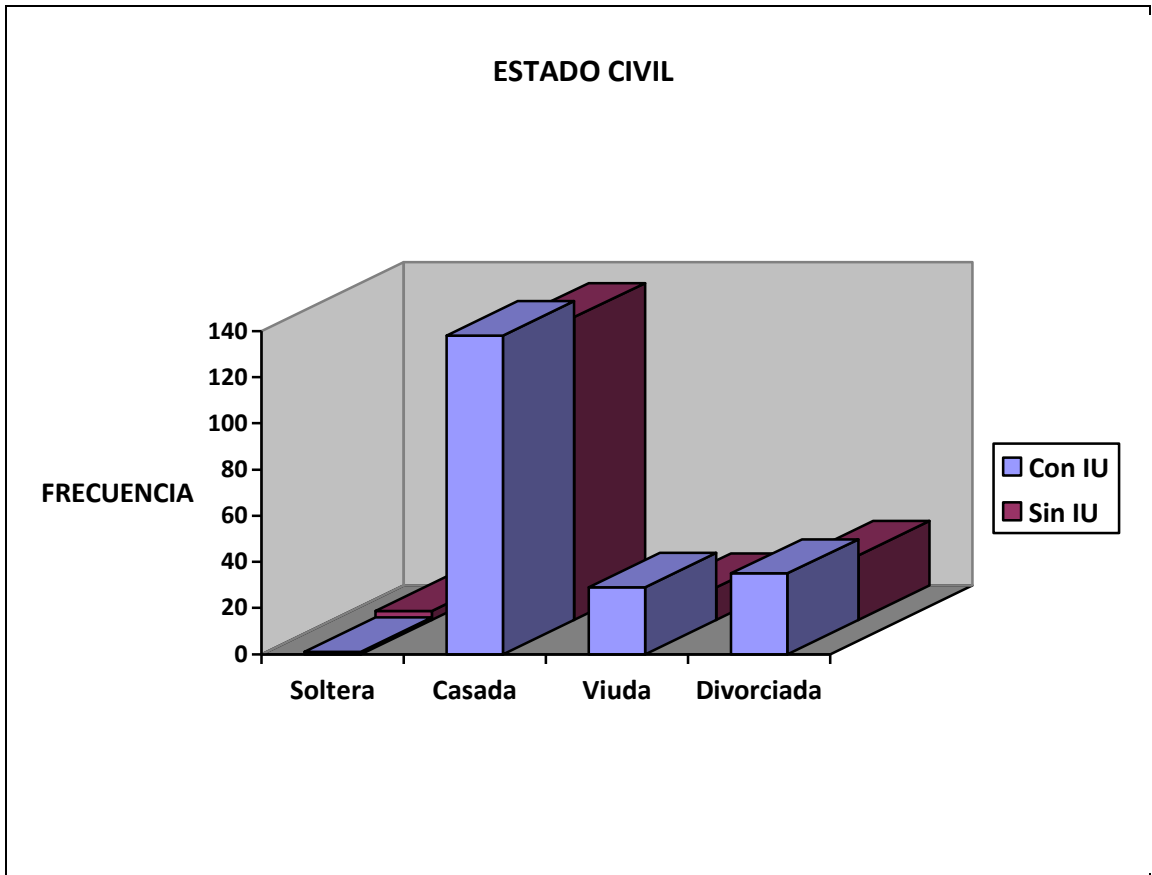
Tabla 2. Estado civil de las pacientes con y sin incontinencia urinaria

Variable Estado civil	Con IU		Sin IU		Frecuencia	Porcentaje %
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Soltera	1	0.49 %	4	02.25%	5	1.31%
Casada	138	67.98 %	131	74.01%	269	70.78%
Viuda	29	14.28 %	14	07.90%	43	11.31%
Divorciada	35	17.24 %	28	15.81%	63	16.57%
					380	99.97%

Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos

En relación al estado civil, que predominó en pacientes con y sin incontinencia urinaria fue el de casadas, con un porcentaje de 79.78% (269 pacientes).

GRAFICA 2



Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos

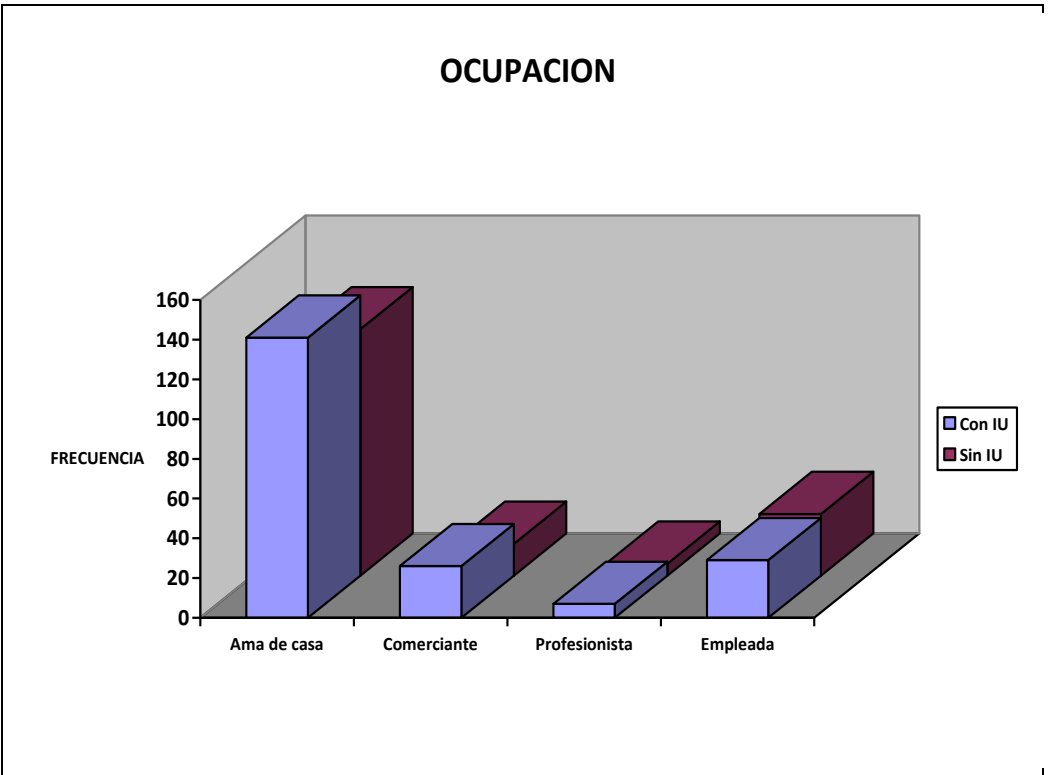
Tabla 3. Ocupación de las pacientes con y sin incontinencia urinaria

Variable Ocupación	Con IU		Sin IU		Frecuencia	Porcentaje %
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Ama de casa	141	69.45 %	124	70.05%	265	69.73%
Comerciante	26	12.80 %	16	09.03%	42	11.05%
Profesionista	7	3.44 %	6	03.38%	13	3.42%
Empleada	29	14.28 %	31	17.51%	60	15.78%
TOTAL	203	99.97%	177	99.97	380	99.98%

Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos

Se encontró en este estudio que la ocupación más frecuente es la de ama de casa en un 69.73% (265) en mujeres con y sin incontinencia urinaria, la categoría de profesionistas en menor porcentaje 3.42% (13) en mujeres con y sin incontinencia urinaria.

GRAFICA 3.



Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos.

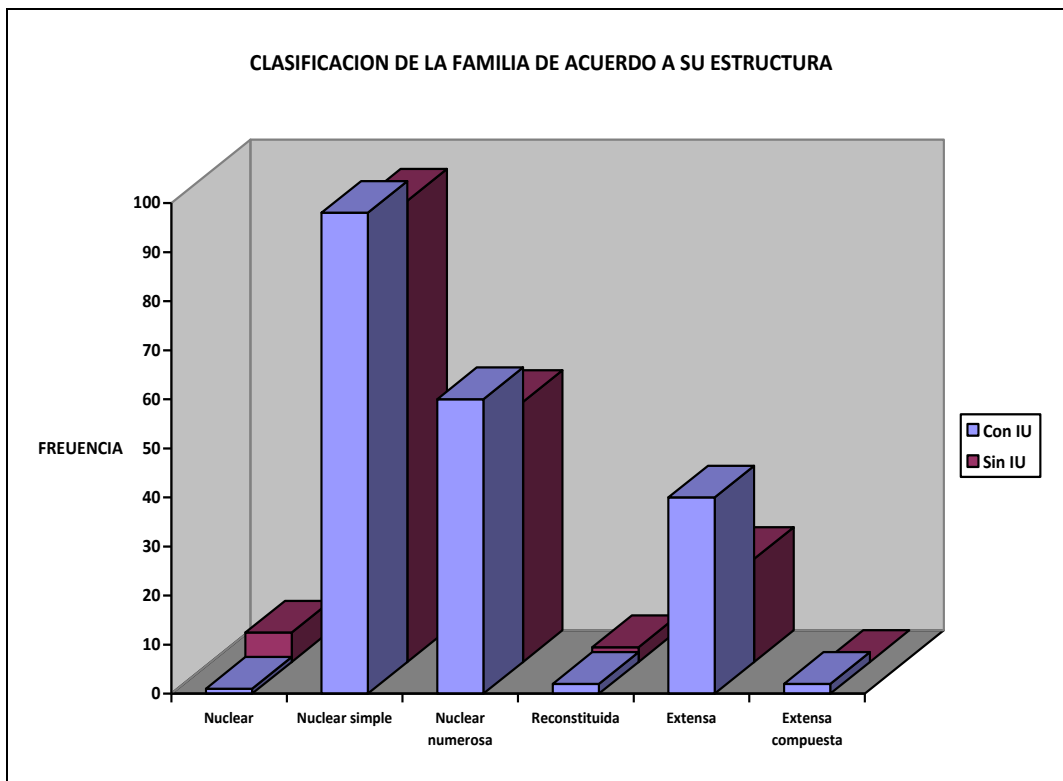
Tabla 4. Clasificación de la familia según su estructura

Variable Tipo de familia de acuerdo a estructura	Con incontinencia urinaria		Sin incontinencia urinaria		Frecuencia	Porcentaje %
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Nuclear	1	0.49 %	6	3.38%	07	1.84
Nuclear simple	98	48.27 %	94	53.10%	192	50.52%
Nuclear numerosa	60	29.55 %	53	29.94%	113	29.73%
Reconstituida	2	0.98 %	3	1.69%	05	1.31%
Extensa	40	19.70 %	21	11.86%	61	16.05%
Extensa compuesta	2	0.98 %	0	0%	02	0.52
Total	203	98.97%	177	99.97%	380	99.97%

Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos.

De acuerdo a la clasificación de la familia se encontró que de acuerdo a su estructura predominó la familia nuclear simple, con un 50.52% en mujeres con y sin IU.

GRAFICA 4



Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos.

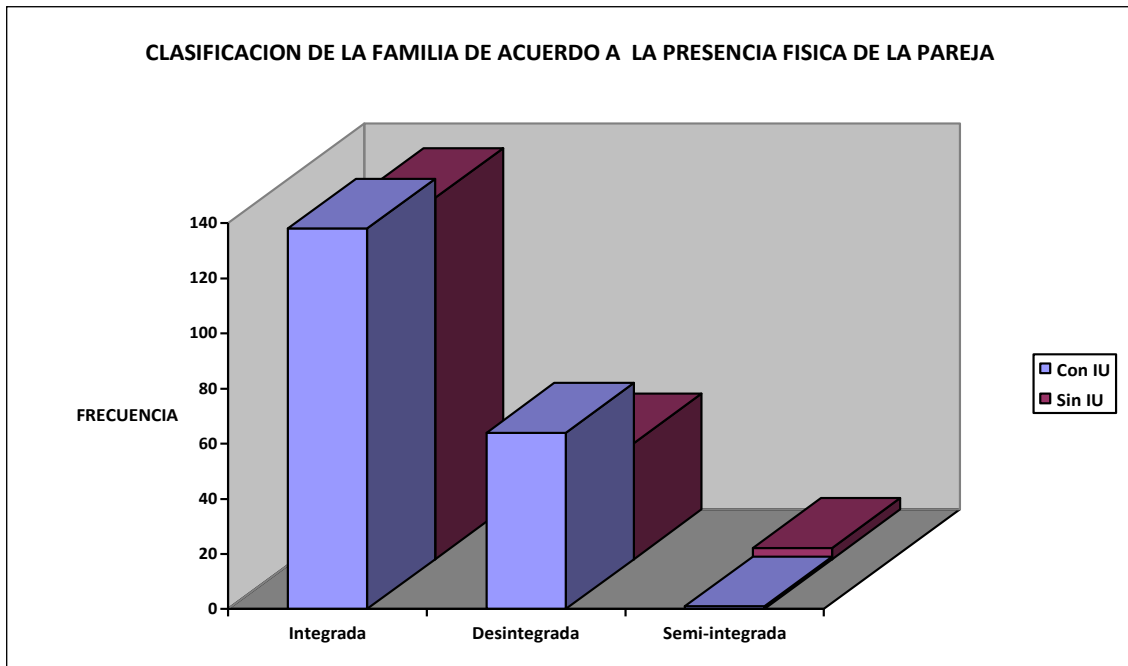
Tabla 5. Clasificación de la familia de acuerdo a la presencia física de la pareja.

Variable Tipo de familia según su integración	Con incontinencia urinaria		Sin incontinencia urinaria		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Integrada	138	67.98 %	131	74.01%	269	70.78%
Desintegrada	64	31.52 %	42	23.72%	106	27.89%
Semi-integrada	1	0.49 %	4	2.25%	05	1.31%
Total	203	99.99%	177	99.99%	380	99.98%

Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos.

De acuerdo su integración, predominó la familia integrada en pacientes con y sin IU en un 70.78%.

GRAFICA 5.



Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos.

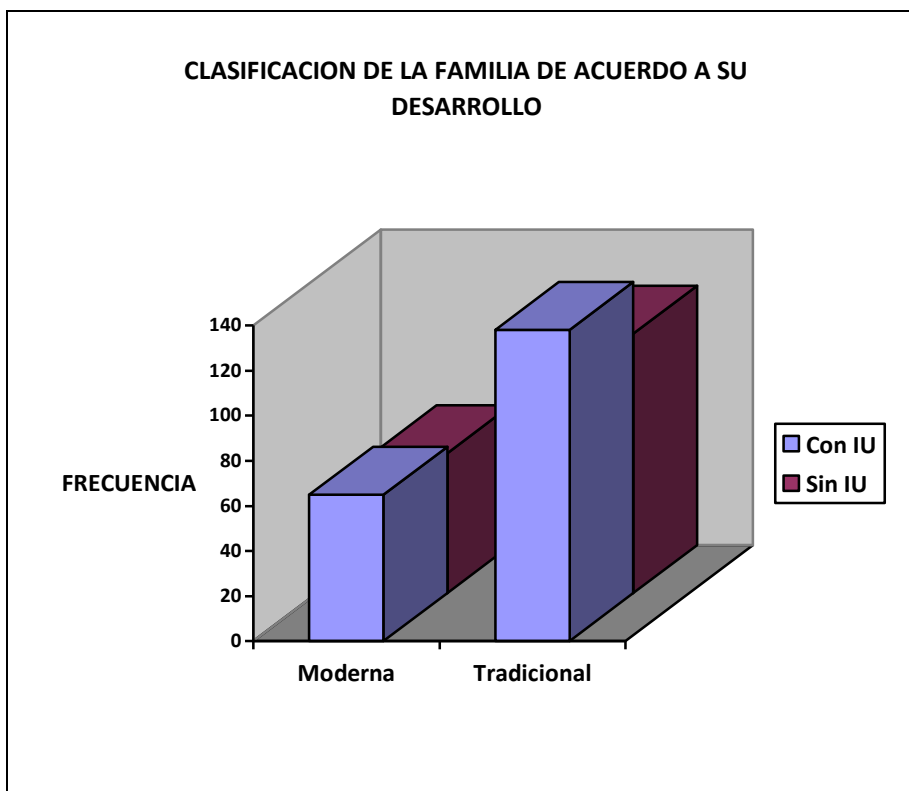
Tabla 6. Clasificación de la familia de acuerdo a su desarrollo.

Variable Tipo de familia de acuerdo a su desarrollo	Con incontinencia urinaria		Sin incontinencia urinaria		Frecuencia	Porcentaje %
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Moderna	65	32.01%	62	35.02%	127	33.42%
Tradicional	138	67.98%	115	64.97%	253	66.57%
Total	203	99.99%	177	99.99%	380	99.99%

Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos.

De acuerdo a la clasificación de la familia por su desarrollo en mujeres con y sin IU, se encontró un 66.57% pertenecen a una familia tradicional.

GRAFICA 6



Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos.

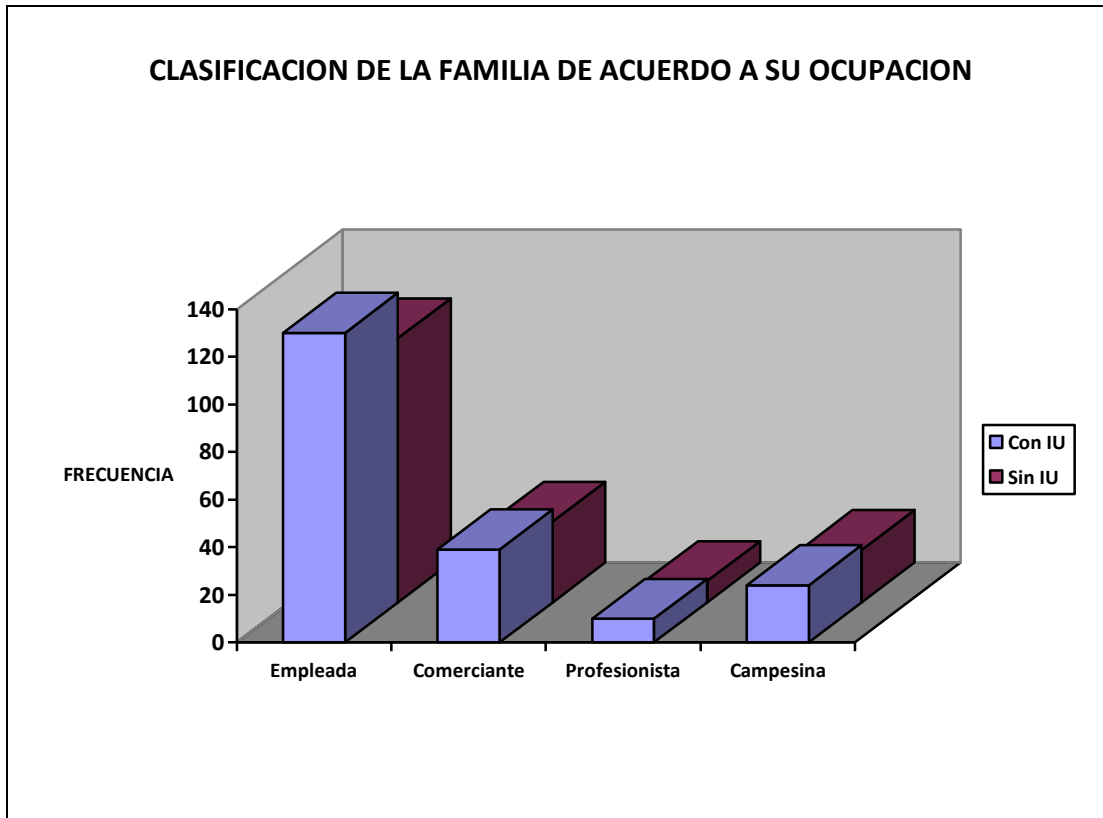
Tabla 7. Clasificación de la familia por su ocupación.

Variable Tipo de familia de acuerdo a su ocupación	Con incontinencia urinaria		Sin incontinencia urinaria		Frecuencia	Porcentaje %
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Empleada	130	64.03% %	111	62.71%%	241	63.42%
Comerciante	39	19.21 %	35	19.20%	74	19.47%
Profesionista	10	4.92 %	9	5.08%	19	5%
Campesina	24	11.82 %	22	12.42%	46	12.10%
Total	203	99.98	177	99.41%	380	99.99%

Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos.

De acuerdo a su ocupación, se encontró que el 63.42% pertenecen a una familia empleada (241 pacientes) con y sin IU.

GRAFICA 7



Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos.

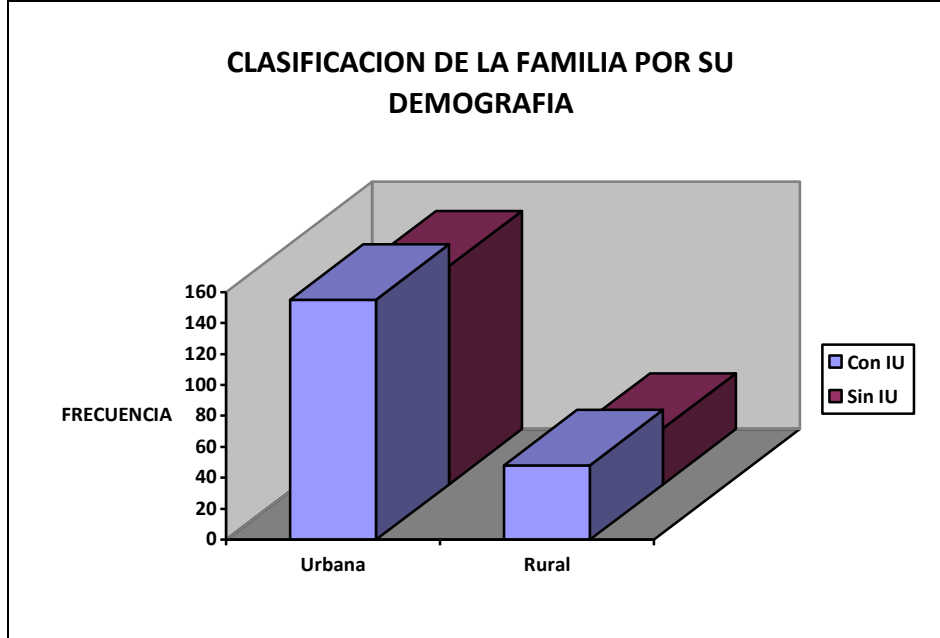
Tabla 8. Clasificación de la familia por su demografía.

Variable Tipo de familia de acuerdo a su demografía	Con incontinencia urinaria		Sin incontinencia urinaria		Frecuencia	Porcentaje %
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Urbana	155	76.35%	141	79.66%	296	77.89%
Rural	48	23.64%	36	20.33%	84	22.10%
Total	203	99.98	177	99.41%	380	99.99%

Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos.

De acuerdo a su demografía predominó la urbana en pacientes con y sin incontinencia urinaria, en un porcentaje del 77.89% (296 pacientes).

GRAFICA 8



Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos.

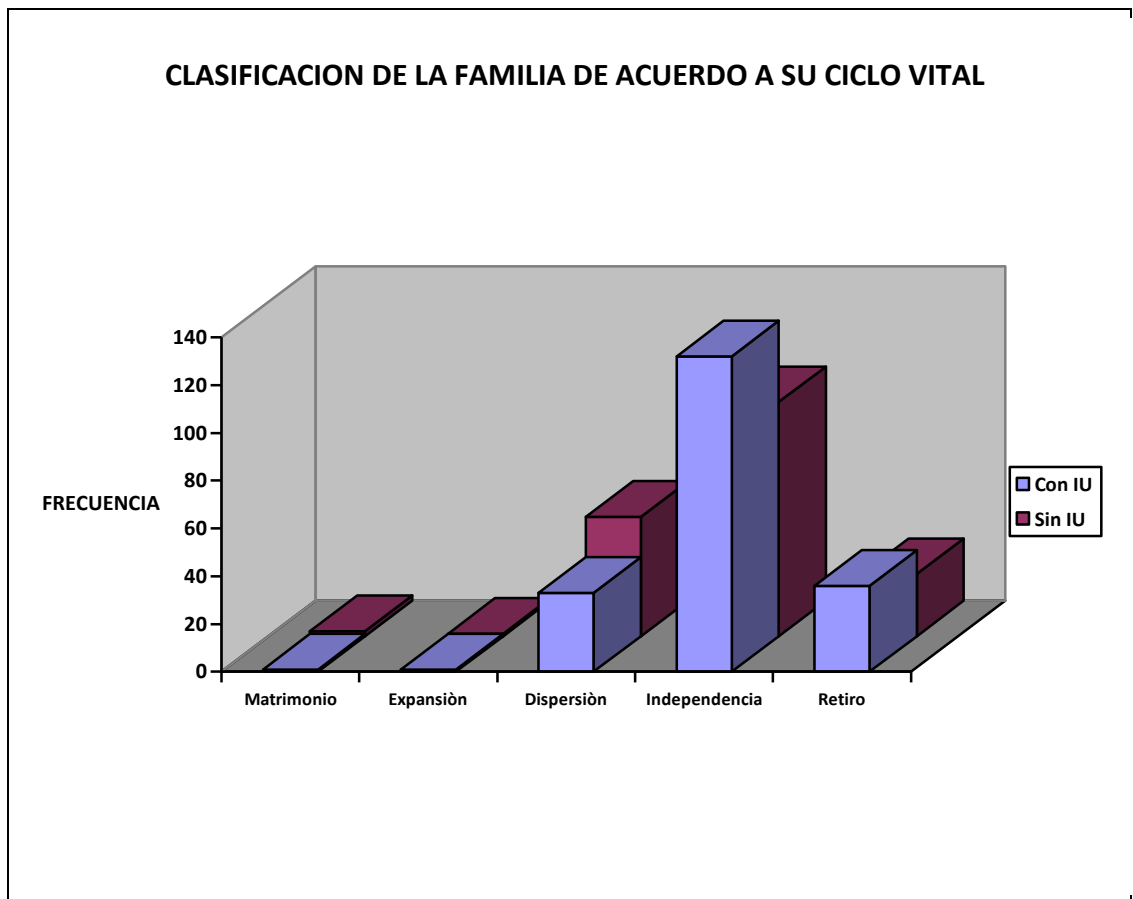
Tabla 9. Ciclo vital de la familia en mujeres con y sin incontinencia urinaria

Variable Tipo de familia de acuerdo al ciclo vital	Con incontinencia urinaria		Sin incontinencia urinaria		Frecuencia	Porcentaje %
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Matrimonio	1	0.49 %	2	1.12%	03	0.78%
Expansión	1	0.49 %	1	0.56%	02	0.52%
Dispersión	33	16.25 %	50	28.24%	83	21.84%
Independencia	132	65.02 %	98	55.36%	230	60.52%
Retiro	36	17.73 %	26	14.68%	62	16.31%
Total	203	99.98%	177	99.96%	380	99.97

Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos.

La etapa del ciclo vital que predominó fue la de la fase de independencia, tanto en mujeres con y sin incontinencia urinaria, encontrando un porcentaje del 60.52% (230 pacientes)

GRAFICA 9



Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos

En relación a los aspectos clínicos se encontró en el número de gestas una media de 3.90 embarazos, y en el número de paras una media de 3.25. Para identificar a las pacientes con IU, se indago por medio de cinco ítems sobre síntomas urinarios con lo cual obtuvimos una frecuencia de incontinencia urinaria de un 53.42%.

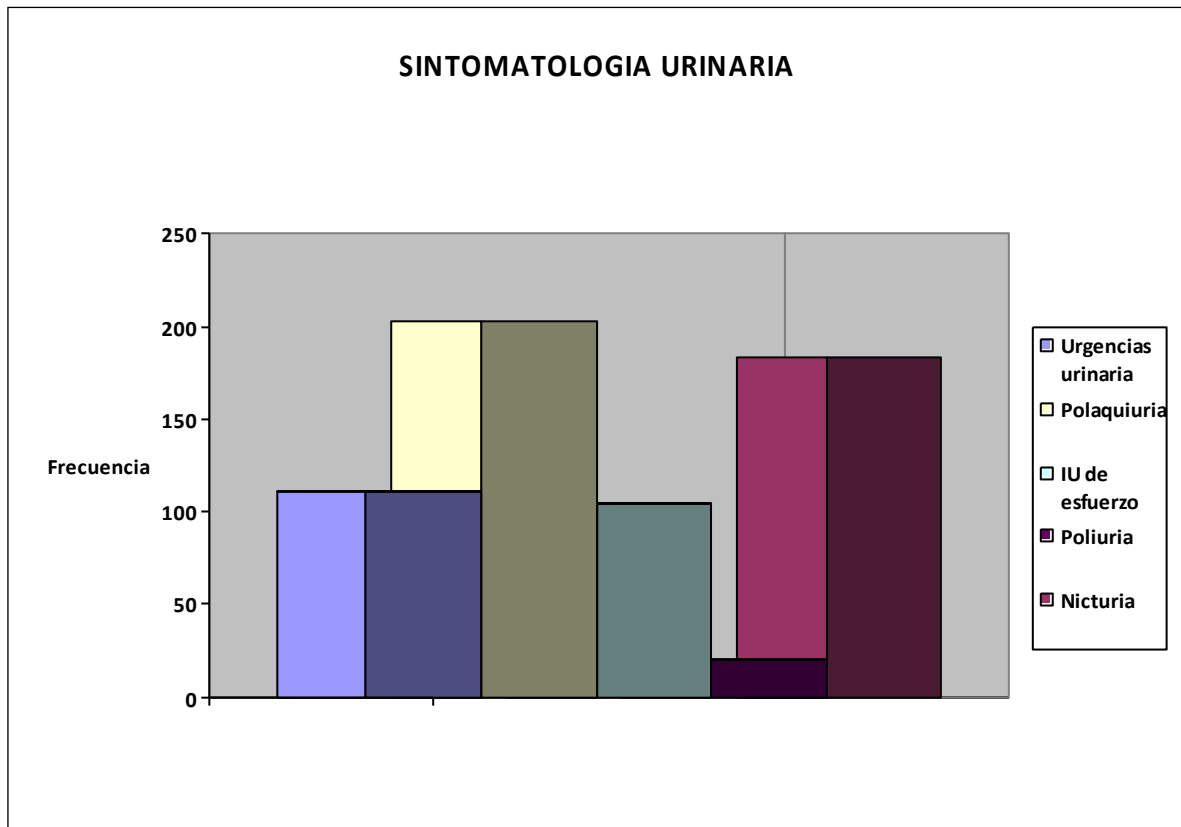
Tabla 10. Sintomatología urinaria

Edad	Sintomatología urinaria									
	Urgencia urinaria		Polaquiuria		Incontinencia urinaria de esfuerzo		Poliuria		Nicturia	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
40-44 años	15	13.51%	23	11.33%	5	04.80%	6	30.00%	27	14.75%
45-49 años	22	19.81%	43	21.18%	27	25.96%	6	30.00%	45	24.59%
50-54 años	36	32.43%	66	32.51%	30	28.84%	5	25.00%	49	26.77%
55-59 años	38	34.23%	71	34.97%	42	40.38%	3	15.00%	62	33.87%
Total	111	99.98%	203	99.99%	104	99.98%	20	100.00%	183	99.98%

Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos

Se encontró que el síntoma más frecuente en las mujeres con datos de incontinencia urinaria fue la polaquiuria, en un 34.97%, siendo el rango de edad de 55 a 59 años.

GRAFICA 10



Fuente: Encuesta de factores sociodemográficos y clínicos.

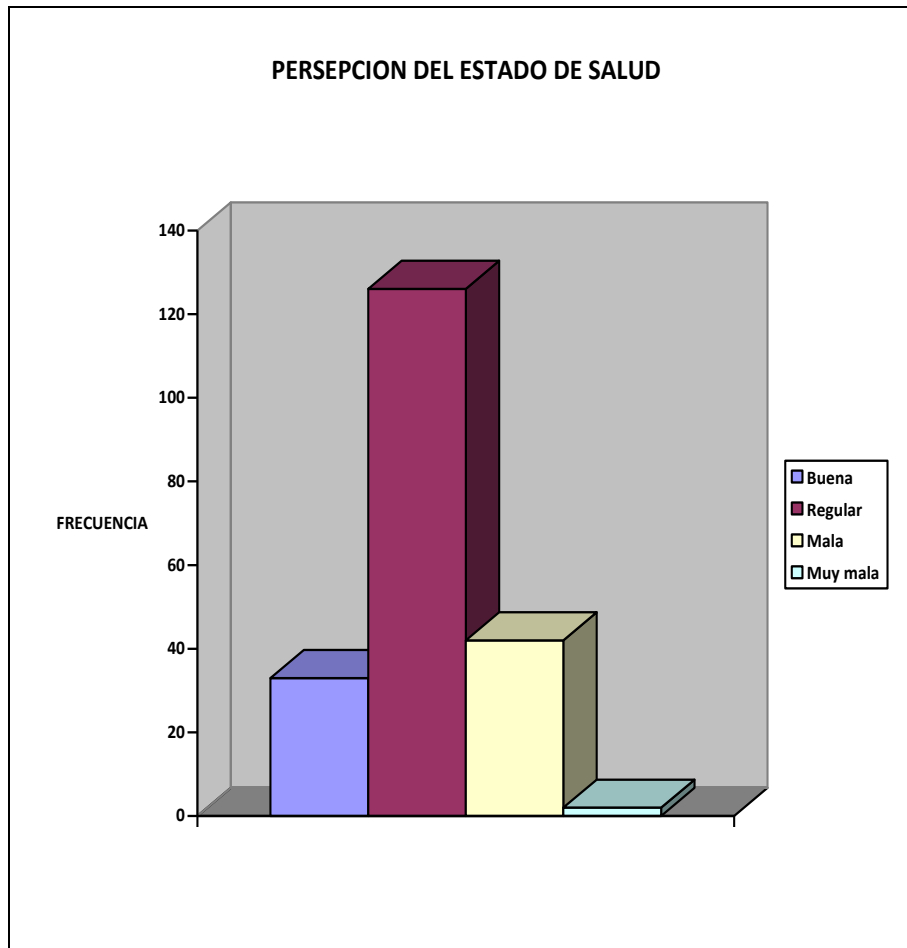
Tabla 11. Percepción de la mujer en relación a su salud

¿Cómo describe usted su salud en el presente?	Frecuencia (No. Pacientes)	Porcentaje	Puntuación total
Buena	33	16.25 %	66
Regular	126	62.06 %	378
Mala	42	20.68 %	168
Muy mala	2	0.98 %	10
Total	203	99.97%	

Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria
Cuestionario de salud King

En el presente trabajo el 62.06% de las pacientes con incontinencia urinaria describen su salud en el presente como regular, con una puntuación de 378 puntos.

GRAFICA 11



Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Cuestionario de salud King

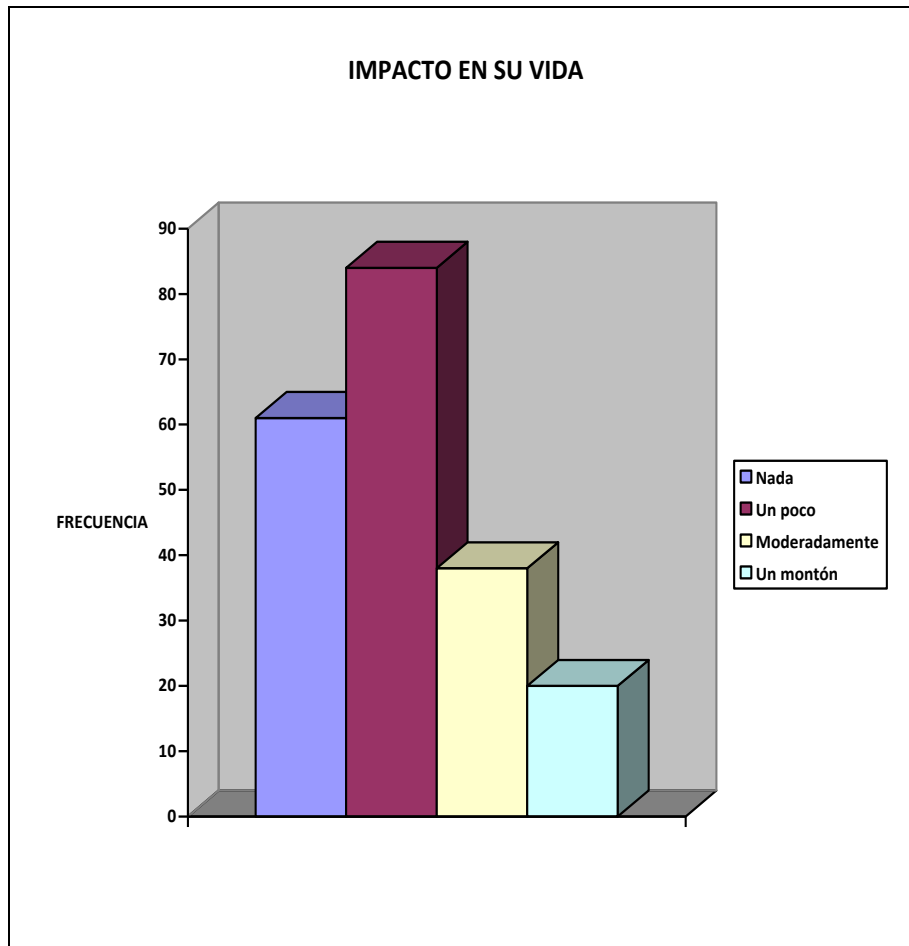
Tabla 12. Impacto en su vida

¿Cuánto piensa usted que su problema de vejiga afecta su vida?	Frecuencia No. De pacientes	Porcentaje %	Puntuación Total
Nada	61	30.04 %	61
Un poco	84	41.37 %	168
Moderadamente	38	18.71 %	114
Un montón	20	9.85 %	80

Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
Cuestionario de salud King

En relación a ¿Cuánto piensa usted que su problema de vejiga afecta su vida?, el 41.37% (84), refirió que un poco, y el 9.85% (20) refirió que le afecta un montón. Obteniendo una puntuación de 168 y 80 respectivamente.

GRAFICA 12



Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
Cuestionario de salud King

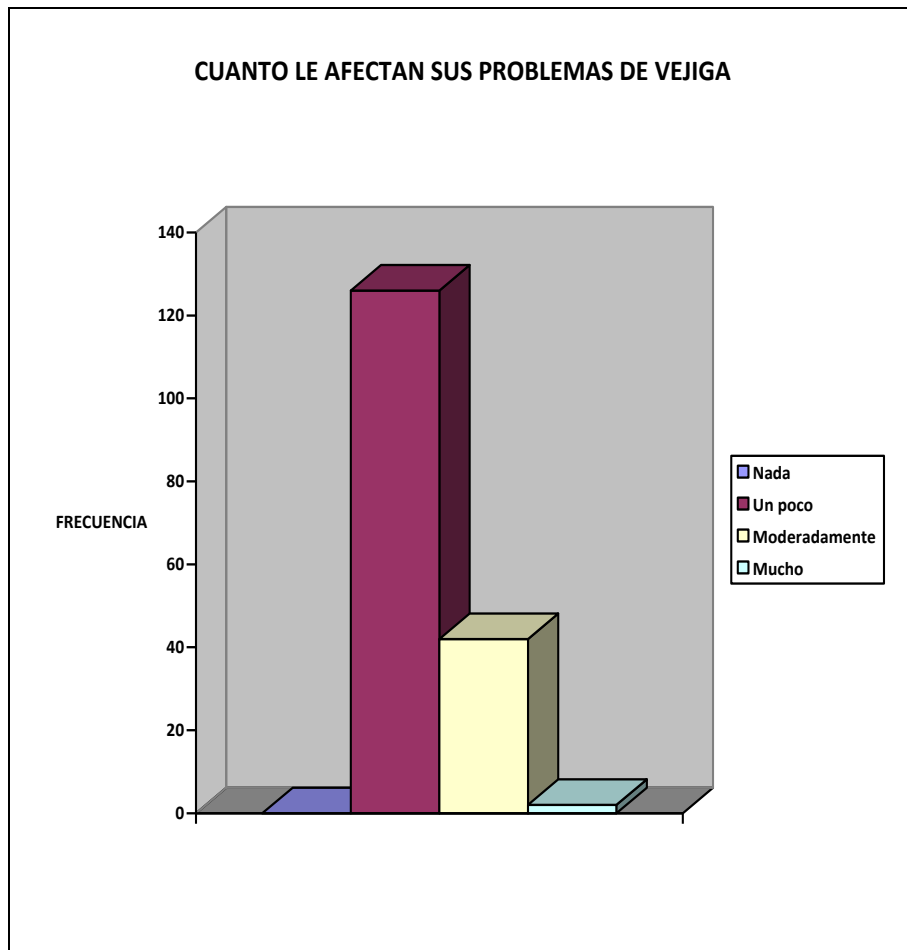
Tabla 13. Impacto de la incontinencia urinaria

¿Cuánto le afectan sus problemas de vejiga?	Nada			Un poco			Moderadamente			Mucho		
	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación
Va al baño muy a menudo	0	0	0	120	59.1 %	120	79	38.9 %	158	4	2.0%	12
Se levanta en la noche a orinar	20	9.8%	0	106	52.2%	106	56	27.6%	112	21	10.3%	63
Deseo fuerte y difícil de controlar la orina	92	45.3 %	0	71	35 %	71	24	11.8%	48	16	7.9 %	48
Pérdida de orina asociada a un fuerte deseo de orinar	99	48.8 %	0	70	34.5 %	70	24	11.8 %	48	10	4.9 %	30
Pérdida de orina con actividad física	49	24.1 %	0	123	60.6 %	123	21	10.3 %	42	10	4.9 %	30
Moja la cama en la noche	196	96.6 %	0	5	2.5 %	5	2	01 %	4	0	0	0
Pérdida de orina en el acto sexual	186	91.6 %	0	11	5.4 %	11	5	2.5 %	10	1	.5%	3
Frecuentes infecciones urinarias	97	47.8 %	0	76	37.4 %	76	21	10.3 %	42	9	4.4%	27
Dolores de vejiga	134	66.0 %	0	50	24.6 %	50	11	5.4 %	22	8	3.9 %	24
Dificultad para orinar	135	66.5 %	0	53	26.1 %	53	13	6.4 %	26	2	1 %	6

Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
Cuestionario de salud King

En cuanto a la dimensión ¿Cuánto le afectan sus problemas de vejiga?, se encontró mayor puntuación en la escala de un poco; al valorar los cada ítem se encontró: va al baño muy a menudo el 59.1% refirió que “un poco”; se levanta en la noche a orinar el 52.2% refirió que “un poco”; deseo fuerte y difícil de controlar la orina el 45.3% respondió que “nada”; pérdida de orina asociada a un fuerte deseo de orinar el 48.8% su respuesta fue “nada”; pérdida de orina con actividad física el 60.6% refirió que “un poco”; moja la cama en la noche el 96.6% refirió “nada” a esta pregunta; pérdida de orina en el acto sexual el 91.6% refirió “nada”; frecuentes infecciones urinarias el 47.8% refirió “nada”, dolores de vejiga el 66% refirió “nada”, y dificultad para orinar el 66.5% refirió “nada”. Teniendo en general que el 49.65% en nada le afecta los problemas de vejiga.

GRAFICA 13



Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
Cuestionario de salud King

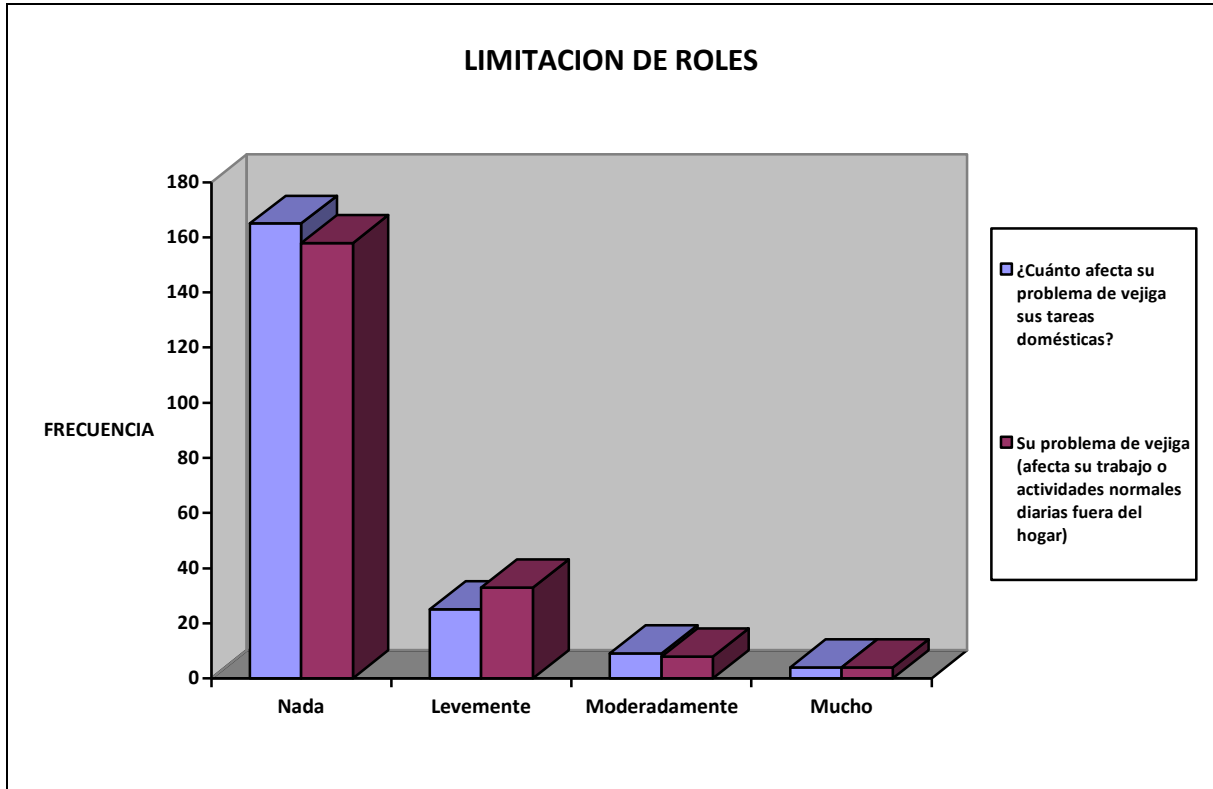
Tabla 14. Limitación de roles

Limitación de roles	Nada			Levemente			Moderadamente			Mucho		
	Frec.	%	Puntuación Total	Frec.	%	Puntuación total	Frec.	%	Puntuación total	Frec.	%	Puntuación total
¿Cuánto afecta su problema de vejiga sus tareas domésticas?	165	82.3%	165	25	12.3%	50	9	4.4%	27	4	2.0%	16
Su problema de vejiga, ¿Afecta su trabajo o actividades normales diarias fuera del hogar?	158	77.8 %	158	33	16.3 %	66	8	3.9 %	24	4	2.0%	16

Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
Cuestionario de salud King

En la dimensión, limitación de roles, el 82.3% de las pacientes en el ítem ¿Cuánto afecta su problema de vejiga sus tareas domésticas? refirió “nada”; y en ítem “su problema de vejiga, ¿Afecta su trabajo o actividades normales diarias fuera del hogar?” El 77.8% refirió “nada”. En esta dimensión no hubo afectación en limitación de roles en el 80.05 % de las pacientes.

GRAFICA 14



Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
Cuestionario de salud King

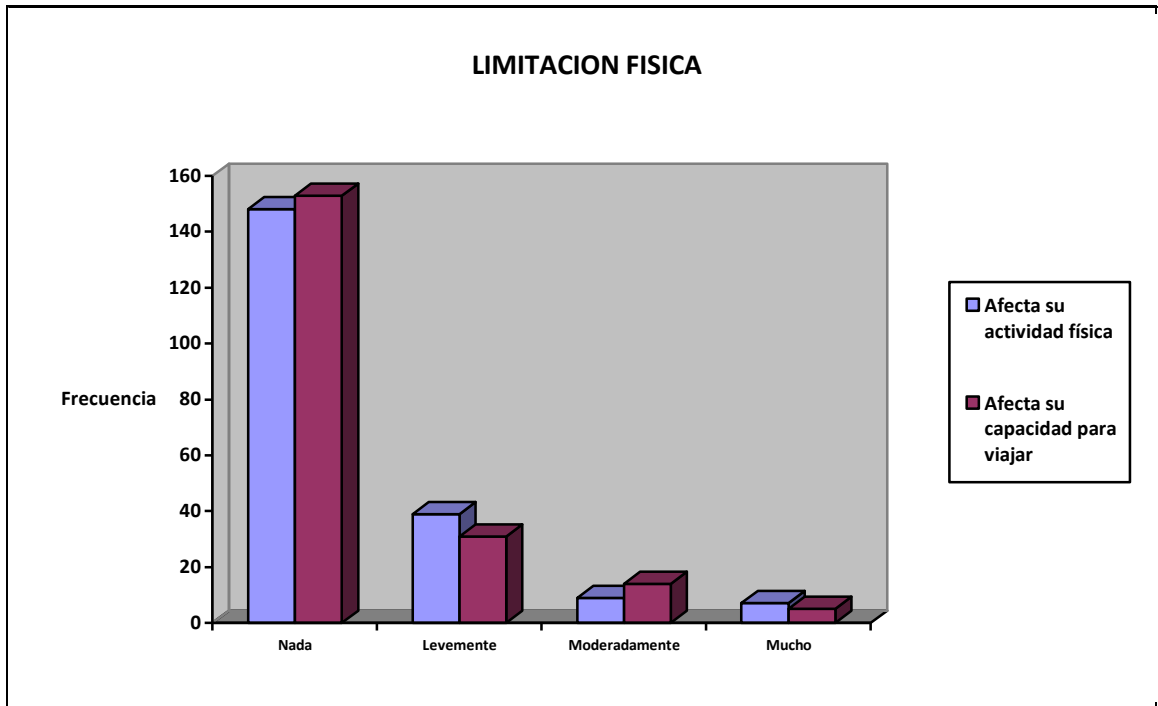
Tabla 15. Limitación física

Limitación física	Nada			Levemente			Moderadamente			Mucho		
	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación
Sus problemas de vejiga afectan su actividad física.	148	72.9 %	148	39	19.2%	78	9	4.4 %	27	7	3.0 %	28
Su problema de vejiga afecta su capacidad para viajar.	153	75.4 %	153	31	15.3 %	62	14	6.9 %	42	5	2.0%	20

Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
Cuestionario de salud King

En la dimensión limitación física, en el ítem “Sus problemas de vejiga afectan su actividad física” predominó la respuesta “nada” en el 72.9% de las pacientes; y en el ítem “Su problema de vejiga afecta su capacidad para viajar” el 75.4% refirió de igual manera “nada”. El 74.15% de la población en estudio refirió que no afecta en nada la IU esta dimensión.

GRAFICA 15



Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
Cuestionario de salud King

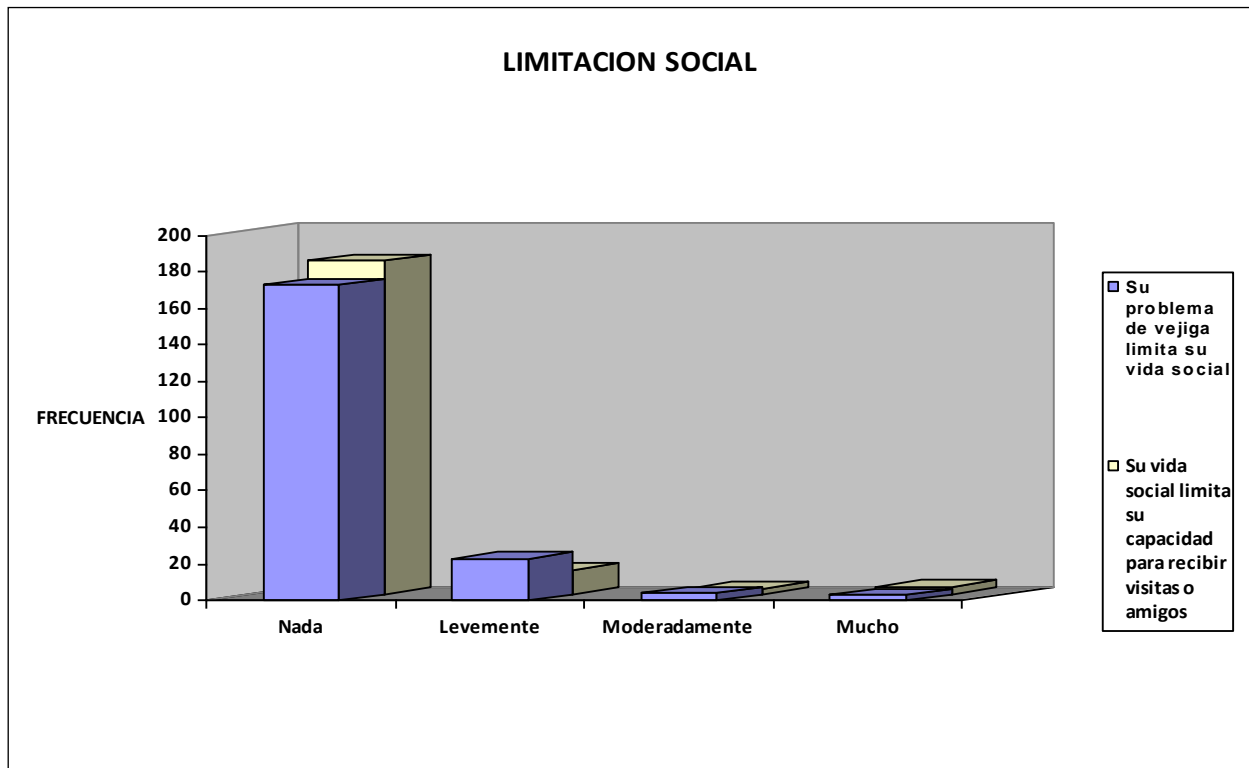
Tabla 16. Limitación Social

Limitación social	Nada			Levemente			Moderadamente			Mucho		
	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación
Su problema de vejiga limita su vida social.	173	85.2%	173	23	11.3%	46	4	1.5%	12	3	1.5%	12
Su vida social limita su capacidad para recibir visitas o amigos.	183	90.1%	183	13	6.4 %	26	3	1.5 %	9	4	1.5%	16

Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
Cuestionario de salud King

En la dimensión limitación social, en el ítem “Su problema de vejiga limita su vida social” predominó la respuesta “nada” en el 85.2%; en el ítem “Su vida social limita su capacidad para recibir visitas o amigos” el 90.1% refirió “nada”. En los dos ítems el 87.65% refirió que no hay limitación social.

GRAFICA 16



Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
Cuestionario de salud King

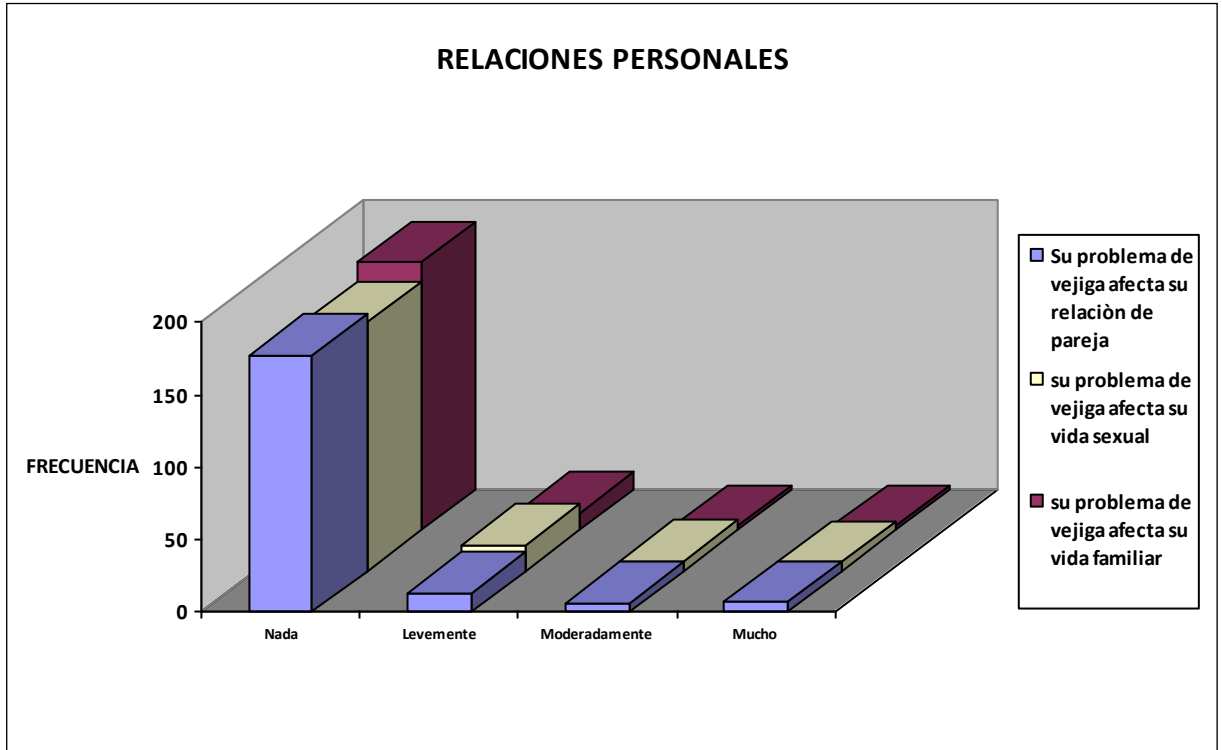
Tabla 17. Relaciones Personales

Relaciones personales	Nada			Levemente			Moderadamente			Mucho		
	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación
Su problema de vejiga afecta su relación de pareja	177	87.2 %	177	13	6.4 %	26	6	3 %	18	7	3.4 %	28
Su problema de vejiga afecta su vida sexual.	172	84.7%	172	18	8.9%	36	7	3.4%	21	6	3%	24
Su problema de vejiga afecta su vida familiar.	185	91.1 %	185	12	5.4 %	24	3	1.5%	9	3	1.5%	12

Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
Cuestionario de salud King

En la dimensión relaciones personales, en los ítem “su problema de vejiga afecta su relación de pareja”, “su problema de vejiga afecta su vida sexual” y “su problema de vejiga afecta su vida familiar” la respuesta que predominó fue “nada” en el 87.2 %, 84.7% y 91.1 % respectivamente; teniendo en general un 87.66% de la población que refiere que en nada le afecta sus relaciones personales la IU.

GRAFICA 17



Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
Cuestionario de salud King

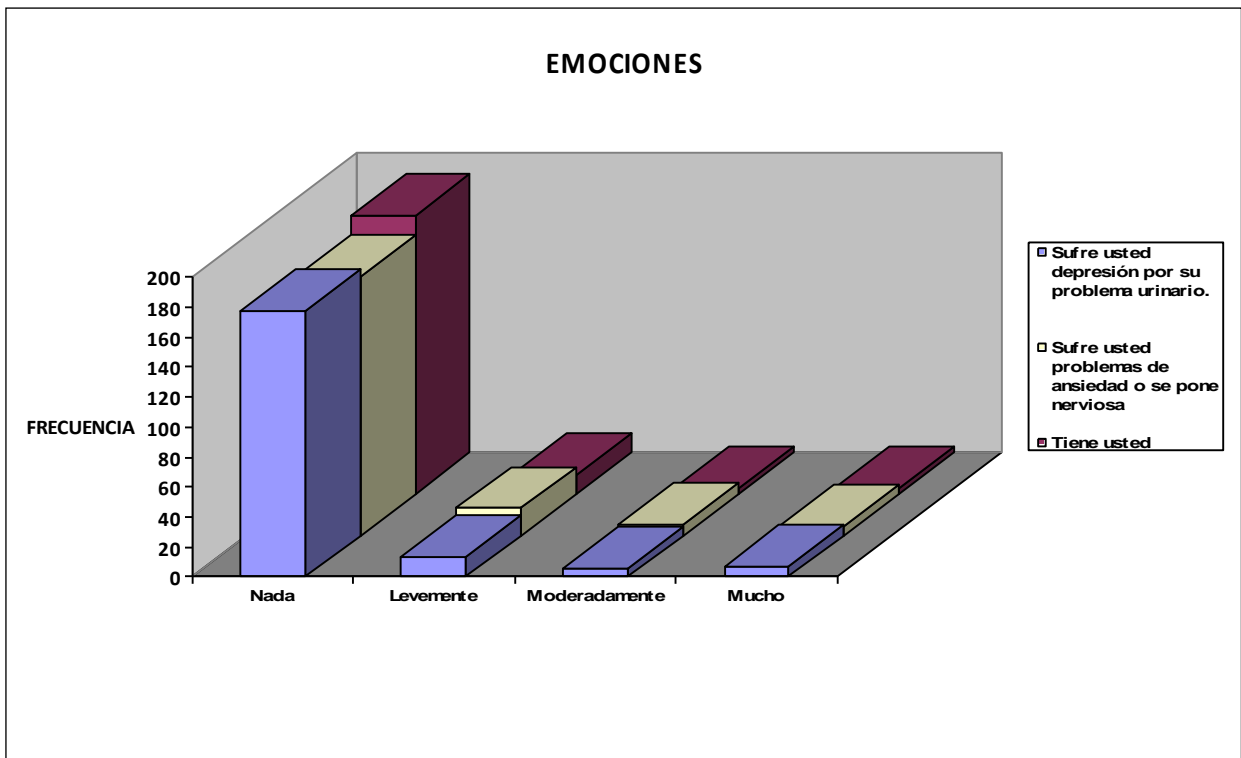
Tabla 18. Emociones

Emociones	Nada			Levemente			Moderadamente			Mucho		
	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación
Sufre usted depresión por su problema urinario.	157	77.3%	157	34	16.3%	68	8	3.9%	24	5	2.5%	20
Sufre usted problemas de ansiedad o se pone nerviosa.	143	70.4%	143	40	19.7%	80	14	6.9%	42	6	3%	24
Tiene usted problemas de autoestima debido a su problema urinario.	177	87.2%	177	17	8.4%	34	5	2.5%	15	4	2.0%	16

Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
Cuestionario de salud King

En la dimensión de emociones, en los ítems “sufre usted depresión por su problema urinario”, “sufre usted problemas de ansiedad o se pone nerviosa” y “tiene usted problemas de autoestima debido a su problema urinario”, predominó la respuesta en el 77.3%,70.4%, 87.2% “nada”, respectivamente. El 78.3. % de las mujeres en el estudio refiere en esta dimensión que en nada le afecta sus emociones la IU.

GRAFICA 18



Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
Cuestionario de salud King

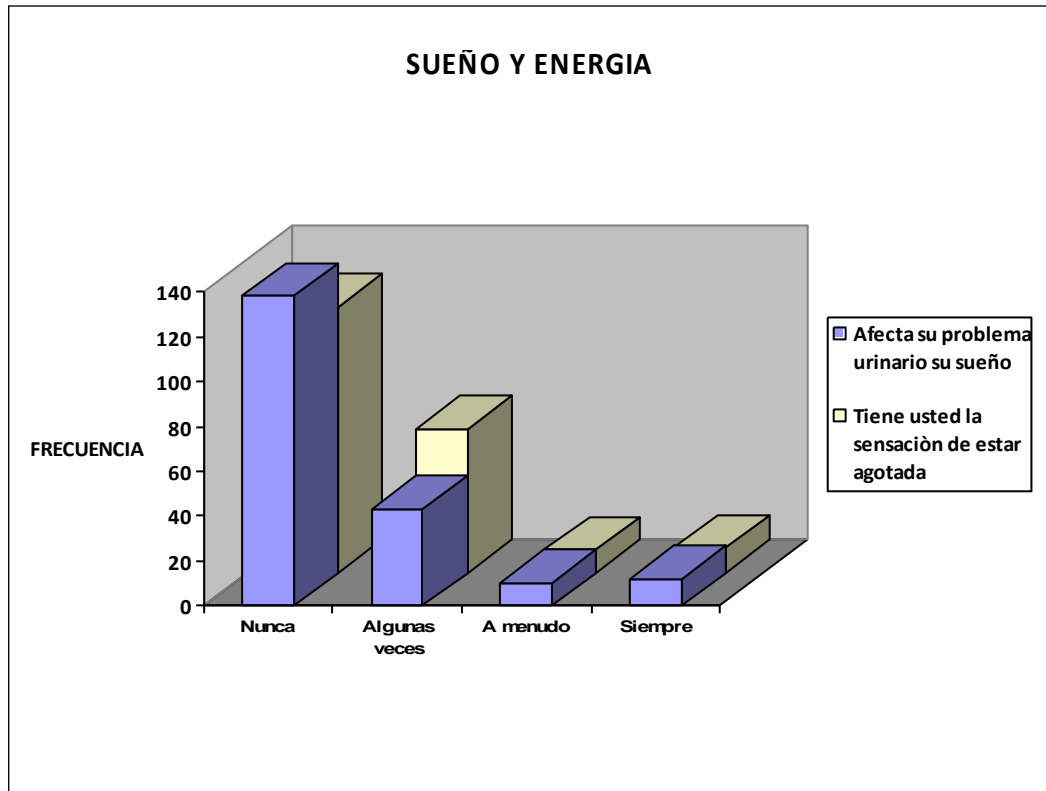
Tabla 19. Sueño y energía

Sueño y energía	Nada			Levemente			Moderadamente			Mucho		
	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación
Afecta su problema urinario el sueño.	138	68 %	138	43	21.2%	86	10	4.9%	30	12	5.9%	48
Tiene usted la sensación de estar agotada.	118	58.1%	118	64	31.5%	128	10	4.9%	30	11	5.4%	44

Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
Cuestionario de salud King

En la dimensión sueño y energía, en los ítems “afecta su problema urinaria de sueño” y “tiene usted la sensación de estar agotada”, la respuesta que predominó fue “nada”, en el 68% y 58.1%. El 63.05% de las mujeres refirió que no se ve afectada esta dimensión de sueño y energía.

GRAFICA 19



Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
Cuestionario de salud King

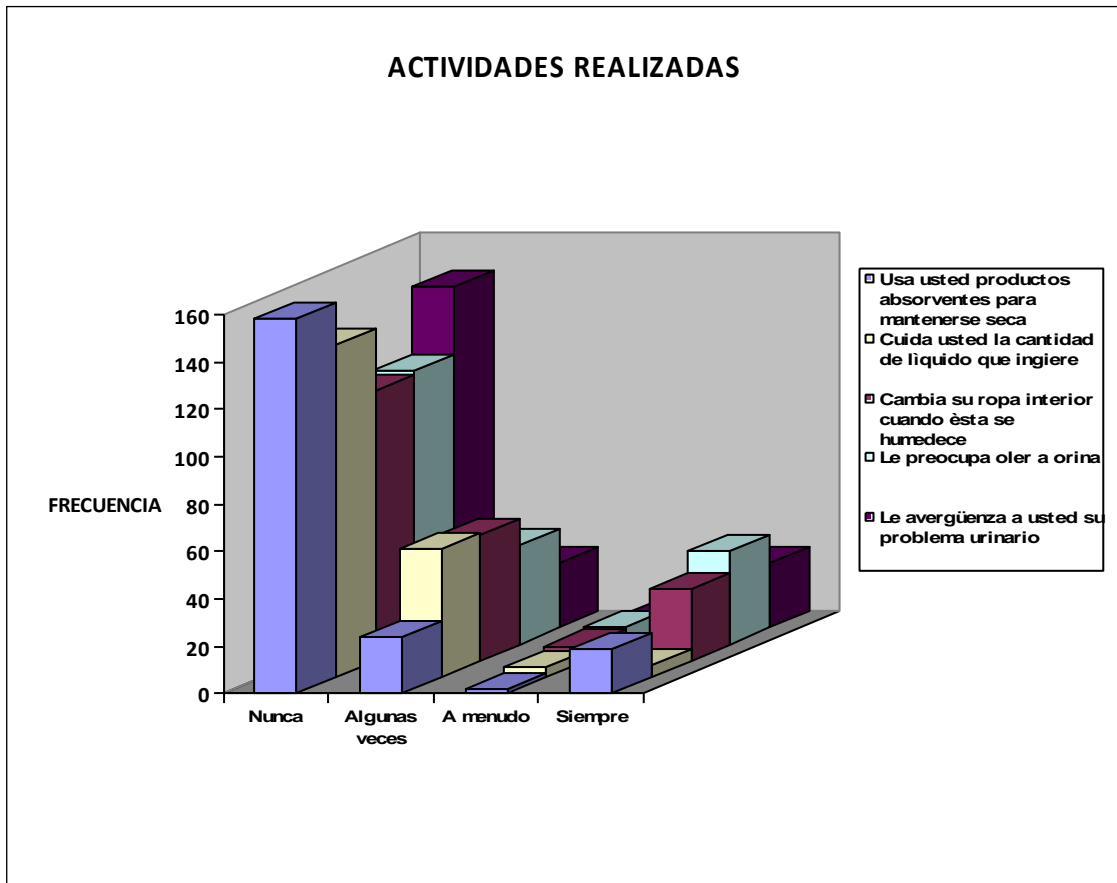
Tabla 20. Actividades realizadas

Realiza usted algunas de estas actividades	Nunca			Algunas veces			A menudo			Siempre		
	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación	Frec.	%	Puntuación
Usa usted productos absorbentes para mantenerse seca.	158	77.8%	158	24	11.8%	48	2	1%	6	19	9.4%	76
Cuida usted la cantidad de líquido que ingiere.	140	69%	140	54	26.6%	108	4	2.0%	12	5	2.5%	20
Cambia su ropa interior cuando ésta se humedece.	114	56.2%	114	53	26.1%	106	6	3%	18	30	14.8%	120
Le preocupa oler a orina	115	56.7%	115	42	20.7%	84	7	3.4%	21	39	19.2%	156
Le avergüenza a usted su problema urinario.	144	70.9%	144	27	12.8%	54	5	2.5%	15	27	13.3%	108

Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
Cuestionario de salud King

En la dimensión realiza usted algunas de estas actividades, en los ítems “usa usted productos absorbentes para mantenerse seca” 77.8 (158); “cuida usted la cantidad de líquido que ingiere” 69% (149), “cambia su ropa interior cuando ésta se humedece” 56.2 % (114), “le preocupa oler a orina” 56.7% (115) y “le avergüenza a usted su problema urinario” 70.9% (144), la respuesta que predominó y la que obtuvo mayor puntuación fue la de “nunca”. El 66.12% de la población nunca tiene problemas con estas actividades.

GRAFICA 20



Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.
Cuestionario de salud King

Tabla 21. Medidas de tendencia central en las dimensiones del cuestionario de calidad de vida

DIMENSIONES	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	VALOR DE P>0.05
1.- ¿Cómo describe su salud en el presente?	3.06	.638	NS
2.- ¿Cuánto piensa usted que su problema de vejiga afecta su vida?	2.08	.938	
3.- ¿Cuánto le afectan sus problemas de vejiga?	2.43	.535	
4.- Limitación de roles	1.27	.638	
5.- Limitación físico-social	1.36	.714	
6.- Relaciones personales	1.23	.666	
7.- Emociones	1.32	.667	
8.- Sueño y energía	1.49	.841	
9.- Realiza usted algunas de estas actividades	1.42	.910	

Fuente: Encuestas de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Cuestionario de salud King.

* χ^2 .

No hubo diferencias en las medias de las dimensiones evaluadas.

DISCUSIÓN

Del total de pacientes a las que se les aplicó la encuesta (382), 203 refirieron cursar con IU, la frecuencia encontrada de IU fue del 53.42% siendo mayor al reportado en estudios previos, Hanestad YS, y Hunskaar S. los cuales reportaron una prevalencia del 30 al 50%^{4,6,7}. Mauricio Velázquez Mañaga y cols, en su estudio de prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria encontraron una prevalencia de 46.5%⁸.

La edad media fue de 49.9 años similar al reportado por Regidor quien refiere que la IU es más frecuente después de los 50 años de edad⁴.

El número de gestas y partos vaginales reflejaron una relación con la presencia de IU, variables ya identificadas en algunos estudios, en los cuales se ha demostrado que sí existe una relación entre paridad e IU⁸.

El grado de escolaridad que predominó fue el de nivel primaria, tanto en pacientes con IU como en pacientes continentales, en un 44.82%, y 43.50% respectivamente, con un porcentaje de profesionistas de 4.92% en mujeres con IU y 5.64% en mujeres sin IU; en cuanto a la ocupación que predominó fue la de ama de casa en un 69.45% en mujeres con IU, y 70.05% en mujeres sin IU; la categoría de profesionistas en menor porcentaje 3.44% en mujeres con IU, y 03.38% en mujeres sin IU. En estas dos variables sociodemográficas no se encontró significancia estadística, a diferencia de lo reportado por Velázquez Magaña, quien refiere en su estudio que a mujeres continentales realizaron carreras universitarias (39.5 vs 26.3%, $p < 0.001$) y estudios de posgrado (10.7 vs 5.9%, $p < 0.05$), en comparación con las mujeres con incontinencia urinaria y en relación a la ocupación las mujeres que se dedicaban al hogar tuvieron mayor prevalencia de la enfermedad que las mujeres continentales (33.2 vs 55.1%, $p < 0.001$)⁸.

En relación al estado civil, que predominó en pacientes con y sin incontinencia urinaria fue el de casadas, en un 67.98% vs 74.01% respectivamente; siendo menos frecuente el de solteras en un 0.49%, y 02.25%.

De acuerdo al lugar de residencia el 73.89% de las pacientes con IU, y el 77.96% de las mujeres sin IU habitan en zona urbana, en la ciudad de Tapachula.

Para la clasificación de la familia no se puede comparar con otros estudios ya que no se han realizado; dentro de la clasificación de acuerdo a su estructura se encontró que el 48.27%, y 53.10% de mujeres con y sin IU respectivamente pertenecen a una familia nuclear simple; en la clasificación de la familia de acuerdo a su integración, el 66.99% y el 69.49% pacientes

con IU y sin IU) pertenecen a una familia integrada; de acuerdo a su desarrollo se encontró en mujeres con IU y sin IU que son parte de una familia tradicional en un 68%, y 64.97% respectivamente; en base a su ocupación predominó la de empleada en mujeres con y sin IU en un 64.03% y 62.71%; de acuerdo a su demografía predominó la zona urbana en pacientes con y sin IU, en un 76.35% y 79.66% respectivamente.

La etapa del ciclo vital que predominó fue la de la fase de independencia encontrando un 65.02% y el 55.36% para mujeres con y sin IU.

El cuestionario de calidad de vida King, se aplicó a 203 pacientes con incontinencia urinaria, En relación a como describen su salud en el presente el 62.06% de las pacientes con incontinencia urinaria la refieren como regular con una puntuación de 378; en relación a ¿Cuánto piensa usted que su problema de vejiga afecta su vida?, el 41.37%, refirió que un poco, con una puntuación de 168 ; en limitación de roles el 80.05% de las pacientes refirió que no tiene afectación; en la dimensión de limitación física, el 74.15% de la población en estudio refirió que no afecta en nada la IU ; en la dimensión limitación social, se obtuvo mayor porcentaje de las pacientes que refieren que no hay limitación social en el 87.65; en la dimensión relaciones personales, no se ve afectada en nada la calidad de vida en el 87.66%. Al igual que en la dimensión de emociones en el 78.3; en la dimensión sueño y energía, el 63.05% refiere que no hay afectación; la dimensión de actividades realizadas el 66.12% refiere que nunca. Las dimensiones que resultaron con mayor puntaje fue la de percepción de la mujer e impacto en la vida. No hubo diferencias en las medidas de tendencia central, sin significancia estadística en las diferentes dimensiones evaluadas, a diferencia de estudios previos en la que se refiere afectación de la calidad de vida en mujeres con IU^{8,17-20}, con $p>0.05$.

CONCLUSIONES

Este estudio se basó en un cuestionario que valoró subjetivamente la IU, lo que puede ser magnificada o subvalorada.

En conclusión la incontinencia urinaria (IU) resultó ser un problema de salud mayor al reportado en otros casos. La calidad de vida de las pacientes no se ve afectada significativamente, por lo que al no ser incapacitante en las pacientes favorece el que no sea reconocida por ellas, no refiriendo a su médico familiar, por lo tanto, no se diagnostica y no se les da un tratamiento oportuno.

Es importante enfocar esfuerzos para educar a la población en la prevención y consulta precoz.

Igualmente importante es que los profesionales de la salud seamos capaces de diagnosticar, evaluar y tratar desde el primer nivel de atención esta entidad (IU).

RECOMENDACIONES

1. Intervención del equipo multidisciplinario para la orientación a la población en riesgo.
2. Incluir en las sesiones departamentales de los médicos familiares temas relacionados a incontinencia urinaria.
3. El médico familiar Identificará factores de riesgos modificables y no modificables.
Edad igual o mayor a 40 años.
Menopausia
Hipertensión
Diagnóstico urodinámico de IU de Esfuerzo
Diabetes mellitus
Cirugías pelvicoabdominal
Neuropatía
Infección de vías urinarias frecuentes.
4. Realizar en cada consulta de medicina familiar un interrogatorio completo y enfocado a identificar datos de incontinencia urinaria.
Orientación sobre los ejercicios de Kegel o ejercicios de contracción del músculo pubocoxígeo.
5. Se sugiere como medida un diario miccional el cual el médico familiar deberá supervisar.
6. Integrar grupos de autoayuda a pacientes con incontinencia urinaria.
7. Terapia breve a pacientes con IU.

BIBLIOGRAFIA

1. García-González JJ, Espinoza-Aguilar A, Vladislavovna -Doubova S, Peña-valdovinos A, Reyes-valdovinos H, Guía para el diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos mayores, Revista Médica del instituto Mexicano del Seguros Social.2008; 46(4):415-422.
2. Díaz-Berrocal J, Hernández-Forero C, Lomanto-Morán A, Gutiérrez-Martínez A, Aristizábal-Agudelo M, Sociedad colombiana de urología. Guías de práctica clínica (GPC) Incontinencia urinaria femenina.
3. Martínez G P, Nellen H H, Hamui S A, Halabe C J. Incontinencia urinaria en el adulto mayor, Revista Médica del instituto Mexicano del Seguros Social.2006; 45(5); 513-521.
4. Regidor Miguel M, Diego García A, Estudio de la incontinencia urinaria en mujeres diabéticas menopáusicas y postmenopáusicas y su influencia sobre la calidad de vida de estas pacientes, Centro de salud de Catalejo, Ctra. de Sepúlveda 54; 40,320.
5. Instituto Mexicano del seguro social, Guías prácticas clínicas; Detección, diagnóstico y tratamiento inicial de incontinencia urinaria en la mujer, Octubre 2009, 6-41.
6. Senovilla Pérez J , Guineda Sevillano C, Gimeno Collado A, Zazo Remojaro A, Berrego Hernando J, García Luzón A, Conocimientos básicos sobre la incontinencia urinaria femenina de esfuerzo , Clínicas urológicas de Complutense, 2000(8), 377-394.
7. Harwardt T, Fuentes B, Venegas M, Leal C, Verdugo F, Benier P, Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de Isla de Pascua, Revista Chilena de Urología, 2004(69) ,29-34.
8. Velázquez M M, Bustos L H ,Rojas P G ,Oviedo O G, Neri R E ,Sánchez C C. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con Incontinencia urinaria, estudio en población abierta , volumen 7, Nº 6, Ginecología y Obstetricia, México, 2007, p.350-353.
9. Serrano B E, Maldonado A E, Espinoza G X, Moreno P J, Ixquiac P G, Cárdenas R E, Cabestrillo subtrigonal con aponeurosis abdominal en el tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo, Ciruj. 2009,77:193-200
10. Tratamientos no quirúrgicos para la incontinencia urinaria en la mujer, Avances Médicos 2008, www.intermedicina.com.
11. Ballester M A, Herreros V, Sánchez V, Benages A, Prevalencia de la incontinencia anal y urinaria silentes en mujeres de la ciudad de Teruel. Rev. Enferm. Dig. Madrid, 2005, 97(2):1-7.
12. Girona L, Conejero J, Bases anatómicas y fisiológicas, Urología, Martínez A E, Busquéz G J , Arlandis G S, Manual práctico sobre la incontinencia urinaria, 1999(1):1-5.
13. Senovilla P J, Guinda S C, Jimeno C A, Saso R A, Borrego H J; García L A, Conocimientos básicos sobre incontinencia urinaria femenina de esfuerzo. Clínicas urológicas de Complutense. Madrid 2005; 377-394

14. Escobar A. La calamidad de la vejez Rev. Fac. Med. UNAM, 2009,52(1)30-33.
15. Salguero M E, Salvatierra M E, Calderón N. Incontinencia urinaria, Revista Paceyña de Medicina Familiar, 2005,2(2): 114 –118.
16. Robles G J , Zudaire B J, Rosell C D, Berián P J , Nuevos fármacos en el tratamiento de la incontinencia urinaria, Revista médica universidad Navarro,2004, 48, (4):217 – 221.
17. Martínez C B, Salinas S A , Giménez B J , Donate M M , Pastor N H, Virseda R J , Calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria . Actas Urológicas Españolas 2008; 32(2):202-210.
18. Arriagada Hernández J ,González Espinoza C A, Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con Incontinencia urinaria, Universidad de Chile. Facultad de Medicina. 2006:8.
19. Kamei J, Kamei L, Estudio de prevalencia e impacto en calidad De vida de la infección urinaria, incontinencia urinaria y disfunción sexual , En mujeres que concurren a control rutinario en consultorio externo de Gineco-obstetricia. Revista Chilena de urología, 2005. 70(4):212,213.
20. Vela T J, Calidad de vida y menopausia, Revista de la Facultad de medicina de Tampico, 2005:1-2.
21. Martínez S F, Fouz L C, Gil D P, Téllez M F, Incontinencia Urinaria: una visión desde la atención primaria, 2001, Medifam, 11(2):1-13.
22. Huerta González J , La familia en el proceso salud enfermedad, 2005:9-14,18-26,76-85.
23. Irigoyen Corian A, Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, Medicina Familiar Mexicana: 2004,2ª edición: 14,29-34, 50, 59-70.
24. Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud, Elementos Esenciales de la Medicina Familiar, Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias Código de Bioética en Medicina Familiar, Arch. Med. Fam., 2005; 7 (1):13-19.
25. ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura. Declaración De Helsinki De La Asociación Médica Mundial CLXXXIV 730 marzo-abril (2008) 349-352 ISSN: 0210-1963

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE ONVESTIGACIÓN CLÍNICA
Lugar y Fecha

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado

Registrado ante el Comité local de Investigación en Salud de la CNIC

El objetivo de estudio es

Se me ha explicado que mi participación consistirá en

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del médico residente.

Nombre firma, matrícula del investigador principal.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia dudas o preguntas relacionas con el estudio.

Testigos

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

Instrucciones:

Lea detenidamente cada pregunta y conteste de acuerdo a lo solicitado, procure no dejar preguntas sin resolver.

No. de encuesta _____

Edad: _____ años.

No. de Gestas _____

No. de Paras _____

Escolaridad. 1. () Analfabeta 2. Primaria () 3. Secundaria ()

4. Preparatoria. 5. Profesionista () 5 Otro ()

Estado civil: 1. Soltero () 2. Casado () 3. Viudo () 4. Divorciado ()

Ocupación _____

Lugar de residencia _____

Clasificación de su familia:

De acuerdo a su estructura: 1. Nuclear () 2. Nuclear simple () 3. Nuclear numerosa ()

4. Reconstruida () 5. Extensa () 6. Extensa compuesta ()

De acuerdo a su integración: 1. Integrada () 2. No integrada () 3. Semiintegrada

Por su desarrollo: 1. Moderna () 2. Tradicional ()

Por su ocupación: 1. Empleada () 2. Comerciante () 3. Profesionista ()

Por su demografía: 1. Rural () 2. Urbana ()

Etapas del ciclo vital: 1. Matrimonio () 2. Expansión () 3. Dispersión ()

Independencia () 5. Retiro ()

Marque con una cruz si presenta síntomas como:

Siente deseos fuertes y repentinos de orinar si () no ()

Orina más de 8 veces al día si () no ()

Pierde orina cuando salta, tose, estornuda o carga objetos pesados si () no ()

Cuando tiene pérdida de orina son abundantes si () no ()

Se despierta por las noches para ir a orinar si () no ()

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE SALUD KING

1.- ¿Cómo describe usted su salud en el presente?

Muy buena

Buena

Regular

Mala

Muy mala

2.- ¿Cuánto piensa usted que su problema de vejiga afecta su vida?

Nada

Un poco

Moderadamente

Un montón

3.- Nos gustaría conocer cuáles son sus problemas de vejiga y cuanto la (o) afectan. De la lista de abajo elija sólo aquellos problemas que usted tiene en el presente. Deje fuera aquellos que no se aplican a usted.

4- Abajo están algunas actividades que pueden ser afectadas por sus problemas vesicales. ¿Cuánto le afectan sus problemas de vejiga? Nos gustaría que usted responda cada pregunta.

Simplemente marque la categoría que se aplica a usted.

Marque con una cruz

	Un poco	Moderadamente	Mucho
Frecuencia: va al baño muy a menudo			
Nicturia: se levanta en la noche a orinar			
Urgencia: un deseo fuerte y difícil de controlar la orina			
Urgencia incontinencia: perdida de orina asociada a un fuerte deseo de orinar			
Incontinencia de estrés: perdida de orina con actividad física Ej. toser, estornudar, correr			
Enuresis: moja la cama en la noche			
Incontinencia en el acto sexual: perdida de orina en el acto sexual			
Frecuentes infecciones urinarias			
Dolores de vejiga			
Dificultad para orinar			
Otros especifique			

Limitación de roles	Nada	Levemente	Moderadamente	Mucho
¿Cuánto afecta su problema de vejiga sus tareas domésticas (Ej. Limpiar, comprar, etc)				
Su problema de vejiga, ¿afecta su trabajo o actividades normales diarias fuera del hogar				

Limitacion fisico-social	Nada	Levemente	Moderadamente	Mucho
Sus problemas de vejiga afectan su actividad fisica (Ej. Caminar, correr, hacer deporte, gimnasia,etc)				
Su problema de vejiga afecta su capacidad para viajar				
Su problema de vejiga limita su vida social				
Su vida social limita su capacidad para recibir o visitar amigos				

Relaciones personales	No se aplica	Nada	Levemente	Moderadamente	Mucho
Su problema de vejiga afecta su relación de pareja					
Su problema de vejiga afecta su vida sexual					
Su problema de vejiga afecta su vida familiar					

Emociones	Nunca	Levemente	Moderadamente	Mucho
Sufre usted depresión por su problema urinario				
Sufre usted problemas de ansiedad o se pone nervioso (a) a causa de la incontinencia				
Tiene usted problemas de autoestima debido a su problema urinario				

Sueño y energía	Nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
Afecta su problema urinario de sueño				
Tiene usted la sensación de estar agotado (a)				

Realiza usted alguna de estas actividades

	Nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
Usa usted productora absorbentes para mantenerse seca (o)				
Cuida usted la cantidad de líquido que ingiere				
Cambia su ropa interior cuando esta se humedece				
Le preocupa oler a orina				
Le avergüenza a usted su problema urinario				

