



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 47
LEÓN, GUANAJUATO**

**“PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES DE 20 A 59
AÑOS EN LA UMF 47 DE LEÓN, GTO.”**

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

Presenta:

DR. ALDO JAVIER RIVAS PARRA

Asesor

DR. RAÚL HERNÁNDEZ ORDÓÑEZ

LEÓN, GUANAJUATO; JULIO 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES DE 20 A 59
AÑOS EN LA UMF 47 DE LEÓN, GTO.”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ALDO JAVIER RIVAS PARRA

A U T O R I Z A C I O N E S :

DRA. MAYRA TANIVET LÓPEZ CARRERA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR No 47
LEÓN, GUANAJUATO

DR. RAÚL HERNÁNDEZ ORDÓÑEZ

ASESOR DE TESIS

Dr. RAÚL HERNÁNDEZ ORDÓÑEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

LEÓN, GUANAJUATO; JULIO 2014.

**“PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES DE 20 A 59
AÑOS EN LA UMF 47 DE LEÓN, GTO.”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ALDO JAVIER RIVAS PARRA

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISION

DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION

DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

Contenido

RESUMEN.....	6
Título	6
Antecedentes	6
Objetivo	6
Material y Métodos	6
Experiencia de investigadores	6
Palabras Clave	6
MARCO TEÓRICO	7
Incontinencia Urinaria (IU)	7
Anatomía de la vejiga.....	7
Regiones del interior de la vejiga.....	8
Irrigación e inervación de la vejiga.....	8
Componentes del sistema de control de la vejiga.....	9
Epidemiología de la IU.....	9
Clasificación de la incontinencia urinaria.....	10
Incontinencia urinaria de esfuerzo.....	10
Incontinencia urinaria de urgencia.....	10
Incontinencia urinaria mixta.....	11
Insuficiencia urinaria “continua”.....	11
Enuresis nocturna.....	11
Incontinencia urinaria por rebosamiento.....	11
Incontinencia “funcional”.....	11
Etiología y Fisiopatología.....	12
Implicaciones de la IU.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACIÓN	16
OBJETIVOS	18
Objetivo general.....	18
Objetivos específicos.....	18
MATERIAL Y MÉTODOS	19

1.- Tipo de estudio.....	19
2.- Lugar y tiempo.....	19
3.- Población	19
Tamaño de muestra	19
4.- CRITERIOS DE SELECCIÓN	19
A) Criterios de inclusión.....	19
B) Criterios de exclusión.....	19
C) Criterios de eliminación	19
5.- VARIABLES.....	20
6.- Recolección de datos.....	21
A) Método de recolección:	21
B) Instrumento de recolección:.....	21
C) Procedimiento.....	21
7.- Análisis estadístico.....	22
RECURSOS	22
1.- MATERIALES.....	22
2.- HUMANOS.....	22
3.- ECONÓMICOS	22
RESULTADOS.....	23
ASPECTOS ÉTICOS	26
CONCLUSIONES.....	27
BIBLIOGRAFIA.....	28
ANEXOS 1 (Cuestionario para identificar Incontinencia Urinaria) Anexo 1	30
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	30
ANEXO 2	31
CONSENTIMIENTO INFORMADO	31

RESUMEN.

Título: Prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 20 a 59 años en la UMF 47 de León, Guanajuato.

Antecedentes: La Incontinencia Urinaria (IU) se define como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable. La prevalencia de la IU aumenta gradualmente durante la vida adulta joven, tiene un pico amplio a la mediana edad y aumenta de manera constante en las personas de edad avanzada. La importancia de ésta entidad radica en las implicaciones sociales, económicas y psicológicas que tiene.

Objetivo: Se identificó la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 20 a 59 años adscritas a la UMF 47, del IMSS, León, Gto.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, en una muestra de 700 sujetos, empleando como método de recolección la encuesta, mediante un muestro no probabilístico por simple disponibilidad. Se capturarán los datos en una base en Excel y se dará tratamiento estadístico aplicando estadística descriptiva e inferencial.

Experiencia de investigadores: Médico General alumno del curso de especialización en medicina familiar para médicos generales de base del IMSS, del 1er año y Médico familiar con Maestría en Educación con funciones de Coordinador Clínico de Educación e Investigación en salud.

Palabras Clave: Incontinencia urinaria, prevalencia, mujeres en edad fértil.

MARCO TEÓRICO

Incontinencia Urinaria (IU).

Como definición podemos encontrar muchas y de diversos contenidos pero casi siempre con el mismo significado. La Incontinencia Urinaria (IU) se define como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable. También se puede decir que es el escape involuntario de la orina a través de la uretra o la imposibilidad de retener la orina ⁽¹⁾. Otros autores mencionan que la IU se define como cualquier pérdida involuntaria de orina. Esta definición abarca varios aspectos de la incontinencia, incluyendo síntomas (utilizados en estudios epidemiológicos y ensayos clínicos que típicamente utilizan cuestionarios basados en síntomas), signos físicos (los más relevantes para los clínicos), la observación uro dinámica y la condición en su conjunto ⁽²⁾.

Desde la década de los ochenta, la Sociedad Internacional de Continencia (ICS), definía la incontinencia urinaria como una condición en la cual existía una "pérdida involuntaria de orina demostrable en forma objetiva y que constituye un problema social e higiénico para la paciente"⁽³⁾, también se menciona una definición desglosada y descrita por otro autor "La Incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina y denota: Un síntoma, la queja de pérdida involuntaria de orina por parte de la paciente o de quien la cuida. Un signo, la demostración objetiva de la pérdida de orina. Una condición, el evento fisiopatológico de base que puede ser demostrable clínica o mediante técnicas uro dinámicas" ⁽⁴⁾.

Anatomía de la vejiga.

La vejiga urinaria es un órgano hueco músculo-membranoso que forma parte del tracto urinario y que recibe la orina de los uréteres, la almacena y la expulsa a través de la uretra al exterior del cuerpo durante la micción.

En griego, vejiga se escribe κύστις [cistos], por lo que todas las palabras que se refieren a ella comienzan con cist-, como cistitis, cistotomía, cistoscopia, etc.

La vejiga urinaria está situada en la excavación de la pelvis. Por delante está fijada al pubis, por detrás limita con el recto, con la parte superior de la próstata y las vesículas seminales en el hombre, y con la vagina en la mujer. Por arriba está recubierta por el peritoneo parietal que lo separa de la cavidad abdominal, y por abajo limita con la próstata en el hombre y con la musculatura perineal en la mujer.

La capacidad fisiológica de la vejiga urinaria o hasta que aparece el deseo de orinar oscila entre los 250 a 300 centímetros cúbicos. Y puede aumentar de 2 a 3 litros en caso de retención aguda de orina. Esta capacidad se reduce en casos de cistitis hasta los 50 centímetros cúbicos.

El interior de la vejiga se visualiza realizando una cistoscopia, que observa la mucosa vesical, los meatos ureterales y el cuello vesical (la unión con la uretra). Estos tres puntos delimitan el trígono vesical, que es una porción fija y no distensible del órgano ⁽⁵⁾.

La pared de la vejiga está formada por tres capas:

- Capa serosa: El peritoneo parietal recubre la vejiga es su cara superior y parte posterior y laterales cuando está llena.
- Capa mucosa: Está formada por epitelio de transición urinario que es un epitelio estratificado de hasta ocho capas de células, impermeable, en contacto con la orina, y por la lámina propia que es de tejido conjuntivo.
- Capa muscular: Está formada por músculo liso con tres capas:
 1. Capa externa o superficial: Formada por fibras musculares longitudinales.
 2. Capa media: Formada por fibras musculares circulares.
 3. Capa interna o profunda: Formada también por fibras longitudinales.

Las tres capas de la muscular forman el músculo detrusor que cuando se contrae expulsa la orina y tiene como antagonistas los esfínteres de la uretra.

Regiones del interior de la vejiga

- Trígono vesical: Los uréteres entran en la vejiga diagonalmente a través de la pared dorsolateral, en un área llamada trígono, que tiene forma triangular y ocupa el área correspondiente a la pared postero inferior de la vejiga. La uretra define el punto inferior del triángulo que dibuja el trígono. Se encuentra sólo en la vejiga masculina.
- Ápex vesical: El ligamento medio umbilical conecta con el ápex de la vejiga.
- Cúpula vesical: Es la parte superior y más amplia de la vejiga, que aumenta considerablemente de volumen, como una esfera, cuando está llena de orina.
- Cuello vesical: Está conectado con el pubis a través del ligamento pubovesical en las mujeres, y por el ligamento puboprostático en hombres.

Irrigación e inervación de la vejiga

- Arterias: Proviene de la arteria ilíaca interna directamente o de sus ramas como la arteria umbilical en la parte superior, la arteria genitovesical en su parte media o de la arteria pudenda en su parte inferior.
- Venas: Drenan en un plexo venoso pélvico que recubre el espacio prevesical en su cara posteroinferior y que termina en la vena hipogástrica.
- Linfáticos: La linfa de la vejiga drena en los ganglios perivesicales, de ahí a los ilíacos externos y a los hipogástricos, que se reúnen en los ganglios del promontorio.

- Nervios: La inervación de la vejiga procede de plexo lumboaórtico o hipogástrico que contiene fibras nerviosas del sistema nervioso simpático. Y del plexo presacro que contiene fibras nerviosas del sistema nervioso parasimpático.

Componentes del sistema de control de la vejiga.

Para un buen control de la vejiga, todos los componentes del sistema deben actuar en conjunto:

- Los músculos de la pelvis deben sostener la vejiga y la uretra.
- Los músculos del esfínter deben abrir y cerrar la uretra.
- Los nervios deben controlar los músculos de la vejiga y del suelo de la pelvis⁽⁵⁾.

Epidemiología de la IU.

Estudios realizados en Chile, España y México demuestran que la IU afecta de forma significativa tanto física como emocionalmente. Así mismo se observó que esta patología presentó un incremento en la incidencia con respecto al aumento progresivo de la edad con prevalencia del 77.1% con afectación de la calidad de vida en el 50.4%⁽⁶⁻⁸⁾.

En el mismo contexto hay algunos datos de EEUU en donde indica que: “la IU afecta a 13 millones de personas con un alto costo para la sociedad. El año 1997, el tratamiento de la IU, en individuos sobre los 65 años, significó un gasto de 26.5 billones de dólares”⁽⁶⁾.

Por otra parte en un estudio sobre “Prevalencia de la Incontinencia Urinaria en España” se analizó un conglomerado de estudios realizados por diversos autores en los cuales compara los resultados con el fin de realizar su investigación, en el menciona que Rebollo Alvarez y Espuña Pons en el 2003 identificaron una prevalencia en España del 20-50% dependiendo de la edad. Hunskaar S y cols encontraron que la prevalencia global de la IU en Francia, Alemania, España y Reino Unido fue de 35%. La prevalencia fue más baja en España (23%), Francia (44%), Alemania (41%) y Reino Unido (42%). Y la IU de esfuerzo fue la más frecuente⁽⁷⁾.

La prevalencia de la incontinencia urinaria parece aumentar gradualmente durante la vida adulta joven, tiene un pico amplio a la mediana edad y aumenta de manera constante en las personas de edad avanzada⁽⁹⁾. La ONU estimó que en el año de 2009 existirían 114 millones de mujeres en México entre 40 y 60 años de las

cuales 5.7 millones tendrían incontinencia de esfuerzo ameritando en 15% tratamiento quirúrgico, lo cual representaría 257,000 casos anuales ⁽¹⁰⁾.

Se ha estimado que los costos directos de la incontinencia urinaria en Estado Unidos es de 12.43 millones de dólares anualmente ⁽⁹⁾.

Velázquez Magaña M, Bustos López H, Rojas Poceros G (2007), en un estudio realizado a población abierta en las 16 delegaciones de la Ciudad de México encontraron una prevalencia de IU de 46.5%. Las mujeres con mayor índice de masa corporal con sobrepeso u obesidad presentaron mayor incidencia de IU, así como también las mujeres con mayor frecuencia de embarazos o partos. Además reporto una prevalencia de preocupación social del 69.5 +/- 27.3 e impacto psicosocial del 83.4 +/- 21.8. Concluyen que las mujeres con IU presentan una menor calidad de vida ⁽⁸⁾.

En un estudio realizado en la zona metropolitana de Guadalajara con el nombre "Prevalencia de incontinencia urinaria y anal en mujeres de la zona metropolitana de Guadalajara", reportan que la edad de afectación más frecuente es de los 45 a 69 años ⁽¹¹⁾.

Clasificación de la incontinencia urinaria

En cuanto al tipo de incontinencia, la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) ⁽⁴⁾ clasifica la IU desde un punto de vista sintomático, y lo hace de la siguiente forma:

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 IU 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. 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 nicturia. 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.

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 en inglés), movilidad restringida, exceso de diuresis (poliuria) o impactación fecal (stool impaction en inglés), que constituye la regla nemotécnica.

Etiología y Fisiopatología.

Entre las causas que provocan la IU se mencionan las siguientes:

Género. Varias razones (longitud uretral, diferencias anatómicas en el suelo pelviano, afectaciones del parto) intentan justificar la diferencia que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar IU. Sin embargo esta razón de riesgo varía con la edad: en menores de 60 años las mujeres tienen 4 veces más probabilidades que los hombres de padecer IU, pero en mayores de 60 años solo 2 veces más ⁽¹²⁾.

Edad. Existen indicios para pensar que la edad pudiera jugar un papel en el desarrollo de la IUU más que de la IUE. Así mismo como se menciona en el inicio del presente trabajo de investigación según las estadísticas la media es del 20-30% y en adultos mayores es de 40-50% ⁽¹²⁾.

Menopausia. La atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pelviano así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral. Estudios recientes no han demostrado que la menopausia por sí misma sea un factor de riesgo independiente de la edad ⁽¹²⁾.

Raza. Se han realizado varios estudios los cuales demuestran que las mujeres blancas tienen una prevalencia IUE tres veces mayor que las mujeres negras atribuyéndose a diferencias raciales en tejido conjuntivo o en los músculos (8).

Peso. La obesidad es uno de los factores de riesgo independiente para la IU en mujeres mayores. Un Índice de Masa Corporal alto se correlaciona con una mayor prevalencia de la IU así como de la severidad. Se conoce poco sobre la pérdida de peso como tratamiento de la IU ⁽¹³⁾.

Multiparidad. El parto es un factor establecido de riesgo de IU entre las mujeres jóvenes y de mediana edad ⁽¹⁴⁾ se ha sugerido que el parto vaginal es el factor contribuyente más importante, posiblemente por las lesiones neurológicas o musculares asociadas. Según estadísticas 31-42% de las embarazadas tiene IU y en 51% de ellas persiste algún grado de IU. Por otro lado *recientemente*, se ha comprobado que las mujeres con partos por cesárea (prevalencia 15.8%) tienen un riesgo mayor de IU que las nulíparas (prevalencia 10.1%) pero que el parto vaginal se asocia con el riesgo mayor (prevalencia 24.2%) ⁽¹⁵⁾.

Parámetros obstétricos. En un reciente estudio los RN de peso 4000gr o más se asociaron a cualquier tipo de IU; trastornos funcionales del parto con IU moderada o severa; la anestesia epidural con IUE; y la circunferencia cefálica mayor de 38cm con IUU ⁽¹⁴⁾.

Histerectomía. El impacto de la histerectomía en el desarrollo de la IUE no está demostrado. Un clásico metaanálisis ⁽¹⁶⁾, publicaba una asociación entre la histerectomía e IU a largo plazo, es decir muchos años tras la cirugía sobre todo el

mujeres mayores de 60 años en las que el riesgo de IU se incrementaba hasta 60%. Otros estudios no encuentran esta asociación ⁽¹⁷⁾.

Factores uroginecológicos. Los prolapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, la debilidad de los músculos del suelo pelviano, la cirugía uroginecológica previa, el estreñimiento, la cistitis y otras infecciones del tracto urinario son los factores más importantes ⁽¹⁸⁾.

Herencia. Datos extraídos del estudio EPINCONT ponen de manifiesto que las mujeres son proclives a desarrollar IU si sus madres o hermanas mayores son incontinentes ⁽¹⁹⁾. Un estudio reciente ⁽²⁰⁾, ha encontrado una prevalencia de 71% y 24% de IUE entre madres y hermanas operadas por IU, frente a 40% y 11% de madres y hermanas de mujeres no operadas ⁽¹⁹⁾.

Otros factores que se mencionan son: Diabetes Mellitus, Parkinson, Demencia, Toxicomanías, EVC, Fármacos sin embargo no están bien estudiados ⁽²¹⁾.

Implicaciones de la IU

El impacto en la vida personal en relación con este trastorno es profundo, ya que muchos pacientes se alejan del contacto social y permanecen confinados a los sanitarios, en un intento para minimizar los episodios de incontinencia. Aunque existen datos acerca de la incontinencia urinaria, la mayoría de la información disponible sobre la incontinencia fecal proviene de pocos estudios que son vulnerables desde el punto de vista metodológico y de la experiencia clínica con pacientes con este trastorno. Los estudios disponibles generalmente se centran en una parte estrecha del problema que no puede ser extrapolada a toda la población con esta patología ⁽²²⁾. La incontinencia urinaria es una patología con una elevada prevalencia y, aunque no es una patología grave, repercute mucho sobre la calidad de vida de quien la padece, por lo que debería ser en la Atención Primaria donde se atendieran gran parte de las incontinencias si queremos conseguir una adecuada orientación diagnóstica y una buena respuesta terapéutica ⁽²⁵⁾.

Impacto económico de la incontinencia

Los costos de atención de la salud pueden clasificarse como directos o indirectos. Los directos son aquellos relacionados con la entrega o recepción de tratamientos e incluyen los honorarios de los facultativos, de los hospitales, los costos para los medicamentos y los costos en el transporte para obtener atención. Los costos indirectos son aquellos relacionados con el individuo y con la sociedad derivados del ausentismo laboral, disminución del desempeño en sus tareas laborales y cambios en su trabajo secundarios a problemas en la salud (por ejemplo, la asignación hacia un puesto con menor ingreso monetario para evitar contacto con el público, lo que puede ocurrir como resultado de la incontinencia). Algunos economistas también realizan una estimación de los

costos asociados con los tratamientos de las secuelas, que constituyen de esta forma los costos consiguientes.

El estudio más reciente y exhaustivo estimó en 16 300 millones de dólares el costo de atención directo anual en 1995 relacionado con la incontinencia urinaria en los EE.UU. Existen muy pocos datos disponibles acerca de los costos directos para el tratamiento de la incontinencia urinaria ⁽²²⁾.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La IU es un padecimiento que involucra tanto la cuestión física como la psicológica. Algunos de los problemas psicosociales más comunes son: reacciones emocionales de inseguridad, inhibición afectiva, ansiedad, depresión inhibición de la sexualidad, aislamiento social entre otros. Así mismo físicamente puede ocasionar la presencia de infecciones y sepsis urinarias, maceración y molestias cutáneas. Por este motivo es importante detectar y atender este padecimiento a tiempo con el fin de evitar complicaciones futuras.

Se ha reportado que la IU afecta a nivel mundial del 30 al 40% en personas de edad media y de 40 a 50% en adultos mayores. Por tal razón se observa que la IU aumenta su presencia significativamente con el aumento de la edad.

La ONU estimo que en el año de 2009 existirían 114 millones de mujeres en México entre 40 y 60 años de las cuales 5.7 millones tendrían incontinencia de esfuerzo ameritando en 15% tratamiento quirúrgico, lo cual representaría 257,000 casos anuales (ONU 2001). Se ha estimado también que los costos directos de la incontinencia urinaria en Estado Unidos es de 12.43 millones de dólares anualmente.

En cuanto a las repercusiones individuales, sociales y médicas y económicas del padecimiento podemos mencionar lo siguiente:

- Sobre la salud física :
 - Infecciones y sepsis urinarias
 - Maceración y molestias cutáneas
 - Caídas
- Sobre el bienestar psicológico
 - Vergüenza
 - Aislamiento
 - Depresión
 - Dependencia
 - Pérdida de la autoestima.
- Consecuencias sociales :
 - Estrés en la familia, los amigos y los cuidadores.
 - Abandono de las actividades domésticas y sociales.

- Predisposición a la institucionalización.
- Costos económicos :
 - Dispositivos (catéteres, pañales, bolsas de diuresis...)
 - Lavandería
 - Trabajo por parte del personal de enfermería y cuidadores.
 - Tratamiento de las complicaciones (hospitalización).

Derivado de lo anterior, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 20 a 59 años en Unidad de Medicina Familiar No. 47 (UMF 47) de León, Guanajuato?

JUSTIFICACIÓN

La incontinencia urinaria femenina es un motivo frecuente de consulta a urólogos, ginecólogos y médicos generales y se han observado diversidad de criterios para la evaluación de estas pacientes y su selección para los diferentes tratamientos. Asimismo, es un padecimiento que afecta a gran parte de la población mundial, que por lo general se asocia con los adultos mayores, sin embargo, es muy frecuente observar ésta afección en personas jóvenes o de edad media, además de en ambos sexos.

El propósito del presente estudio es identificar la prevalencia la IU en las mujeres de 20 a 59 años de edad, así como el tipo de incontinencia más frecuente, con el fin de evaluar el impacto potencial de la misma,

También es importante concientizar a nuestras pacientes sobre esta patología y sus consecuencias. Dar una orientación adecuada de una forma profesional y entendible con el fin de disminuir la incidencia de este padecimiento.

Por otro lado servirá de referencia para el establecimiento de estrategias con el fin de detectar, prevenir y diagnosticar en forma oportuna las complicaciones médicas derivadas de esta así como reducir las implicaciones sociales.

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 20 a 59 años adscritas a la UMF 47, del IMSS, León, Guanajuato.

Objetivos específicos

- 1 Identificar el rango de edad en el cual prevalece la incontinencia urinaria
- 2 Identificar los factores de riesgo para la aparición de la incontinencia urinaria
- 3 Identificar los tipos de incontinencia más frecuente

MATERIAL Y MÉTODOS

1.- Tipo de estudio.

Observacional, transversal, descriptivo y prospectivo.

2.- Lugar y tiempo

Se llevo a cabo en la UMF 47 de León, Guanajuato., durante el periodo Marzo a Junio del 2013.

3.- Población

Pacientes del sexo femenino de entre 20-59 años derechohabientes al IMSS y adscritas a la UMF 47 de León, Guanajuato.

Tamaño de muestra

El muestreo fue no probabilístico por simple disponibilidad.

Se calculo para una población infinita, con un 95% de confianza, 3% de precisión y una proporción esperada del 20%, por lo que el tamaño de la muestra es de 700 sujetos.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se empleo el programa epidemiológico de datos tabulados EPIDAT versión 3.0.

4.- CRITERIOS DE SELECCIÓN

A) Criterios de inclusión

- Pacientes del sexo femenino
- Edad entre 20-59 años
- Pacientes adscritas a la UMF 47

B) Criterios de exclusión

- Aquellos pacientes que no acepten contestar la encuesta.
- Pacientes con trastornos mentales.
- Pacientes con diagnóstico de cistocele o tratamiento del piso pélvico

C) Criterios de eliminación

- Pacientes que no contesten en su totalidad la encuesta

5.- VARIABLES

Variables	Definición	Tipo de variable	Escala	Unidad de medición
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un ser vivo	Cuantitativo	De razón	Años cumplidos
Sexo	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos dando la especialización de organismos en variedad masculino o femenino	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Masculino Femenino
Estado civil	Situación de personas físicas determinada por su relación de familia provenientes del matrimonio o parentesco que establece derechos y deberes	Cualitativa	Nominal Politómica	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza	Cualitativa	Nominal Politómica	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Otras
Enfermedades crónicas concomitantes	Aquellas enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, así como precursoras para otros padecimientos	Cualitativa	Nominal Politómica	Diabetes HTA Otras
Tratamiento de las enfermedades	Medicamentos indicados para un tipo de padecimiento que pudieran ocasionar un efecto secundario o afección hacia otro órgano o sistema	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
Incontinencia urinaria	Pérdida del control vesical	Cualitativas	Nominal	Si

			Dicotómica	No
Incontinencia persistente	Se define como la incontinencia urinaria cuya duración es mayor a cuatro semanas y no está relacionada con problemas agudos	Cualitativas	Nominal Dicotómica	Si No
Tipo de incontinencia	Se define como la clasificación de la incontinencia urinaria en base a criterios sintomáticos y urodinámicos	Cualitativas	Nominal	1. IU de esfuerzo 2. IU de urgencia 3. IU por rebosamiento 4. IU funcional 5. IU continua 6. IU enuresis 7. IU mixta

6.- Recolección de datos

A) Método de recolección:

- Encuesta.

B) Instrumento de recolección:

- Se elaboró un instrumento de recolección para identificar a los pacientes con incontinencia urinaria y a su vez clasificarlo en sus diferentes tipos, de acuerdo a las características clínicas de cada uno de ellos.
- Para la elaboración del instrumento se tomó como base el algoritmo propuesto por la Guía de práctica clínica, detección, diagnóstico y Tratamiento inicial de Incontinencia Urinaria en la mujer. del Instituto Mexicano Del Seguro Social en el 2009 y se actualizó de acuerdo a los criterios actuales de guías internacionales y del programa GERIATRIMSS.

C) Procedimiento

Una vez aceptado el protocolo por el Comité Local de Investigación de la UMF 47, se realizó el estudio de campo, el cual consistió en las siguientes actividades:

Se identificó a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y se les invitó a participar en el estudio, explicando detalladamente el objetivo del mismo. A

aquellos que aceptaron participar, se les solicito su autorización en forma verbal, y se les realizo la encuesta, aplicando el cuestionario (anexo 1). Las respuestas de las encuestas se capturaron en una base de datos creada en Excel (anexo 2), y posteriormente se dio tratamiento estadístico. Finalmente se analizaron los resultados, completando el reporte final por escrito al departamento de Educación de la unidad y a las autoridades correspondientes.

7.- Análisis estadístico.

Se empleo estadística descriptiva para el análisis de las medidas de tendencia central y de dispersión, tablas de frecuencias. Asimismo se utilizó estadística inferencial (chi cuadrada) para evaluar las asociaciones entre las variables.

RECURSOS

1.- MATERIALES

Material de papelería: Hojas, fotocopias, grapas, clips, bolígrafos, folders.

Material de oficina: Computadora laptop marca Hp pavilion con sistema operativo Windows Vista, Software Microsoft office 2007. Impresora marca Lexmark E340, de inyección de tinta.

2.- HUMANOS

- Derechohabientes que cumplan con los criterios de inclusión
- Medico General alumno del curso de especialización en medicina familiar para médicos generales de base del IMSS, alumno del 1er año.
- Asesor de tesis, Médico familiar con Maestría en Educación con funciones de coordinador Clínico de educación e Investigación en salud en la UMF 47, León, Guanajuato.

3.- ECONÓMICOS

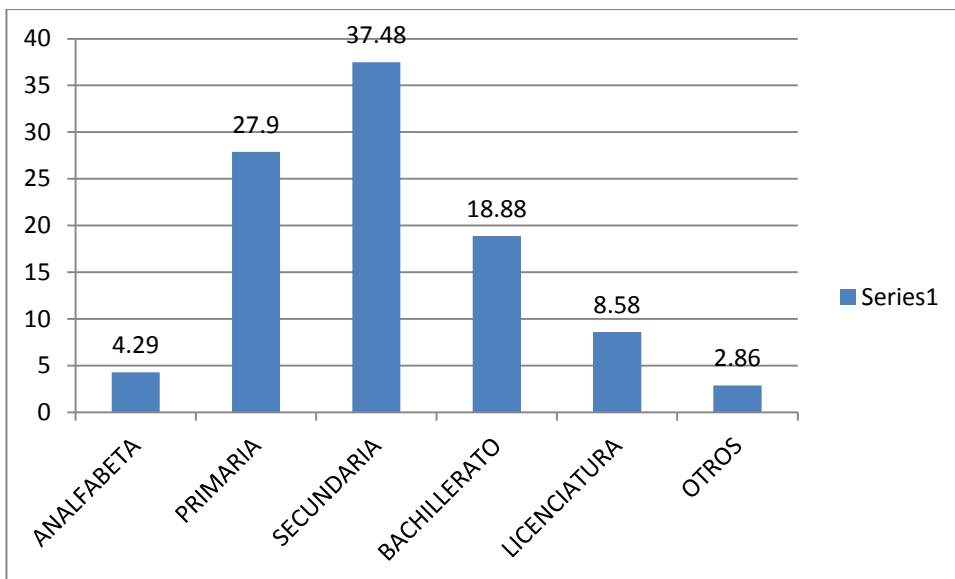
- Los gastos generados por la presente investigación serán absorbidos por el investigador.

RESULTADOS

Seiscientas noventa y nueve mujeres contestaron la encuesta con una edad promedio de 37.6 años y un rango entre 20 y 59 años.

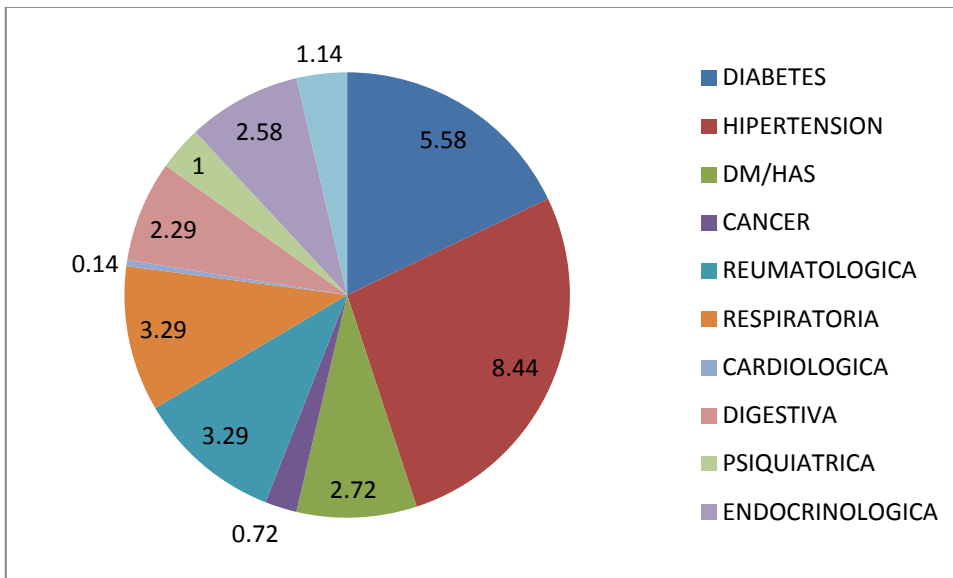
En cuanto a la escolaridad se encontró que del total de las pacientes encuestadas el 37.48% tiene como grado máximo de estudios la secundaria, en segundo lugar se encuentran las pacientes que cursaron y terminaron el nivel de primaria en el 27.90% y en tercer lugar encontramos con el 18.88% a las paciente que alcanzaron el nivel de bachillerato.

Figura 1: Escolaridad



Se observo la presencia de enfermedades concomitantes en el 31.04% de las mujeres encuestadas siendo las patologías más mencionadas, la hipertensión arterial en un 8.44% de las mujeres encuestadas, siguiendo las mujeres portadoras de diabetes mellitus en un 5.58%, en tercer lugar mencionaremos una paridad entre las pacientes con enfermedades reumáticas y respiratorias con un 3.29% cada una y en cuarto lugar las pacientes portadoras de diabetes mellitus en conjunción con hipertensión arterial con un 2.72%.

Figura 2: Enfermedades concomitantes

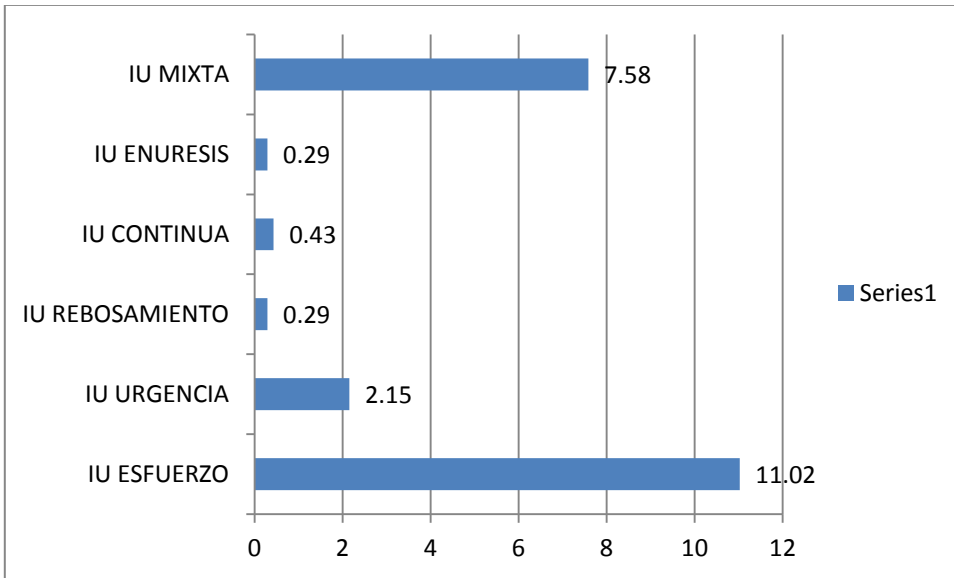


En cuanto a tratamiento administrado a las paciente encuestadas con alguna patología concomitante se reporta que el 99.09% reciben sus medicamentos correspondientes.

Como punto importante y motivo del presente estudio de investigación se hace mención que entre las pacientes a las cuales se les solicito responder una encuesta sobre incontinencia urinaria se encontró que el 23.61% presentaron pérdidas involuntarias de orina en el presente año, así mismo se detectó que al 14.45% de las pacientes esta patología les genera algún tipo de afectación en su calidad de vida.

Mencionaremos también que entre las pacientes que presentan algún tipo de incontinencia urinaria, la de tipo de esfuerzo es la más común con el 11.02%, seguida de la incontinencia mixta en el 7.58% de los casos. En el tercer lugar mencionaremos la incontinencia de urgencia con el 2.15% de las personas encuestadas, seguida de la incontinencia urinaria continua con el 0.43% y en la menor cantidad de los casos se menciona la incontinencia urinaria por rebosamiento y la de tipo enuresis en el 0.29% en ambos casos.

Figura 3: Tipos de Incontinencia



ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud vigente en nuestro país, el estudio es una Investigación sin riesgo (Artículo 17 fracción I), ya que se trata de un estudio prospectivo en donde se realizaron encuestas.

En apego a la Declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud:

- La investigación se realizó por que el conocimiento que se pretende adquirir no se puede obtener por otros medios.
- Se apoyó en un profundo conocimiento de la bibliografía científica actual.
- El proyecto de investigación describió a detalle la metodología, los recursos y las fuentes de financiamiento.
- El protocolo fue sometido para su evaluación a un comité local de investigación y ética en investigación para la salud.
- La investigación se llevó a cabo bajo la vigilancia de un investigador competente que tuvo la responsabilidad de proteger a los participantes.
- El investigador responsable informó al comité local de investigación y ética en investigación en salud sobre el avance de la investigación y sobre algún incidente grave.
- No se realizó ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité local de investigación y ética en investigación.
- El muestreo fue probabilístico por simple disponibilidad, considerando a toda la población diana que cumple con los criterios de selección.
- A cada individuo se le dio una información adecuada sobre los objetivos, métodos, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas de la investigación.
- Se protegió la salud, la dignidad, la integridad, la intimidad y el derecho a la autodeterminación de las personas que participaron en la investigación.
- En este estudio se vieron beneficiados los participantes porque se les dio un panorama actualizado sobre su estado de salud y se emitieron las recomendaciones necesarias para emprender la terapéutica adecuada.
- Los resultados de esta investigación beneficiaron a la comunidad derechohabiente por que fueron de utilidad en la planeación y obtención de recursos que favorezcan la mejora en la atención de los pacientes con incontinencia urinaria.
- La confidencialidad se aseguro evitando mostrar los nombres en la difusión de los resultados o en las publicaciones.
- Al finalizar se realizó un informe dirigido a las autoridades de la UMF 47, donde se describieron los hallazgos encontrados y las recomendaciones.

CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria es una patología a la cual todo médico se enfrentará frecuentemente. Es indispensable el conocimiento de todo lo que implica en la paciente incontinente, incluyendo las opciones terapéuticas que se le podrán ofrecer. Es importante saber el momento indicado de derivarla a un médico especialista para asegurar su manejo adecuado y oportuno. La farmacología, endoscopia, neurofisiología y cirugía avanzan rápidamente con nuevas opciones que beneficiarán a nuestras pacientes.

Como médicos, debemos incluir a trabajadores sociales y familiares para que colaboren en el manejo y hagan sentir cómoda a la paciente, quien así podrá mejorar la aceptación de su padecimiento y la relación con su médico.

Los resultados obtenidos en la presente investigación sobre la incontinencia urinaria en la UMF 47 de León Guanajuato, conllevan a detectar una similitud con respecto a estudios internacionales, como los realizados en España (Rebollo Alvarez y Espuña Pons) (Hunskaar S y cols) (M.J. Modroño Freirea, M.J. Sánchez Cougila, P. Gayoso Diaz).

En cuanto a la afectación en la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria se reporto un porcentaje reducido en este rubro con respecto a estudios realizados en España (M.J. Modroño Freirea, M.J. Sánchez Cougila, P. Gayoso Diaz).

La escolaridad se menciona también como un dato importante relacionado con la presencia de incontinencia urinaria en donde un estudio realizado en Guadalajara (Claudia Josefina Martínez Espinoza, Oscar Flores Carreras, Javier E. García de Alba García) reporta que la mayoría de las pacientes con incontinencia urinaria tiene una escolaridad igual o mayor a la educación secundaria, esta información se relaciona con los datos obtenidos con la investigación que se realizó en la UMF 47 de León Guanajuato.

Con respecto a los tipos de incontinencia urinaria se encontró que la incontinencia urinaria mixta se presenta en el mayor número de las mujeres encuestadas y en segundo lugar las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, esto reportado en una investigación realizada en Chile (Drs. Harwardt T, Fuentes B, Venegas M, Leal), en contraparte en la investigación realizada en la UMF 47 de León Guanajuato se encontró que el tipo de incontinencia urinaria que más se presento fue la incontinencia de esfuerzo y en segundo término la incontinencia mixta.

BIBLIOGRAFIA

1. Salgueiro M, Salvatierra E, Calderón N. Rev Pac Med Fam 2005; 2 (2): 114-118
2. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. 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)
3. ICS (Sociedad Internacional de Continencia),1986 <http://www.icsoffice.org>
4. Cardozo L. New developments in the management of stress urinary incontinence. BJU Int 2004; 94 (Supl. 1): 1-3. 1.
5. National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NKUDIC) <http://www.kidney.niddk.nih.gov>
6. 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. Junio 2003; 69 (No. 1) 29-34
7. Salinas Casado J., Díaz Rodríguez A., Brenes Bermúdez F., Cancelo Hidalgo MJ., Cuenllas Díaz A., Verdejo Bravo C. "Prevalencia de la Incontinencia Urinaria en España". UROD A 2010; 23(1): 52-66
8. Velázquez Magaña M, Bustos López H, Rojas Poceros G, con "Incontinencia Urinaria en mujeres del Distrito Federal". An Med (Mex) 2007; 52 (1): 14-21
9. ACOG practice bulletin, 2005 <http://www.acog.org>
10. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento del prolapso de la pared vaginal anterior cistocele e incontinencia urinaria de esfuerzo
11. Martínez Espinoza C., Flores Carreras O., García de Alba García J., Velázquez Castellanos P., González Ruiz M., Márquez Allegre R.. (2006) en la zona metropolitana de Guadalajara con el nombre "Prevalencia de incontinencia urinaria y anal en mujeres de la zona metropolitana de Guadalajara" Ginecol ObstetMex 2006; 74: 300-5
12. Sandvick H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S. A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: Comparison with 48-hour pad-weighing tests. Neurourol Urodyn 2000; 19: 137-145.
13. Subak LL, Johnson C, Whitcomb E, Boban D, Saxton J, Brown JS. Does weight loss improve incontinence in moderately obese women? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2002; 13: 40-43.
14. Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunskaar S. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Obstet Gynecol 2001; 98: 1004-1110.
15. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. N Engl J Med 2003; 348: 900-907.
16. Grady D, Brown JS, Vittinghoff E, Applegate W, Varner E, Snyder T. Postmenopausal hormones and incontinence: the heart and

- Estrogen/Progestin Replacement Study. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 116-120.
17. Contreras Ortiz O. Stress urinary incontinence in the gynecological practice. *Int J Gynecol Obstet* 2004; 86 (Suppl. 1): S6–S16.
 18. Viktrup L, Lose G. Lower urinary tract symptoms 5 years after the first delivery. *Int Urogynecol J* 2000; 11: 336-340.
 19. Hannestad YS, Lie RT, Rortveit G, Hunskaar S. Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study. *B Med J* 2004; 329: 889-891.
 20. Treiber U, Hellerhoff P, Hannig C, May F, Hartung R. Dynamic MRI for evaluation of female pelvis in urinary stress incontinence and pelvic organ prolapse. *Eur Urol* 2004; 3: 2002.
 21. Dugan E, Roberts CP, Cohen SJ, Presisser JS, Davis CC, Bland DR et al. Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 462-465.
 22. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) 2002 <http://www.siicsalud.com>
 23. Guía de práctica clínica detección, diagnóstico y tratamiento inicial de la incontinencia urinaria en la mujer del Instituto Mexicano del Seguro Social; 2009
 24. GERIATRIMSS
 25. Incontinencia urinaria, una visión desde la atención primaria. M.A.Vila Coll, M.J. Gallardo Guerra

ANEXOS 1 (Cuestionario para identificar Incontinencia Urinaria) Anexo 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47
 COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Nombre _____ Edad _____ Sexo

F	M
---	---

 NSS _____ Estado Civil _____

Escolaridad: Analfabeta ____ Primaria ____ Secundaria ____ Preparatoria ____ Licenciatura ____
 Otros _____

1. ¿Padece Ud. Alguna enfermedad crónica?

SI	NO
----	----

2. ¿Cuál? _____

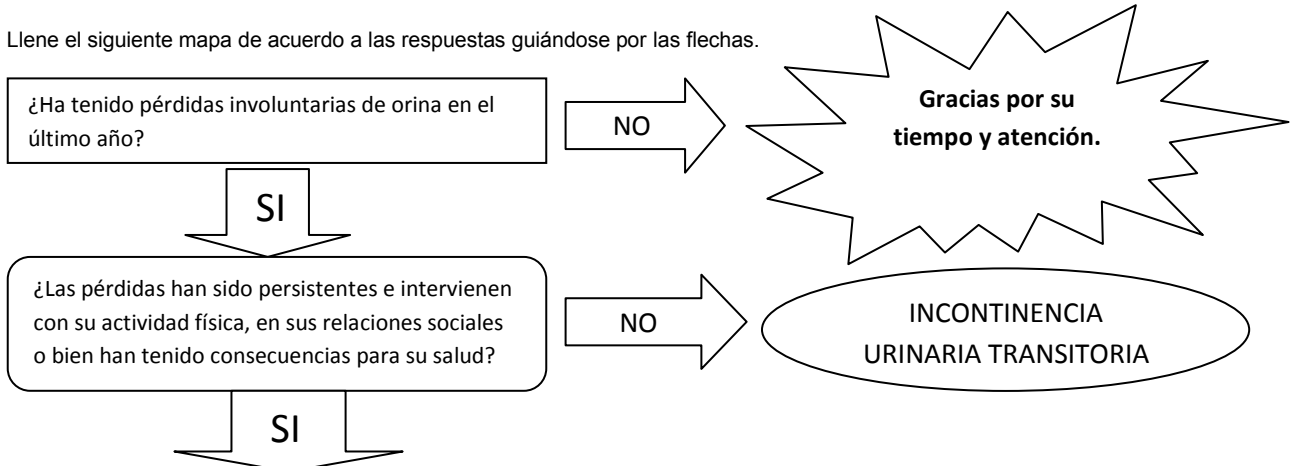
3. ¿Recibe tratamiento?

SI	NO
----	----

 ¿Cuál? _____

4. Tiempo de evolución de este padecimiento _____

5. Llene el siguiente mapa de acuerdo a las respuestas guiándose por las flechas.



INCONTINENCIA URINARIA ESTABLECIDA						
¿Tiene pérdida de orina al toser, estornudar, agacharse o al realizar algún esfuerzo abdominal?	¿Tiene sensación frecuente de orinar, y necesita acudir inmediatamente al baño o de lo contrario hay escape de Orina	¿Tiene fuga de orina con o sin esfuerzo y sin sensación de urgencia, incluso poco después de haber orinado?	¿Tiene alguna alteración mental o psicomotriz que le impida hacer uso adecuado del sanitario o trasladarse al mismo?	¿Ha presentado pérdida de orina relacionada con algún cuadro de infección de vías urinarias o cervicovaginitis?	¿Presenta usted pérdida de orina durante el periodo de sueño?	¿Tiene usted más de 1 causa para presentar la pérdida de orina?
↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
IU Esfuerzo	IU Urgencia	IU por Rebosamiento	IU Funcional	IU Continua	IU Enuresis	IU Mixta

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud vigente en nuestro país, el estudio es una investigación sin riesgo (Artículo 17 Fracción I), ya que se trata de un estudio prospectivo en donde se realizarán encuestas.

Por lo anterior esta investigación no requiere de consentimiento informado por escrito.