



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA CON UMF 10.

**FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN ADULTOS MAYORES
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 31, D.F. SUR.**

T R A B A J O

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
CICLO ESCOLAR 2014-2015

PRESENTA:

DRA. DR. JAVIER PÉREZ VALENZUELA

ASESORES:

Director De Tesis: DRA. LAURA EUGENIA BAILLET ESQUIVEL

Asesor Metodológico: DR. FABÍAN ÁVALOS PÉREZ



MÉXICO, D.F. 30 NOVIEMBRE DEL 2015

No. DE REG: R-2013-3701-38



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.

**FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN ADULTOS MAYORES
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 31 IMSS D.F. SUR.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JAVIER PÉREZ VALENZUELA

AUTORIZACIONES:



DRA. LAURA EUGENIA BAILLET ESQUIVEL
DIRECTOR DE TESIS

PROFESORA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR, DIVISIÓN DE
POSGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA, UNAM



DR. FABIÁN ÁVALOS PÉREZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA
CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°10 MÉXICO, D.F.



**FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN ADULTOS MAYORES
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 31 IMSS D.F. SUR.**

PRESENTA

DR. DRA. DR. JAVIER PÉREZ VALENZUELA

AUTORIDADES DEL HP/UMF10.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE PESIQUIATRIA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°10
MÉXICO, D.F.



DR. ALBERTO ROSENDO RUIZ.
DIRECTOR

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE PESIQUIATRIA CON UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N°10 MÉXICO, D.F. **D.F. SUR.**



DR. ROBERTO A. OLIVARES SANTOS.
JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO DE EDUCACIÓN
DE INVESTIGACIÓN EN SALUD. HP/UMF10



FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN ADULTOS
MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 31, D.F. SUR.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. JAVIER PÉREZ VALENZUELA

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Modificación Autorizada

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 3701
H GRAL ZONA NUM 1-A, D.F. SUR

FECHA 25/08/2014

DR. FABIAN AVALOS PÉREZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que la modificación al protocolo de investigación en salud con título: **Frecuencia de Incontinencia Urinaria en Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar 31, D.F. Sur.** y con número de registro institucional: **R-2013-3701-38** y que consiste en:

Cambio de autor responsable

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **MODIFICACION AUTORIZADA.**

ATENTAMENTE

DR.(A). SERGIO LOZADA ANDRADE

PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD No.3701

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

MÉXICO



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3701
H. GRAL ZONA NSH I-A, D.F. SUR

FECHA 31/10/2013

M.C. FABIAN AVALOS PÉREZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Frecuencia de Incontinencia Urinaria en Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar 31, D.F. Sur.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

Num. de Registro
R-2013-3701-38

ATENTAMENTE

DR.(A). SERGIO LUZADA ANDRADE

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3701

Impreso

IMSS

SERVICIO DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

"2014, Año de Octavio Paz".

Solicitud de Enmienda

FSOMA: Viernes, 25 de julio de 2014

Estimado Sergio Lozada Andrade

Presidente Comité Local de Investigación y Ética en Investigación No. 3701

PRESENTE

Por medio del presente solicito de la manera más atenta, se sirva realizar la enmienda el protocolo de investigación con título: "Frecuencia de Incontinencia Urinaria en Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar 31, D.F. Sur." que se registró a través del SIRELCIS ante este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación Salud.

En los puntos que a continuación se exponen:

Cambio de autor responsable		
Autor actual	Autor propuesto	Justificación
Fabian Avalos Pérez	Javier Pérez Valenzuela	En relación a la solicitud girada por la Coordinación de Educación referente al Dictamen de Autorización de los alumnos que actualmente se encuentran desarrollando el Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS; dado que el alumno por ser trabajador del Instituto Mexicano del Seguro Social debe ser el responsable del proyecto, lo anterior sustentado en la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Investigación para la Salud, así como los lineamientos del SIRELCIS y de acuerdo al oficio No. 098561 61 2800/2014/1788. Solicitamos la enmienda en el apartado de investigador responsable del proyecto, por lo que yo Dr. Fabian Avalos Pérez no tengo inconveniente en asignar como investigador responsable del proyecto y del trabajo de campo del presente estudio al Dr. Javier Pérez Valenzuela

25/07/2014

Atentamente


Dr(a). Fabian Avalos Pérez

Investigador Responsable del Protocolo



Javier Pérez Valenzuela

Investigadores asociados al
protocolo



Leticia Ramirez Bautista

DEDICATORIAS

A mis padres

Margarita y José, porque me han
Enseñado a enfrentar las a dualidades
Sin perder nunca la dignidad, ni el amor
a los demás.

A mi esposa

Yadira quien ha sido el apoyo, por todo
Su tiempo, apoyo, comprensión, por ser
El viento que impulsa mis alas para volar.

A mis hijos

Saed, Axel y Wilder, por haber estado en
Momentos difíciles y apoyarme cuando
Más los necesitaba dándome palabras
De aliento los amo.

GRACIAS

Agradecimiento

“En profundo agradecimiento a mi profesor titular del curso de especialidad Dr. Fabián Avalos Pérez, por inculcarme día a día el amor a la Medicina Familiar, e impulsarme con perseverancia a terminar este importante proyecto de vida profesional”.

“Mi más profundo agradecimiento a mi asesor de tesis Dra. Laura Eugenia Baillet, quien con su paciencia, perseverancia y dirección me ha hecho posible la realización del presente trabajo que parecía interminable”.

“Finalmente agradezco a Dios por que sin su infinita misericordia y su luz a pesar de todas las vicisitudes este paso no lo hubiera logrado”.

FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 31, D.F. SUR.

Resumen

Frecuencia de Incontinencia Urinaria en Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar 31, D.F. Sur.

La incontinencia Urinaria en adultos mayores es un problema de salud que afecta la calidad de vida y repercute en aspectos clínicos, sociales y de autoestima, se ha descrito que solo un pequeño porcentaje de la población refiere este padecimiento a su médico por lo que no es identificado ni tratado de manera adecuada, a pesar de que la prevalencia del padecimiento aumenta conforme se incrementa la edad. Es necesario identificar a la población que la padece para dirigir las políticas de salud que tendrán un alto impacto en la mejora del estado de salud de estos pacientes.

Objetivo: Describir la frecuencia de Incontinencia Urinaria en los adultos mayores de la UMF 31, Metodología, estudio trasversal descriptivo. **Material y Método** se realizó encuesta 166 adultos mayores de 65 años de la UMF 31, mediante un proceso de selección no aleatorio para identificar a la población que padece este padecimiento.

Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central de las variables de estudio en programa estadístico Statu versión 11.

Resultados: La Incontinencia Urinaria (IU) de urgencia fue la más frecuente, con un 46% lo cual es congruente con los estudios reportados ya que este tipo de IU aumenta conforme aumenta la edad de los pacientes, de acuerdo con el test de Sandvick, solo el 6% de los pacientes con IU la reportan como moderada. Sin embargo, encontramos que solo el 13% de los pacientes reportó que su médico le había interrogado de manera directa sobre la sintomatología de la IU y solo el 13% recibe tratamiento específico para este padecimiento, por lo que consideramos que sigue siendo un problema de salud subdiagnosticada y no atendido en la población de adultos mayores.

PALABRAS CLAVE: Incontinencia Urinaria, Adultos Mayores.

FREQUENCY OF INCONTINENCE IN THE ELDERLY FAMILY MEDICINE UNIT 31, DF SUR

Summary

Urinary incontinence in the elderly is a health problem that affects the quality of life and impact on clinical, social and self-esteem issues, it was reported that only a small percentage of the population covered by this condition your doctor so it is not identified and adequately addressed, despite the prevalence of the disease increases as age increases. It is necessary to identify the population that suffers to direct health policy that will have a high impact on improving the health status of these patients.

To describe the frequency of urinary incontinence in adults over the UMF 31, Methodology, descriptive cross-sectional study. Material and Method survey was conducted 166 adults over 65 years of UMF 31, through a process of non-random selection to identify people who suffer from this condition.

Statistical analysis: a descriptive analysis with measures of central tendency of the study variables in Stata version 11 statistical software was performed.

Results the most prevalent was the emergency IU with 46% which is consistent with studies reported since this type of UI increases as the age of patients, according to the test Sandvik only 6% of the patients with UI reported as moderate. However, we found that only 13% of patients reported that their doctor had questioned him directly about the symptoms of UI and only 13% receive specific treatment for this condition, and we believe that it remains a problem under diagnosed health and unattended in the elderly population.

KEYWORDS: Urinary incontinence, elderly

Índice

1	Marco Teórico	12
1.1	Definición	12
1.2	Etiología	13
1.3.	Funciones del Aparato Urinario	14
1.4	Clasificación de la incontinencia Urinaria	20
1.5	Incontinencia urinaria permanente: Evaluación inicial	21
1.6	Prevalencia en Mujeres y Hombres	23
1.7	Historia Clínica	26
1.8	Criterios de derivación al urólogo	28
1.9	Epidemiología	29
1.10	Antecedentes científicos	30
1.11	Los factores predisponentes	32
1.12.	Marco contextual.	37
2	Planteamiento del Problema	38
3.	Justificación	39
4.	Objetivos	41
5.	Hipótesis	42
6.	Diseño General de la Investigación del Estudio -Material y Métodos	43 44
7.	criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación	46
8.	Variables	47
8.3	<i>Definiciones operativas</i>	52
9.	Descripción del Estudio	54

10.	Consideraciones Éticas	54
11.	Recursos Humanos, Materiales, Físicos y Financiamiento del estudio	55
12.	Limitaciones del Estudio y Sesgos	56
13.	Beneficios Esperados, Uso de resultados	56
14.	Cronograma	56
15.	Resultados	57
16.	Discusión	75
17.	Conclusiones	77
18.	Referencias	80
19.	Anexos	

1. Marco Teórico

1.1. Definición

La Incontinencia Urinaria (IU) según la Internacional Continence Society (ICS) es la condición en la cual la pérdida involuntaria de orina constituye un problema higiénico-social, incluye una demostración objetiva de la pérdida de orina durante la fase de llenado vesical y una valoración subjetiva del impacto de la incontinencia sobre la calidad de vida de las personas que la padecen¹. Síndrome Geriátrico frecuente en la práctica clínica, muchos de los casos no diagnosticados.

Existen otras definiciones: “La Incontinencia Urinaria (IU) en el adulto mayor es un problema de salud que produce un importante deterioro funcional, alteración en la calidad de vida, institucionalización y muerte”. En México se calcula que existen 8 millones de personas con IU, de las cuales las tres cuartas partes de quien la padece son mujeres, y una de cada cuatro personas presenta IU en algún momento de su vida. Se calcula que entre el 30 al 50% de la población mayor de 65 años presentara algún tipo de IU.

La IU es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, que es objetivamente demostrable y cuya cantidad o frecuencia constituye un problema higiénico, social y de salud. Puede variar desde una fuga ocasional hasta la incapacidad total para retener cualquier cantidad de orina. Es un síndrome geriátrico frecuente, poco diagnosticado en el Primer Nivel de Atención ^{2,3}.

1.2 Etiología

La IU es un síndrome cuya etiología obedece a múltiples factores, su presencia es anormal a cualquier edad afectando el grado de movilidad y la situación mental y física, generando frecuentemente sentimientos de vergüenza, retraimiento, estigmatización y es por ello que el paciente no refiere a su médico tratante su padecimiento ni facilita la información de manera oportuna para poder elaborar un

diagnóstico, lo cual condiciona complicaciones y deterioro del estado de salud, con incremento de la fragilidad y la institucionalización de los paciente que la padecen. Los cambios fisiológicos del envejecimiento pueden predisponer a su aparición, pero no la justifican, por lo que su aparición debe ser interpretada como un síntoma de disfunción y requiere de la intervención médica oportuna para su control y disminuir el impacto en la salud y la calidad de vida del paciente geriátrico^{3, 4}.

En Estados Unidos se calcula que en los adultos mayores, entre 7 y 20 % de los hombres y entre 9 y 42 % de las mujeres que viven en la comunidad presentan algún grado de incontinencia urinaria; hasta 6% de los hombres y 14 % de las mujeres señalan pérdidas⁵ urinarias importantes¹.

Esta proporción aumenta a más de 50 % en individuos que viven en residencias de estancia prolongada o asilos⁴.

En México, datos de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en 2001, dejaron ver que de las mujeres entrevistadas con edad comprendida entre los 65 y 84 años de edad, 11.1 % tenía pérdidas urinarias al momento de la entrevista, mientras que en los hombres del mismo grupo de edad, la proporción fue de 10.5 %. En el grupo de población mayor de 85 años de edad, 22 % de las mujeres informó pérdidas urinarias, mientras que en los hombres, 18 %⁵.

1.3. Funciones del Aparato Urinario

Las funciones del aparato urinario son la formación, el almacenamiento y la eliminación de la orina. El aparato urinario está constituido por los riñones, uréteres, vejiga y uretra. El riñón es un órgano doble que elabora la orina con la que se elimina agua y desechos del organismo, además de regular la presión sanguínea y estimular la formación de la sangre. Su peso medio suele oscilar en unos 150 gramos y sus medidas aproximadas son de 11,5 cm de largo, 6cm de ancho y 3,5 de grosor.

Los riñones elaboran la orina a partir de la depuración de la sangre filtrándola. Ésta pasa por los uréteres y llega a la vejiga, donde se almacena. La cantidad diaria de orina suele ser de un litro y medio, aunque ésta puede variar en función de la ingesta de líquidos y de las pérdidas por sudor, heces y transpiración. Hay dos uréteres que unen los riñones con la vejiga, desembocando en un orificio denominado meato ureteral. La orina se transporta mediante movimientos peristálticos regulados por el sistema nervioso autónomo. No hay verdaderos esfínteres ureterales en la unión con la vejiga, pero el paso oblicuo de éstos hace que al irse llenando la vejiga se cierren mecánicamente de forma que la orina no sea impulsada de forma retrógrada. La vejiga es un órgano único, que se localiza en la parte central de la pelvis. Tiene una forma esférica que continúa con la uretra en su parte inferior. Su función es la de almacenar la orina, acomodándose mediante distensión hasta volúmenes de 250-500 ml. Cuando alcanza su capacidad de llenado, la vejiga se vacía mediante la relajación de los elementos infra vesicales –cuello vesical y esfínter externo uretral– seguido de la contracción del detrusor, músculo vesical constituido por fibras musculares lisas de control vegetativo autónomo que gracias a sus características elásticas es capaz de distenderse hasta su capacidad máxima, sin apenas modificar la presión interna. La parte triangular comprendida entre los Uréteres y la uretra se denomina trígono.

La pared vesical tiene tres capas difíciles de distinguir:

- 1) La serosa o peritoneal, externa, que sólo existe en la superficie superior y separa la vejiga del aparato digestivo.
- 2) La muscular de músculo liso, el detrusor, formada por tres capas musculares: la externa, compuesta por fibras musculares longitudinales, numerosas en la zona media y zona del cuello, algunas de las cuales continúan en las paredes ureterales y de la uretra; la media, de fibras circulares, abunda en la zona del fondo y del cuerpo de la vejiga; y la capa interna, también con fibras longitudinales que ocasionalmente envía fibras a la mucosa. En la zona del trígono esta capa está íntimamente adherida a la mucosa y forman el músculo trigonal.
- 3) La mucosa y submucosa interna son las que están en contacto con la orina.

La uretra es el conducto por el que la orina se expulsa al exterior. En el hombre se diferencian cuatro porciones, uretra prostática, membranosa, bulbar y peneana. La uretra, además de conducir la orina, en el momento de la eyaculación conduce el semen. La uretra de la mujer no presenta diferenciación debido a su escasa longitud, cuatro centímetros. La uretra no contiene orina excepto en el momento de la micción porque su luz está ocluida a consecuencia de la tensión de fibras elásticas dispersas en el músculo liso de sus paredes. Los esfínteres tienen la misión de mantener la orina en la vejiga durante la fase de llenado y la de facilitar su eliminación durante la micción. Podemos distinguir el esfínter liso, interno, que rodea el cuello vesical o porción inicial de la uretra, que está formado por un engrosamiento de las fibras musculares del detrusor y que tiene innervación autonómica, fundamentalmente adrenérgica. El esfínter estriado, externo, situado alrededor de la uretra está formado por fibras musculares circulares que llegan hasta el cuello vesical. Su control es voluntario y depende del sistema nervioso central a través del nervio pudendo.

La coordinación de estos órganos permite el almacenamiento y la eliminación de la orina bajo condiciones fisiológicas con unas características normales. En el proceso de la micción se distinguen dos fases: fase de llenado, en que la vejiga, gracias a su elasticidad, se dilata y recoge la orina que le llega por los uréteres, hasta alcanzar los 250- 500 ml. Las terminaciones vesicales son de tipo propioceptivo (repleción) esteroceptivo (tacto, dolor y temperatura) e interoceptivo (distensión abdominal). Este proceso de dilatación se realiza de forma inconsciente hasta alcanzar el volumen máximo. Los esfínteres permanecen cerrados y la presión en la vejiga ayuda a cerrar los orificios ureterales y así dificultar el paso de la orina desde los uréteres a la vejiga y desde la vejiga a los uréteres. En la fase de vaciado los esfínteres se relajan y el detrusor se contrae gracias a la coordinación autonómica y voluntaria del sistema nervioso central.^{5,6,7}

Regulación nerviosa de la micción

En el proceso de la micción intervienen estructuras anatómicas que están innervadas por el sistema nervioso autónomo y por el voluntario. El detrusor está innervado por

fibras simpáticas procedentes de los segmentos torácicos inferiores y lumbares altos de la médula que pasan por el nervio hipogástrico y sobre todo por fibras parasimpáticas que abandonan la médula entre la segunda y cuarta metámera sacra y que discurren por los nervios pelvianos. El esfínter interno o cuello vesical y el trígono también lo están por el simpático a través del nervio hipogástrico y el esfínter externo tiene inervación somática a través del nervio pudendo y permite interrumpir voluntariamente la micción.

Los estímulos nerviosos sensitivos se trasladan a la médula espinal, al Centro miccional de Budge situado en las metámeras S2-S3-S4 de la médula, que gracias a la coordinación autonómica permiten la micción. Desde el Centro de Budge también parten hacia el cerebro neuronas que informan de la situación en que se encuentra la vejiga y que facilitarán o impedirán la micción a través de la relajación o contracción del esfínter externo. Existen dos niveles de control a nivel central, los núcleos corticales, que gracias a la excitación del nervio pudendo aumenta la contracción del esfínter externo y se evita la salida de la orina, y el núcleo pontino o protuberancial que coordina el acto de la micción. Se informa al córtex cerebral del llenado vesical y la necesidad de orinar se controla mediante la inhibición del reflejo miccional hasta que el acto miccional pueda realizarse.

Para que se realice la micción es necesario que los esfínteres se relajen y que el detrusor se contraiga^{5,6,7}.

1.4. ¿Qué es una micción normal?

La micción es un hecho habitual, “ordinario” al que generalmente no se presta atención, que parece que se produzca por inercia y que sin embargo es un acto complejo y perfecto en el que intervienen:

- La vejiga urinaria que actúa como depósito-almacén de la orina y motor en la expulsión de la misma.
- La uretra, con su doble función, cierre del depósito y conductor de la orina.
- Los centros medulares y encefálicos que regulan de forma sinérgica el comportamiento de ambas

Mediante la micción se consigue el vaciado de la orina, cuando la vejiga ha llegado a su capacidad fisiológica y los condicionamientos sociales y el lugar son adecuados.

Para considerar que ésta sea normal en un persona adulta, deber ser:

- Voluntaria: significa que se debe poder orinar cuando se quiera.
- Completa: cuando se orina, la vejiga urinaria queda completamente vacía.
- Continua: el chorro urinario normal debe ser seguido, no es aceptable que haya intermitencias.
- Satisfactoria: significa que no puede ser desagradable en el aspecto de escozor, ardor...
- Interrumpible: que se puede interrumpir voluntariamente cuando se quiere.
- Distanciada: a intervalos en el tiempo socialmente aceptables, aunque ello estará condicionado por la cantidad de ingesta de líquidos o similares.
- Sin componente de prensa abdominal: no tiene porque apretarse con el vientre.
- Demorada: si se presenta el deseo miccional se debe poder posponerlo hasta que se presente la ocasión de orinar.
- Ocasional durante la noche: también en relación con la ingesta de líquidos.

En los dos extremos de la vida, la función miccional ofrece características específicas y no por ello patológicas.

En el anciano, el propio proceso de envejecimiento condiciona alteraciones morfológicas y funcionales. En el sistema nervioso central se produce una atrofia de la corteza cerebral y una pérdida de neuronas que repercute sobre el control voluntario de la micción. Además del deterioro neurológico, a nivel muscular se produce sustitución de fibras elásticas por fibras colágenos, con afectación de la acetilcolinesterasa que condiciona pérdida de elasticidad de la vejiga con la secuencia clínica “normal” de mayor frecuencia miccional, urgencia y vaciado de volúmenes inferiores. El sistema nervioso autónomo también se deteriora con la edad, alterando la coordinación de la micción^{5, 6,7}.

En el proceso de la micción se deben considerar dos fases, la fase de llenado y la fase de vaciado. Durante la fase de llenado, la vejiga actúa como un receptáculo que se va dilatando mediante la relajación muscular del detrusor y va acumulando

orina. Los esfínteres debido a la contracción simpática permanecen cerrados. Los baroreceptores de la vejiga nos avisan de que está llena, pero si no es el momento adecuado, por la estimulación somática, voluntaria, se origina una contracción y cierre más potente del esfínter externo, aumentando la resistencia uretral para evitar que la orina se escape (Figura 1). En estos momentos la presión de la vejiga es menor que la presión de la uretra. Si falla la función de almacenamiento se produce la incontinencia urinaria.

En la fase de vaciado vesical (Figura 2), cuando las condiciones sociales son las adecuadas, se produce el vaciado o micción caracterizada por una disminución de los elementos que conforman la resistencia uretral seguida de la contracción del detrusor. Si falla la función del vaciado se produce la mal llamada “retención urinaria” con o sin residuo urinario y puede ser debido a 3 causas:

- 1) Detrusor de poca potencia (polineuropatía diabética, lesión medular baja).
- 2) Resistencia uretral aumentada (obstáculo intravesical).
- 3) Suma o combinación de ambas alteraciones^{6, 7}.

“Para que una micción sea normal debe existir continencia tanto de día como de noche a partir de los cinco años. La micción debe ser completa, fácil y satisfactoria, y no debe quedar residuo en la vejiga. Debe poder realizarse cuando se quiera, no deben existir pérdidas, ni antes ni después”.

Figura 1 y 2

Figura 1. Fase de llenado.

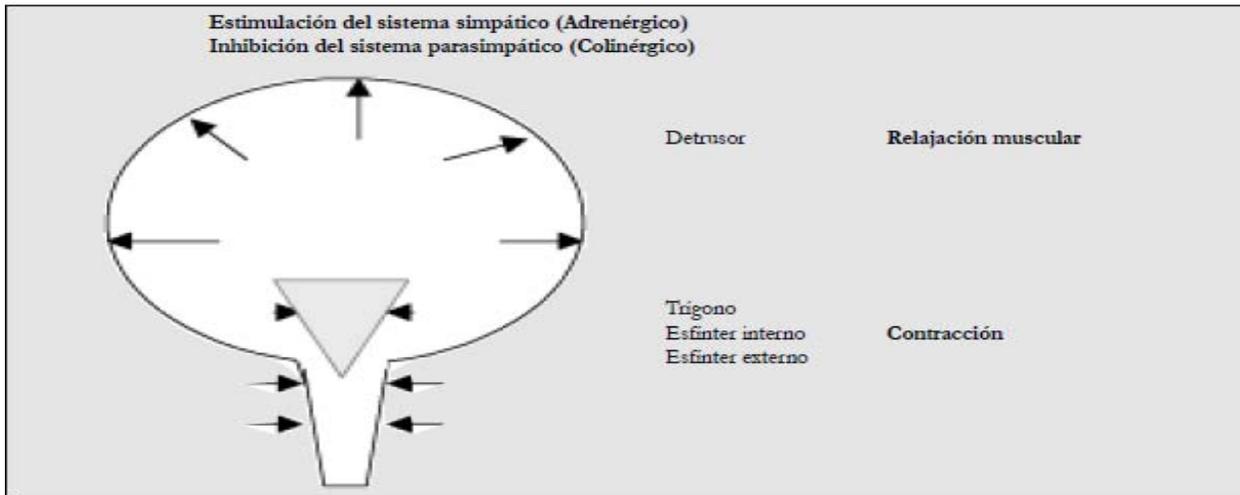
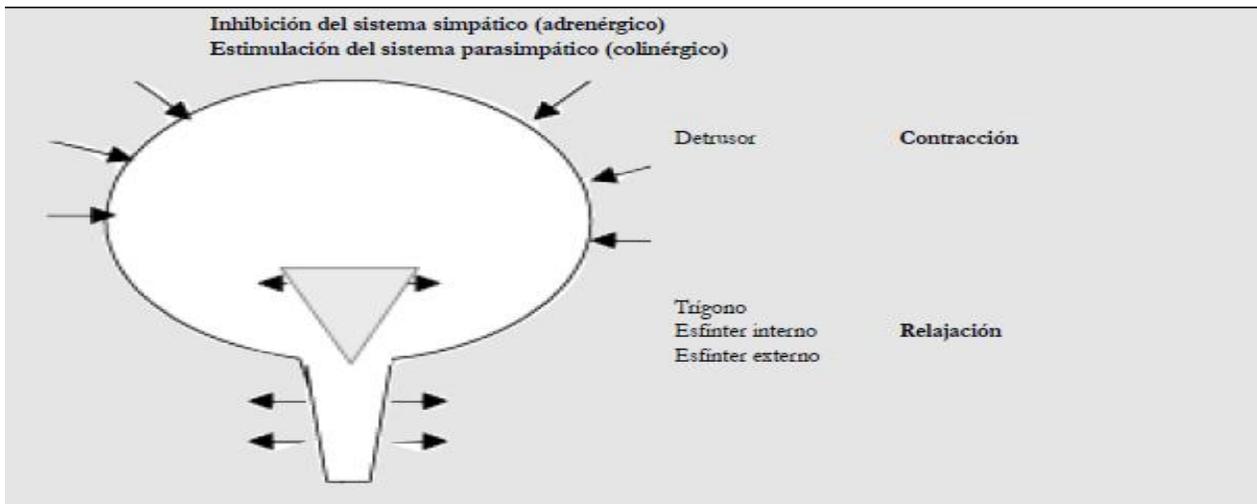


Figura 2. Fase de vaciado.



7. Netter FH. Riñones, uréteres y vejiga urinaria. En: Salvat editores. Colección Ciba de ilustraciones médicas, tomo IV. Barcelona, 1979; p. 2-35.

1.4 Clasificación de la incontinencia Urinaria

Expresada en términos simples, la IU comprende la pérdida involuntaria de orina. Desde la perspectiva clínica, la IU denota *un síntoma, un signo y una patología*⁸.

- **El síntoma** indica la manifestación del paciente (o de quien lo cuida) de la pérdida involuntaria de orina, el signo es la demostración objetiva de la pérdida de orina y la patología es el proceso fisiopatológico de base, como lo demuestran la clínica o las técnicas urodinámicas. La IU puede clasificarse o ser descrita según el tipo de incontinencia, la frecuencia y gravedad de la pérdida, los factores desencadenantes, el impacto en las relaciones sociales y el deterioro de la calidad de vida.
- El síntoma de la IU de urgencia (IUU) es la pérdida involuntaria de orina acompañada o precedida de urgencia miccional. La *urgencia miccional* se define como el repentino y fuerte deseo de orinar que no se puede diferir.
- Incontinencia urinaria mixta el síntoma es la pérdida involuntaria de orina asociada a urgencia miccional, y también en relación con los ejercicios, esfuerzos, tos y estornudos (IUE+ IUU). Enuresis nocturna (EN) por la pérdida involuntaria de orina durante el sueño.
- Incontinencia urinaria continua
- El síntoma es la pérdida continuada de orina.
- Incontinencia por rebosamiento. Se trata de la pérdida de orina que supera la capacidad vesical normal. No es un síntoma, pero el signo es la existencia de incontinencia acompañada por retención urinaria.
- Goteo postmiccional. El síntoma es la referencia al goteo de orina que se produce después de la micción.
- Otros tipos de incontinencia urinaria. Como por ejemplo la pérdida de orina que tiene lugar durante las relaciones sexuales o con la risas.

El síndrome de vejiga hiperactiva o síndrome de urgencia o síndrome de urgencia-frecuencia se define como urgencia miccional, normalmente asociada a frecuencia

miccional diurna y nocturna, con o sin IU asociada. La combinación de estos síntomas sugiere la existencia de un detrusor hiperactivo, aunque a veces puede ser debido a otras formas de disfunción uretro-vesical ⁸.

1.5 Incontinencia urinaria permanente: Evaluación inicial

La evaluación del adulto mayor con incontinencia es parte de la Evaluación Geriátrica Integral. Se requiere una historia clínica cuidadosa orientada a determinar su origen. Debe considerarse el número de eventos y los horarios en que ocurren las pérdidas urinarias, la cantidad de orina perdida, los síntomas asociados, las actividades relacionadas como los esfuerzos ocasionados al toser o estornudar, los hábitos de alimentación y de ingesta de líquidos, así como obtener el listado de medicamentos.

Es importante evaluar las capacidades funcionales y cognoscitivas de los individuos, así como los síntomas de infecciones de vías urinarias e impactación fecal.

En las mujeres se deberá realizar una revisión ginecológica en búsqueda de datos de vaginitis atrófica o cítosele; en los hombres, tacto rectal para evaluar patología prostática.

Para ambos sexos se debe realizar una exploración neurológica en búsqueda de datos de vejiga neurogénica y en sospecha de impactación se deberá efectuar tacto rectal.

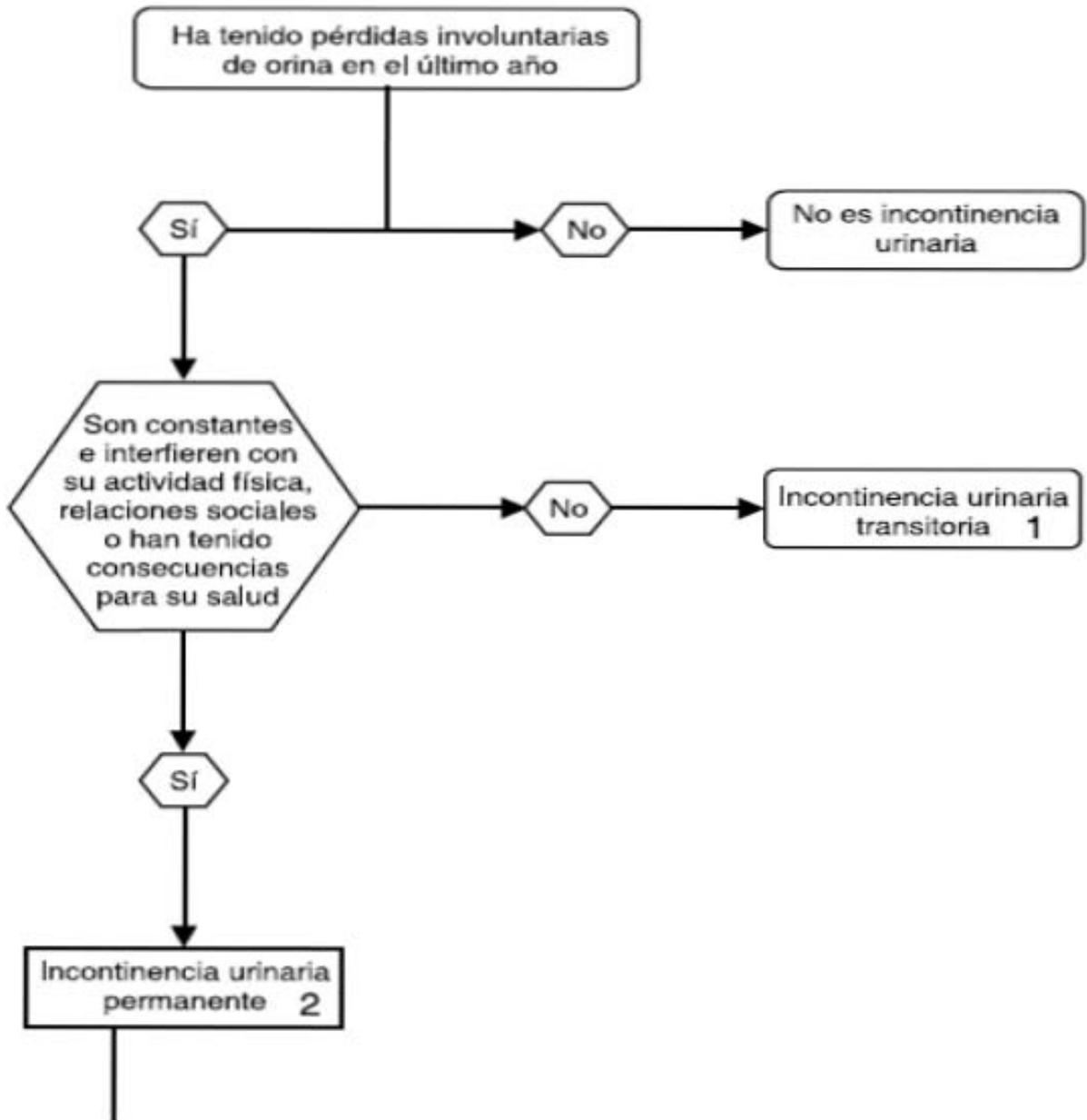
Debe tomarse en cuenta que las causas más frecuente en las mujeres es la incontinencia por esfuerzo y la hiperactividad del detrusor mientras que en los hombres, las enfermedades prostáticas ^{7,8}.

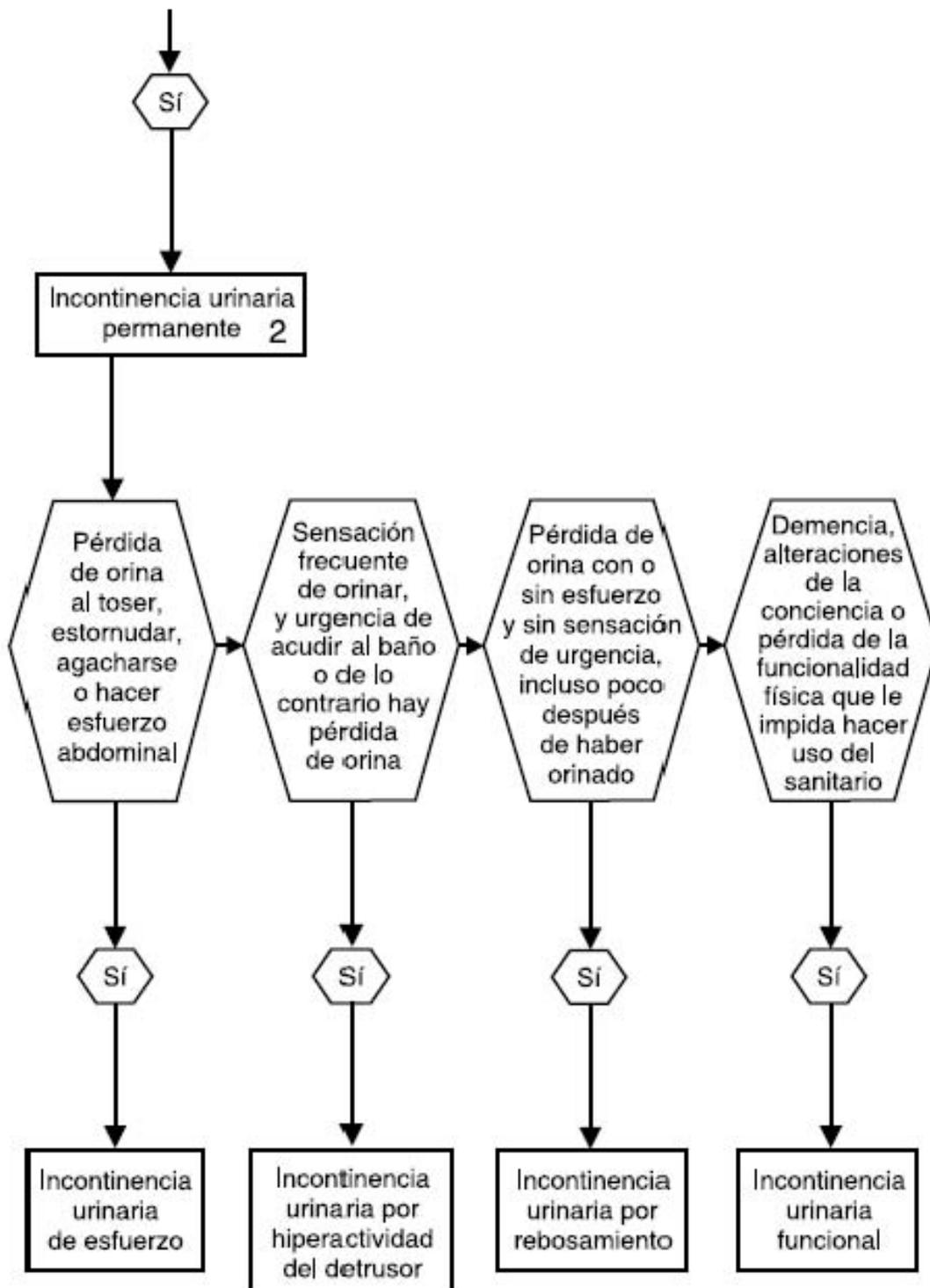
1.6 Prevalencia en Mujeres y Hombres

Tabla 2. Prevalencia en la población.

Mujeres		Hombres	
Nulíparas	5%	Superior a 60 años	19%
De 30 a 60 años	26%	Operados de próstata	1-2%
De 45 años	22%		
Superior a 60 años	37%		
Superior a 62 años	42%		

Algoritmo 1. Diagnóstico de incontinencia urinaria en adultos mayores¹





Algoritmo 1. Diagnóstico de incontinencia urinaria en adultos mayores

1.7 Historia Clínica

Cuantificación de los síntomas y efectos sobre la calidad de vida

Hacer hincapié en la percepción del problema por parte del paciente, y el deterioro en su calidad de vida que produce la incontinencia, para ello podemos utilizar distintos cuestionarios como Test de Sandvick^{1,2,3}.

Estos cuestionarios son útiles tanto en el diagnóstico inicial de la IU, como en el seguimiento de la misma y para evaluar la respuesta a los tratamientos de la IU.

El uso del denominado *diario miccional*, donde la paciente registra, durante un determinado periodo de tiempo, todas las micciones con el fin de documentar: la frecuencia miccional, la ingesta de líquidos y el volumen miccionado, el número de episodios de incontinencia y los absorbentes utilizados (especificando el tipo: pañal, compresa, y el número de los mismos). El uso de diario miccional nos permite, además, evaluar la respuesta al tratamiento y las posteriores modificaciones sobre el mismo.

Examen físico

Además de la exploración física general (abdominopélvica para descartar globo vesical) es necesario completar el examen físico con las siguientes exploraciones específicas:

Exploración neurourológica

Comienza con la *observación de la marcha y la conducta* del paciente al entrar en la consulta. Además, debemos explorar la *sensibilidad perineal* táctil y dolorosa genital, anal y glútea media (se demuestra la integridad de las raíces sensitivas sacras).

Asimismo, debemos explorar el *tono del esfínter anal*, la *contracción anal voluntaria*, el *reflejo bulbocavernoso* (lo que nos demuestra la integridad de las vías motoras eferentes y del arco reflejo S2-S4).

Tacto rectal en el varón

Para observar las características de la próstata.

Demostrar el signo de incontinencia

Para ello es necesario explorar a la paciente con la vejiga moderadamente replecionada e invitarla a toser y ejecutar maniobras de Valsava. Si no se demuestra incontinencia en decúbito, se deberá explorar a la paciente en bipedestación con las piernas ligeramente abiertas, separadas sobre una sábana y con un pie sobre un escalón.

Exploración de la pelvis

Imprescindible en la mujer, donde realizaremos una palpación bimanual y exploración visual y con espéculo vaginal. Debemos valorar la presencia y el grado de Cistocele, prolapso uterino, prolapso de la cúpula vaginal (mujeres hysterectomizadas) y rectocele.

1.8 Criterios de derivación al urólogo de los pacientes con incontinencia urinaria^{1,2,3}.

Debemos incluir las siguientes situaciones:

1. Fracaso del tratamiento médico, supuestamente adecuado prescrito e iniciado en Atención Primaria.

2. Antecedentes de enfermedad neurológica.

3. Patología quirúrgica asociada a la IU: prolapso uterino, Cistocele, rectocele, colpocele.

4. Fracaso de cirugías previas.

5. Cuadro clínico complejo: antecedentes de radioterapia, IU asociadas a ITUS de repetición, dolor, síntomas miccionales, fístulas vésico-vaginales, incontinencia fecal asociada, antecedentes de cirugía radical pelviana y vejiga neurógena, etc.

6. La IUM es igual a IU de esfuerzo + IU de urgencia, donde será de suma importancia establecer cuál de los tipos de IU predomina a la hora de establecer un tratamiento correcto.

7. Residuo postmiccional importante (por encima del 20% del volumen miccionado).

8. Masas pélvicas

1.9 Epidemiología

Epidemiológicamente los estudios han demostrado que la IU presenta un incremento en la prevalencia conforme aumenta la edad de los pacientes, se estima entre el 2 al 58%, siendo en adultos mayores institucionalizados, aún mayor del 40 al 60% ¹.

Otras bibliografías refieren que la prevalencia de IU en adultos mayores en población ambulatoria es del 35 % en mujeres y del 5 al 10% en hombres².

En un estudio reciente realizado en mujeres de 4 Países Europeos a través de un cuestionario por Hunskaar, en donde se les preguntó si habían tenido pérdida urinaria fuera de su control en los últimos 30 días. Ellas la reportaron en un porcentaje de 32% en el Reino Unido y Alemania, 34% en Francia y cerca del 15%, en España³.

En estados unidos la Nacional Family Opinión (NFO) realizó recientemente una encuesta patrocinada por Eli Lilly, de un estudio realizado en dos fases. En la primera fase del estudio, seleccionaron 45,000 familias y recolectaron datos suficientes así que la muestra fuera comparable al censo demográfico de los US. Ellos enviaron un cuestionario con 14 preguntas sencillas, invitando al jefe de familia a responder. De los encuestados, el 82% fueron mujeres. La Prevalencia de incontinencia urinaria encontrada fue de 37 %. Muy Parecida a la tasa de Prevalencia identificada en Europa por Hunskaar⁸. Las cifras anteriores se presupone son mayores, en parte, debido al ocultamiento o ignorancia sobre la IU por el adulto mayor y el personal de salud de primer contacto, lo que hace difícil su detección, esto hace necesaria su búsqueda intencionada para realizar el diagnóstico temprano y oportuno, disminuyendo la posibilidad de gastos innecesarios en salud, una derrama económica inútil y una constelación de complicaciones que deterioran la calidad de vida de los pacientes⁹.

Joachim Thüroff et al. Encontraron que el tipo de IU más frecuente fue la mixta con un 45%, seguida por la incontinencia de esfuerzo en el 41%, de urgencia en el 12% y otras el 2%. En este gráfico si sumamos la incontinencia mixta más la incontinencia

de esfuerzo, el resultado es que el 86 % de estas mujeres de USA sufren algún tipo de incontinencia urinaria de esfuerzo⁹.

La incontinencia urinaria es uno de los síndromes geriátricos más frecuentes en la práctica clínica. En Estados Unidos se calcula que en los adultos mayores, entre 7 y 20 % de los hombres y entre 9 y 42 % de las mujeres que viven en la comunidad presentan algún grado de incontinencia urinaria; hasta 6 % de los hombres y 14 % de las mujeres señalan pérdidas urinarias importantes¹⁰.

Esta proporción aumenta a más de 50 % en individuos que viven en residencias de estancia prolongada o asilos¹¹.

En México, datos de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en 2001, dejaron ver que de las mujeres entrevistadas con edad comprendida entre los 65 y 84 años de edad, 11.1 % tenía pérdidas urinarias al momento de la entrevista, mientras que en los hombres del mismo grupo de edad, la proporción fue de 10.5 %. En el grupo de población mayor de 85 años de edad, 22 % de las mujeres informó pérdidas urinarias, mientras que en los hombres, 18 %¹¹.

En México en la encuesta de Salud-Envejecimiento (SABE) realizada en Yucatán se encontró una prevalencia en población ambulatoria del 13% en mujeres y 9% en hombres. Sin embargo también se reportó un incremento con la edad, siendo en mayores de 75 años hasta del 60%^{15,16}.

1.10 Antecedentes científicos de la Incontinencia Urinaria.

Cuidadores y pacientes generalmente niegan la IU o la minimizan como parte normal del envejecimiento. Entre 25 y 50 % de los pacientes con incontinencia urinaria busca atención médica, y de éstos 20 % recibe tratamiento.¹⁰ Por eso es necesario que el médico de atención primaria identifique los signos y síntomas para su diagnóstico y manejo oportuno y referencia de los pacientes que requieran atención especializada^{12,13,14}.

Un estudio de prevalencia de IU en población ambulatoria mayor de 65 años, realizado en la Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires en 1997, halló una prevalencia del 16% en las mujeres y del 2% en

los varones. Si consideramos que en la Argentina hay aproximadamente 33.000.000 de habitantes y, según el censo de 1991, la población mayor de 65 años es del 8.9%, extrapolando nuestra prevalencia (similar a la publicada), existirían unos 441.000 incontinentes en la República Argentina.⁵ Para tener idea del impacto económico que implica la IU en el área de salud basta una cifra: en 1987 en EEUU se gastaron más de 10 mil millones de dólares para atender a los pacientes con este problema.

Esta cifra excede el gasto generado por los procedimientos de diálisis y de revascularización coronaria considerados juntos. A pesar de la magnitud de estas cifras, la IU es un problema poco tenido en cuenta en la atención de los ancianos. Habitualmente, por vergüenza o por resignación, los pacientes no consultan y los médicos, tal vez por pudor o desconocimiento, tampoco interrogamos sobre ella¹³.

Una muestra de ello es un estudio realizado en Gran Bretaña que halló que el personal de salud conocía la existencia de este problema en sólo el 2.5% de sus pacientes mujeres y en el 1.3% de sus pacientes varones. En el estudio mencionado previamente, realizado en el Hospital Italiano de Buenos Aires, sólo el 7% de los pacientes refirió que sus médicos de cabecera conocían el problema que los aquejaba (del 18% total de pacientes con IU). ^{13,14}

Durante el envejecimiento normal se producen ciertos cambios en el tracto urinario inferior que, sumados a la disminución de la movilidad del anciano, predisponen (pero no determinan) la aparición de IU.

Estos cambios son:

- 1) Disminuyen la capacidad vesical y la capacidad de posponer el vaciado
- 2) Disminuye la presión máxima de cierre del esfínter uretral externo en las mujeres
- 3) Aumenta el residuo postnacional (pasa de 25 ml en los jóvenes a 100 ml en los ancianos)

4) La sensación de vejiga llena aparece recién a los 500 / 600 ml (en los jóvenes aparece a los 400 ml);

5) Cambia el patrón de frecuencia miccional, eliminándose más líquido por la noche

6) Aumentan las contracciones del detrusor. En los ancianos más viejos (mayores de 75 años) disminuye el tamaño del cerebro (atrofia) como parte del envejecimiento normal. Los núcleos del tronco, encargados de inhibir las contracciones del detrusor, pierden fuerza y al debilitarse la inhibición, las contracciones son más fuertes y seguidas, apareciendo súbitamente la urgencia para orinar¹⁷.

1.11 Los factores predisponentes de la Incontinencia Urinaria

Los factores predisponentes de la IU que han sido descritos son los siguientes:

La infección urinaria produce IU como consecuencia de la irritación del tracto urinario.

En la vaginitis atrófica la IU se produce porque el epitelio de la uretra sufre los mismos cambios que el de la vagina.

En la postmenopausia, el déficit de estrógenos produce atrofia de la mucosa: el epitelio adelgaza y contiene menos glucógeno, lo que contribuye a una menor producción de ácido láctico y a un aumento del PH vaginal. Esto genera un sobre crecimiento de bacterias coliformes y desaparición de los lacto bacilos de la flora normal. Como expresión de estos cambios, en las mujeres con atrofia importante, aparecen síntomas como sequedad vaginal, ardor post-coital, dispareunia y, a veces, sangrado leve, flujo molesto y/o IU ¹⁸.

El bolo fecal produce IU por aumento de las contracciones del detrusor por estimulación e irritación de los haces ascendentes medulares.

Los desórdenes psiquiátricos importantes, como la depresión en su forma inhibida que produce un desinterés total por alcanzar el baño o los estados confusionales que inhiben la corteza frontal por problemas neurológicos (accidente cerebrovascular, demencia) o por trastornos metabólicos, también pueden producir IU transitoria.

Finalmente, muchas drogas de uso frecuente pueden interferir en la micción o en la continencia en los ancianos y ser causa de IU algunos de los que han sido descritos

son Agonistas alfa adrenérgicos que aumentan la presión de cierre uretral ocasionando retención urinaria, los antagonistas alfa adrenérgicos actúan en la uretra femenina ocasionando IU de esfuerzo, los anti colinérgicos Actúan en el detrusor ocasionando retención urinaria, los bloqueadores cálcicos actúan en el detrusor ocasionando retención urinaria, las benzodiazepinas actúan en el sistema nervioso central inhibiendo la respuesta frontal y dificultando la movilidad. Los diurético aumentan el volumen urinario, el alcohol aumenta el volumen urinario y bloquea la respuesta del sistema nervioso central^{20,21}.

La Incontinencia urinaria se define como la perdida involuntaria de orina con repercusiones, existen diferentes consensos, actualmente consideramos como IU para fines diagnósticos la pérdida involuntaria de orina en más de 1 ocasión en los últimos 3 meses o de 3 veces o más en el último año. ^{6,12, 18}.

La IU se clasifica en transitoria y permanente, la transitoria es aquella que está determinada por la falta de acceso a sanitarios o inmovilidad transitoria del paciente ²⁰.

Podemos definir como IU permanente a aquella pérdida de orina que dura más de 6 meses y que no se cura definitivamente con el tratamiento impuesto. Se describen 5 tipos de IU permanente: 1) IU de urgencia, 2) IU de esfuerzo, 3) IU por rebosamiento, 4) IU funcional y 5) IU mixta. ^{5, 12, 19}

Incontinencia de orina de urgencia: se produce por un aumento en la frecuencia y en la intensidad de las contracciones del detrusor. La causa más común de esto es la pérdida de la inhibición que el SNC ejerce sobre el músculo detrusor. Como se ha mencionado previamente, la contracción y la relajación del detrusor son reguladas a través de los núcleos pontinos que se encuentran inhibidos por la corteza frontal. Esta inhibición disminuye y, en algunos casos, se pierde, con el envejecimiento o debido a patologías neurológicas (como los accidentes cerebrovasculares, las demencias, la enfermedad de Parkinson, etc.). Debido a esto, el detrusor también pierde la inhibición a la que estaba sometido y tiende a

contraerse en forma autónoma, produciendo aumentos súbitos de la presión intravesical y, como consecuencia, IU.

Es importante recordar que ciertas drogas que actúan a nivel central, como las benzodiazepinas, los antihistamínicos y los neurolépticos también pueden generar IU de esfuerzo por este mismo mecanismo (reducen el efecto inhibitorio cortical sobre los núcleos pontinos). Otras causas de aumento de las contracciones del músculo detrusor son la irritación local de la vejiga debida a cálculos, cáncer o infecciones y la distensión excesiva de la vejiga, como producto de fármacos (diuréticos) o situaciones que aumentan el volumen urinario (glucosuria).

Existe una entidad, denominada vejiga hiperactiva, que se caracteriza porque el detrusor se contrae mucho y muy seguido, generando sensación de urgencia miccional. Puede aparecer aislada o en pacientes con obstrucción al tracto urinario de salida, en los que la vejiga lucha aumentando las contracciones para poder superar el obstáculo. La presencia de vejiga hiperactiva, por sí sola no es causa de IU. La IOU constituye el 50 al 75% de las causas de IO en mujeres y varones mayores de 75 años^{21,22}.

Incontinencia de orina de esfuerzo (IOE): lleva este nombre porque se desencadena ante situaciones que aumentan la presión intraabdominal. Se produce por múltiples factores que interactúan entre sí. Entre estos factores se encuentran la atrofia del epitelio de la uretra y del trígono vesical, debido a la disminución de la concentración de estrógenos que produce la menopausia y la pérdida del tono muscular pelviano característico de la vejez (producido por la caída de estrógenos y la atrofia muscular por sarcopenia). Los cambios anatómicos secundarios a la multiparidad y, en algunos casos, la presencia de prolapsos también predisponen a deteriorar el tono muscular en el piso de la pelvis. Estos factores conducen al desarrollo de una mayor laxitud de los músculos que forman el diafragma urogenital, lo que puede facilitar la herniación de la uretra y la pérdida de la capacidad para lograr una adecuada continencia ante el aumento de presión intraabdominal. Es decir, normalmente la uretra tiene una localización intraabdominal. Esto hace que ante ciertas maniobras

como toser o estornudar, se produzca un aumento de la presión intraabdominal que se transmite simultáneamente a la vejiga y a la uretra. Como ambas soportan igual aumento de presión, la orina no se escapa. Ahora bien, cuando se produce la herniación de la uretra, el aumento de presión se transmite solamente a la vejiga (y no a la uretra, que ahora está en una posición extraabdominal). Esta diferencia de presiones (mayor en la vejiga y menor en la uretra) hace que la orina se escape fácilmente. Las pacientes que tienen prolapso vesical (Cistocele), tienen de por sí la uretra ubicada por debajo del piso pelviano y, como consecuencia, IOE, aunque las dos situaciones pueden darse aisladamente, o a veces el prolapso ocultar una IO subyacente debido a la distorsión que se produce en la anatomía de la uretra.

La presencia de vaginitis atrófica con irritación y colonización bacteriana de la zona meatal genera disuria y empeora los síntomas de la IOE. La IOE es más común en las mujeres y constituye la primera causa de IU en las mismas hasta los 75 años. Luego de esta edad la causa es mixta.^{17,18-22.}

Incontinencia de orina por rebosamiento (IOREBO): se produce cuando la presión intravesical supera los mecanismos de contención esfintereanos. La IOREBO puede presentarse con o sin atonía vesical.

En el primer caso la contracción de la vejiga está conservada pero existe una obstrucción a nivel del tracto de la salida de la orina; en el segundo caso, la vejiga no se contrae y la orina se acumula en su interior.

Como consecuencia de cualquiera de estos mecanismos, el gran volumen de orina acumulado en el interior de la vejiga genera presión contra el esfínter y termina saliendo por rebosamiento. La causa más común de IOREBO es la hiperplasia prostática benigna (HPB). En estos casos, la próstata hipertrofiada reduce el calibre uretral y obstruye el tracto de salida vesical. En estos pacientes la contracción de la vejiga está inicialmente conservada. Es importante destacar que si bien la HPB es una entidad prevalente, es raro que produzca IOREBO. Otras causas menos

frecuentes de IOREBO son la neuropatía diabética o alcohólica y los accidentes cerebrovasculares o las lesiones medulares que conducen a IOREBO por atonía vesical²⁰.

Incontinencia de orina funcional: este tipo de IU se produce como consecuencia de la incapacidad del paciente de llegar a tiempo a un baño para orinar. Se denomina así a la IU que está determinada por trastornos en la movilidad y en el traslado secundarios a accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, trastornos de la marcha y/o por situaciones sociales o familiares que hacen que el paciente no cuente con ayuda para trasladarse o utilizar dispositivos apropiados cuando desea orinar. Este tipo de IO depende de terceros para solucionarse.^{5,14,20}

Incontinencia de orina mixta: es aquella en la que se combinan dos tipos de IU. Es muy frecuente encontrar pacientes mujeres con IU de urgencia asociada a IU de esfuerzo o varones con IU de urgencia asociada a IOREBO¹⁹.

1.12. Marco contextual.

El Instituto Mexicano del Seguro Social Cuenta con población de adultos mayores de 2, 528,171 registrados para el año 2013 y la UMF 31 cuenta con 16,732 y oferta programas de salud encaminados a la detección oportuna y tratamiento de la IU. En el año 2007 se publicó la guía de práctica clínica para el manejo de Incontinencia urinaria la cual establece el protocolo de estudio y posibilidades terapéuticas para los paciente que presenten este padecimiento , especificando algoritmos de atención y algoritmos de tratamiento, así como criterios de referencia al segundo nivel de atención. Esta guía fue difundida en la delegación a todo el primer nivel de atención junto con otras guías de manejo par a población geriátrica y establece que el médico familiar debe buscar e interrogar de manera intencionada los factores de riesgo para IU y realizar el manejo oportuno de este padecimiento. Sin embargo en los registros de las hojas de control por motivo de atención no se encuentra el diagnóstico de IU como causa de demanda de atención y tratamiento para nuestra población ^{12,14}.

2. Planteamiento del Problema

La incontinencia urinaria (IU) es definida por la International Continence Urinary como una pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrada y que causa problemas higiénicos y sociales¹. Se calcula que afecta a más de 50 millones de personas en todo el mundo², y entre 600.000 y 2.300.000 personas en nuestro país. Fácilmente se comprende que un problema de tal magnitud tiene aspectos sociales y económicos importantes. Con Cambio en su estilo de vida, un gran porcentaje precisaba ir al baño con frecuencia y usar compresas. Consulta médica frecuente, llevar tratamiento, uso de baño frecuente, preocupación por los baños fuera de casa, y uso de compresas. Menos de la mitad de las personas incontinentes informan del problema a sus médicos. La incontinencia urinaria en los ancianos suele omitirse. Es uno de los principales problemas de asistencia geriátrica ^{1,2}.

En la UMF 31 no existen estudios de investigación con esta temática y no se determina el perfil total individual de riesgo para Incontinencia Urinaria , ni se realiza de forma sistematizada una estimación del diagnóstico y pronóstico y las medidas terapéuticas más efectivas para el paciente. Además la incontinencia urinaria en los ancianos suele omitirse y sin embargo no están presentes en los registros (en la hoja de consulta diaria) por motivo de atención como causa de demanda y tratamiento para la población^{12, 14}.

Por lo que surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de Incontinencia Urinaria en los adultos mayores de 65 años de la UMF 31, IMSS?

3. JUSTIFICACIÓN.

La Incontinencia Urinaria (IU) es un padecimiento que está presente en nuestra población y que conocemos incrementa su prevalencia conforme aumenta la edad de los pacientes, Actualmente cerca del 12 % de la población que atiende el IMSS es adulto mayor, y la IU tiene un alto impacto en la salud de los paciente tanto en el aspecto físico como en el social y conocemos que es un padecimiento sub diagnosticado. Dado que el servicio de salud oferta el tratamiento para este padecimiento tanto en el ámbito de prevención primaria como secundaria, debemos de conocer cuál es la necesidad de salud y de atención de nuestra población ya que la evidencia científica actual de las intervenciones médicas en este padecimiento son costo- efectivas y tiene un alto impacto en la calidad de vida de nuestros pacientes. El conocer la frecuencia y las características de este padecimiento en nuestra población nos ayudará a dirigir de manera adecuada y oportuna las políticas y programas de salud institucionales para la atención, dando como resultado una mejora inmediata en el estado de salud de nuestra población.

1. Este trabajo es trascendente para la sociedad, la institución (IMSS) y sobre todo para los pacientes dado que no se cuenta con investigaciones precedentes que versen sobre la frecuencia de Incontinencia Urinaria en los adultos mayores de 65 años.
2. Es factible, dado que requirió de poca inversión por parte de los investigadores y en el IMSS se cuenta con la posibilidad de identificar a a los pacientes mediante el uso del expediente electrónico.
3. Por medio de este estudio se pretende estudiar adecuadamente la población. y puedan formar parte del apoyo psicosocial que los médicos familiares proporcionen en un programa terapéutico.
4. Impacto individual, familiar comunitaria y médica que activa la participación de los mismos mediante el adecuado conocimiento de la depresión para

establecer con ellos una relación de apoyo que les permita proporcionar información para comprender la naturaleza del padecimiento, proporcionando una retroalimentación continua con relación a su causalidad, tratamiento y pronóstico, ya que se ha visto que es importante la detección oportuna por parte del médico de Medicina Familiar.

5. El estudio es factible para las condiciones de la Unidad de Medicina Familiar IMSS, no requiere mayor aporte de financiamiento y la aplicación de encuestas y la obtención de datos es efectuada por el investigador.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Describir la frecuencia de la Incontinencia Urinaria en los adultos mayores de 65 años y más de la Unidad de Medicina Familiar 31 IMSS.

4.2 Objetivo Específicos.

- Identificar a la población mayor de 65 años
- Describir el tipo de incontinencia urinaria
- Identificar principales variables sociodemográficas
- Identificar principales comorbilidades asociadas

5. Hipótesis

No requiere hipótesis por ser un estudio observacional

Al menos el 10 % de adultos mayores de la población de adultos mayores de la UMF 31 presentaran IU,

6.Diseño General de la Investigación del.....
Estudio -Material y Métodos

6.1 Tipo de Estudio:

Se trata de un estudio observacional, Descriptivo, prospectivo, observacional y transversal

6.2 Periodo y sitio de estudio.

El estudio se realizará en la UMF número 31 IMSS DF Sur, en ambos turnos en el periodo comprendido de noviembre del 2013 a marzo del 2014.

6.3 Universo de trabajo.

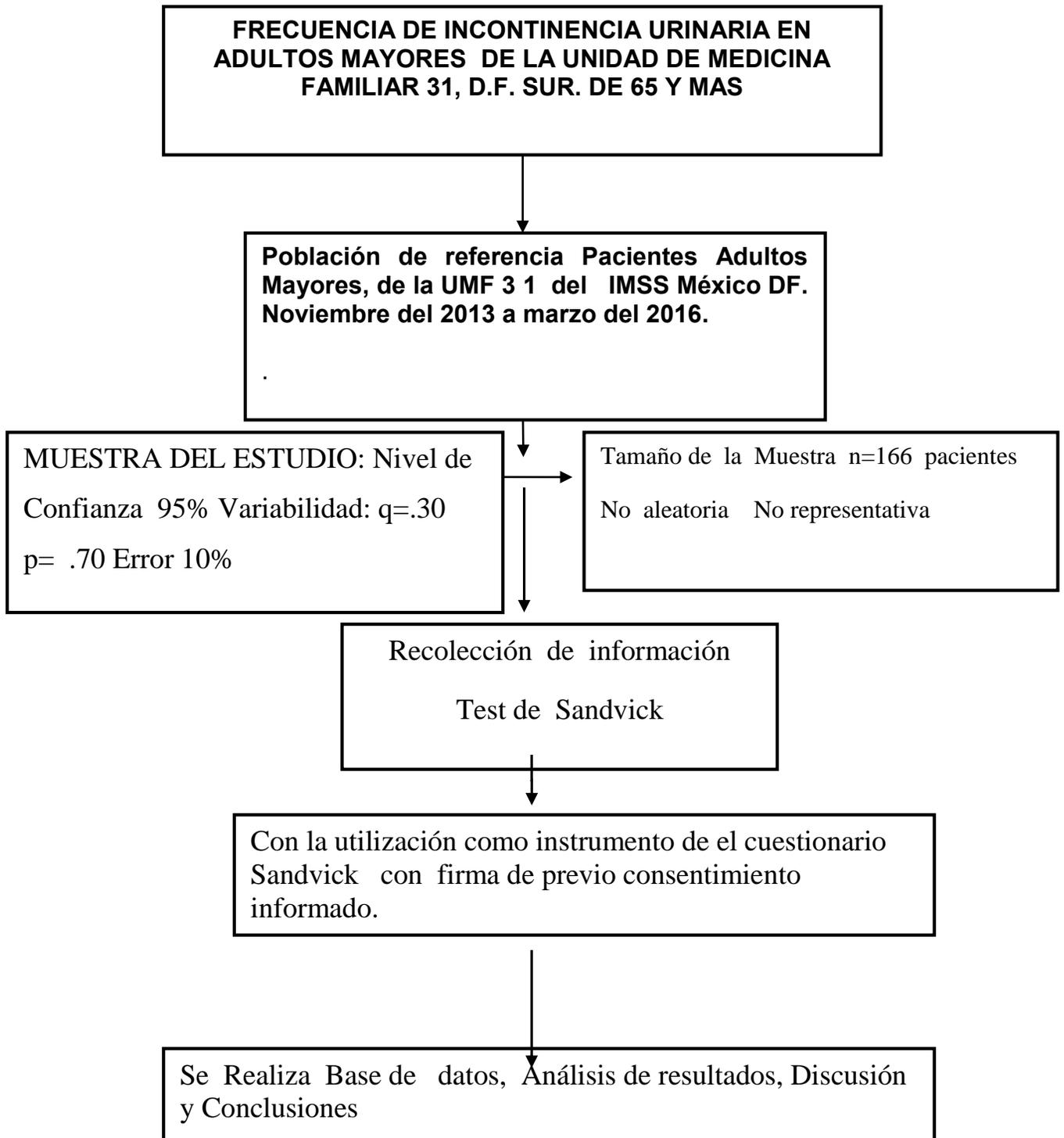
La población de adultos mayores de 65 años, de ambos sexos derechohabientes a la UMF 31 IMSS, DF Sur.

6.4 Unidad de análisis.

La población de adultos mayores de 65 años, de ambos sexos derechohabientes a la UMF 31 IMSS, DF Sur.

6.6 Diseño General de la Investigación del Estudio

En el siguiente diagrama se muestra el diseño general del estudio: Se trata de una muestra no aleatoria no representativa con 166 pacientes adultos mayores. Basado en la fórmula para poblaciones mayores a 10.000



6.7 Población Lugar y Tiempo

Se revisaron 166 expedientes de Adultos mayores de la clínica de Medicina Familiar 31 IMSS México. DF. De Noviembre del 2013 a Marzo del 2014.

6.8 Muestra

El tipo de muestra fue no aleatoria, no representativa, con la población de adultos mayores, recolección de información, Identificación en sistema (sim) del Expediente Clínico Electrónico (ECE).

Para el tamaño de la muestra se aplicaron los siguientes criterios.

De un total N= 16,712 Pacientes adultos mayores

Nivel de Confianza 95% Variabilidad: q=.30 p= .70 Error 10%

Se realiza con fórmula para estudios descriptivos para cálculo de proporciones, con la siguiente formula.²²

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

Fórmula 1. Tamaño de muestra para una proporción. Población infinita.

N=Tamaño de la muestra que se requiere

P=Proporción de sujetos portadores

Q= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio

Z α = Distancia de la media del valor de significación propuesto.

γ^2 = (delta) Precisión o magnitud del erro que estamos dispuestos a aceptar.

Tamaño de muestra n= 166

7. criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación

Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 65 años y más
- Pacientes de ambos sexos
- Con vigencia de derechos adscritos a la UMF 31
- Pacientes que firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes con cistotomía.
- Menores de 65 años
- Pacientes que no firmen consentimiento Informado

Criterios de eliminación

- Paciente que decidan retirarse del estudio
- Pacientes con encuestas incompletas
- Paciente que pierdan su vigencia de derechos durante el estudio

8. Se estudiaron 30 variables que forman el instrumento dividido en 3 secciones como se presenta en el siguiente cuadro

Cuadro 1

Cédula Test de Sandvik para medir intensidad de Incontinencia Urinaria

Sección	Nombre de variable	Número de variable
Sección 1	Ficha de identificación	5
Sección 2	Variables sociodemográficas y antropométricas	11
Sección 3	Test de Sandvick	14

8. Variables

Variable dependiente: Incontinencia Urinaria

Variables independientes: Comorbilidad. Medicamentos, inmovilidad, antecedente de cirugías previas. Número y tipo de parto, Antecedente de Hiperplasia prostática. Antecedente de lesión en columna lumbar sacra. Antecedente de Estreñimiento o impactación fecal.

Covariables: Edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación.

8.2 Tabla 1

Variables dependientes

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Incontinencia urinaria	Todo paciente Que reporte Perdida Involuntaria de Orina por la Uretra al menos en 2 ocasiones en el último mes o en 3 ocasiones en el último año		Cualitativa nominal	1= si 2= no

Tabla 2

VARIABLES INDEPENDIENTES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Comorbilidad	todo padecimiento reportado por el paciente con diagnóstico médico		variable cualitativa Nominal	1= Infección vía urinarias, 2= deterioro cognitivo, 3= hipertensión arterial, 4= Diabetes mellitus, 5= lesión medular o secuelas de UVC, 6.- Insuficiencia Cardíaca Congestiva Venosa, 7= Hiperplasia prostática. 8= Cistocele
Medicamentos	Reporte de uso de alguno de los siguientes medicamentos por el paciente		cualitativa nominal	1= Diuréticos. 2= Alfa adrenérgicos, 3 = alcohol, 4=, calcio antagonistas, 5= antidepresivos tricíclicos.
Alteración de la estática pélvica	pacientes con lesión o alteración en la estática pélvica secundaria a cirugías previas o partos		cualitativa nominal	1= si, 2= no
Hiperplasia prostática	Crecimiento benigno del tejido prostático		cualitativa nominal	1=si, 2= no.

Lesión columna lumbar o sacra	paciente que refiere traumatismo medular		cualitativa nominal	1= si, 2= no.
Antecedente de estreñimiento o impactación fecal	la coprostasis y consecuente imposibilidad para desalojar el bolo fecal		cualitativa nominal	1= si 2= no.
Imposibilidad para uso de sanitarios	la imposibilidad para el desplazamiento o el acceso a sanitarios		cualitativa nominal	1= si 2= no
Intensidad de la IU	la intensidad de la pérdida de orina del pacientes	con la aplicación de test de el test validado de Sandvik	cualitativo ordinal	1= leve, 2= moderado, 3= grave, 4= muy grave.

Tabla 3

Covariables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Números consecutivos
Edad	el número de años cumplidos de los pacientes		cuantitativa NOMINAL Discontinua	años cumplidos
Sexo	como el genotipo del paciente		cualitativa nominal dicotómica	1= masculino 2= femenino
Estado civil	Estado del paciente con respecto a su situación civil		cualitativa nominal	1= soltero, 2= casado, 3= viudo 4= divorciado 5= Unión libre
Escolaridad	el máximo de estudios alcanzado por el paciente		cualitativa ordinal	1= primaria 2= secundaria 3= bachillerato 4= profesional 5= posgrado.
Ocupación	como la actividad remunerada o no a la que se dedica el paciente		cualitativa nominal	1= hogar, 2= empleado 3= profesional. 4= jubilado

8.3 Definiciones operativas

Incontinencia urinaria: pérdida persistente e involuntaria de orina a través de la uretra, ya sea en reposo o con el esfuerzo y que repercute en el funcionamiento familiar o social del individuo.

Incontinencia urinaria transitoria: evento precipitado por causas reversibles y que desaparece al resolverse el problema que lo originó.

Incontinencia urinaria permanente: secundaria a alteraciones estructurales o funcionales permanentes que afectan el mecanismo de micción, o a enfermedades permanentes que limitan la capacidad física o cognoscitiva para el uso del sanitario o de dispositivos para orinar.

Incontinencia urinaria por esfuerzo: secundaria al aumento de la presión intraabdominal ocasionada al toser, estornudar, ponerse de pie, sentarse, hacer algún esfuerzo con los músculos abdominales.

Incontinencia urinaria por hiperactividad del detrusor (incontinencia de urgencia): acompañada de la sensación súbita e imperiosa de orinar, sin lograr controlar esta sensación, independientemente de que la vejiga esté llena o no.

Incontinencia urinaria por rebosamiento: caracterizada por pérdidas pequeñas y constantes de orina, asociadas con vaciamiento incompleto de la vejiga con reducción en la fuerza del chorro de la orina.

Incontinencia urinaria funcional: relacionada con la incapacidad para utilizar el baño, ya sea porque el paciente no pueda trasladarse o no puede solicitar asistencia para el uso del baño o de algún dispositivo que le permita orinar, si es que está postrado en sillón o cama o por que tenga alteraciones cognoscitivas permanente.

9. Descripción del Estudio

El estudio se realizará en la UMF 31, DF Sur, en ambos turnos con la población de adultos mayores de 65 años, quienes se localizarán en la sala de espera de la consulta externa, identificando a la población de estudio que cumple con criterios de inclusión, consentimiento informado posterior al cual, los pacientes que acepten participar en el estudio se les aplicará un encuesta estructurada de 10 minutos, a partir de la cual se determinará si presentan IU y su intensidad, mediante el test validado de Sandvick, los pacientes que presenten el diagnóstico serán informados y enviados con su médico familiar para su manejo médico. Al término de la jornada se realizará vaciamiento de los datos en programa estadístico SPSS en base de datos previamente diseñada para el estudio. No se realizarán toma de muestra ni estudios invasivos en los pacientes. No se consultara sus expediente médicos.

9.1 . Análisis Estadístico

Se realizara un análisis univariado con descripción de proporciones para variables cualitativas y con realización de medidas de tendencia central para variables cuantitativas.

9.2 . Procedimientos Estadísticos

Una vez ordenados, clasificados y presentados los datos, fueron capturados en el programa Statiscal Product and Service Solution (SPSS) versión 18)

9.3 En caso pertinente, aspectos de bioseguridad

9.4 Conflictos de Interés

Declarar que el grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

10. Consideraciones Éticas

Esta investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel Institucional y Nacional, previo consentimiento informado. Ley General de Salud 13, 14 Fracción I, III, IV, V, VI, VII, VIII, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 99, 100, 101, 102, 103 Y 104, Investigación de salud, así como la ley de Helsinki de la AMM.

Consentimiento informado con fundamento en los artículos 96, 08, 100, 101 y 102 de la Ley General de Salud.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64^a. Asamblea General, Fortaleza, Brasil, 2013.

Declaración Universal sobre Bioética y Desarrollos Humanos, UNESCO, 2005

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México, 1983 – Publicado en el Diario Oficial de la Federación, 1987. Título Segundo: Aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Artículos 13 a 71 que se encuentran en las páginas 4 – 14.

11. Recursos Humanos, Materiales, Físicos y Financiamiento del estudio

Recursos Humanos	Tesista: Dr. Javier Se cuenta con la población y con el área para las entrevistas (sala de espera de la consulta externa) Experiencia del grupo de investigadores
Financiamiento	Por parte del investigador
Recursos materiales	Consultorio, computadora, (software Windows) impresora, tinta para impresora, papelería, plumas y cuestionario.

12. Limitaciones del Estudio y Sesgos

Se reconoce el sesgo de información debido a que los datos se obtuvieron por medio de encuesta, se trató de controlar con una sola persona que efectúa la encuesta.

Se trató de controlar el sesgo de selección considerando que no es una muestra, probabilística, no es representativa y para el tamaño muestral se consideraron los 3 elementos fundamentales (confianza, representatividad y error o precisión).

13. Beneficios Esperados, Uso de resultados

Los beneficios son inmediatos para los pacientes a quienes se les dará acceso para la atención de su padecimiento en la consulta de Medicina Familiar de acuerdo a los programas instituciones vigentes.

14. Cronograma (Anexo 1)

15. Resultados

El presente estudio se realizó en una muestra de 166 pacientes, adultos mayores adscritos a la UMF 31. En donde se encontraron las siguientes características sociodemográficas de la población de estudio: La media de edad es de 73.08 años, con una desviación estándar (DE) de 4.23, la población se distribuye equitativamente por sexos con el 51.20% de hombres, el grado escolar que más predominó fue de primaria con el 62% y el estado civil casado con el 47.27%. Tabla 1.

Tabla 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN:

N= 166	Media	Desviación Estándar	Rango
EDAD.	73.08	4.23	65-87

	Frecuencia	Proporción.
Hombre	85	51.20%
Mujer	81	48.80%
Primaria	104	62.42%
Secundaria	46	27.88%
Preparatoria	13	7.88%
licenciatura	2	1.21%
posgrado	1	0.61%
	Frecuencia	Proporción.
Soltero	9	5.45%
Estado civil		
Casado	78	47.27%
Divorciado	8	4.85%
Viudo	69	41.82%
Unión libre	1	0.61%

Fuente: Encuesta de pacientes UMF31 IMSS

En cuanto a las características clínicas de la población, se reporta que la media de peso es de 69.70 kg, con una DE de 10.14 con talla de 1.75 en media y un IMC de 26.16, por lo que en general la población se encuentra en sobrepeso. En cuanto estado nutricional el 26.51% de la población resultó con obesidad.

Gráfica 1.

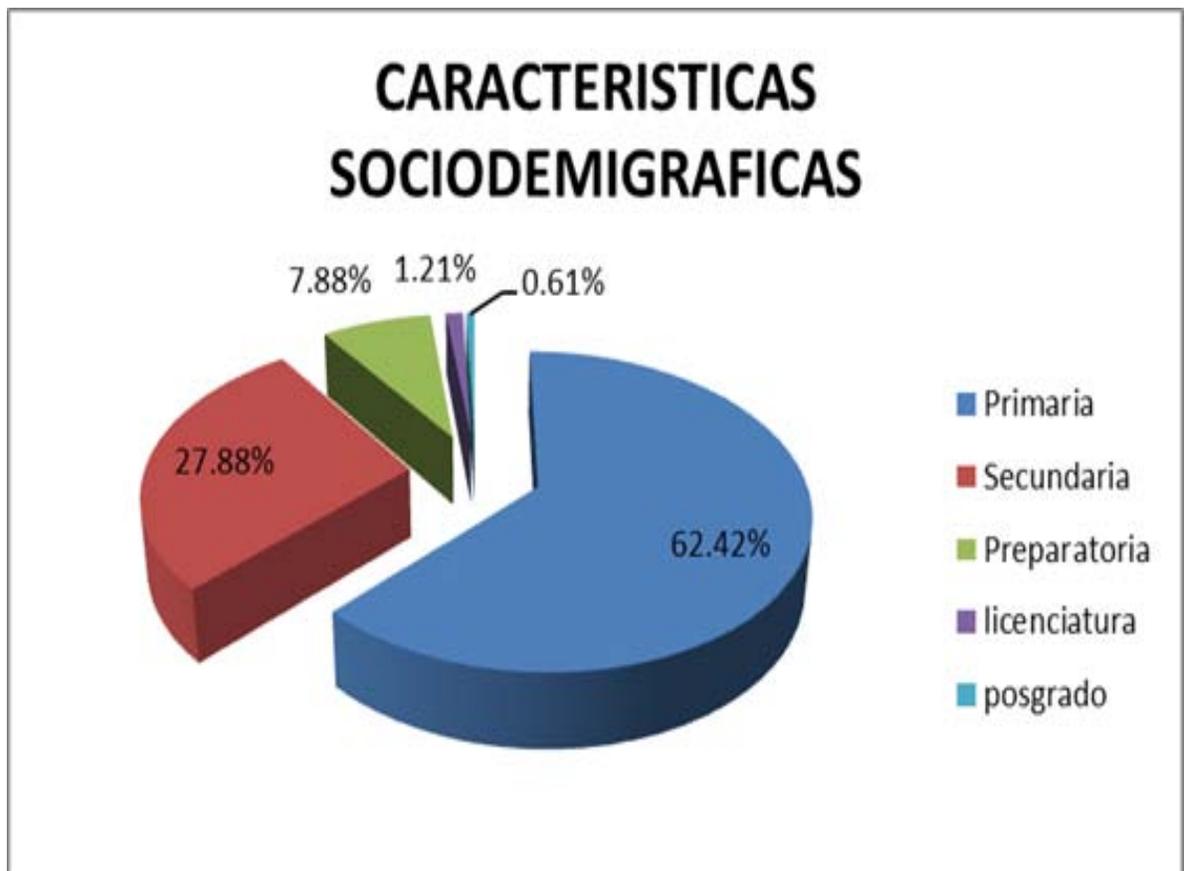
Fuente: Encuesta de pacientes UMF31 IMSS- Características sociodemográficas.



Fuente: Encuesta de pacientes UMF31 IMSS

Gráfica 2.

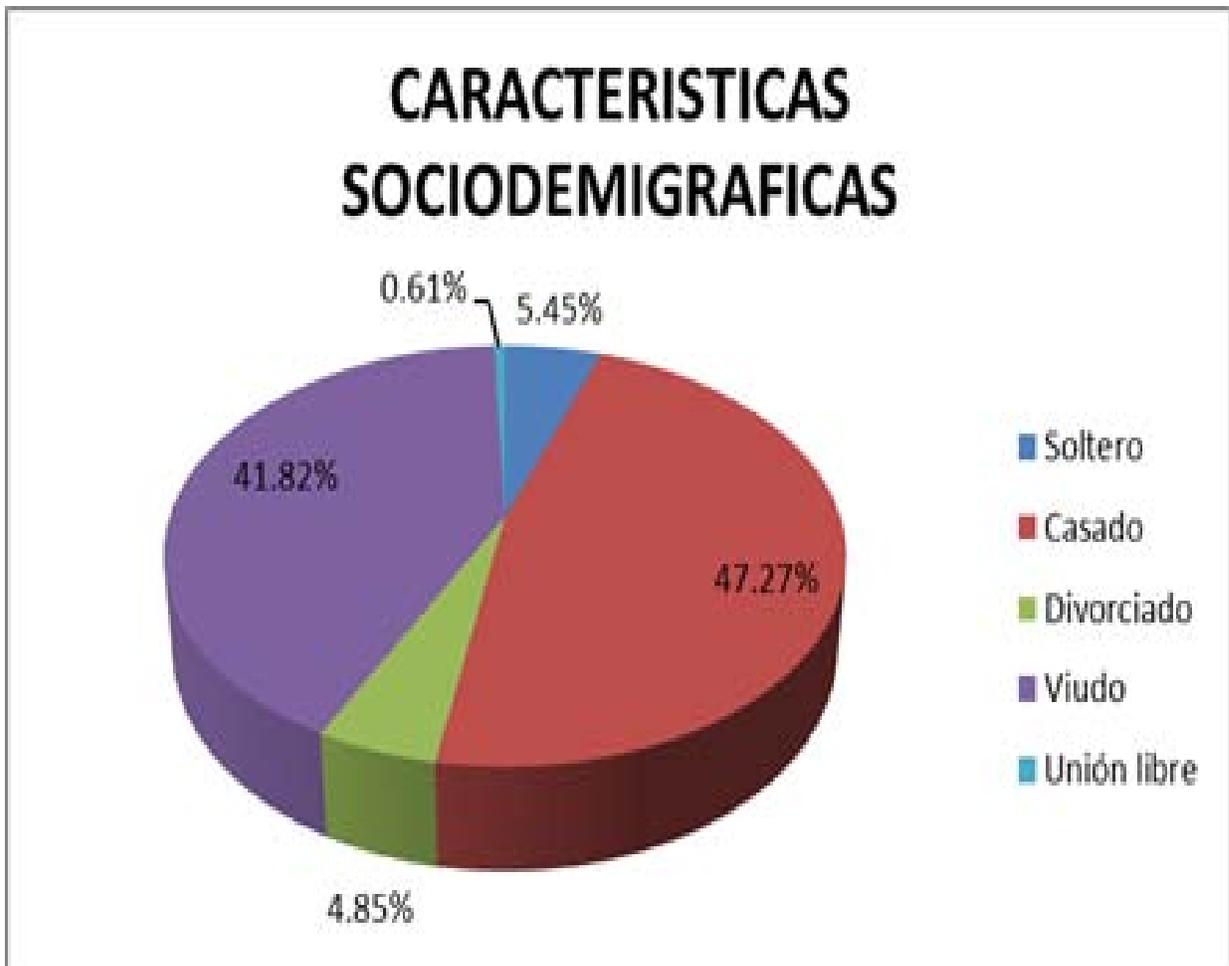
Características sociodemográficas.



Fuente: Encuesta de pacientes UMF31 IMSS- Características Sociodemográficas.

Gráfica 3.

Fuente: Encuesta de pacientes UMF31 IMSS- Características sociodemográficas.



Fuente: Encuesta de pacientes UMF31 IMSS- Características Sociodemográficas.

Tabla 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA POBLACIÓN: Antropométricas

	N= 166	Media	Desviación estándar	Rango
Peso		69.70 kg	10.14 kg	40-104 kg
Talla		1.75 CMS	1.81	1.38-1.95
IMC		26.16 M²	2.37	21-39
		Frecuencia	Proporción.	
Estado Nutricional	Desnutrición.	0	0%	
	Normal	122	73.49%	
	Obesidad	44	26.51%	

Fuente: Fuente: Encuesta de pacientes UMF31 IMSS

Gráfica 4.

Fuente: Encuesta de pacientes UMF31 IMSS- Características de Nutrición



Fuente: Fuente: Encuesta de pacientes UMF31 IMSS

Tabla 3.

Comorbilidad

Las comorbilidades que presenta la población son las siguientes:

Hipertensión arterial 19.28% DMT2 21%, IVU, 11%, EVC 1.20%, IAM 3.01%,

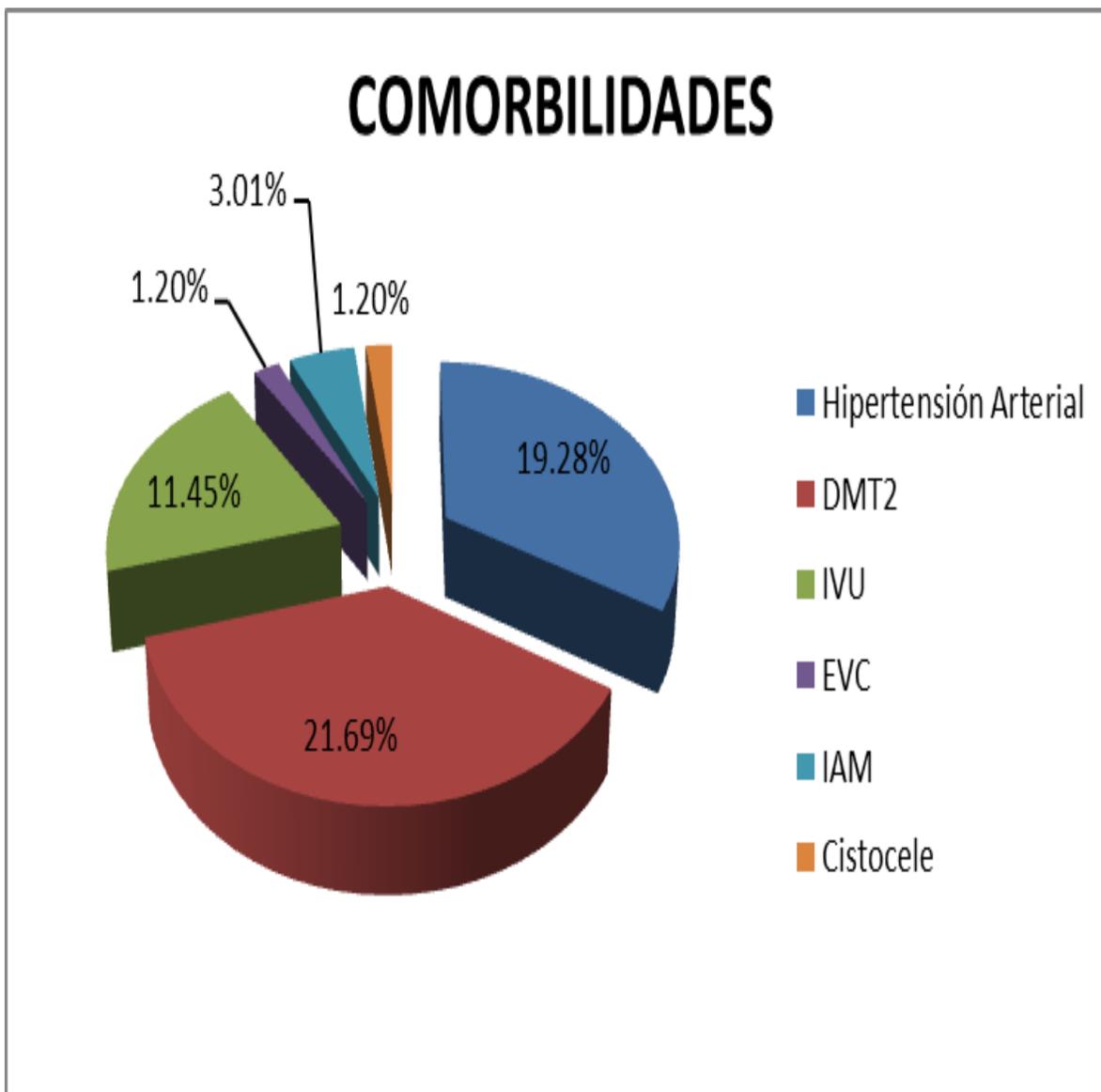
Cistocele 1.20% e Hiperplasia prostática Benigna (HPB) 2.41%. Tabla 3.

	N=	FRECUENCIA	PROPORCIÓN
	166	A	N
Hipertensión Arterial		32	19.28%
DMT2		36	21.69%
IVU		19	11.45%
EVC		2	1.20%
IAM		5	3.01%
Cistocele		2	1.20%
HPB		4	2.41%

Fuente: Fuente: Encuesta de pacientes UMF31 IMSS

Gráfica 5.

Fuente: Encuesta de pacientes UMF31 IMSS-Características de Comorbilidad.



Fuente: Fuente: Encuesta de pacientes UMF31 IMS

La población de estudio refiere consumo de medicamentos asociados a la IU. El 25% de los pacientes refiere ingesta de diuréticos, llama la atención que solo el .60% refirió ingesta de alcohol, mientras que el 100% refirió ingesta de benzodiazepinas indicadas por su médico. Solo el 11% refirió encontrarse en tratamiento para IVU.

Tabla 4.

Incontinencia Urinaria en Adultos Mayores

N=166	FRECUENCIA	PROPORCIÓN
DIURETICOS	42	25.30
ALFAAGONISTAS	3	1.81
ALCOHOL	1	.60
CALCIO	2	1.20
ANTEGONISTAS		
ANTIDEPRESIVOS	2	1.20
Benzodiazepinas	166	100
Tratamiento para IVU	19	11.45

Fuente: Encuesta de pacientes UMF31 IMSS-

Tabla 5.

Detección de Incontinencia Urinaria

N = 166	FRECUENCIA	PROPORCIÓN
El paciente reporta pérdida urinaria	30	18.07%
El médico le ha interrogado sobre IU.	26	13.15%
El paciente cuenta con Dx. de IU en su expediente	25	83.06%

Fuente: Encuesta de pacientes UMF31 IMSS-

El 18.07 % de los pacientes refirió pérdida urinaria en más de una ocasión en el último mes, o más de 3 ocasiones en el último año. Solo el 13% de los pacientes refirieron que el médico lo había interrogado de manera específica sobre la IU, solo 25 de los 30 pacientes detectados con IU presentan el diagnóstico en su expediente clínico, es decir el 83%. Tabla 5.

Tabla 6.

Tipos de Incontinencia urinaria

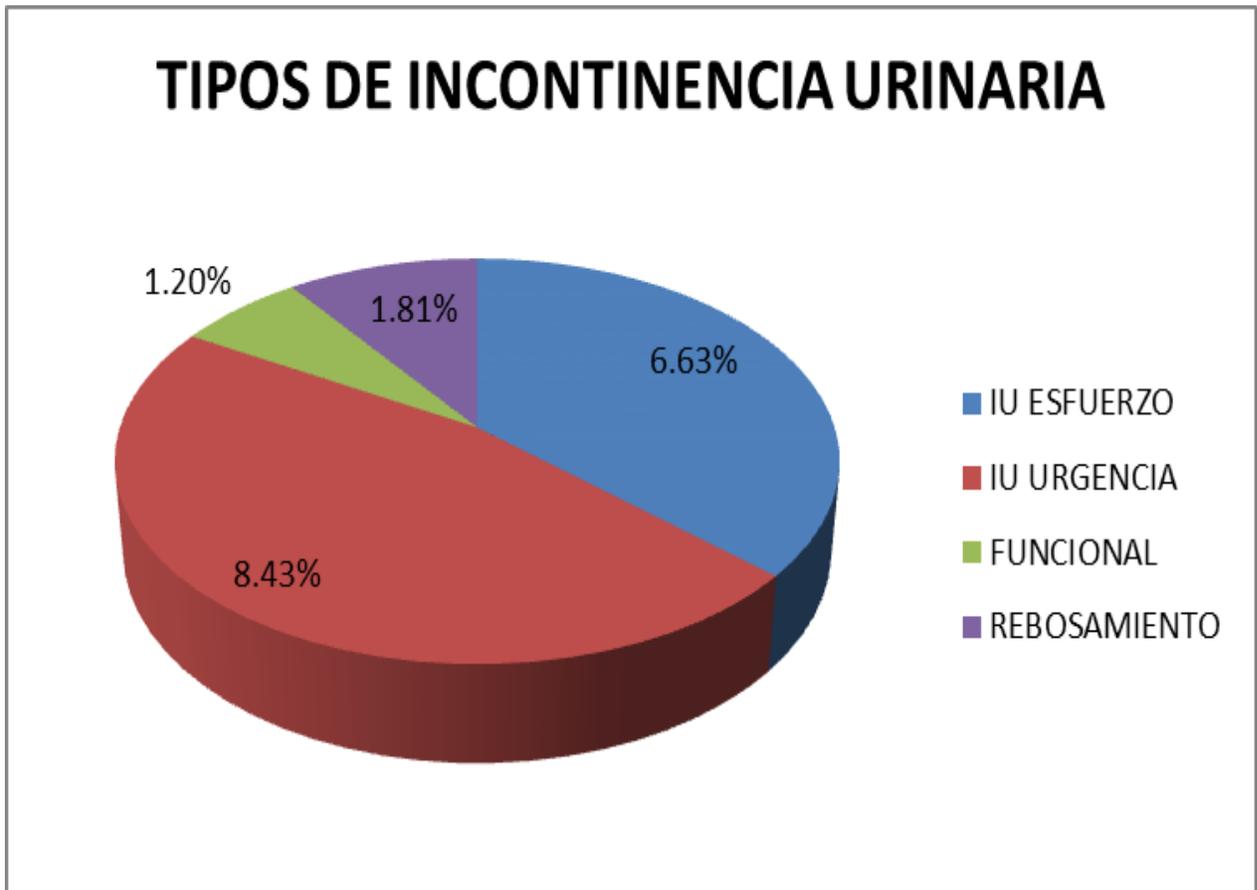
N = 30	FRECUENCIA	PROPORCIÓN
IU ESFUERZO	11	36.6%
IU URGENCIA	14	46.66%
FUNCIONAL	2	6.66%
REBOSAMIENTO	3	10%

Fuente: Encuesta de pacientes UMF31 IMSS-

Gráfica 6.

Tipos de incontinencia urinaria

Los tipos de IU que se presentan en nuestra población son: IU de esfuerzo el 6.63%, IU de urgencia el 8.43%, IU funcional el 1.20 % e IU por rebosamiento es el 1.81%.
Gráfica 7.



Fuente: Encuesta de pacientes UMF31 IMSS-

Tabla 7.

De acuerdo al test de Sandvick, para intensidad de IU, encontramos que el 93% refiere pérdida leve de orina. Tabla 9.

Tabla 7. Intensidad de la incontinencia Urinaria con Test de Sandvick

N=30	Frecuencia	Proporción
Leve	28	93.33%
Moderada	2	6.66%
Grave	0	0

Fuente: Encuesta de pacientes UMF31 IMSS-

Tabla 8.

Tratamiento para Incontinencia Urinaria

Solo el 13% de los pacientes con IU reciben tratamiento específico para este padecimiento, siendo solo en 2 pacientes (6.66%) tolterodina y prazocin en igual proporción.

Tabla 8.

Tratamiento para Incontinencia Urinaria

N=30	FRECUENCIA	PROPORCIÓN
RECIBEN TRATAMIENTO	4	13.33
TOLTERODINA	2	6.66
OXIBUTIDINA	0	0
IMIPRAMINA	0	0
PRAZOCINA	2	6.66

Fuente: Encuesta de pacientes UMF31 IMSS-

16. Discusión

Los resultados obtenidos y previamente mencionados, nos han permitido identificar la frecuencia de Incontinencia Urinaria de los pacientes adultos mayores de la Unidad Medicina Familiar 31 del IMSS.

La IU es una patología poco tratada, debido en parte, a la aversión del paciente y el médico a discutir de un tema incómodo. Sin embargo, representa una problemática de importancia por sus repercusiones tanto sanitarias, sociales, como económicas.

En promedio la población de estudio está por arriba de los 70 años, lo cual aumenta la prevalencia de IU, según lo reportado en múltiples estudios, llama la atención que la población se encuentra con obesidad, lo cual es un riesgo para la salud y condiciona un aumento en el riesgo cardiovascular de los pacientes, sin embargo, el sobrepeso y obesidad, también han sido relacionados con el aumento y la severidad de la IU.^{9,16}

La prevalencia de HAS y DMT2, es del 20% en la población. Esto representa una prevalencia similar reportada en los estudios poblacionales. La prevalencia de Cistocele e Hiperplasia prostática benigna fue baja, del 1 y 2% respectivamente.

Llama la atención que una cuarta parte de los pacientes toma diuréticos, pero el 100% de los pacientes reportaron ingesta de barbitúricos indicados por el médico tratante. Esta práctica parece no ser justificada ya que el uso de barbitúricos en pacientes de la tercera edad está relacionado con un aumento del riesgo de caídas (RR 3.8) y asociado a la IU, así como a la pérdida de memoria y la demencia.¹²

La IU más prevalente fue la de urgencia con un 46% lo cual es congruente con los estudios reportados ya que este tipo de IU aumenta conforme aumenta la edad de los pacientes,²¹ de acuerdo con el test de Sandvik, solo el 6% de los pacientes con IU la reportan como moderada.¹⁶

Sin embargo, globalmente los afectados no suelen referir cambios en su estilo de vida, por lo que esta controversia nos hace pensar que es preciso una mejor

precisión en la medición del impacto que provoca la Incontinencia Urinaria, con escalas validadas y adaptadas a nuestro entorno. Pero, sobre todo, al igual que Gavira Iglesias^{22, 23}. Serían convenientes campañas de información en la sociedad, sobre qué es y cómo se puede mejorar, y crear una conciencia más activa por parte del Médico Familiar para atender a esta población.

17. Conclusiones

En este trabajo de investigación se logró cumplir con los objetivos planeados, Identificar la frecuencia de incontinencia urinaria en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 31 del IMSS DF. Sur. Permitirá a los Médicos de Primer Nivel de Atención Institucional identificar la Incontinencia urinaria y dar tratamiento farmacológico y no farmacológico .Así como proporcionar información que permita al clínico identificarlos casos que requieren ser referidos al segundo nivel de Atención Médica.

Donde se encontraron los siguientes resultados:

La IU es muy frecuente entre la población de adultos mayores en general. El paciente afectado no suele consultar con su médico y por lo tanto, no es remitido a la atención especializada del segundo nivel . El médico Familiar podría ayudarles a mejorar el impacto que esta patología produce sobre su calidad de vida. Sin embargo, no sería necesario esperar que el paciente refiera esta patología ya que con frecuencia son ancianos y con patología asociada discapacitante, por lo que se tiene que indagar e investigar por medio de la historia clínica.

La prevalencia de Incontinencia Urinaria es importante con predominio en mujeres, con intensidad leve o moderada y con mayor repercusión, en algunos aspectos higiénico-psicosociales, conforme se agrava.

El especialista en Medicina Física y Rehabilitación está en una posición privilegiada por su formación para acercarse al problema de la IU de una forma global y positiva, lo que ayudará a estos pacientes a mejorar su calidad de vida.

La prevalencia de IU en la población fue de 18%, sin embargo, encontramos que solo el 13% de los pacientes reporto que su médico le había interrogado de manera directa sobre la sintomatología de la IU y solo el 13% recibe tratamiento específico

para este padecimiento, por lo que se considera que el subdiagnóstico se debe en parte a que las personas mayores tienden a no consultar espontáneamente, por síntomas urinarios o estos son erróneamente atribuidos a algo propio del envejecimiento. Por otro lado tampoco existe la rutina en la consulta de preguntar o interrogar intencionadamente sobre datos clínicos de incontinencia urinaria.

Se menciona en la literatura consultada la asociación con otras comorbilidades en los adultos mayores y dentro de este estudio se vio que un 56.03 % de los pacientes lo presentaba, y entre las más importantes se encontraron:

1. Hipertensión Arterial
2. Diabetes mellitus Tipo2
3. Infección de Vías Urinarias
4. EVC
4. Infarto Agudo Miocardio
5. Cistocele
6. HPB

Se recomienda realizar un programa de capacitación en el personal de salud de la Unidad para la difusión y aplicación de la guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de Incontinencia urinaria. Así como establecer la política de detección oportuna y registro del diagnóstico en el expediente clínico del paciente.

Dichas intervenciones tendrán un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes con IU y de esta manera se cubrirán las necesidades en salud de la población de Adultos mayores.

Como Punto de Buena Práctica sería recomendable:
Preguntar en la valoración inicial: *¿pierde usted orina cuando no lo desea? ¿Tiene usted problemas con su vejiga, se moja sin querer? o ¿Tiene pequeños escapes de orina cuando hace algún esfuerzo, por ejemplo estornudar o reír?*

18. Referencias

1. Vázquez Alba D, Carballido Rodríguez J y Bustamante Alarma S. Protocolo diagnóstico de la urgencia/ incontinencia urinaria .Medicine. 2011;10(83):5643-7
2. García-González JJ. et al.Guía clínica para incontinencia urinaria en adultos mayores. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (4): 415-422 415.
- 3.Yat Ching Thong Diagnostic and treatment of Geriatric Urinary Incontinence. Incont Pelvic Floor Dysfunct. 2009; 3(3):69-72
4. Pauline E Chiarelli, Lynette A Mackenzie and Peter G Osmotherly [Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review](#) Austrian Journal an physiotherapy 2009.Vol 55
5. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2001. Disponible en: www.mhas.pop.upenn.edu/espanol/documentos.htm
6. De Lancey JOL. Anatomy and physiology of the urinary continence. Clin Obstet Gynecol 1990; 33:298.
- 7.Netter FH. Riñones, uréteres y vejiga urinaria. En: Salvat editores. Colección Ciba de ilustraciones médicas,tomo IV. Barcelona, 1979; p. 2-35.
8. Vázquez Alba D, Carballido Rodríguez J y Bustamante Alarma S. Protocolo diagnóstico de la urgencia/ incontinencia urinaria Medicine. 2011;10(83):5643-7
9. Hunskaar S, et al, Pres ented al: ISS annual Meeting, August, 28-30, 2002 Heidelberg. Germany.
10. KinchenK, et al. Presentado en: EUA Anual Meeting; Feb 23-26, 2002, Birmingham, UK.

11. Juaguary R, Estremero J. Incontinencia Urinaria en el adulto mayor. PROFAM .2010: (11) 261-295.
12. Joachim Thüroff, Paul abrams, Karl- Erik Anderson. Guidelines of Urinary incontinence European Urology 2 0 1 1 ; 59: 3 8 7 – 4 0 0
13. Urinary incontinence: basic evaluationand management in the primary care office. PrimCare Clin Office Pract 2005; 32:699
14. Ouslander J. Urinary incontinence in nursinghomes. J Am Geriatr Soc 1990; 38(3):289-291.
15. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2001. Disponible en [www.mhas. pop.upenn. edu/espanol/documentos](http://www.mhas.pop.upenn.edu/espanol/documentos)
16. Bonilla Ma. de J, Calleja Olvera J, García FloresM. Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención. Incontinencia urinaria. Secretaría de salud 2010.
17. National Institutes of Health Consensus Development Conference. Urinary incontinence in adults. J Am Geriatric Soc. 1990; 38: 265-272.
18. García GonzálezJ , Espinoza Aguilar A, Doubova S, Guia para el Diagnóstico y Tratamiento de la Incontinencia Urinaria en Adultos Mayores. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008; 46 (4): 415-422
19. Bogner HR, et al. Urinary incontinence and psychological distress in community-dwelling older adults *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(3): 489-95

20. Guía de Práctica Clínica Detección, Diagnóstico y Tratamiento inicial de Incontinencia urinaria en la mujer. México; Inst. Mex. Seg. Soc, 2009. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx>.

21.-Vázquez MM, Bustos LHH, Rojas PG, Oviedo OG, Neri RES. Prevalencia y Calidad de vida en mujeres con Incontinencia Urinaria. Estudio en Población abierta. Gineco Obstet Mex 2007; 75:347-56.

22. Bartoli S, Aguzzi G, Tarricone R. Impact on Quality of life of urinary incontinence and over active bladder : a systematic literature review. Urology. 2010;75:491–510. Desde hace más de 10 años.

23. Ramírez LC, Arias RE. Ultrasonido en la evaluación de la incontinencia urinaria femenina no neurológica. Rev Mex Urol 2011;71(6):319-324.

24. Velázquez SMP, Gorbea CV, Iris CS, Guía de práctica clínica. Diagnóstico y manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Ginecol Obstet Mex 2009;77(10).

25. Salinas CJ, Díaz RA, Brenes BF, Cancelo HMJ, Cuellas DA, Prevalencia de la Incontinencia Urinaria en España. UROD A 201;23 (1): 52-66.

26. Velázquez SM, Gorbea CV, Iris DS, Diagnóstico y manejo de la Incontinencia Urinaria de esfuerzo. Colegio Mexicano de especialistas en Gineco obstetricia, AC. Abril 2010;257:1-45.

27. Chiarelli PE, Mackenzie L A , Smothery P G . Urinary Incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review. Australian Journal of Physiotherapy 2009; 55: 89-95

28. Velasco Rodríguez VM, Martínez Ordaz VA, Roiz Hernández J . Muestreo y tamaño de muestra. e-libro. Net. 2002; 39-41.

29. Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011:17--19 Disponible:

<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx> consultado 13 10 15.

19. ANEXOS

19.1 cronograma de actividades

Actividades	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Planteamiento del problema y marco teórico.	x Realizado 2013									
Hipótesis y variable	x Realizado 2013									
Objetivos		x Realizado 2013								
Calculo de muestra		x Realizado 2013	2013							
Hoja de registro		x Realizado 2013		2013	2013					
Presentación ante el comité							2013	2013		
Aplicación de cuestionario									2013	2013
Análisis de resultados	2014	2014	2014							
Elaboración de conclusiones				2014	2014	2014				
Presentación de resultados						2014				

Realizado
Programad



19.2 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Frecuencia de Incontinencia Urinaria en Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar 31, D.F. Sur.
Patrocinador externo (si aplica):	NO.
Lugar y fecha:	México DF, 30 septiembre del 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Describir la frecuencia de Incontinencia Urinaria en adultos mayores
Procedimientos:	Sólo se realizará encuesta, no se revisara expedientes ni se realizará procedimientos invasivos.
Posibles riesgos y molestias:	Es una investigación sin riesgo para el paciente. No se tocan temas sensibles para la población
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Todo caso detectado de padecimientos que requieran manejo médico serán canalizados de forma oportuna con su médico familiar
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados serán difundidos al personal médico y a la población, por medio de un informe semestral en la dirección de la unidad
Participación o retiro:	El paciente tiene la libertad de participar o retirarse del estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	Se guardará estricta confidencialidad de los resultados, y estos serán utilizados únicamente para los fines de la investigación.

En caso de colección de material biológico (si aplica): NO APLICA

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: Los resultados servirán para dirigir de manera oportuna las políticas de salud institucional

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Javier Pérez Valenzuela

Colaboradores: Dr. Fabián Avalos Pérez tel 5579 6122, ext: 21315

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

<p>_____ Nombre y firma del sujeto</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Testigo 1</p>	<p>Testigo 2</p>
<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>

19.3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: (anexo 3)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN 4 SURESTE DISTRITO FEDERAL.
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
 COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
 COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACION EN SALUD
 UMF 31



TITULO DEL PROYECTO: FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN ADULTOS
 MAYORES DE LA UMF 31. IMSS .DF SUR

Hoja 1/2

INSTRUMENTO 1.					
Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:					
Adultos mayores de 65 años de ambos sexos con vigencia de derechos adscritos a la UMF 31, que acepten participar por medio de un proceso de consentimiento informado en la investigación.					
					No llenar
1	FOLIO _____				_ _ _ _
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____				_ _ _ _
3	Nombre: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)				
4	NSS: _____	5	Teléfono _____		_ _ _ _
6	Turno: 1.Matutino () 2.Vespertino ()				_
7	Número de Consultorio: (____)				_
8	Edad: _____ años cumplidos	9	Sexo: 1.-Masculino () 2.- Femenino ()		_ _ _ _ / _
10	ESTADO CIVIL: 1.Soltero () 2.Casado () 3.Divorciado () 4.Viudo(a) () 5.Unión libre ()				_
11	ESCOLARIDAD: 1.-Primaria incompleta () 2.-Primaria completa () 3.- Secundaria () 4.-Preparatoria () 5.-Licenciatura () 6.-Postgrado ()				_
12	PESO: _____ kgs	13	TALLA _____ cms	14	IMC (Peso/Talla ²) _____
15	Refiera si padece alguno de los siguientes padecimientos: 1= Hipertensión arterial sistémica () 2= Diabetes Mellitus tipo 2. () 3=Infección de vías Urinarias () 4=Secuelas de Evento cerebral vascular () 5=Antecedentes de Infarto al miocardio () 6.=Cistocele () 7.-Hiperplasia prostática ()				_
16	Reporte si usa de alguno de los siguientes medicamentos :				_

