



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4
“LUIS CASTELAZO AYALA”**

**MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PACIENTES CON VEJIGA
HIPERACTIVA HÚMEDA, QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON TERAPIA
CONDUCTUAL, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA DEL
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No 4 “LUIS CASTELAZO AYALA” DE
JULIO A SEPTIEMBRE DE 2016**

R-2016-3606-37

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

Dra. Claudia Ivonne López Cruz

TUTOR DE TESIS

Dra. Janet Marín Méndez

ASESOR METODOLÓGICO

Dra. En C. Eunice López Muñoz



Ciudad de México, Marzo 2017.



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.

Por medio de la presente informamos que la **Dra. Claudia Ivonne López Cruz**, residente de la especialidad en Ginecología y Obstetricia ha concluido la escritura de su **tesis y otorgamos la autorización para su presentación y defensa de la misma.**

DR. OSCAR MORENO ALVAREZ
Director de la UMAE No. 4 Hospital de Ginecología y Obstetricia
"Luis Castelazo Ayala", IMSS

DR. JUAN CARLOS MARTINEZ CHEQUER
Director de Educación e Investigación en Salud, UMAE No 4
Hospital de Ginecología y Obstetricia
"Luis Castelazo Ayala", IMSS

DRA. JANET MARIN MENDEZ
Tutor de tesis

DRA. EN C. EUNICE LÓPEZ MUÑOZ
Asesor Metodológico

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres, Tere y Alexander, por la oportunidad de existir, por su sacrificio en algún tiempo incomprendido, por su ejemplo, comprensión y confianza, porque sin su apoyo no hubiera sido posible la culminación de mis metas, de mi formación profesional, que constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.

A mis hermanos, Jonathan y Carlos, por su apoyo y confianza, por estar siempre presentes

A mis abuelos, Tere y Carlos, porque gracias a su cariño, guía y apoyo, he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida, por su amor y confianza que en mí depositaron y con los cuales he logrado una meta más.

A la pequeña familia, Aby, Martha, Perla, Gabriel, por todo su apoyo y su presencia en los buenos y malos momentos.

A mis compañeros y amigos, es especial a ti, Faby, por todas las horas compartidas en los buenos y malos momentos, has sido un apoyo y sé que nos hemos ayudado mutuamente, pero soy consciente que sin tu amistad y compañía me hubiera sido más difícil concluir este reto.

A mis médicos de base, por todas sus enseñanzas a lo largo de estos años de residencia

A mi asesor de tesis, Dra. Janet Marín Méndez, por su apoyo, y confianza para realizar este proyecto.

A la Dra. Eunice, por su tiempo y orientación, sin su apoyo, no hubiese sido posible la culminación de este proyecto

ÍNDICE GENERAL

Índice de Tablas.....	5
Índice de Figuras.....	5
Abreviaturas.....	6
Resumen.....	7
Summary.....	8
Marco Teórico.....	9
Planteamiento del problema.....	20
Pregunta de Investigación.....	20
Justificación.....	21
Objetivos.....	22
Objetivo General.....	22
Objetivos Específicos.....	22
Métodos.....	23
Diseño del Estudio.....	23
Lugar o sitio de Estudio.....	23
Población de Estudio.....	23
Tamaño de la Muestra.....	23
Muestreo.....	23
Criterios de Selección.....	23
Criterios de Inclusión.....	23
Criterios de Exclusión.....	24
Criterios de Eliminación.....	24
Definición Conceptual y Operacional de Variables.....	24
Edad.....	24
Vejiga Hiperactiva.....	24
Calidad de Vida.....	24
Terapia Conductual.....	24
Frecuencia Urinaria.....	25
Nicturia.....	25
Urgencia miccional.....	25
Incontinencia urinaria.....	25

Operacionalización de variables.....	25
Estrategia de Trabajo.....	26
Análisis Estadístico.....	26
Procesamiento de Datos.....	27
Instrumento de Recolección de Datos.....	27
Aspectos Éticos.....	28
Consentimiento Informado.....	28
Resultados.....	29
Discusión.....	35
Conclusión.....	36
Referencias Bibliográficas.....	37
Anexos.....	41
Instrumento de recolección de Datos.....	42
Consentimiento Informado.....	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Episodios de Nicturia.....	30
Figura 2. Grado de severidad en el deterioro de calidad de vida.....	32
Figura 3. Esfera afectada en la calidad de vida.....	33
Figura 4. Resultado después de la terapia conductual.....	33
Figura 5. Porcentaje de mejoría con terapia conductual.....	34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia urinaria.....	29
Tabla 2. Urgencia urinaria.....	31
Tabla 3. Episodios de incontinencia urinaria.....	31

ABREVIATURAS

VH	Vejiga Hiperactiva
ICS	International Continence Society
VHH	Vejiga Hiperactiva Húmeda
NOBLE	National Overactive Bladder Evaluation
UMAE	Unidad Médica de Alta Especialidad
HGO No. 4	Hospital de Gineco-Obstetricia No.4
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
Op	Operacional

MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PACIENTES CON VEJIGA HIPERACTIVA HÚMEDA, QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON TERAPIA CONDUCTUAL, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No 4 “LUIS CASTELAZO AYALA” DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2016

López Cruz Claudia Ivonne¹, López Muñoz Eunice², Marín Méndez Janet³
¹Residente de Cuarto Año Ginecología y Obstetricia, ²Unidad de Investigación Médica en Medicina Reproductiva ³Servicio de Urología Ginecológica. UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”, IMSS

RESUMEN

Antecedentes: La Vejiga Hiperactiva es causada por una contracción involuntaria repentina del músculo detrusor, definido por la presencia de urgencia urinaria, acompañada de frecuencia y nicturia, con incontinencia urinaria (Vejiga Hiperactiva Húmeda) o sin incontinencia (Vejiga Hiperactiva seca). Los síntomas de VH pueden afectar a la paciente en sus entornos social, psicológico, ocupacional, físico y función sexual, deteriorando significativamente la calidad de vida de los pacientes, limitando su autonomía y reduciendo su autoestima. El manejo de primera línea incluye tratamientos conservadores, en específico la terapia conductual, se ha documentado que estos equivalentes o son más efectivos que el tratamiento farmacológico para reducir los síntomas de vejiga hiperactiva sin exponer al paciente a los efectos secundarios.

Objetivo: Determinar la mejoría en la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de Vejiga Hiperactiva Húmeda, que reciben tratamiento con terapia conductual, atendidas de junio a septiembre de 2016.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y observacional. La investigación se llevó a cabo en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco- Obstetricia No 4 “Luis Castelazo Ayala” del IMSS, con recolección de datos de junio a septiembre de 2016. Se incluyeron a todas las pacientes valoradas en el servicio de urología ginecológica con diagnóstico de vejiga hiperactiva húmeda en quienes se haya iniciado manejo conservador con terapia conductual. Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión de las variables cuantitativas; frecuencias absolutas y proporciones para las variables cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 50 mujeres con edad de 63.32 ± 9.54 años. La frecuencia urinaria durante la primera medición era mayor en la categoría de 5-10 episodios/día, mientras que en la segunda medición, el mayor porcentaje se observó en la categoría de 1-4 episodios/día. Respecto a la afección en la calidad de vida en la encuesta basal el 48% de las pacientes la referían como severa, posterior a la terapia conductual, únicamente 6% presentaban deterioro severo de la calidad de vida. Se observó mejoría en el 84% de las pacientes que se sometieron a manejo conservador, con una mejoría del 80% en la sintomatología.

Conclusión: La edad promedio de las 50 pacientes con diagnóstico de Vejiga Hiperactiva Húmeda, incluidas en el estudio fue de 63.32 años, se sometieron a terapia conductual por 6 semanas, posterior a las cuales, se presentó disminución de la frecuencia y urgencia urinaria, así como de los periodos de incontinencia, el 84% de las pacientes presento mejoría significativa en la calidad de vida, con disminución de los síntomas del 80% en el 44% de las pacientes.

IMPROVEMENT ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH WET OVERACTIVE BLADDER, WHICH RECEIVE TREATMENT WITH BEHAVIORAL THERAPY, ATTENDED IN THE UROGINECOLOGY SERVICE OF GINECO-OBSTETRICS HOSPITAL NO 4 "LUIS CASTELAZO AYALA" FROM JULY TO SEPTEMBER 2016

López Cruz Claudia Ivonne¹, López Muñoz Eunice², Marín Méndez Janet³
¹Residente de Cuarto Año Ginecología y Obstetricia, ²Unidad de Investigación Médica en Medicina Reproductiva ³Servicio de Urología Ginecológica. UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", IMSS

SUMMARY

Background: The Bladder is caused by a sudden involuntary contraction of the detrusor muscle, defined by the presence of urinary urgency, accompanied by frequency and nozzle, with urinary incontinence (Wet Overactive Bladder) or without incontinence (Dry Overactive Bladder). The symptoms of VH can affect the patient in their social, psychological, occupational, physical and sexual environments, significantly deteriorating the quality of life of patients, limiting their autonomy and reducing their self-esteem. First-line management includes conservative treatments, specifically behavioral therapy, it has been documented that these are or are more effective than pharmacological treatment to reduce the symptoms of overactive bladder without exposing the patient to side effects.

Objective: To determine the improvement in the quality of life of patients with diagnosis of Wet overactive Bladder who receive treatment with behavioral therapy, attended from June to September 2016.

Methods: A descriptive, longitudinal and observational study was performed. The investigation was carried out in the High Specialty Medical Unit Hospital of Gineco-Obstetrics No. 4 "Luis Castelazo Ayala" of the IMSS, with data collection from June to September 2016. All patients assessed in the Gynecological urology with a diagnosis of wet overactive bladder in whom conservative management with behavioral therapy has been initiated. Descriptive statistics were performed with measures of central tendency and dispersion of the quantitative variables; Absolute frequencies and proportions for the qualitative variables.

Results: Fifty women aged 63.32 ± 9.54 years were included. Urinary frequency during the first measurement was higher in the 5-10 episode / day category, while in the second measurement, the highest percentage was observed in the 1-4 episode / day category. Regarding the affection on quality of life in the baseline survey, 48% of patients referred as severe, after behavioral therapy, only 6% presented severe deterioration of quality of life. An improvement was observed in 84% of patients who underwent conservative management, with an improvement of 80% in symptomatology.

Conclusion: The mean age of 50 patients with a diagnosis of wet overactive bladder, included in the study was 63.32 years, were submitted to behavioral therapy for 6 weeks, after which, there was decreased frequency and urinary urgency, as well as in incontinence periods, 84% of the patients had a significant improvement in quality of life, with a decrease in symptoms of 80% in 44% of patients.

MARCO TEÓRICO

El término Vejiga Hiperactiva (VH), fue acuñado por Alan Wein y Paul Abrahams en 1996, para describir el concepto anterior de inestabilidad vesical, siendo admitido en el 2002 por la Internacional Continence Society (ICS) en sus guías¹.

Es causada por una contracción involuntaria repentina del músculo detrusor², siendo un diagnóstico clínico definido por la ICS como la presencia de urgencia urinaria, por lo general acompañada, de frecuencia y nicturia, con incontinencia urinaria de urgencia (Vejiga Hiperactiva Húmeda) o sin incontinencia (Vejiga Hiperactiva Seca), en ausencia de infecciones del tracto urinario o de otra patología³.

La presencia de incontinencia urinaria se asocia hasta en un 82.9%, mientras la urgencia, frecuencia y nicturia se presenta hasta en 90% de las pacientes, a menudo se asocia con comorbilidades, como el aumento de infecciones urinarias y dermatológicas⁴.

La definición actual se basa en los síntomas², debido a la falta de medios clínicamente objetivos y fiables para su diagnóstico⁴, cuando la percepción subjetiva del paciente es lo suficiente molesta, poniendo en riesgo su calidad de vida³.

Aproximadamente el 16–17 % de la población adulta cursa con vejiga hiperactiva⁵.

El estudio EPIC reporta la prevalencia de VH en cuatro países europeos y Canadá con 11.8%¹, mientras que el estudio FINNO en la población finlandesa reporto urgencia en 54% de los encuestados⁶.

El estudio Nacional para la Evaluación de la Vejiga Hiperactiva estableció la prevalencia en 16% de hombres y 16.9% de mujeres encuestadas, con mayor prevalencia de Vejiga Hiperactiva Húmeda (VHH) en mujeres. La prevalencia de VHH se elevó de 2% en el grupo más joven (18-24 años) a 19.1% en el grupo de 65 a 74 años⁷.

No obstante, la prevalencia de la VH se encuentra infra diagnosticada y en consecuencia tratada de manera deficiente, debido a la resistencia de los pacientes a buscar ayuda médica; una de las razones es por la percepción del estigma, otra, que es percibida como proceso natural del envejecimiento⁵.

La historia natural es variada, y deben ser evaluados sus efectos sobre la calidad de vida, estos efectos ocurren a través de influencias de amplio alcance, por ejemplo, el aumento en los niveles de ansiedad y el impacto sobre la función sexual⁸.

Los síntomas de la VH pueden afectar a la paciente en sus entornos: social, psicológico, ocupacional, físico, y función sexual⁵.

La VH es una condición a largo plazo, que no pone en riesgo la vida, sin embargo, deteriora significativamente la calidad de vida de los pacientes, limitando su autonomía y reduciendo su autoestima⁹, 67% de las mujeres con este diagnóstico refieren que los síntomas afectan su calidad de vida, de este porcentaje 60%, los encontraron tan molestos que buscan ayuda médica. El síntoma de urgencia es el de mayor efecto sobre la calidad de vida^{7, 9}.

La vejiga hiperactiva es un síndrome relacionado con síntomas de almacenamiento, ofreciendo un diagnóstico empírico¹⁰. La Asociación Americana de Urología y la Sociedad de Urodinamia y Urología Femenina abogan por realizar un diagnóstico documentando los síntomas y signos que la caracterizan, realizando una cuidadosa historia clínica, examen físico y examen

de orina, para descartar la posibilidad de malignidad, enfermedad neurológica o enfermedad sistémica¹¹.

La historia clínica debe incluir la presencia, incidencia, gravedad y efecto sobre la calidad de vida de cada uno de los síntomas de la VH; la naturaleza y volumen de la ingesta de líquidos; antecedentes obstétricos, y otras patologías sistémicas. El examen físico enfocado debe incluir el examen abdominal y pélvico, así como exploración neurológica básica¹².

El paso más importante en la evaluación del paciente con síntomas de tracto urinario bajo, es una historia enfocada y detallada, incluyendo inicio de los síntomas, duración, progresión, características, antecedente de situaciones o factores desencadenantes⁷.

Realizar un diario miccional durante 3 a 7 días, es una herramienta muy útil tanto para el médico como para el paciente, este nos provee información sobre la cantidad y tipo de líquidos, tipo y frecuencia de los síntomas tales como episodios de incontinencia, frecuencia miccional. Y la urgencia asociada con cada uno y las circunstancias o razones para la misma, esto ayuda para realizar un plan apropiado de terapia conductual, el diario miccional es la mejor herramienta no invasiva disponible para monitorizar objetivamente los hábitos miccionales de la paciente, así como el efecto del tratamiento en los síntomas. El auto monitoreo puede ayudar a la paciente a darse cuenta sobre los hábitos que desencadenan la sintomatología de tracto urinario inferior^{13, 14}.

Otro enfoque para recopilar información sobre los hábitos de la vejiga es el cuestionario basado en el diario miccional para la auto-evaluación del tipo y volumen de la ingesta de líquidos y el tipo de incontinencia urinaria¹⁴.

Sin embargo, no existe un único instrumento que evalúa el contexto, la gravedad, intensidad y el impacto de la urgencia urinaria en la vida diaria⁷.

La implicación de los instrumentos de autoevaluación diagnóstica es la toma de conciencia por parte del paciente y la corta inversión de tiempo que toma para completarlos; las respuestas informadas por el paciente son básicas para evaluar el impacto de los síntomas, la calidad de vida y el tratamiento para VH, ya que la calidad de vida es un resultado clave en la evaluación del tratamiento para las condiciones basadas en los síntomas^{9, 15}.

La terapia para la Vejiga Hiperactiva se puede dividir en cuatro clases de tratamiento:

- Tratamiento conservador: incluye la pérdida de peso, dejar de fumar, factores dietéticos (disminución en el uso de cafeína, ingesta de líquidos, alcohol, cambios en la alimentación). Intervenciones en el estilo de vida que incluyen entrenamiento de los músculos del suelo pélvico y reentrenamiento de la vejiga para estimular las influencias inhibitorias sobre el tracto urinario inferior¹⁶.
- Farmacoterapia: los antimuscarínicos son el pilar del tratamiento farmacológico y se pueden administrar por vía oral o transdérmica⁴.
- Tratamiento quirúrgico: estimulación del nervio sacro, del nervio tibial, inyecciones de neurotoxina botulínica A, intravesical, cistoplastia de aumento y miectomía del musculo detrusor^{17, 18}.
- Contención para VH intratable: catéteres uretrales o suprapúbicos, cierre uretral y derivación urinaria¹⁷.

El manejo de primera línea para la incontinencia urinaria, incluyen los tratamientos conservadores, en específico la terapia conductual, un grupo de intervenciones que mejoran los síntomas del tracto urinario inferior al cambiar el comportamiento o el ambiente que rodea a la paciente, o al enseñarle nuevas habilidades. Se ha documentado que estos equivalen o son más efectivos que el tratamiento farmacológico, para reducir los síntomas de vejiga hiperactiva sin exponer al paciente a los efectos secundarios¹³.

Educación de la paciente: ya que la terapia conductual se basa en el principio de aprendizaje un importante primer paso en el programa es proveer educación básica de manera que los pacientes puedan entender su patología, el tratamiento y las metas terapéuticas. Esta educación incluye una breve explicación sobre la anatomía de la vejiga, uretra y vagina, como funcionan y las causas de su patología en general, es esencial para los pacientes entender que un programa conductual es basado en el cambio de hábitos y aprendizaje de nuevas habilidades¹².

La terapia conductual se desarrolló en la década de 1980 y fue propuesta por primera vez por Frewen, que utiliza los diarios miccionales y el vaciamiento cronometrado. En 1991, Fantl aplicó una técnica basada en la educación del paciente con el fin de recuperar el control cortical de la micción¹⁹.

En 1986 Burgio propuso un enfoque de comportamiento que incluye los cambios en los hábitos miccionales y contracciones de los músculos pélvicos¹².

Esta terapia generalmente comprende múltiples componentes y está reconocido que los mejores programas son aquellos individualizados de acuerdo a la condición, ambiente y necesidades de la paciente. Los componentes del programa de la terapia conductual incluyen educación en lo siguiente: diario miccional, entrenamiento y ejercicio activo del los músculos del piso pelvico, uso activo de los músculos del piso pélvico para la oclusión uretral, prevención y supresión de la urgencia, entrenamiento vesical con técnicas de control de urgencia, estimulación bioeléctrica, horario y agenda miccional y otros cambios en el estilo de vida¹².

Están fundamentadas en el concepto de que aquellas pacientes con síntomas del tracto urinario inferior pueden ser educadas sobre su condición y lograr desarrollar técnicas, habilidades y estrategias para reducir y eliminar estos síntomas¹⁶.

Existen dos enfoques fundamentales para el tratamiento conductual; el primero se basa en la modificación de la función de la vejiga, debido al cambio en los hábitos miccionales, como el entrenamiento de la vejiga y la micción retardada; el segundo enfoque se centra en el vaciamiento de la vejiga incluye el entrenamiento de los músculos del piso pélvico para mejorar el control de la vejiga como la oclusión uretral y la supresión del deseo miccional¹⁹.

La terapia conductual puede ser dividida en aquella paciente dependiente o personal de salud dependiente, los ejercicios de los músculos de piso pélvico, el entrenamiento vesical son ejemplos de intervenciones paciente dependiente ya que requiere una participación activa del paciente. Estas terapias requieren un adecuado funcionamiento, aprendizaje y motivación del individuo²⁰.

El entrenamiento de los músculos del piso pélvico es la piedra angular en el tratamiento con terapia conductual; diseñado originalmente para identificar, controlar los músculos perivaginales con el objetivo de fortalecerlos y reducir la incontinencia de esfuerzo, sin embargo, en la década de 1980 se hizo evidente que también se puede utilizar para controlar la función de la vejiga en el tratamiento de la incontinencia de urgencia y vejiga hiperactiva. En las mujeres esta descrito que la contracción de los músculos del piso pélvico puede elevar la uretra y presionarla hacia la sínfisis del pubis previniendo el descenso de la misma, mejora así mismo el soporte estructural de los órganos pélvicos, este entrenamiento puede resultar en la hipertrofia del músculo estriado incrementado así la presión uretral mecánica externa²³.

Lo principal es demostrarles a los pacientes la habilidad de contraer y relajar los músculos del piso pélvico adecuadamente, después darles instrucción para la práctica diaria, el propósito para el ejercicio diario es incrementar la fortaleza de los músculos y adquirir habilidades motoras con la práctica. Los ejercicios varían en frecuencia e intensidad, el régimen de ejercicio ideal no ha sido determinado, sin embargo, se han alcanzado buenos resultados en varios estudios realizando de 45 a 60 ejercicios de contracciones y relajación por día.

Un método recomendado son series de contracciones rápidas de 1 a 2 segundos, con duración de 5 segundos^{21, 22}.

En una revisión de Cochrane sobre tratamientos basados en el entrenamiento de los músculos del piso pélvico, se llegó a la conclusión de que estos tratamientos fueron efectivos, reduciendo la urgencia²³.

Las pacientes tratadas con entrenamiento de los músculos del piso pélvico muestran efectos benéficos los cuales incluyen curación, mejora en la calidad de vida, reducción de los episodios y cantidad de la pérdida de orina. Las tasas de curación van del 16 al 27%, y la mejoría de la calidad de vida de un 48 a 80.7%²².

La contracción consciente de los músculos del piso pélvico forma parte de una estrategia de comportamiento más amplia, conocida como supresión del impulso, en el que los pacientes aprenden a responder a la sensación de urgencia, para evitar estos síntomas se aconseja al paciente mantenerse alejado del baño, tomar una pausa, sentarse de ser posible, relajarse completamente, y realizar ejercicios del piso pélvico para así disminuir la urgencia e inhibir las contracciones del detrusor, una vez que pasa la urgencia es el momento ideal para acudir al baño. Esta técnica se ha convertido en elemento central para la incontinencia de urgencia o VH y evitar la pérdida de orina^{21, 22}.

La mayoría de estas estrategias de supresión se centran en la reducción de las pérdidas urinarias, reportándose en estudios controlados reducciones de la incontinencia desde un 60 al 80%²¹.

El régimen de micción programada ha sido por década piedra angular del tratamiento para la incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva, las micciones programadas incluyen entrenamiento vesical, hábitos de entrenamiento, micciones intencionales. Todos estos regímenes comparten como

característica común visitas al baño programadas difieren en el rol que juega el paciente (activo o pasivo), la naturaleza de la educación de la paciente, el uso de técnicas de reforzamiento. El entrenamiento vesical requiere del paciente para resistir la urgencia y retrasar la micción²¹.

El objetivo del entrenamiento de la vejiga es restaurar la función normal y la capacidad de utilizar los horarios de micción²⁴.

Además de las intervenciones conductuales a través de la enseñanza o estrategias, existen modificaciones en el estilo de vida que ayudan a mitigar los factores que contribuyen a los síntomas del tracto urinario bajo¹⁹.

Parte de estas modificaciones incluyen la ingesta de líquidos, reducción de cafeína, y otras sustancias irritantes, así como pérdida de peso, estos cambios pueden tener impacto significativo en la salud de la vejiga y se han convertido por tanto en parte integral del manejo conservador¹⁹.

Manejo de líquidos: la ingesta de líquidos juega un rol en la prevención de enfermedades del sistema urinario, modificar el tipo y el volumen de líquidos sea como medida primaria o coadyuvante es siempre recomendado para optimizar los resultados como parte del manejo conservador. Esta medida depende del patrón de consumo de líquidos del paciente este patrón puede ser evaluado con un seguimiento de 24 a 48 horas donde se incluyan las cantidades de los líquidos que se ingieren, realizar esta revisión puede revelar consumo de líquidos excesivo, consumo menor de líquidos y consumo excesivo de los mismos por la tarde²⁴.

Consumo excesivo de líquidos: esto puede ser un problema cuando esto desencadena síntomas de urgencia, un consumo de líquidos mayor de 3700 ml/día ha sido asociado con mayor incidencia en aumento en la frecuencia miccional comparado con una ingesta de 2400 ml/día. En un estudio realizado a hombres jóvenes se observó en aquellos con consumo excesivo de líquidos;

aumento en los volúmenes urinarios si no también aumento en la presión vesical medida con uro dinamia ambulatoria²⁵.

En la práctica es más común ver un consumo inadecuado de líquidos por que las pacientes con problemas vesicales seguido restringen su ingesta como esfuerzo para controlar los síntomas, en algunos casos particularmente en pacientes de la tercera edad el resultado puede llevarlas incluso a la deshidratación, la hidratación sub óptima puede llevar a problemas como infecciones del tracto urinario y constipación, así como disminución de la capacidad funcional de la vejiga. Es aconsejable invitar a las pacientes a realizar una hidratación adecuada con consumo de 6 vasos de agua para mantener una hidratación adecuada. Siendo un consumo de 1500 ml /día al menos que exista otra contraindicación médica. El instituto de Medicina, alimentos y nutrición en el 2004 realizó sus guías de práctica donde la recomendación para mujeres fue de 2.7 litros/día incluyendo el líquido de bebidas y el de los alimentos^{24, 25}.

De igual forma evitar la ingesta excesiva en las horas de la noche pueden ser útil para reducir la nicturia, en los pacientes que retienen líquidos durante el día y presentan nicturia debido a la movilización de líquido durante la noche, las intervenciones se centran en el manejo de la acumulación de líquidos¹⁹.

Por otra parte, la cafeína desempeña un papel importante en los síntomas de urgencia, frecuencia e incontinencia de urgencia, porque actúa como diurético y en parte es un irritante de la vejiga. Los estudios urodinámicos han demostrado que aumenta la presión del detrusor y es un factor de riesgo para la hiperactividad del mismo. Una dosis de 4.5mg/kg causa diuresis y disminución del umbral de la sensibilidad de la vejiga en la fase de llenado, con un aumento de la velocidad de flujo y volumen miccionado; la ingesta diaria de cafeína (150mg/kg) da como resultado hiperactividad del detrusor y aumento de la señalización sensorial de la vejiga^{26, 27}.

Otras sustancias actúan como irritantes de la vejiga incluyendo los sustitutos de azúcar, cítricos, condimentos, también la ingesta de alcohol contribuye a la urgencia, frecuencia e incontinencia de urgencia a través de un efecto diurético²⁸.

La obesidad se ha establecido como factor de riesgo para la incontinencia urinaria, ya que se ha demostrado asociación entre el índice de masa corporal y los síntomas del tracto urinario bajo, la pérdida de 5 a 10% del peso corporal durante 12 meses, ayuda a disminuir los episodios de incontinencia hasta en un 70%²⁹.

La eficacia de los tratamientos conservadores se basa en la participación activa por parte del paciente. Los avances en los programas de comportamiento suelen ser gradual²⁰.

La prevención primaria para la incontinencia urinaria mediante intervenciones conductuales, ha sido investigada en grupos de riesgo: mujeres mayores, mujeres en edad fértil, mujeres obesas con diabetes¹².

La edad es el factor de riesgo más establecido. En un estudio controlado realizado en mujeres mayores de 65 años se encontró mejoría estadísticamente significativa en los síntomas urinarios después de 6 semanas de tratamiento con terapia conductual²⁵.

Las indicaciones para la terapia conductual están bien establecidas para el tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia y vejiga hiperactiva, estas intervenciones son también adecuadas en caso de disfunción miccional aunque con menos evidencia por el momento, la mayoría de los pacientes que están motivados y cooperan con las medidas experimentarán grado de mejoría variable, existe una gran diferencia en los resultados obtenidos con la terapia conductual y poco se sabe sobre las características de los pacientes que si responden bien²³.

El principal beneficio de la terapia conductual es que no tiene efectos secundarios, es cómodo para la paciente, y puede llevar a una rápida mejoría, con satisfacción a medida que avanza el tratamiento¹⁹.

La disminución en el nivel de las molestias, es el mejor indicador de la satisfacción de los pacientes, con el tratamiento, en el caso de la VH asociada con incontinencia urinaria, la terapia se centra en la reducción de los episodios de incontinencia⁴.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incontinencia urinaria, en las mujeres, es un problema común que origina una carga económica y social.

La prevalencia de la incontinencia urinaria alcanza hasta el 55% en mujeres, sin embargo, esta cifra puede ser subestimada, ya que se calcula que la mitad de las pacientes no buscan atención médica debido a sentimiento de vergüenza, falta de conocimiento sobre las opciones terapéuticas o a la creencia de que forma parte del envejecimiento.

El síndrome de vejiga hiperactiva, definida como la urgencia urinaria, que va acompañada de polaquiuria y nicturia, con o sin incontinencia urinaria de urgencia, en ausencia de infección del tracto urinario o de otras enfermedades.

El estudio NOBLE (National Overactive Bladder Evaluation), encontró una prevalencia de vejiga hiperactiva en el 9% de las mujeres y 16% de los hombres, sin embargo, las mujeres son más propensas a padecer síndrome de vejiga hiperactiva húmeda que los hombres (9.5% vs 2.6%).

Actualmente existen diversas opciones terapéuticas, desde las modificaciones en el estilo de vida, a tratamientos farmacológicos y quirúrgicos.

Debido a la repercusión en la esfera familiar, social y profesional de las pacientes, es importante la detección de este padecimiento y dar un tratamiento para la disminución de los síntomas a fin de mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Pregunta de Investigación

¿Existe mejoría de la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de Vejiga Hiperactiva que reciben tratamiento con terapia conductual?

JUSTIFICACIÓN

La vejiga hiperactiva es una condición crónica que tiene efectos significativos sobre la calidad de vida. El manejo conservador y la modificación de la conducta, son tratamientos de primera línea, ya que la terapia anticolinérgica a menudo presenta efectos secundarios intolerables, que resultan en el cumplimiento deficiente de la terapia, por lo que es importante en nuestra población iniciar manejo con terapia conductual para valorar mejoría en la severidad de la calidad de vida, y de esta manera continuar manejo farmacológico únicamente en los casos refractarios al manejo conservador.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la mejoría en la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de Vejiga Hiperactiva Húmeda, que reciben tratamiento con terapia conductual, atendidas en el servicio de urología ginecológica del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” de junio a septiembre de 2016

Objetivos Específicos

- Determinar el porcentaje de mejoría en la calidad de vida del grupo de pacientes con diagnóstico de Vejiga Hiperactiva Húmeda, que reciben tratamiento con terapia conductual.
- Determinar el porcentaje de pacientes que no mejoran su calidad de vida con terapia conductual y ameritan tratamiento farmacológico

MÉTODOS

Diseño del Estudio

Observacional, descriptivo, longitudinal.

Lugar o sitio de Estudio

Este estudio se realizó en el Hospital de Gineco-Obstetricia Núm. 4, “Luis Castelazo Ayala”, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México, por el Servicio de Urología Ginecológica.

Población de Estudio

Pacientes con diagnóstico de Vejiga Hiperactiva Húmeda, atendidas en el servicio de Urología Ginecológica de la UMAE HGO 4 “Luis Castelazo Ayala”, IMSS.

Tamaño de la Muestra

Pacientes con diagnóstico de Vejiga Hiperactiva Húmeda, tratadas con terapia conductual, atendidas en el servicio de Urología Ginecológica de la UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No 4 “Luis Castelazo Ayala” IMSS, en el periodo comprendido entre el 1 de Julio de 2016 y el 31 de Octubre de 2016.

Muestreo

Muestreo de casos consecutivos.

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

1. Pacientes con diagnóstico de Vejiga Hiperactiva Húmeda
 - Pacientes a las que se les da tratamiento con terapia conductual
 - Derechohabientes IMSS
 - Pacientes atendidas en el servicio de urología ginecológica de la UMAE HGO No. 4 “Luis Castelazo Ayala”

Criterios de Exclusión

1. Pacientes que no acepten tratamiento conductual
- Pacientes que han recibido tratamiento farmacológico previo para el diagnóstico de Vejiga Hiperactiva

Criterios de Eliminación

2. Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Definición Conceptual y Operacional de Variables

Edad

Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.
Op: Número de años cumplidos al momento de la medición

Vejiga Hiperactiva

Urgencia urinaria que por lo general va acompañada de polaquiuria y nicturia con (Húmeda) o sin (Seca) incontinencia urinaria de urgencia, en ausencia de infección del tracto urinario o de otras enfermedades.
Op: Síndrome caracterizado por la presencia de urgencia urinaria, frecuencia y nicturia con o sin incontinencia urinaria de urgencia.

Calidad de Vida

Satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural
Op: Satisfacción del paciente en sus esferas física, psicológica, social, laboral, sexual.

Terapia conductual

Técnicas específicas que emplean principios psicológicos, especialmente del aprendizaje, para tratar la conducta humana de desadaptación.
Op: Tratamiento conservador para la mejoría de los síntomas.

Frecuencia urinaria

Número de micciones en un periodo de tiempo.

Op: Número de micciones referidas por la paciente.

Nicturia

Emisión de orina durante la noche

Op: Episodios de micción durante la noche.

Urgencia miccional

Sensación repentina e imperiosa de orinar.

Op: Deseo repentino de orinar que es difícil de diferir.

Incontinencia urinaria

Perdida involuntaria de orina

Op: Perdida de orina de forma involuntaria referido por la paciente.

Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Indicador	Estadística Descriptiva
Edad	Cuantitativa Numérica Continua Independiente	Años	Medida de tendencia central y dispersión
Vejiga Hiperactiva	Cualitativa Dicotómica Independiente	Sí o No	Frecuencias y proporciones
Calidad de vida	Cualitativa Nominal Independiente	Leve Moderada Severa	Frecuencias y proporciones
Terapia conductual	Cualitativa Nominal Dicotómica Independiente	Sí o No	Frecuencias y proporciones

Frecuencia urinaria	Cuantitativa Numérica Escala Dependiente	1-4/día 5-10/día Más de 10/día	Frecuencias y proporciones
Nicturia	Cuantitativa Numérica Escala Dependiente	No 1-4 Veces Más de 4 veces	Frecuencias y proporciones
Urgencia miccional	Cualitativa Nominal Escala Dependiente	No En ocasiones Si	Frecuencias y proporciones
Incontinencia urinaria	Cualitativa Nominal Escala Dependiente	Nunca En ocasiones Constantemente	Frecuencias y proporciones

Estrategia de Trabajo

Se identificó en el área de consulta externa a las pacientes con diagnóstico de Vejiga Hiperactiva Húmeda, que cumplieran con los criterios de selección, se aplicaron cuestionarios para determinar la percepción sobre la calidad de vida, se inició manejo con terapia conductual, y seguimiento en 6 semanas en consulta externa del servicio de Urología Ginecológica, se aplicó un segundo cuestionario para determinar percepción de calidad de vida, posterior a iniciar terapia conductual. En hoja de recolección de datos diseñada para tal fin, se integró la información de cada paciente a partir del resultado de ambos cuestionarios, posteriormente se capturo toda la información en una base de Excel realizando una revisión inicial para evitar errores de captura, finalmente se ejecutó un análisis estadístico.

Análisis Estadístico

Se presenta la estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión de las variables cuantitativas; se presentan frecuencias absolutas y proporciones de las variables categóricas.

Procesamiento de Datos

Los datos obtenidos se capturaron en un equipo de cómputo; el procesamiento de la información se realizó con el programa Microsoft Excel MSO versión vigente 16.0.6965.2058 32-bit, posterior a ello se usó el programa SPSS

Instrumento de Recolección de Datos

Ver anexo 1.

ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación fue diseñada de acuerdo a las normas éticas consideradas en la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989, así como a los códigos y normas Internacionales vigentes de las buenas prácticas de investigación.

Esta es una investigación con riesgo mínimo, catalogada de acuerdo al Artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su Título Segundo De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I Disposiciones Comunes. La confidencialidad, anonimato y privacidad de los datos del paciente, se mantienen de acuerdo al Artículo 21, en el Título Segundo y Capítulo I.

Se realizó una búsqueda minuciosa de la literatura científica sobre el tema a realizar. Este protocolo fue sometido a evaluación por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1905 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Este protocolo fue realizado por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un equipo de médicos clínicamente competentes y certificados en su especialidad.

Este protocolo guarda la confidencialidad de las personas. Todos los autores firmaron una carta de confidencialidad sobre el protocolo y sus resultados, de manera que garantice reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física, mental y su personalidad.

Consentimiento Informado

Ver anexo 2

RESULTADOS

La muestra de 50 mujeres presentó una edad promedio de 63.32 ± 9.54 años, con una edad mínima de 43 años y una máxima de 86 años. En la primera encuesta la categoría de 5-10 episodios miccionales al día, fue la que se presentó con mayor frecuencia con 22 casos, seguida de la categoría de 1-4 episodios al día con 15 casos, y la categoría de más de 10 episodios al día presentó 13 casos mientras que en el cuestionario de control 43 pacientes refirieron presentar 1-4 episodios por día, 7 presentaban de 5-10 episodios por día y ninguna paciente presentó más de 10 episodios por día. Se realizó prueba Chi cuadrada observándose diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de episodios miccionales en la medición basal con respecto a la medición que se efectuó posterior a la terapia conductual ($p = 0.000$) (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia urinaria

	Medición 1	Medición 2
Episodios	n (%)	n (%)
1-4/día	15 (30)	43 (86)
5-10/día	22 (44)	7 (14)
Más de 10/día	13 (26)	0 (0)
Total	50 (100)	50 (100)

Los episodios de nicturia en la primera encuesta se presentaron en 29 (58%) pacientes con 1-4 episodios, 6 (12%) pacientes refirieron más de 4 episodios, mientras que 15 (30%) pacientes negaron presentar nicturia, durante el segundo cuestionario 39 (78%) pacientes negaron episodios de nicturia, 10 (20%) refirieron 1-4 episodios, y solo 1 (2%) paciente refirió más de 4 episodios. Se realizó prueba Chi cuadrada observándose diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de episodios de nicturia en la

medición basal con respecto a la medición que se efectuó posterior a la terapia conductual ($p = 0.000$) (Figura 1).

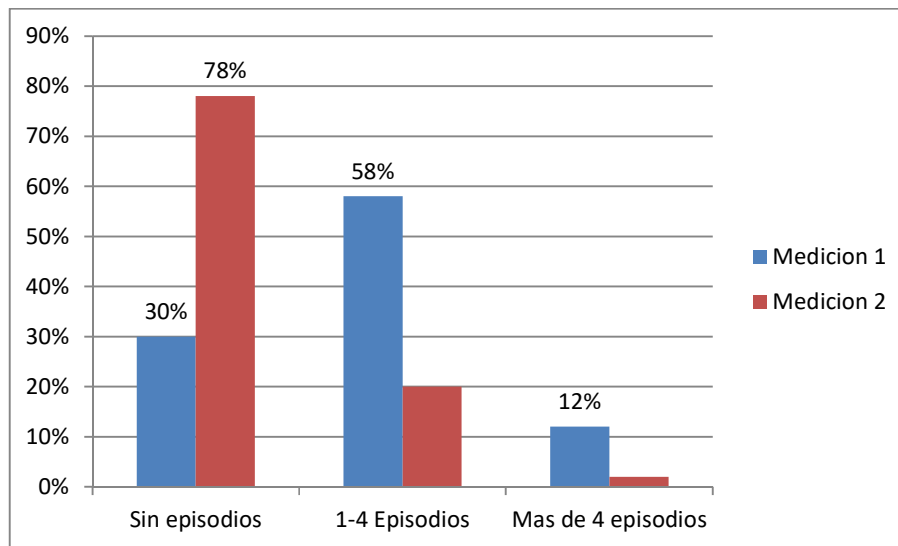


Figura 1. Episodios de Nicturia

Respecto al grado de severidad de urgencia miccional, en la primera medición, 29 pacientes refirieron presentarla en ocasiones y 21 pacientes la presentaban constantemente, mientras que en los resultados del segundo cuestionario 11 pacientes refirieron no cursar con urgencia urinaria, 37 la presentaban en ocasiones y solo 2 pacientes constantemente. Se realizó prueba Chi cuadrada observándose diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de severidad del grado de urgencia miccional en la medición basal con respecto a la medición que se efectuó posterior a la terapia conductual ($p = 0.000$) (Tabla 2).

Tabla 2. Urgencia urinaria

	Medición 1	Medición 2
	n(%)	n(%)
Nunca	0(0)	11(22)
En ocasiones	29(58)	37(74)
Constantemente	21(42)	2(4)
Total	50(100)	50(100)

De las 50 pacientes incluidas, durante la primera medición 32 pacientes referían presentar incontinencia urinaria en ocasiones y 18 pacientes la referían de forma constante, mientras que en la segunda medición 34 pacientes negaban incontinencia, 14 la referían en ocasiones y 2 de forma constante. Se realizó prueba Chi cuadrada observándose diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de incontinencia urinaria en la medición basal con respecto a la medición que se efectuó posterior a la terapia conductual ($p = 0.000$) (Tabla 3).

Tabla 3. Episodios de incontinencia urinaria

	Medición 1	Medición 2
	n(%)	n(%)
Nunca	0(0)	34(68)
En ocasiones	32(64)	14(28)
Constantemente	18(36)	2(4)
Total	50(100)	50(100)

En cuanto al puntaje de severidad en la encuesta basal se obtuvo una mediana de 26, con un mínimo de 3 y máximo de 40, mientras que en la encuesta posterior al manejo con terapia conductual se obtuvo una mediana de 12 con un mínimo de 6 y un máximo de 37, al aplicarse la prueba de rangos de

Wilcoxon para muestras relacionadas se obtuvo una $p = 0.000$. Al categorizar la afección en la calidad de vida, durante la primera medición 3(6%) pacientes se encontraban en la categoría de leve, 23(46%) se encontraban en la categoría de moderada y 24(48%) pacientes se encontraban en la categoría de severa, posterior a realizar la terapia conductual, 13(26%) pacientes se encontraban en la categoría de leve, 34(68%) pacientes referían afección moderada y 3(6%) pacientes presentaban afección severa de la calidad de vida. Se realizó prueba Chi cuadrada observándose diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de severidad de afección de la calidad de vida en la medición basal con respecto a la medición que se efectuó posterior a la terapia conductual ($p = 0.001$) (Figura 2).

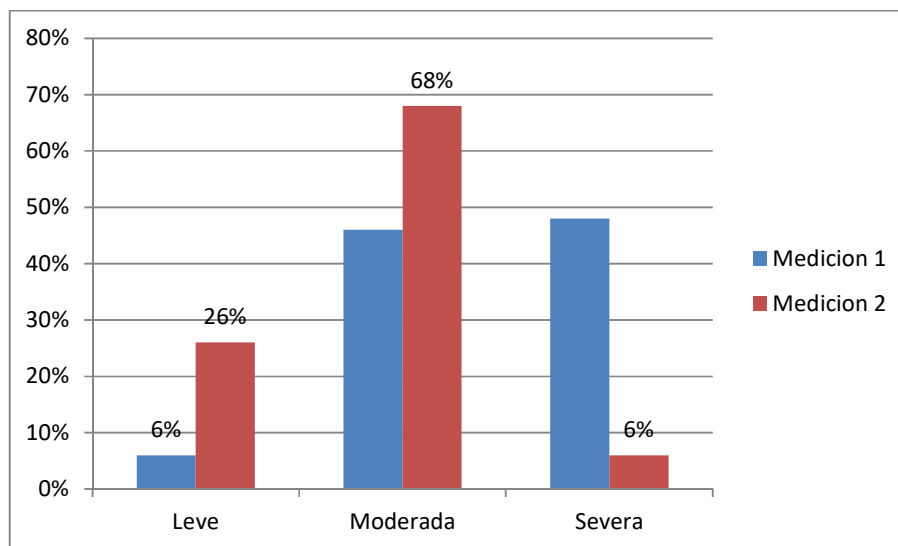


Figura 2. Grado de severidad en el deterioro de calidad de vida

Respecto a la afección en la calidad de vida en la evaluación previa a la terapia conductual, la esfera más afectada fue la familiar en 25 (50%) pacientes, seguida de la social con 21 (42%) pacientes, laboral con 2 (4%) pacientes y sexual con 2 (4%) pacientes (Figura 3).

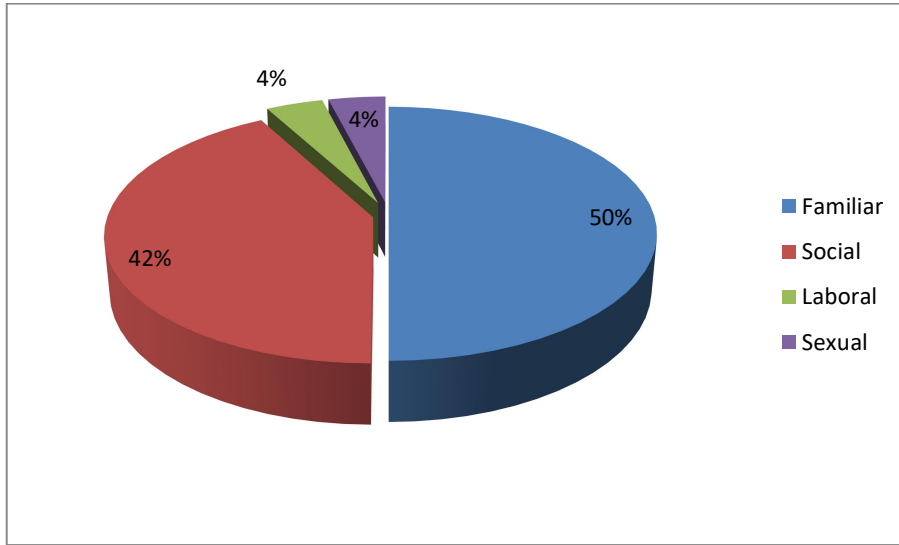


Figura 3. Esfera afectada en la calidad de vida

Posterior a recibir tratamiento con terapia conductual 42 pacientes (84%) presentaron mejoría, mientras que 8 pacientes (16%) no mejoraron con terapia conductual (Figura 4).

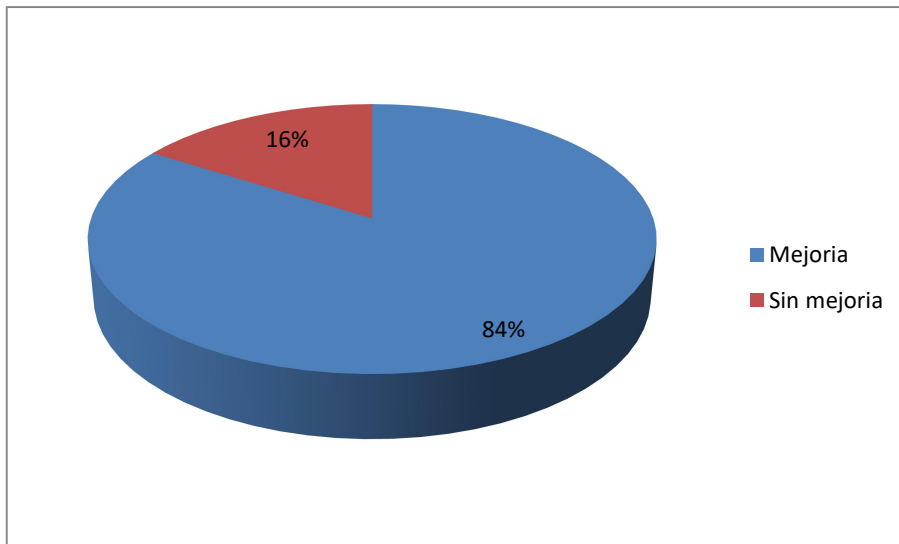


Figura 4. Resultado después del tratamiento con terapia conductual

De las 50 pacientes encuestadas, 4 pacientes negaron mejoría, 3 pacientes refirieron mejoría de los síntomas en un 20%, 1 pacientes tuvo mejoría del 40%, 6 pacientes presentaron mejoría del 50%, 2 pacientes tuvieron mejoría del 60%, 9 pacientes manifestaron haber tenido mejoría del 70%, 22 pacientes refirieron mejoría de la sintomatología en un 80%, solo 3 pacientes tuvieron mejoría del 90%, ninguna de las pacientes manifestó mejoría al 100%. (Figura 5):

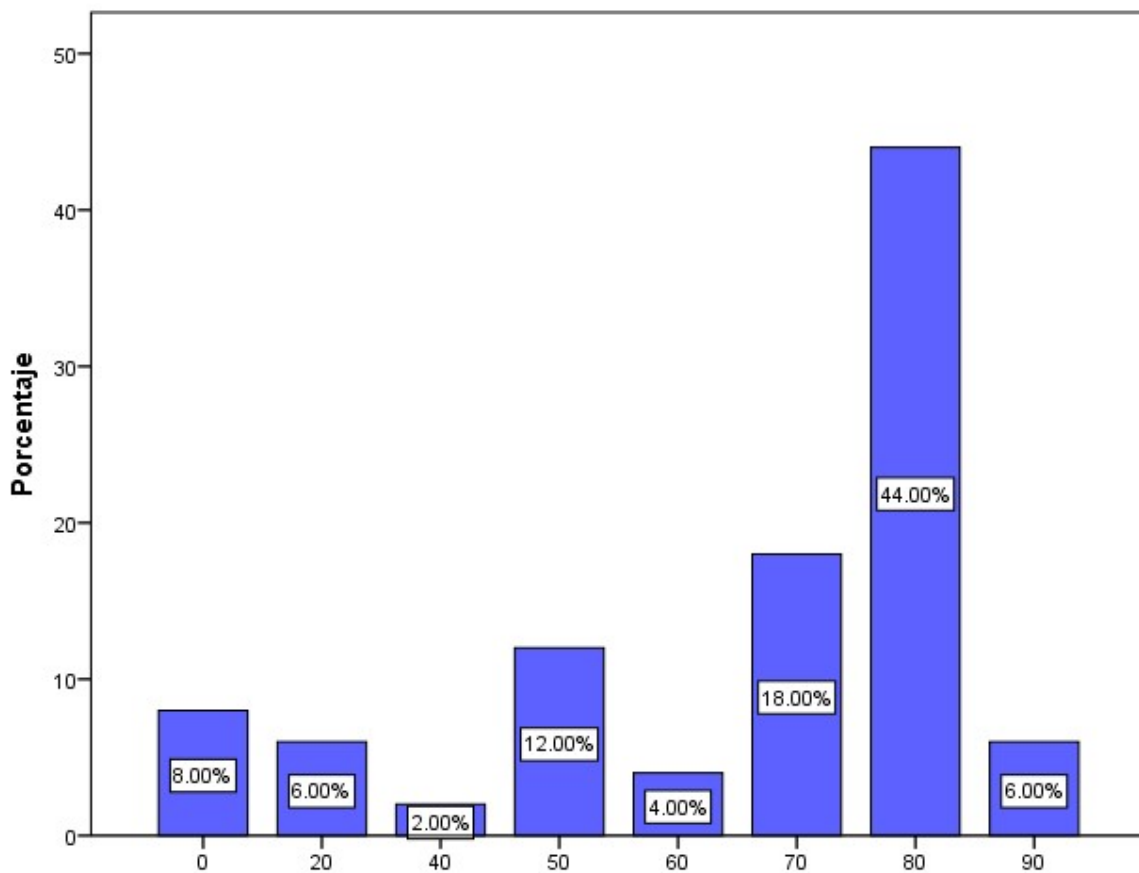


Figura 5. Porcentaje de mejoría con terapia conductual

DISCUSIÓN

La incontinencia urinaria como parte del síndrome de Vejiga Hiperactiva Húmeda, tiene un impacto negativo en la calidad de vida, relacionada con la salud.³⁰

El tratamiento de primera línea para Vejiga Hiperactiva Húmeda es la terapia conductual, ya que posee efectos secundarios mínimos y se obtienen beneficios de alto potencial.³¹

La edad es el factor de riesgo más establecido, en un estudio controlado realizado en mujeres mayores de 65 años, se encontró mejoría significativa en los síntomas urinarios después de 6 semanas de tratamiento con terapia conductual²⁵, tal como en nuestro estudio, donde la edad media de las pacientes incluidas corresponde a 63.32 ± 9.54 años.

Estudios aleatorizados controlados han demostrado mayor efectividad de la terapia conductual cuando se realiza de manera efectiva, con una reducción de la sintomatología hasta en un 80.7%³², datos similares al porcentaje de mejoría percibido por las pacientes de nuestro estudio.

En el presente estudio se encontró disminución de la frecuencia urinaria, resultados demostrados por Bryan et al., en su estudio, de igual forma se encontró disminución de los episodios de incontinencia, tal como en el estudio realizado por Tomlinson et al.³³

En un estudio realizado por Burgio et al., informo que el 96.5% de los participantes encontró la terapia conductual lo suficientemente cómoda para continuarla de manera indefinida.³⁴

Para los síntomas, de urgencia, nicturia y frecuencia miccional, así como incontinencia urinaria, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la encuesta basal respecto a la encuesta de control posterior a la terapia conductual ($p = 0.000$), por lo cual se recomienda la terapia conductual como manejo de primera línea para el tratamiento de la VHH.

CONCLUSIÓN

La edad promedio de las 50 pacientes incluidas en el estudio fue de 63.32 años, sometiéndose a terapia conductual por 6 semanas, posterior a las cuales, se presentó disminución significativa de la frecuencia y urgencia urinaria, así como de los episodios de incontinencia, el 84% de las pacientes presento mejoría significativa en la calidad de vida, con disminución de los síntomas del 80% en el 44% de las pacientes incluidas en el estudio.

Debido a que es difícil una cura definitiva para la vejiga hiperactiva húmeda, maximizar la mejoría de los síntomas con un manejo conservador puede ser el mejor tratamiento a largo plazo para minimizar la presencia de efectos secundarios.

REFERENCIAS

1. García-Sánchez D, Gutiérrez-González A, Pérez-Ortega R, Gastelum-Félix LA, Reyes-Gutiérrez MÁ. Frecuencia de la vejiga hiperactiva en médicos generales. *Rev Mex Urol*. 2014;74(2):84–7.
2. Gormley EA, Lightner DJ, Faraday M, Vasavada SP. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline amendment. *J Urol*. 2015;193(5):1572–80.
3. Cipullo LMA, Cosimato C, Filippelli A, Conti V, Izzo V, Zullo F, et al. Pharmacological approach to overactive bladder and urge urinary incontinence in women: An overview. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;174(1):27–34.
4. Villacampa F, Ruiz MA, Errando C, Arlandis S, Arumí D, Lizarraga I, et al. Predicting self-perceived antimuscarinic therapy effectiveness on overactive bladder symptoms using the Overactive Bladder 8-Question Awareness Tool. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2013;24(4):573–81.
5. Vrijens D, Drossaerts J, van Koeveringe G, Van Kerrebroeck P, van Os J, Leue C. Affective symptoms and the overactive bladder - A systematic review. *J Psychosom Res*. 2015;78(2):95–108.
6. Vaughan CP, Johnson TM, Ala-Lipasti MA, Cartwright R, Tammela TLJ, Taari K, et al. The prevalence of clinically meaningful overactive bladder: Bother and quality of life results from the population-based FINNO study. *Eur Urol*. 2011;59(4):629–36.
7. Coyne KS, Sexton CC, Thompson C, Bavendam T, Brubaker L. Development and psychometric evaluation of the urgency questionnaire for evaluating severity and health-related quality of life impact of urinary urgency in overactive bladder. *Int Urogynecol J*. 2015;26(3):373–82.
8. Akkus Y, Pinar G. Evaluation of the prevalence , type , severity , and risk factors of urinary incontinence and its impact on quality of life among women in Turkey. *Int Urogynecol J*. 2016;27(6):887–93.

9. Rj P, Ma R, De A. Vejiga hiperactiva y su manejo con toxina botulínica tipo A en el Hospital General de México. *Rev Mex Urol*. 2010;70(4):228–42.
10. Sze EHM, Hobbs G. A retrospective comparison of ring pessary and multicomponent behavioral therapy in managing overactive bladder. *Int Urogynecol J*. 2014;25(11):1583–8.
11. Lee KS, Choo MS, Seo JT, Oh SJ, Kim HG, Ng K, et al. Impact of overactive bladder on quality of life and resource use: results from Korean Burden of Incontinence Study (KOBIS). *Health Qual Life Outcomes*. 2015;26:1–8.
12. Burgio KL. Update on Behavioral and Physical Therapies for Incontinence and Overactive Bladder: The Role of Pelvic Floor Muscle Training. *Curr Urol Rep*. 2013;14(5):457–64.
13. Hay-Smith J, Dean S, Burgio K, McClurg D, Frawley H, Dumoulin C. Pelvic-floor-muscle-training adherence “modifiers”: A review of primary qualitative studies - 2011 ICS State-of-the-Science Seminar research paper III of IV. *Neurourol Urodyn*. 2015;34(7):622–31.
14. Vella M, Robinson D, Cardozo L, Mastoroudes H, Vig M. The bladder diary: Do women perceive it as a useful investigation? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012;162(2):221–3.
15. Matza LS, Brewster-jordan J, Zyczynski TM, Bavendam T. An Updated Review of Quality-of-life Questionnaires for Urinary Incontinence and Overactive Bladder: Which Ones to Use and Why. *Curr Bladder Dysfunct Rep*. 2006;1:71
16. Marti BG, Valentini FA. Contribution of behavioral and cognitive therapy to managing overactive bladder syndrome in women in the absence of contributive urodynamic diagnosis. *Int Urogynecol J*. 2015;26(2):169–73.
17. Olivera CK, Meriwether K, El-Nashar S, Grimes CL, Grace Chen CC, Orejuela F, et al. Nonantimuscarinic treatment for overactive bladder: a systematic review. *Am J Obs Gynecol*. 2016;215(1):34-57

18. Schwantes U, Grosse J, Wiedemann A. Refractory overactive bladder: a common problem? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2015;26(10):1407–14.
19. Burgio KL. Behavioral Treatment of Urinary Incontinence, Voiding Dysfunction, and Overactive Bladder. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009;36(3):475–91.
20. Borello-France D, Burgio KL, Goode PS, Ye W, Weidner AC, Lukacz ES, et al. Adherence to behavioral interventions for stress incontinence: rates, barriers, and predictors. *Phys Ther.* 2013;93(6):757–73.
21. Ro A, Ejc H, Mi O. Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2013;(6).
22. Dumoulin C, Ejc H, G MH. Pelvic floor muscle training versus no treatment , or inactive control treatments , for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(5).
23. White N, Iglesia CB. Overactive Bladder. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2016;43(1):59–68.
24. Townsend MK, Ying H. Intake F. Fluid Intake and Type of Urinary Incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;30(8):1597–602.
25. Bourcier A. Behavioral Modification and Conservative Management of Overactive Bladder. En: Raz S, Rodriguez L. *Female Urology.* Philadelphia:Saunders; 2008. 213-232 p.
26. Gleason JL, Richter HE, Redden DT, Goode PS, Burgio KL, Markland AD. Caffeine and urinary incontinence in US women. *Int Urogynecol J.* 2013;24(2):295–302.
27. Jura YH, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Caffeine Intake , and the Risk of Stress , Urgency and Mixed Urinary Incontinence. *J Urol.* 2011;185:1776–81.
28. Robinson D, Giarenis I, Cardozo L. You are what you eat: The impact of diet on overactive bladder and lower urinary tract symptoms. *Maturitas.* 2014;79(1):8–13.

29. Ng ATL, Yiu MK. The Impact of Obesity on Lower Urinary Tract Function : a Literature Review. *Curr Bladder Dysfunct Rep*. 2015;10:264–70.
30. Ganz ML, Smalarz AM, Krupski TL, Anger JT, Hu JC, Wittrup-Jensen KU, et al. Economic costs of overactive bladder in the United States. *Urology* 2010;75:526-32, 32 e1-18
31. Khan A, Anger JT. Conservative Management and Behavioral Modifications for Overactive Bladder. *Curr Bladder Dysfunct Rep* 2011;6:13-19
32. Marti BG, Valentini FA, Robain G. Contribution of behavioral and cognitive therapy to managing overactive bladder syndrome in women in the absence of contributive urodynamic diagnosis. *Int Urogynecol J* 2015;26(2):169-73
33. Anger JT, Scott VC, Kiyosaki K, Khan AA, Weinberg A, Connor SE, et al. Development of quality indicators for women with urinary incontinence. *Neurourol Urodynam* 2013;32:1058-63.
34. Gleason JL, Richter HE, Redden DT, Goode PS, Burgio KL, Markland AD. Caffeine and urinary incontinence in US women. *Int Urogynecol J* 2013;24:295-302.

ANEXOS

ANEXO 1.
Cuestionario Calidad de Vida

Nombre: _____ Edad: _____
Afilación: _____ Tel: _____ No: _____

Cuestionario de Vejiga Hiperactiva y Calidad de Vida (Potenziani-QQL-HV-26-2005)

- 1.- ¿Tiene usted una frecuencia urinaria durante el día de...?
 - a) 1 a 4 veces/día = 0 puntos
 - b) 5 a 10 veces/día = 1 punto
 - c) Más de 10 veces/día = 2 puntos

- 2.- ¿Se despierta usted a orinar durante la noche (nicturia), con el fastidio de interrumpir su sueño habitual y el de su pareja...?
 - a) No se despierta para orinar = 0 puntos
 - b) De 1 a 3 veces por noche = 1 punto
 - c) Mas de 4 veces por noche = 2 puntos

- 3.- ¿Ha notado usted que desde su infancia ha orinado frecuentemente (si se compara con la gente que lo rodea)?
 - a) No lo ha notado = 0 puntos
 - b) Creo que si = 1 punto
 - c) Francamente si = 2 puntos

- 4.- ¿La frecuencia urinaria representa para usted y para su familia un aspecto negativo en el quehacer de su vida diaria (social, familiar, profesional – laboral)?
 - a) No = 0 puntos
 - b) En ocasiones = 1 punto
 - c) Francamente si = 2 puntos

- 5.- ¿Siente usted que cuando le dan ganas de orinar debe ir urgentemente al baño, ya que podría orinarse si no lo hiciera?
 - a) No = 0 puntos
 - b) En ocasiones = 1 punto
 - c) Francamente si = 2 puntos

- 6.- ¿Siente usted una urgente necesidad de orinar cuando...?
 - a) Tiene la vejiga llena = 0 puntos
 - b) Tiene la vejiga con poquísima cantidad de orina = 1 punto
 - c) En ambas eventualidades = 2 puntos

- 7.- ¿Puede usted retardar (posponer) fácilmente su acto de orinar?
 - a) Si = 0 puntos
 - b) En ocasiones = 1 punto
 - c) Nunca puedo posponer el acto de orinar = 2 puntos

8.- ¿La urgencia urinaria representa para usted un factor negativo y de deterioro en su calidad de vida diaria (familiar, social, profesional laboral)?

- a) No = 0 puntos
- b) En ocasiones = 1 punto
- c) Francamente si = 2 puntos

9.- ¿Recuerda usted en su infancia – juventud haber tenido episodios de urgencia urinaria acompañada de pérdida de orina (incontinencia urinaria)?

- a) No ocurría = 0 puntos
- b) Ocurría rara vez = 1 punto
- c) Ocurría frecuentemente = 2 puntos

10.- ¿Tiene usted familiares directos (madre, padre, hermanos, abuelos) con trastornos de urgencia – frecuencia urinaria?

- a) No = 0 puntos
- b) Creo que si = 1 punto
- c) Francamente si = 2 puntos

11 ¿Pierde usted orina (incontinencia urinaria)?

- a) Nunca = 0 puntos
- b) En ocasiones = 1 punto
- c) Francamente si = 2 puntos

12.- ¿Cuándo usted pierde orina (incontinencia urinaria) sucede en las siguientes circunstancias (parte 1)?

- a) No pierdo orina = 0 puntos
- b) Sin estar relacionado con ningún esfuerzo (sin previo aviso) = 1 punto
- c) Al hacer grandes esfuerzos = 1 punto
- d) Al hacer pequeños esfuerzos (tos, estornudo, risa) = 2 puntos

13.- ¿Cuándo usted pierde orina (incontinencia urinaria) sucede en las siguientes circunstancias (parte II)?

- a) No pierdo orina = 0 puntos
- b) Relacionado con circunstancias como tocar agua, estar en casa, entrar a su casa, relacionado con la actividad sexual, siempre relacionado con la sensación de urgencia urinaria = 2 puntos

(cualquier respuesta de la opción b) vale por igual, y no se debe repetir la sumatoria, aunque tenga positiva varias de las preguntas. Una o todas valdrán por 2 puntos)

14.- ¿Cuándo usted pierde orina?

- a) Es ocasionalmente y en pequeñas gotas = 0 puntos
- b) Se moja su ropa íntima en poca cantidad
- c) Se moja la ropa y o sus piernas = 1 punto
- d) Moja el piso = 2 puntos

15.- ¿En qué momento del día ha notado usted que pierde orina (incontinencia urinaria)?

- a) No pierdo orina = 0 puntos
- b) Solo de día = 1 punto
- c) Solo de noche = 1 punto
- d) De día y de noche = 2 puntos

16.- ¿Tiene usted familiares directos (Madre, padre, hermanos, abuelos), con trastornos de incontinencia urinaria?

- a) No = 0 puntos
- b) Creo que si = 1 punto
- c) Francamente si = 2 puntos

17.- ¿Los episodios de incontinencia urinaria de urgencia lo han afectado negativamente en su calidad de vida diaria (Familiar, social, profesional – laboral)?

- a) No = 0 puntos
- b) En ocasiones = 1 punto
- c) Francamente si = 2 puntos

18.- ¿Hasta qué edad orino usted en la cama, sin haber tenido nunca control de su orina?

- a) Nunca se orino en la cama = 0 puntos
- b) Hasta los 3 años = 0 puntos
- c) Hasta los 18 años = 1 punto
- d) Todavía se orina en la cama = 2 puntos

19.- ¿Pierde usted orina en sus relaciones íntimas (contacto sexual) y con ello tiene usted afectada su actividad íntima?

- a) No = 0 puntos
- b) En ocasiones = 1 punto
- c) Siempre sucede = 2 puntos

20.- ¿Si usted presenta urgencia urinaria, frecuencia urinaria, nocturia e incontinencia urinaria de urgencia, le gustaría eliminar dichos síntomas con alguna modalidad de tratamiento?

- a) No = 0 puntos
- b) Creo que si = 1 punto
- c) Francamente si = 2 puntos

21.- ¿Usted ha notado que los síntomas de frecuencia urinaria, urgencia urinaria, nocturia e incontinencia urinaria la han afectado negativamente en su nivel de entusiasmo vital, en sus relaciones sexuales, en la participación activa en su trabajo, en sus funcionales o roles sociales o familiares?

- a) No = 0 puntos
- b) Creo que si = 1 punto
- c) Francamente si = 2 puntos

22.- ¿Planea usted sus actividades recreativas (viajes, visitas a centros comerciales, visitas a restaurantes, visitas a parques), de acuerdo a la disponibilidad o no de contar con baños adecuados que estén a su alcance, en caso de urgencia urinaria?

- a) No = 0 puntos
- b) Creo que si = 1 punto
- c) Francamente si = 2 puntos

23.- ¿Utiliza usted protección para sus pérdidas urinarias (pañales u otros aditamentos)?

- a) No = 0 puntos
- b) Si = 2 puntos

24.- ¿Ha buscado usted atención médica para su problema urinario?

- a) No = 0 puntos
- b) Si = 2 puntos

25.- ¿Ha recibido usted tratamiento médico para su problema urinario?

- a) No = 0 puntos
- b) Si = 2 puntos

26.- ¿Ha tenido que cambiar de trabajo u oficio por su problema urinario?

- a) No = 0 puntos
- b) Si = 2 puntos

Puntuación final

Afectación leve (mínima) de su calidad de vida (QQL)	= 0 a 10 puntos
Afectación moderada de su calidad de vida (QQL)	= 11 a 26 puntos
Afectación intensa de su calidad de vida (QQL)	= 27 a 52 puntos

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Carta de consentimiento para participar en un estudio de investigación:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE
SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Mejora en la calidad de vida en las pacientes con Vejiga Hiperactiva Húmeda, que reciben tratamiento con terapia conductual, atendidas en el servicio de urología ginecológica del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" de Julio a Septiembre de 2016"						
Patrocinador externo (si aplica):							
Lugar y fecha:	Ciudad de México						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la mejoría en la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de Vejiga Hiperactiva Húmeda, que reciben tratamiento con terapia conductual, atendidas en el servicio de urología ginecológica del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" de junio a septiembre de 2016						
Procedimientos:	Aplicación de cuestionarios y diario miccional						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejora de la sintomatología de urgencia de la Vejiga Hiperactiva Húmeda						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al termino del estudio, durante el seguimiento en consulta externa de Urología Ginecológica en el Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"						
Participación o retiro:	En cualquier momento del estudio						
Privacidad y confidencialidad:	Si						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	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:	Mejoría de la calidad de vida						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dra. Janet Marín Méndez						
Colaboradores:	Dra. Claudia Ivonne López Cruz						
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: comisión.etica@imss.gob.mx							

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3606** con número de registro **13 CI 09 010 173** ante
COFEPRIS

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA, D.F. SUR

FECHA **22/08/2016**

DRA. CARMEN JANET MARIN MÉNDEZ

P R E S E N T E

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

Mejora en la calidad de vida en las pacientes con Vejiga Hiperactiva Húmeda, que reciben tratamiento con terapia conductual, atendidas en el servicio de Urología Ginecológica del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" de Agosto a octubre de 2016.

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 **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-3606-37

ATENTAMENTE

DR.(A). OSCAR MORENO ALVAREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3606

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL