



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

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE SALTILLO

INCONTINENCIA URINARIA Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA
EN MUJERES MAYORES DE 20 AÑOS

PRESENTADA POR
JANETE GUADALUPE GARCIA ELIGIO

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

SALTILLO, COAHUILA, 2019



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.

AUTORIZADO POR:

Dr. Jorge Bill Soto Almaguer

Director General del Hospital General de Saltillo

Dra. Karina Flores Hernández

Jefe de enseñanza e investigación

Dr. Allan Efraín Díaz Ordaz

Profesor Titular del curso de Ginecología y Obstetricia

Dra. Linda Elizabeth Garza Martinez

Médico Adscrito, Co -asesor metodológico y Clínico.

Dra. Verónica Rocha Ramírez

Médico Adscrito, Co -asesor metodológico y Clínico.

Dr. Sergio Villacobos Granados

Médico Adscrito y Asesor Metodológico.

Saltillo, Coahuila, 2019

INDICE GENERAL

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN	6
1.1 Autores y grados	6
1.1.1 Investigador principal:	6
1.1.2 Departamentos participantes:	6
1.1.3 Instituciones participantes:	6
1.1.4 Área de investigación:	6
1.1.5 Línea de Investigación:	6
1.1.6 Fecha probable de inicio y terminación del estudio:	6
2. INTRODUCCIÓN	7
3. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS Y DE INVESTIGACIÓN	9
3.1 Históricos conceptuales	9
3.2 Teóricos conceptuales	12
3.3 Antecedentes de investigación	32
4. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU CONTEXTO	36
4.1 Justificación	36
4.2 Objetivos	37
4.2.1 Objetivo general	38
4.2.2 Objetivos específicos	38
4.3 Fines	38
4.4 Metas	38
5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	39

5.1 Tipología de investigación	39
5.2 Diseño de estudio	39
5.2.1 Clasificación del estudio	39
5.2.2 Tipo de Investigación:	39
5.2.3 Características del Estudio	40
5.2.4 Tipo de análisis	40
5.2.5 En relación al tiempo	40
5.3 Metodología del estudio	40
5.4 Variables de estudio	43
5.5 Interrogante de investigación	44
5.5.1 Interrogantes secundarias de investigación	44
5.6 Aplicación y procesamiento	44
5.7 Validez, confiabilidad y consistencia	44
6. PLANTEAMIENTO SUSTENTABLE	44
6.1 Hipótesis del trabajo	44
6.1.1 Hipótesis verdadera	44
6.1.2 Hipótesis nula	45
7. RESULTADOS	45
8. CONCLUSIONES	65
9. DISCUSIÓN	66
10. PROPUESTA DE ACCIÓN, CAMBIO Y TRANSFORMACIÓN	66
10.1 Recomendaciones y sugerencias	66

11. ASPECTOS ÉTICOS	66
11.1 Clasificación de la investigación	66
11.2 Riesgos previsibles y probables	66
11.3 Protección frente al riesgo físico y/o emocional	66
11.4 Archivo confidencial de la investigación	66
11.5 Organización	66
11.5.1 Recursos humanos	66
11.5.2 Recursos materiales	66
11.5.3 Capacitación del personal	66
11.6 Financiamiento	67
12. CRONOGRAMA	68
13. BIBLIOGRAFÍA	69
14. APÉNDICE	73
14.1 Instrumento	74
14.2 Directorio de variables	77

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Título: “Incontinencia urinaria y su impacto en la calidad de vida en mujeres mayores de 20 años”.

1.1 Autores y grados

1.1.1 Investigador principal:

Janete Guadalupe Garcia Eligio

1.1.2 Departamentos participantes:

Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Saltillo. Estadística y Archivo.

1.1.3 Instituciones participantes:

Hospital General de Saltillo.

1.1.4 Área de investigación:

Hospital General de Saltillo.

1.1.5 Línea de Investigación:

Ginecología y Obstetricia

1.1.6 Fecha probable de inicio y terminación del estudio:

Noviembre 2018 – Mayo 2019

2. INTRODUCCIÓN

La gestión de la enfermedad comienza con una comprensión del estado de salud seguido por el estudio de una transición a la enfermedad. La aplicación de la epidemiología clínica ayuda a identificar fenotipos de enfermedades, reconocer a la población en riesgo, y entender sus características demográficas y de salud. (Vatché A. Minassian, 2017)

La incontinencia urinaria según la Sociedad Internacional de Continencia (SIC) es la queja de cualquier pérdida involuntaria de orina, que condiciona un problema higiénico y/o social, que puede demostrarse objetivamente, y contribuye a que la calidad de vida se vea afectada. Puede considerarse como uno de los principales síntomas geriátricos, aunque no sea exclusivo de esta etapa de la vida. (Alayne D. Markland, 2011) En las mujeres es un problema común y costoso. (Lauren N Wood, Jennifer T Anger, 2014) Es una condición altamente prevalente que afecta a más de 1 de cada 3 mujeres a lo largo de su vida. (Vatché A. Minassian, 2017) La incontinencia urinaria tiene un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud, contribuyendo a la depresión, caídas y a la admisión en hogares para ancianos. (Lauren N Wood, Jennifer T Anger, 2014)

Existen tres tipos de incontinencia urinaria; la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), pérdida involuntaria de orina durante un esfuerzo o ejercicio, como la tos o el estornudo, es más común en la población

general, aunque su fisiopatología se entiende algo, aun no se ha definido completamente. La incontinencia urinaria de urgencia (IUU) es el deseo repentino de orinar no controlado, el músculo de la vejiga se contrae y es posible que no note la advertencia de que necesita orinar en unos pocos segundos, y su fisiopatología sigue siendo principalmente idiopática. La incontinencia urinaria mixta (IUM) es la que se asocia la urgencia miccional y esfuerzo. La incontinencia urinaria mixta es más frecuente en mujeres mayores de 50 años. (Vatché A. Minassian, 2017)

Cada vez más el impacto de psicosocial de la incontinencia urinaria se convierte en un aspecto importante, y varias herramientas específicas se han diseñado para medir la calidad de vida.

El cuestionario de impacto de la incontinencia (IIQ) fue diseñado para evaluar el impacto de la incontinencia urinaria en las actividades y emociones en la mujer. Cubre cuatro dominios: actividad física, relaciones sociales, viajes y salud emocional.

Se estudiará la epidemiología y la definición de los diferentes tipos de incontinencia urinaria, su impacto en la calidad de vida y el comportamiento en la búsqueda de atención médica. Se revisará la fisiopatología propuesta de los subtipos de incontinencia urinaria y sus factores de riesgo conocidos. Los tres subtipos de incontinencia urinaria tienen algunos factores de riesgo en común, y otros son únicos; lo cual se analizará en el presente trabajo.

3. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS Y DE INVESTIGACIÓN

3.1 Históricos conceptuales

Si bien el acto de la micción ha constituido desde siempre una función fisiológica, no se ha llegado a estudiar de manera profunda.

La incontinencia urinaria ya aparece reflejada en escritos sumerios (año 2000 a. C); desde la antigüedad también se conoce que el funcionamiento de la vejiga es influenciado por el sistema nervioso. El documento más antiguo conocido sobre este tema es probablemente el papiro de Edwin Smith (Dinastía XVIII; años 1580 – 1320 a. C) que describe la parálisis vesical tras un traumatismo espinal, poniendo en manifiesto que sin duda eran conscientes del efecto de las lesiones medulares sobre la función vesical.

Galeno (130 – 210 a. C) médico de origen griego, expuso unas teorías que tuvieron gran influencia durante los quince siglos posteriores. Reconoció la existencia del esfínter y el musculo vesical, pero postuló que la evacuación de la orina se llevaba a cabo principalmente por la contracción de los músculos abdominales, y que la vejiga, al igual que ocurría con el útero y el estómago, tenía que contraerse sobre su contenido para cerrar sus orificios.

Leonardo da Vinci (1452 – 1519) se considera el primer ilustrador urológico moderno, pues enfatiza aspectos de la fisiología como los mecanismos del esfínter, postulando a este último como la única parte activa del sistema urinario.

Gabriel Gustav Valentin (1810 – 1833), profesor de fisiología, anatomía y botánica en Berna, también compartió las teorías de Galeno, además de integrar el papel del musculo detrusor de la vejiga. También sugirió que el músculo estriado podría relajarse de manera voluntaria, y que la contracción de los músculos abdominales era solo necesario durante la micción en casos de obstrucción de la uretra. Describió algunas causas de incontinencia urinaria, tales como debilidad del esfínter vesical y el embarazo.

Rose (1886 – 1976) fue quien acuñó la palabra cistometría, y publicó en 1927 su primer artículo denominado, “determinación de la presión vesical con el cistómetro”. En el dio una descripción del cistómetro, de la exploración con este aparato, y aportó casos prácticos de cistometrías, con su interpretación correspondiente.

La incontinencia urinaria en la infancia ya fue citada y comentada por Pedro Jacob Díaz de Toledo en su obra “ Opusculum Recensatum de morbis puerorum” (1535), en la que enunció sus posibles causas.

Durante dos siglos la incontinencia urinaria se considerará como una flaqueza de la vejiga, y se atribuye a una falta de capacidad retentiva de la orina en este órgano. Durante el siglo XIX se produjo un cambio en el estudio de la incontinencia urinaria, orientándose hacia los aspectos etiológicos y diagnósticos de esta patología. Se le comenzó a prestar mayor importancia y se le dedicaron ya capítulos propios en tratados como “Enfermedades de las vías urinarias” (1856), donde se le dedicó un capítulo entero y se desligó de “la parálisis de la vejiga”.

Así pues, la incontinencia como síntoma, se orientó como lo sería ya de forma definitiva desde los principios del siglo XX, considerándose como uno de los principales temas y de mayor dedicación de urología moderna, llegando a formar parte de tratados y siendo objeto de numerosos estudios monográficos.

Alejandro Steir en 1887, publicó un trabajo en el que diferenció dos tipos de incontinencia, la de rebosamiento y la llamada verdadera incontinencia. Afirmaba que esta última es más frecuente en los niños (enuresis o incontinencia continua), mientras que la de rebosamiento es más propia de los adultos.

Trousseau y Thompson, quienes justifican que la incontinencia se produce unas veces por una exagerada hiperexcitabilidad de la vejiga y otras por atonía del esfínter. (Clemente Ramos, Maganto Pavon, 2000)

3.2 Teóricos conceptuales

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la epidemiología es importante en la revelación de la etiología de la incontinencia urinaria y factores de riesgo que mitigan o median la aparición y progresión. La incontinencia urinaria tiene una alta prevalencia en las mujeres, con un impacto significativo en la calidad de vida y los costos en salud. Se presenta como incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria de urgencia o incontinencia urinaria mixta. (Vatché A. Minassian, 2017)

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) define la incontinencia urinaria como cualquier pérdida involuntaria de orina. Se estima que la incontinencia urinaria afecta a 200 millones de personas en el mundo, y dada las características demográficas actuales, esto se prevé que aumente en más del 50% en las próximas décadas. (Vatché A. Minassian, 2017) La estimación de la prevalencia de incontinencia urinaria en la población continúa siendo un desafío y es variable en la literatura, teniendo una tasa de prevalencia entre 5% y 69% en mujeres. (Dina Bedretdinova, 2015; Vatché A. Minassian, 2017) Este número puede ser subestimado, ya que más de la mitad de las mujeres no informan los síntomas de incontinencia urinaria a su proveedor de atención médica. Esto puede ser debido a la vergüenza, la falta de conocimiento acerca de las opciones de tratamiento o la creencia de que la incontinencia es una parte inevitable del envejecimiento. (Lauren N Wood, Jennifer T Anger, 2014)

De acuerdo a la Asociación Internacional de Uroginecólogos 2010 (IUGA) /Sociedad Internacional de Continencia (ICS) en forma conjunta, definen incontinencia urinaria de esfuerzo como la pérdida involuntaria de orina con esfuerzo físico o actividades que aumentan la presión intra - abdominal, tales como estornudar o toser. (Alayne D. Markland, 2011) Dependiendo de la edad la prevalencia de la incontinencia de esfuerzo varia de 29% – 75% con una media de 48%. (Lauren N Wood, Jennifer T Anger, 2014)

La incontinencia urinaria de urgencia se define como la pérdida involuntaria de orina acompañada de o inmediatamente precedida por una sensación de urgencia, o el deseo repentino de orinar, que es difícil de diferir. (Alayne D. Markland, 2011) Con una prevalencia global de entre 7% y 33%; las mujeres son más propensas en presentar esta patología que los hombres. (Lauren N Wood, Jennifer T Anger, 2014) La incontinencia urinaria de urgencia es parte de un complejo de síntomas más grande conocido como síndrome de vejiga hiperactiva, que se define como urgencia urinaria, acompañado por la frecuencia y nocturia, en ausencia de infección de tracto urinario u otra enfermedad evidente. La vejiga hiperactiva tiene una prevalencia de 16.9% en mujeres. (Lauren N Wood, Jennifer T Anger, 2014)

La incontinencia urinaria mixta, es en donde se presentan ambas entidades, incontinencia urinaria de esfuerzo y la incontinencia urinaria de urgencia, con una prevalencia que varía de 14% a 61%. (Lauren N Wood, Jennifer T Anger, 2014)

Impacto psicológico y socioeconómico

Las mujeres que sufren de incontinencia urinaria tendrán su calidad de vida afectada de diferentes maneras. Esto dependerá en gran medida de la gravedad de la incontinencia urinaria, sino también de sus principales actividades y áreas de interés. (Paul Riss, Julia Kargl, 2011)

Aunque la incontinencia urinaria no es una condición que amenaza la vida, se puede disminuir en gran medida la calidad de vida. De hecho, su impacto es superior a muchas enfermedades, tales como diabetes mellitus, enfermedad vascular cerebral, hipertensión arterial y artritis. La incontinencia urinaria puede contribuir al aislamiento social y depresión, y se asocia con un mayor riesgo de caídas y fracturas, con admisión en unidades de cuidado hospitalario por tiempo prolongado. (Alayne D. Markland, 2011) La presencia de incontinencia urinaria aumenta el riesgo de ingreso a los hogares para ancianos. (Vatché A. Minassian, 2017)

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el

contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno. (WHO Quality of Life Assessment Group, 1996)

También hay que diferenciar como un paciente en particular se ve afectado por la incontinencia urinaria. Algunas mujeres les puede molestar el uso de protección sanitaria, algunos la pérdida de la posibilidad de practicar su deporte favorito, mientras que otras lamentan el impacto negativo de la incontinencia urinaria en la calidad de las relaciones íntimas y su vida sexual. Diferentes pacientes tienen diferentes prioridades. (Paul Riss, Julia Kargl, 2011)

La mayoría de los estudios han demostrado que la incontinencia urinaria mixta, en comparación con la de urgencia o la de esfuerzo, es más grave y tiene un mayor impacto en la calidad de vida. El impacto de la incontinencia urinaria es principalmente en las relaciones sociales y en el deterioro físico, hay un ciclo descendente de deteriorar resultante, empeorando la función psicológica. La depresión y la ansiedad se producen a un ritmo elevado en las mujeres con incontinencia urinaria. (Vatché A. Minassian, 2017)

Las mujeres con síntomas depresivos tienen 37% más probabilidad de informar síntomas de incontinencia urinaria, viendo a la depresión como un factor de riesgo para la incontinencia en mujeres de mediana edad y mayores. En primer lugar, la depresión y la incontinencia urinaria de urgencia pueden surgir anormalidades en la función de la serotonina. (Gita D. Mishra, Barker, 2015) En segundo lugar, en individuos con depresión se ha demostrado un aumento en la activación de la vía hipotálamo – hipófisis y sistema simpático, la activación de estos sistemas durante un tiempo prolongado, resulta en excesivo cortisol y catecolaminas, pudiendo tener un impacto fisiológico en la función de la vejiga, lo que podría desempeñar un papel en la incontinencia urinaria. (Gita D. Mishra, Barker, 2015)

Es comúnmente aceptado que la incontinencia tiene un efecto negativo sobre la psique con el estado depresivo reportando un 60% de los pacientes con incontinencia urinaria. Se ha reportado en las mujeres jóvenes una relación significativa entre la incontinencia urinaria y la ansiedad, depresión, ataques de pánico y trastornos alimenticios. (Michela Bardino, Mirella Di Martino, 2017)

Tres grandes áreas pueden ser descritas cuando la incontinencia urinaria afecta la calidad de vida en una paciente. En la vida diaria, es difícil que una simple media resuma el efecto de la incontinencia urinaria en la calidad

de vida de cada día porque hay muchos factores que entran en juego: el tipo de actividades profesionales y domésticas; y la gravedad de la incontinencia. (Paul Riss, Julia Kargl, 2011)

En las actividades recreativas, en la sociedad post industrial la calidad de vida está determinada en gran medida por las oportunidades para realizar actividades como deporte, aficiones y viajes; y aunque tenga un estado de salud satisfactorio y la incontinencia urinaria afecta estas actividades, ya se presenta afección de la calidad de vida. (Paul Riss, Julia Kargl, 2011)

En la vida sexual la incontinencia puede ser muy vergonzosa y llevar a evitar las relaciones sexuales en su totalidad, dependiendo de la severidad de los síntomas y la actitud de cada paciente. (Paul Riss, Julia Kargl, 2011)

Hasta el 64% de las mujeres sexualmente activas que asisten a una clínica de uroginecología refieren disfunción sexual femenina a consecuencia de la incontinencia urinaria. (Sara Karbage, Ze' lia, 2016)

Estudios recientes sobre mujeres con incontinencia urinaria se han centrado en temas de sexualidad, destacando una fuerte comorbilidad entre la incontinencia urinaria y disfunción sexual, como la dispareunia, el deseo sexual hipoactivo, disminución en la excitación y el orgasmo. (Salvatore Caruso, 2017)

En la actualidad, la mayoría de la evidencia sugiere que la incontinencia urinaria de esfuerzo puede estar asociada con fugas en la penetración, mientras que la pérdida de orina durante el orgasmo puede producirse más

fácilmente en las mujeres con incontinencia urinaria de urgencia; en estas mujeres el orgasmo podría actuar como desencadenante de contracciones involuntarias del detrusor. La sexualidad es un aspecto esencial de la vida de la mujer, y la calidad de vida, inevitablemente afecta el bienestar general de las personas. (Salvatore Caruso, 2017)

La incontinencia urinaria está asociada con un sentimiento de vergüenza y temor. Las mujeres con incontinencia implementan estrategias para prevenir la pérdida de orina, además de preocuparse por los malos olores y la necesidad de cambiar su ropa interior. (Michela Bardino, Mirella Di Martino, 2017)

Las mujeres que padecen incontinencia urinaria tienen afectada su calidad de vida de diferentes maneras, dependiendo no solo de la gravedad de los síntomas, sino también de sus principales actividades y áreas de interés. Varios estudios han demostrado que la incontinencia urinaria de urgencia y la incontinencia urinaria mixta, en comparación con la incontinencia urinaria de esfuerzo, tienen un impacto peor en la calidad de vida. (Salvatore Caruso, 2017)

Fisiopatología

La investigación llevada en Suecia y Australia produjo la Teoría integral de la continencia, se postuló que la incontinencia urinaria de esfuerzo es principalmente resultado de la laxitud del tejido conectivo en la vagina y sus

ligamentos de soporte, el ligamento pubouretral, los ligamentos cardinales, los ligamentos uterosacros y el arco tendinoso de la fascia pélvica. (Vatché A. Minassian, 2017)

La comprensión de incontinencia urinaria de urgencia no está bien desarrollada, la mayoría de las mujeres con esta condición tienen un origen idiopático, varias teorías etiológicas se han sugerido, incluyendo neurogénicas, epiteliales, miogénicas y otros. Una teoría comúnmente aceptada es la pérdida del control inhibitorio por el sistema nervioso central. La teoría miogénica sugiere que el suelo de la pelvis podría sostener un esfuerzo físico durante los años de desarrollo, inicialmente, la vejiga puede adaptarse. Sin embargo, con el tiempo el suelo pélvico falla debido al agotamiento, lesiones de nacimiento, factores genéticos y/o ambientales, lo que resulta en pérdida de la capacidad para apoyar el mecanismo de continencia uretral durante un episodio de urgencia. (Vatché A. Minassian, 2017)

Factores de riesgo

Establecer la etiología de la incontinencia urinaria requiere una comprensión clara de los mediadores y modificadores del inicio y progresión de la enfermedad. Los factores de riesgo incluyen: edad, raza, paridad, obesidad, diabetes, tos crónica, tabaquismo, cirugías pélvicas, medicamentos, deficiencia motora y funcional. (Vatché A. Minassian, 2017)

Edad

Los síntomas de incontinencia urinaria aumentan con la edad de un 6% en edades 22 -27% a un 16% en edades de 34 a 39 años. (Gita D. Mishra, Barker, 2015) En mujeres multíparas se reporta una prevalencia de incontinencia urinaria de aproximadamente 10 -13 % en mujeres menores de 30 años y el 20% entre las mujeres de 31 a 40 años. (Nagambika M, Stephen Van, 2017)

La incontinencia urinaria es una condición común entre mujeres jóvenes y nulíparas con una prevalencia estimada de 12.4%, siendo más frecuente la incontinencia urinaria de esfuerzo, seguida de urgencia y mixta. Asociado a alto índice de masa corporal, ataques de ansiedad, depresión o pánico, trastornos alimenticios o estreñimiento. (Michela Bardino, Mirella Di Martino, 2017)

En mujeres de 15 – 55 años, la incontinencia urinaria se produce 5 a 6 veces más a menudo que en hombres. La prevalencia de la incontinencia urinaria en el grupo de edad de 20 – 34 años fue de 8%. (Jwan Al, Sigvard Åkervall, 2017)

Raza

Las mujeres blancas tienen mayor prevalencia de incontinencia urinaria en comparación con la población de hispanos, asiáticos y negros. Las mujeres blancas tienen un riesgo mayor de desarrollar incontinencia urinaria de

esfuerzo, mientras que las mujeres negras tienen un riesgo mayor de desarrollar incontinencia urinaria de urgencia. (Vatché A. Minassian, 2017)

Embarazo y parto

El embarazo y parto se establecen como los factores de riesgo mas importantes para la incontinencia urinaria de esfuerzo. Aunque la cesárea y el parto contribuyen a la incontinencia urinaria, en el parto se observa mayor riesgo. La prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres nulíparas fue de 10.1%, frente al 15.9% en el grupo de terminación del embarazo vía cesárea y 21% en las pacientes que tuvieron parto. Esto puede ser por la combinación de lesión de los músculos del piso pélvico, así como el daño a los nervios durante el embarazo y el parto. (Lauren N Wood, Jennifer T Anger, 2014) Algunos datos epidemiológicos sugieren que las cesáreas en comparación con los partos, podrían mitigar el riesgo, pero esta protección desaparece después de la menopausia. (Vatché A. Minassian, 2017) Las mujeres con desgarros vaginales durante el parto tienen mayores probabilidades de presentar incontinencia urinaria. (Gita D. Mishra, Barker, 2015)

Incluso si el parto es el factor causal más importante, la incontinencia urinaria ocurre en aproximadamente 10 – 20% de las mujeres nulíparas hasta la edad de 45 años. Esto muestra que el piso de la pelvis de las

mujeres nulíparas esta propenso a la disfunción. (Jwan Al, Sigvard Åkervall, 2017)

La prevalencia global de la incontinencia urinaria en mujeres nulíparas fue reportada por 15 estudios entre 1% a 42.4% con una media 20.1%. Concluyendo que el ejercicio de alto impacto, se asocia con incontinencia urinaria. Se describió un descenso más pronunciado del ángulo de la uretra, vejiga y recto durante la realización de la maniobra de valsalva, la gestión de la presión intra- abdominal es otro factor relacionado con la perdida urinaria durante el ejercicio. Siendo la prevalencia de la incontinencia urinaria mayor en mujeres que hacen ejercicio en comparación con aquellas que no hacen, con una variación de 19% a 38.9%. (Sania Almousa, Alda Bandin, 2018)

Histerectomía

La histerectomía se relaciona con la incontinencia urinaria de esfuerzo, puede dañar los músculos del piso pélvico, así como los ligamentos de soporte y llevar a la incontinencia, con otras entidades asociadas como prolapso de cúpula, vejiga o recto; puede presentarse solo prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria o las dos entidades juntas. (Lauren N, Jennifer T, 2014)

Infecciones

Las infecciones del tracto urinario recurrentes se asocian con la incontinencia urinaria de urgencia y es la causa más fácil tratable de esta condición. (Lauren N, Jennifer T, 2014)

Obesidad

La obesidad es un potente factor de riesgo para todos los tipos de incontinencia urinaria. (Vatché A. Minassian, 2017) Aunque la fisiopatología exacta de la incontinencia urinaria inducida por el peso aún no está bien establecida. (Michela Bardino, Mirella Di, 2017) La presión en la vejiga ocasionada por la obesidad central puede empeorar la incontinencia de urgencia, el estrés crónico en los músculos del suelo pélvico puede conducir a la incontinencia de esfuerzo. (Alayne D. Markland, 2011) Una pérdida de peso del 10% en las mujeres obesas resulta en el 50% o más de mejoría en los síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo. (Vatché A. Minassian, 2017)

El aumento del Índice de Masa Corporal (IMC) se asocia con mayor prevalencia de los trastornos del piso pélvico, aunque es un factor modificable, tiene gran importancia ya que la prevalencia de la obesidad es en más del 40% de la población. (Jennifer M, Camille P, 2014)

Diabetes

La diabetes está más asociada a la incontinencia urinaria de urgencia. La glucosa elevada en sangre puede actuar como diurético, con mayor riesgo para la frecuencia e incontinencia urinaria de urgencia. Además, lesión microvascular diabética puede resultar en disfunción de la vejiga neuropática, afectar la estabilidad del musculo detrusor y la integridad del esfínter uretral. (Vatché A. Minassian, 2017)

Tabaquismo

Se asocia a la incontinencia urinaria de urgencia en mujeres, se asocia a tos crónica lo que puede contribuir a la incontinencia urinaria de esfuerzo. (Lauren N Wood, Jennifer T Anger, 2014) Tos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y tabaquismo probablemente tienen mecanismos de acción similar en el suelo pélvico. (Vatché A. Minassian, 2017)

Alimenticios

La ingesta de cafeína mayor de 204mg (una taza aproximadamente) se asocia con una prevalencia de 40% de cualquier tipo de incontinencia urinaria, la cafeína tiene un efecto diurético lo que puede desempeñar un papel en la incontinencia. Evita los edulcorantes artificiales (en bebidas y en alimentos), los edulcorantes artificiales (acesulfamo-k, aspartamo,

sacarina sódica) parecen aumentar la frecuencia y la urgencia urinaria. También disminuir la ingesta de líquidos a menos de 2 litros, y evitar la ingesta de líquidos antes de dormir. (Lauren N Wood, Jennifer T Anger, 2014)

Incontinencia fecal

El desarrollo de la incontinencia fecal tras el parto es un hecho frecuente. Tiene una etología multifactorial en el que el elemento más frecuente es la lesión del esfínter anal. La prevalencia de la incontinencia fecal oscila entre 4 y 59%.

Entre las causas se encuentra la aparición de un desgarro perineal durante el parto, que en ocasiones puede llegar a afectar la musculatura esfinteriana anal, frecuentemente el esfínter del ano externo, encargado de la continencia fecal voluntaria. La tasa de lesión del esfínter anal es variable, pero oscila entre 2 y 30%. Otra lesión frecuente durante el parto es la lesión de los nervios pudendos. Dicha lesión parece que no es secundaria a un traumatismo directo durante el parto sino más bien a una tracción – alargamiento sufrida durante la distensión del periné en un trabajo de parto prolongado.

Finalmente, el traumatismo y lesión de otros músculos del periné, principalmente el puborrectal y otros fascículos del musculo elevador del ano, pueden incrementar las lesiones del compartimento posterior y

aparato esfinteriano, agravando sus consecuencias. El parto instrumentado es un factor de riesgo de incontinencia fecal, se relaciona con lesiones esfinterianas durante la manipulación vaginal. La realización de cesárea electiva en teoría evitará el traumatismo perineal del parto vaginal y disminuirá la probabilidad de incontinencia secundaria, pero esto es controversial ya que en unos estudios se corrobora esta información y en otros no se ha demostrado el supuesto efecto protector.

Llama la atención la variabilidad de incidencias publicadas. Esto quizás sea debido a que las mujeres no consultan en muchas ocasiones, o que el médico no busca intencionadamente este dato en los casos. (Rodolfo Rodriguez, Rafael Alós, 2015)

Evaluación

La evaluación básica de las pacientes con incontinencia urinaria debe incluir historia clínica con enfoque en los síntomas y atención en la gravedad, duración y carga de la incontinencia urinaria, y cualquier factor que contribuyen a la condición; un examen físico y análisis de orina. (Alayne D. Markland, 2011)

Debido a que es una enfermedad sub diagnosticada, ya que es poco frecuente que las pacientes busquen atención medica al experimentar los síntomas de incontinencia urinaria; la detección de la incontinencia urinaria

es de máximo beneficio para las mujeres cuya calidad de vida se ve afectada por esta patología. (Lauren N Wood, Jennifer T Anger, 2014)

Una evaluación básica de la calidad de vida implicara simplemente hablar con la paciente y tomar una historia clínica completa, pero además dos tipos de instrumentos se han convertido en estándares en la evaluación de la paciente con incontinencia urinaria: el diario miccional y los cuestionarios. (Paul Riss, Julia Kargl, 2011)

Historia clínica

Debe de realizarse la histórica clínica completa con un enfoque en los síntomas de incontinencia urinaria. Se realiza revisión de las condiciones crónicas, los medicamentos que usa, inicio, duración; repercusión sobre la calidad de vida. (Alayne D. Markland, 2011) Se investigan síntomas asociado con la incontinencia urinaria tales como frecuencia urinaria, urgencia urinaria, hematuria, infecciones recurrentes del tracto urinaria, nocturia; gravedad de los síntomas, uso de toallas sanitarias o pañales. Otros síntomas concomitantes como estreñimiento, incontinencia fecal, sequedad vaginal. (Alayne D. Markland, 2011) Es importante preguntar por la ingesta de líquidos, porque los síntomas se pueden exacerbar al aumentar la ingesta de estos. Los síntomas de una protuberancia vaginal, pueden indicar prolapso de órganos pélvicos, que altamente asociado con

la incontinencia urinaria de esfuerzo y puede contribuir a la incontinencia urinaria de urgencia. (Lauren N Wood, Jennifer T Anger, 2014)

Examen físico

El examen pélvico evalúa la atrofia, prolapso, la capacidad para llevar a cabo los ejercicios de Kegel pruebas de esfuerzo para el estrés urinario y valorar la presencia de incontinencia urinaria. La capacidad de contraer los músculos del piso pélvico debe ser acondicionado en el examen pélvico, lo que contribuye para el tratamiento inicial. (Alayne D. Markland, 2011)

También se realiza una prueba de esfuerzo, en posición de litotomía, con la vejiga llena se le pide a la paciente que tosa, si la fuga de orina no se observa en posición supina, se puede repetir en posición de pie. Esta prueba es limitada, ya que el 34% de las mujeres con incontinencia de esfuerzo genuina tienen una prueba negativa en el momento de la evaluación. (Lauren N Wood, Jennifer T Anger, 2014)

Cuestionarios

Existe una gran variedad de instrumentos para evaluar la gravedad de la incontinencia urinaria. Inventario de urgencia urogenital (UDI -6) y el cuestionario de impacto de la incontinencia (IIQ – 7) son versiones cortas que evalúan la gravedad de los síntomas y su impacto en la vida,

respectivamente. (Lauren N Wood, Jennifer T Anger, 2014) Corresponden a las formas cortas de Urogenital Distress Inventory (UDI) y Incontinence Impact Questionnaire (IIQ), que usan subconjuntos de elementos que mejor se aproxima a los puntajes de sus formas largas. Comprenden la evaluación de 6 y 7 ítems puntuados respectivamente (0-3 puntos). Mide los síntomas de incontinencia urinaria (UDI – 6) e impacto en la calidad de vida (IIQ – 7) de la incontinencia urinaria en mujeres. (Juan Valdevenito, Diego Álvarez, 2017)

Índice de Severidad de Incontinencia Urinaria (Urinary Incontinence Severity Index): es una medida simple para evaluar la severidad de la incontinencia urinaria. Validado en mujeres, se obtiene multiplicando la frecuencia reportada (4 niveles) por la cantidad de pérdida (2 niveles). El valor resultante (1 – 8) es categorizado en incontinencia urinaria leve (1 – 2), moderada (3 – 4), severa (6 – 8). (Juan Valdevenito, Diego Álvarez, 2017)

Diario de micciones

El diario puede ser útil para la cuantificación de los síntomas y el registro del número y tipos de episodios de incontinencia urinaria. También registra los tiempos de vaciado y volumen. Es útil en la evaluación inicial; se debe de completar como mínimo por tres días, para cubrir las variaciones por sus actividades diarias, aunque si los síntomas son fácilmente

determinados en la historia clínica, el diario no es tan necesario. (Lauren N, Jennifer T, 2014)

Laboratorio

El análisis de orina se debe realizar en todos los pacientes para evaluar la micro hematuria, glucosa, proteínas, leucocitos y nitritos, para descartar la infección como una causa aguda. El análisis de orina se debe interpretar con precaución para evitar un tratamiento excesivo de bacteriuria asintomática, que se encuentra en al menos el 20% de las mujeres mayores. También se puede realizar un urocultivo, especialmente en mujeres con infecciones del tracto urinario recurrente. (Alayne D. Markland, 2011)

Tratamiento

La incontinencia urinaria se puede controlar exitosamente inicialmente en el nivel de atención primaria en la mayoría de las pacientes. La derivación a un especialista suele estar indicado cuando la medicina conservadora no mejora los síntomas. (Lauren N Wood, Jennifer T Anger, 2014) Sin embargo, como la mayoría de las mujeres en las primeras etapas de la incontinencia urinaria (es decir, incontinencia urinaria leve o moderada) no buscan atención, cuando finalmente se presenta con síntomas avanzados, no se pierde la oportunidad de desarrollar y poner en práctica las

intervenciones de mitigación que pospongan o reviertan la progresión de la enfermedad. (Vatché A. Minassian, 2017)

Los tratamientos conductuales han sido bien estudiados y se ha demostrado ser eficaces, con la reducción de las fugas en un 60% a 80% con 10% a 30% de pacientes que alcanzan la continencia. Los tratamientos conductuales son recomendados en la mayoría de las guías de tratamiento con tratamiento inicial. Estas intervenciones mejoran la incontinencia mediante la enseñanza de habilidades y ayuda a la paciente a cambiar el comportamiento. (Alayne D. Markland, 2011)

Estos programas de tratamiento comprenden múltiples componentes individualizados, que pueden incluir el entrenamiento del suelo pélvico muscular y el ejercicio, estrategias de control de vejiga, el auto monitoreo (diario miccional), micción retardada, reducción de la cafeína, manejo de líquidos, pérdida de peso y otros cambios en estilo de vida. (Alayne D. Markland, 2011)

3.3 Antecedentes de investigación

En un estudio en mujeres estadounidenses, en el cual el objetivo era estimar la prevalencia y las tendencias de estos trastornos del suelo pélvico en mujeres en Estados Unidos desde 2005 hasta 2010. Se utilizó la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición 2005-2006, 2007-2008 y 2009-2010. Un total de 7.924 mujeres no embarazadas (de 20 años o mayores) se clasificaron como: incontinencia urinaria (IU) Moderado a grave (3 o más en un índice de severidad de la incontinencia urinaria validado, rango 0-12); incontinencia fecal mensualmente (líquido o en las heces moco sólido); y el prolapso de órganos pélvicos, ver o sentir una protuberancia. Los posibles factores de riesgo incluyen la edad, la raza y el origen étnico, la paridad, la educación, la proporción de ingresos, índice de masa corporal (IMC), el recuento de comorbilidad y factores reproductivos. Los resultados: La tasa de prevalencia ponderada de uno o más trastornos del suelo pélvico era 25,0% (95% CI 23,6 a 26,3), incluyendo 17,1% (95% IC 15,8-18,4) de las mujeres con CI moderada a severa IU, 9,4% (95% 08.06 10.02) con incontinencia fecal, y 2,9% (IC 95% 2.5 a 3.4) con prolapso. De 2005 a 2010, no se encontraron diferencias significativas en las tasas de prevalencia de cualquier trastorno individual o para todos los trastornos combinados. Después de ajustar por posibles factores de confusión, mayor IMC, mayor paridad, y la histerectomía se asociaron con

mayores probabilidades de uno o más trastornos del suelo pélvico. Aunque las tasas de trastornos del suelo pélvico no cambian de 2005 a 2010, estas condiciones siguen siendo comunes, con una cuarta parte de las mujeres adultas de Estados Unidos informaron al menos un trastorno. (Jennifer M, Camille P, 2014)

En un estudio de más de 10.000 mujeres, se registraron cambios significativos en el estado de incontinencia urinaria en un periodo de dos años; las mujeres que tenían incontinencia urinaria de urgencia de base, 34% - 38% remitía, 4% - 9% tenía transición a incontinencia urinaria de esfuerzo y 16% - 20% se convertía en incontinencia urinaria mixta. Las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo al inicio del estudio, 32% - 41% remitía, 4% tenía transición a incontinencia urinaria de urgencia y 16% - 23% se convertía en incontinencia urinaria mixta. Las mujeres con incontinencia urinaria mixta, 22% - 27% remitía, 10% - 11% tenía transición a incontinencia urinaria de urgencia y 11% - 15% a incontinencia urinaria de esfuerzo. Por lo tanto, las estimaciones de prevalencia de los subtipos de incontinencia urinaria, en todos los estudios han sido difíciles de reproducir. (Vatché A. Minassian, 2017)

Estudios previos han demostrado que las mujeres con incontinencia urinaria tienen actividad sexual menos frecuente, experimentan problemas con las relaciones sexuales, y tienen menor satisfacción que las mujeres

sin incontinencia urinaria. En este estudio la edad media fue de 58.7 años; 67% tenía incontinencia urinaria, 33% era de esfuerzo, 25% de urgencia y 36% mixto; 25% de estas mujeres reporto perdida de orina durante la actividad sexual. El 12% de las mujeres reportaba incontinencia urinaria mensual, en contraste con 41% de las mujeres con incontinencia urinaria diaria. El 16% informo que restringe su actividad sexual por temor de presentar pérdidas durante el acto sexual. Las participantes que experimentaron más frecuente la incontinencia de orina, eran más propensas a reportar molestia por fugas durante el sexo y la restricción de la actividad sexual por temor a las fugas ($P < 0.001$ para ambos). (Nagambika M, Stephen Van, 2017)

En un estudio para examinar la asociación de los síntomas depresivos con incontinencia urinaria posterior (IU) de síntomas entre las mujeres jóvenes. Se estudiaron un total de 5391 mujeres jóvenes (nacidos 1973-1978). Las encuestas de estimación generalizadas (Gees) fueron usados para enlazar los síntomas depresivos, y la historia del médico diagnosticó depresión en la Encuesta 2 (S2) en 2000 con la incidencia de los síntomas de IU en las encuestas posteriores. Los resultados: 24% de las mujeres informó de la incidencia de IU durante el período de estudio de nueve años, mientras que la prevalencia aumentó con el tiempo de 6,8% (edad 22-27 años) a 16,5% (34-39 años de edad). De acuerdo al análisis, las mujeres con síntomas depresivos o un historial de depresión eran más propensos a reportar

síntomas de IU posteriores. Esto se mantuvo después de ajustar por sociodemográfico, índice de masa corporal, los comportamientos de salud y factores reproductivos, con síntomas depresivos asociados con probabilidades 37% más altos y la historia de la depresión con probabilidades 42% más altas de incidencia de la interfaz de usuario. (Gita D. Mishra, Barker, 2015)

En un estudio aleatorizado de 130 mujeres a las que se estudió la función anorrectal tras el parto mediante cuestionario de incontinencia, ecografía endoanal y manometría anal, se encontró una tasa de incontinencia fecal del 59% en el grupo de las de parto instrumentado con fórceps a diferencia de un 33% en el grupo de vacuum, con diferencias estadísticamente significativas. Las tasas de lesión esfinteriana fueron del 56% en el grupo de fórceps y 49% en el de vacuum, sin significación estadística. (Rodolfo Rodriguez, Rafael Alós, 2015)

4. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU CONTEXTO

4.1 Justificación

Se estima que casi el 50% de las mujeres adultas experimentan incontinencia urinaria, y solo del 25 al 61% de las mujeres sintomáticas buscan atención. La prevalencia general de la incontinencia urinaria entre las mujeres no embarazadas de 20 años o más ha sido reportada entre 10 y 17%, y esta aumenta con la edad.

La incontinencia urinaria no se asocia con una mayor mortalidad. Sin embargo, puede afectar muchos otros aspectos de la salud del paciente.

Calidad de vida: la incontinencia urinaria se asocia con depresión y ansiedad, deterioro del trabajo y aislamiento social.

Disfunción sexual: Puede afectar hasta un tercio de todas las personas con incontinencia, esto contribuyen a la disfunción sexual.

Morbilidad: las morbilidades médicas asociadas con la incontinencia urinaria incluyen infecciones perineales por humedad e irritación, así como caídas y fracturas que a su vez aumentan la morbilidad general, la mortalidad y los costos de atención médica. En mujeres mayores con urgencia urinaria o incontinencia de urgencia, las caídas son 1.5 a 2.3 veces más frecuentes que entre mujeres sin síntomas urinarios.

Aumento de la carga del cuidador: además de ser una carga para los cuidadores, la incontinencia urinaria se asocia negativamente con la

capacidad de realizar otras actividades de la vida diaria, aumentando así la necesidad de asistencia del cuidador.

Se pretende con esta investigación determinar y realizar un correcto diagnóstico y cribado de la prevalencia de la incontinencia urinaria en nuestra población, ya que la literatura revela que las pacientes no buscan atención médica, cuando el motivo es incontinencia urinaria y que ellas lo ven como una progresión normal de la vida adulta, así como identificar los factores de riesgo para esta patología y su relación con la afección de la calidad de vida.

4.2 Objetivos

4.2.1 Objetivo general

Determinar la incidencia de la incontinencia urinaria en la población femenina y su impacto en la calidad de vida.

4.2.2 Objetivos específicos

Determinar la incidencia de incontinencia urinaria y los diferentes subtipos.

Determinar la relación entre índice de masa corporal e incontinencia urinaria.

Determinar la relación entre el número de partos y la incontinencia urinaria.

Determinar la relación entre el peso de los productos y la incontinencia urinaria y fecal.

Determinar la relación entre menopausia y prevalencia de incontinencia urinaria.

Determinar la relación de inconciencia urinaria e incontinencia fecal.

Determinar la búsqueda de atención médica en las pacientes con incontinencia urinaria.

4.3 Fines

Al realizar una búsqueda intencionada de los síntomas de incontinencia urinaria, se fomentaría la realización de esto en la consulta, aunque esta patología no fuere el motivo de la búsqueda de atención médica.

4.4 Metas

Identificar las pacientes con incontinencia urinaria e incontinencia fecal.

Darles consejería sobre los síntomas y educar sobre esta patología, para que no se tome como algo normal.

Dar tratamiento oportuno y mejorar la calidad de vida.

5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 Tipología de investigación

Se realizará un estudio original, replicativo, observacional, transversal, analítico y prospectivo.

5.2 Diseño de estudio

5.2.1 Clasificación del estudio

El estudio que se realiza es clasificado como replicativo, debido a que existen investigaciones similares en otros países e instituciones.

5.2.2 Tipo de investigación:

El tipo de investigación que se realiza es observacional ya que no existe manipulación artificial de los factores en estudio. Se limita a la observación de los hechos tal y como son plasmados en las encuestas.

5.2.3 Características del estudio

Se realiza un estudio transversal, ya que se realizan observaciones solo en el momento de contestar las encuestas aplicadas.

5.2.4 Tipo de análisis

En cuanto al tipo de análisis, se realiza un estudio analítico, debido a que se pretende demostrar la relación entre la incontinencia urinaria y diferentes factores de riesgo y su prevalencia.

5.2.5 En relación al tiempo

Se realiza un estudio prospectivo porque la información se registra conforme se van aplicando las encuestas.

5.3 Metodología del estudio

Población: Pacientes femeninas mayores de 20 años, que acuden a la consulta externa de Ginecología del Hospital General de Saltillo por cualquier motivo de consulta y estén de acuerdo en contestar la encuesta aplicada.

Materiales: Se aplicará una encuesta, Inventario de Distress Urogenital, forma corta (UDI -6), Cuestionario de impacto de la incontinencia, forma corta (IIQ – 7).en donde se identifican los síntomas de incontinencia urinaria y sus diferentes subtipos, además de incontinencia fecal, prolapso de órganos pélvicos,

Técnica: Se informa a la paciente los fines, los riesgos y los beneficios de aplicar el instrumento, y bajo su consentimiento informado, se procede a la aplicación de la encuesta.

Procedimientos: Se registrará en la hoja de datos que contiene la información básica de la paciente como ficha de identificación, edad, peso, talla, Índice de masa corporal, comorbilidades, numero de gestas, número de embarazos y vía de finalización, estado menopaúsico, en un formato de Excel.

Lugar donde se realizará el estudio: Área de consulta externa, consultorio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Saltillo.

Universo, muestra y tamaño de la muestra: Se realizó el cálculo del tamaño de muestra con una n = 58 pacientes, utilizando la siguiente formula utilizando un margen de error del 5% y un nivel de confianza de 95%:

$$\frac{z^2 (p * q)}{e^2 + \frac{(z^2 (p * q))}{N}}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

z = nivel de confianza deseado

p = proporción de la población con la característica deseada

q = proporción de la población sin la característica deseada

e = nivel de error

N = tamaño de la población

Se calculó que el tamaño de la población de 58, ya que en la consulta del año del 2017, la población atendida y con diagnóstico de incontinencia urinaria fue de 68 pacientes.

Criterios de inclusión, exclusión y suspensión:

Criterios de inclusión:

Pacientes femeninas mayores de 20 años que acudan a consulta externa.

En un periodo de tiempo de noviembre del 2018 a Mayo de 2019.

Criterios de exclusión:

Pacientes embarazadas.

No se llene completamente la encuesta.

Mujeres menores de 20 años.

Mujeres con deterioro Cognitivo.

Criterios de suspensión:

Pacientes que rechazan llenar la encuesta.

5.4 Variables de estudio

Variables dependientes

Calidad de vida

Vida social

Vida sexual

Incontinencia urinaria

Incontinencia fecal

Atención medica

Variables independientes

Edad

Escolaridad

Estado civil

Enfermedades crónicas

Peso

Talla

Índice de masa corporal

Menopausia

Paridad

5.5 Interrogante de investigación

¿Cuál es la prevalencia de la incontinencia urinaria y como se ve afectada la calidad de vida en la población femenina?

5.5.1 Interrogantes secundarias de investigación

¿Cuál es la prevalencia real de la incontinencia urinaria?

¿Cuál es la relación entre la incontinencia urinaria y la incontinencia fecal?

5.6 Validez, confiabilidad y consistencia

Las pacientes que acudieron a consulta externa del Hospital General de Saltillo, que cumplan con los criterios de inclusión, se les realiza una historia clínica completa, se investigaran los síntomas de incontinencia urinaria y fecal, además del cuestionario de calidad, se les informara riesgos y beneficios de participar en la encuesta por medio de consentimiento informado.

Posteriormente los datos de vaciaron los datos en un documento de Excel para recopilar la información.

6. PLANTEAMIENTO SUSTENTABLE

6.1 Hipótesis del trabajo

6.1.1 Hipótesis verdadera

La prevalencia de la incontinencia urinaria en nuestra población es alta.

Las pacientes con incontinencia urinaria no buscan atención médica.

La incontinencia urinaria tiene un impacto importante en la calidad de vida.

6.1.2 Hipótesis nula

La prevalencia de la incontinencia urinaria es baja en la población femenina.

Las pacientes con incontinencia urinaria buscan atención medica por esta afección.

La incontinencia urinaria no presenta un impacto importante en la calidad de vida.

7. RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados obtenidos de la población estudiada durante el protocolo de investigación.

Se capturaron un total de 102 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión para este estudio y fueron sometidas, con previo consentimiento informado, a la aplicación de la encuesta de investigación y con el programa SPS Estadistic, se analizaron los resultados.

Edad

		Edad	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	20-29	16	15.7	15.7	15.7
	30-39	22	21.6	21.6	37.3
	40-49	34	33.3	33.3	70.6
	50-59	23	22.5	22.5	93.1
	60-69	6	5.9	5.9	99.0
	70-79	1	1.0	1.0	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Tabla 1

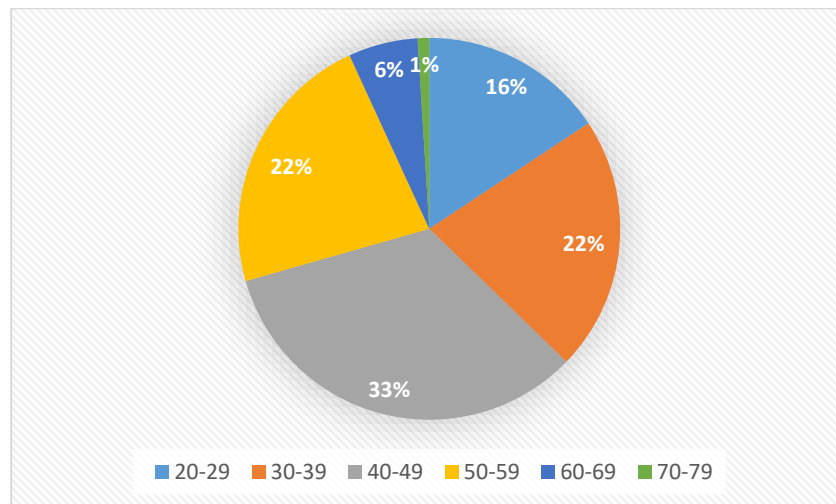


Ilustración 1

Escolaridad

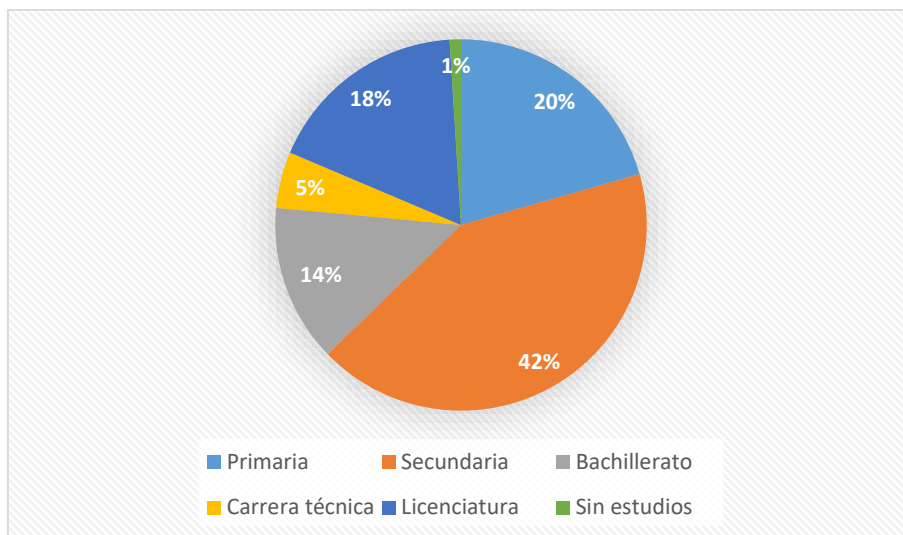


Ilustración 2

En cuanto a la edad se observa que un 33.3% oscila un rango de 40 – 49 años siendo este el grupo más grande, contando en este estudio con pacientes de 20 – 29 años en un 15.7%, 30 -39 años en un 21.6%, 50 – 69 años en un 28.3%. (Tabla 1, ilustración 1). La mayoría de las pacientes mencionaron como estado civil estar casadas en un 62%. En el nivel escolar la mayoría refirió como nivel académico Secundaria en un 42.2%, siendo en segundo lugar Primaria con un 20.6% y Licenciatura con un 17.6%. (Figura. 2) Como ocupación el 78.4% de las pacientes se dedica al Hogar.

IMC

		IMC	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Peso saludable	27	26.5	26.5	26.5
	Sobrepeso	41	40.2	40.2	66.7
	Obesidad moderada	24	23.5	23.5	90.2
	Obesidad severa	8	7.8	7.8	98.0
	Obesidad muy severa	2	2.0	2.0	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Tabla 2

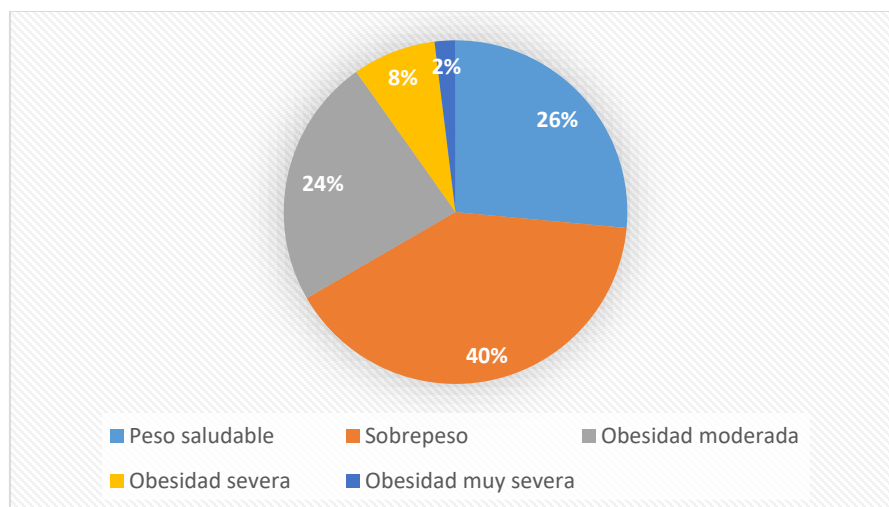


Ilustración 3

En cuanto a el Índice de Masa Corporal se observa que el 40.2% de las pacientes se encuentran en sobrepeso, 25.6% en peso saludable, 23.5% en obesidad moderada, 7.8% en obesidad severa y 2% en obesidad mórbida. (Tabla. 2, ilustración. 3)

En las comorbilidades interrogadas el 10% de nuestra población refería padecer Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica en un 9%, enfermedades tiroideas en un 2%, tos crónica en el 2% de las pacientes, ninguna de las pacientes tenía antecedente de algún tipo de cáncer.

De los antecedentes ginecobstetricos reportados se observó que el 74.3% de pacientes que tuvieron parto, 23% tuvo un máximo de 3 hijos, 15.7% un máximo de 2 hijos, 10.8% un máximo de 4 hijos; y del total de partos en un 7.8% se tiene el antecedente de uso de fórceps. Del 36.3% de las pacientes que culminaron su embarazo en cesárea, un 17.6% solo tuvo 1

cesárea, 8.8% 2 cesáreas y 8.8% 3 cesáreas. Solo hubo un caso de una paciente con 4 cesáreas en total.

Producto de mayor peso

		Producto de mayor peso	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2.500-3.500	52	51.0	51.0	51.0
	Mayor 3.500	38	37.3	37.3	88.2
	Menor 2.500	2	2.0	2.0	90.2
	No aplica	10	9.8	9.8	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Tabla 3

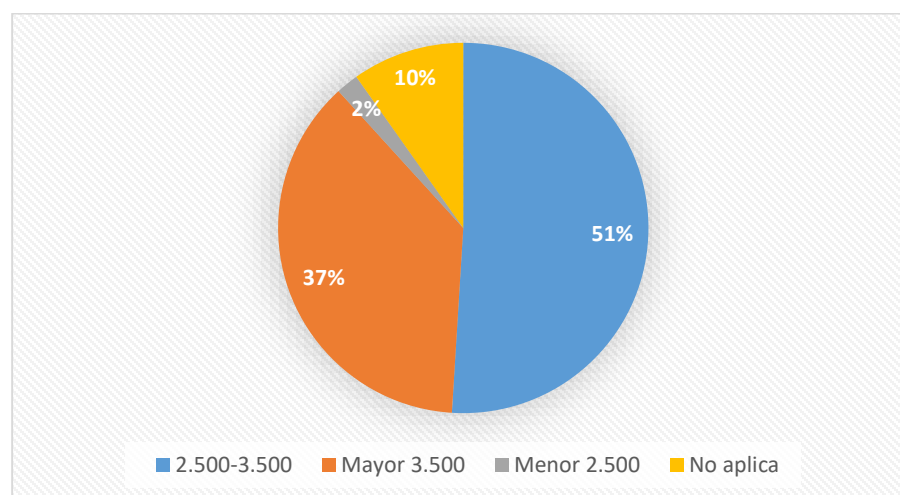


Ilustración 4

Tomando en cuenta el peso de los productos se observó en un rango de 2,500gr – 3,500gr se encuentra el 51%, un rango mayor de 3,500 se encuentra el 37.3%, y en el rango menor de 2,500gr se encuentra el 2%. (Tabla 3, ilustración 4.)

De nuestro grupo de pacientes el 29.4% se encuentra en estado de Menopausia, encontrándose en Straw +1 el 32% de las pacientes y en Straw +2 el 37.5% de las pacientes. El 16% de las pacientes tenían

síndrome urogenital. De nuestras pacientes el 4% tienen el antecedente de histerectomía, pero con conservación de anexos en esos casos, en ninguna de todas estas pacientes se les dio Terapia Hormonal Menopáusicas (THM).

Incontinencia Urinaria

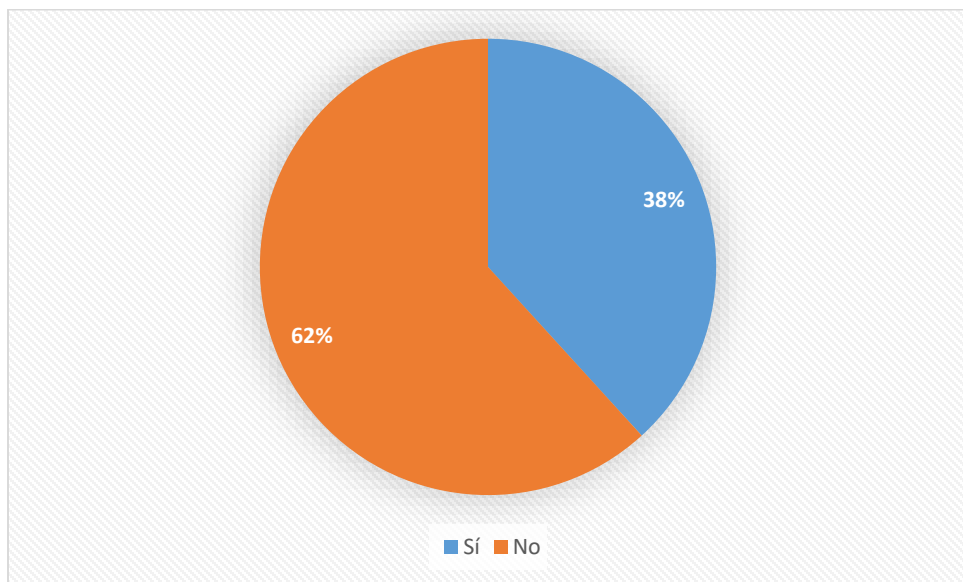


Ilustración 5 El color azul representa el porcentaje de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo.

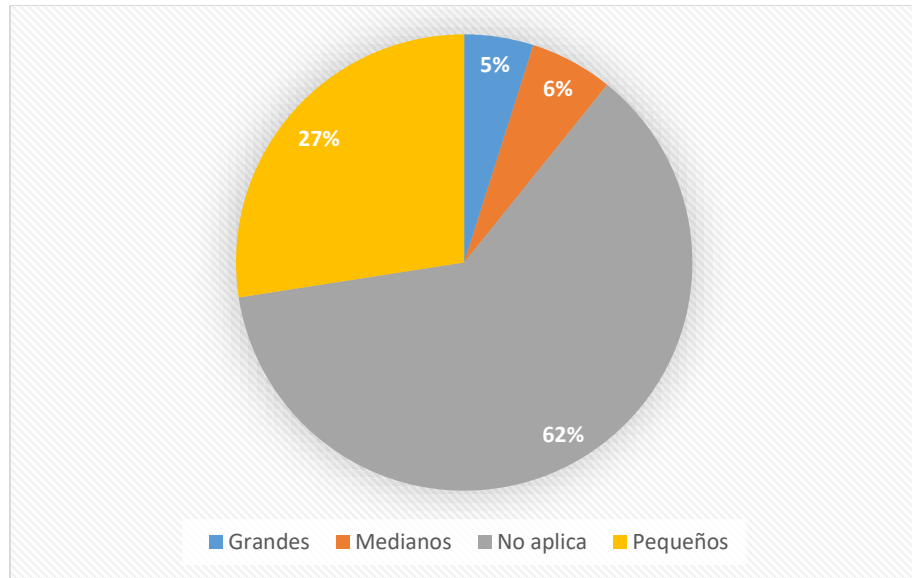


Ilustración 6 Relación de incontinencia urinaria y el grado de esfuerzo.

La incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo se observó que fue del 38.2% (Ilustración. 5), en donde el 27.5% de estas pacientes refería incontinencia con los pequeños esfuerzos, 5.9% refería que era a los medianos esfuerzos y 4.9% refería que era a los grandes esfuerzos. (ilustración. 6) En cuanto a la forma de protección en cada escape de orina se observó que el 74.5% refirió no usar ningún tipo de protección, 16.7% usa pantiprotectores, 8.8% refiere la necesidad de cambio de ropa.

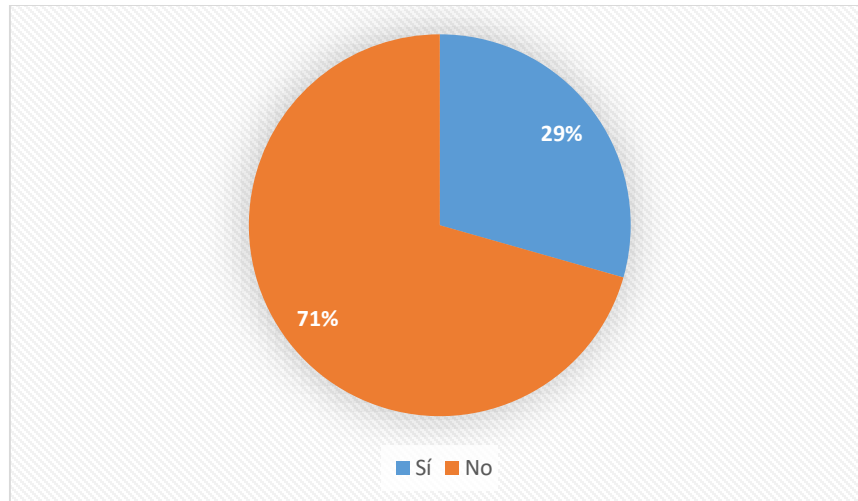


Ilustración 7. *Incontinencia urinaria de urgencia.*

En cuanto a incontinencia urinaria de urgencia se reportó en el 29.4% de nuestras pacientes. (Ilustración 7) En cuanto a los escapes de orina en la incontinencia urinaria de urgencia se observó que el 14.2% de las pacientes tienen escape de gotas de orina, 12.7% escape de un chorro pequeño y 2.9% chorro grande. Y en cuanto al uso de protección para estos escapes de orina el 77.5% refiere no tener necesidad de usar protección, 16.7% necesita usar panti protector y el 5.9% necesitaría cambiarse de ropa cuando tuvieran estos eventos.

En cuanto a la incontinencia a flatos el 35% de las pacientes refieren presentar episodios recuentes, con la presencia de 2.9% con incontinencia a heces y de todas estas pacientes el 4.9% refiere manchado fecal.

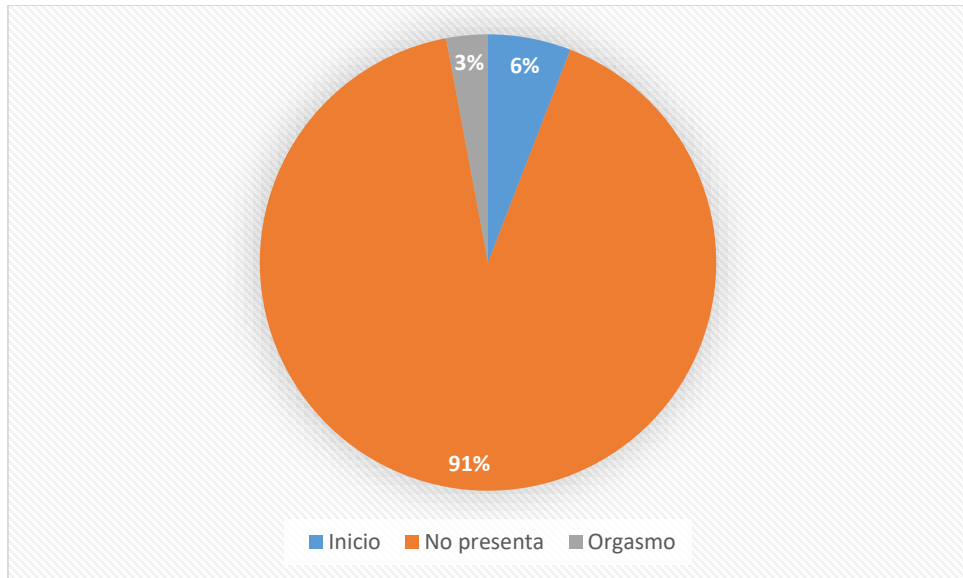


Ilustración 8 Incontinencia Urinaria y Relaciones sexuales.

El grupo de pacientes estudiadas se observó que el 83.3% tienen vida sexual activa, de estas el 26.5% refiere tener una vida sexual no satisfactoria, con un 16.7% que reporta dispareunia y un 21.6% que reporta resequedad vaginal. De estas pacientes el 9% refiere incontinencia urinaria durante las relaciones sexuales, 6% fue al inicio de la relación sexual y el 3% durante el orgasmo. (Ilustración 8)

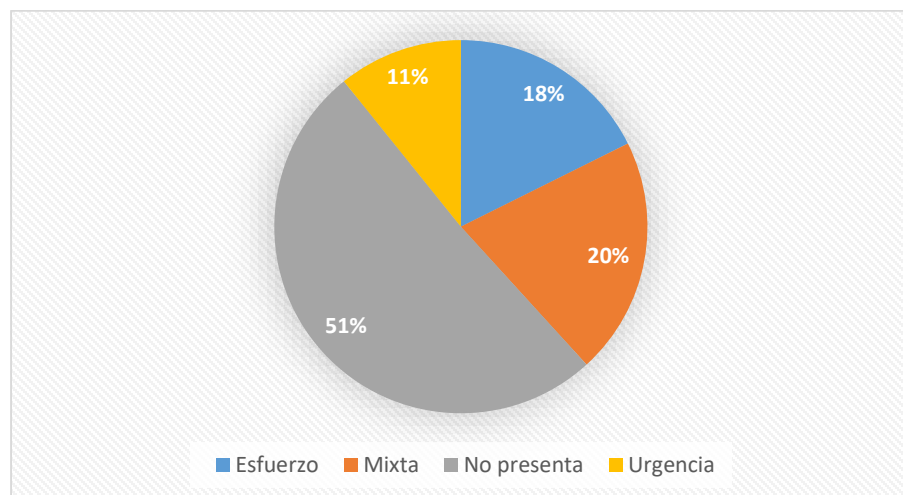


Ilustración 9 Incontinencia urinaria. Subtipos.

Se observó que el 51% de las pacientes no presentan incontinencia urinaria, de las pacientes que presentan incontinencia urinaria el 18% es secundaria a esfuerzos, el 11% refiere incontinencia de Urgencia y el 20% refiere incontinencia Mixta. (Ilustración. 9) De estas pacientes el 7% consolido el diagnostico de vejiga hiperactiva.

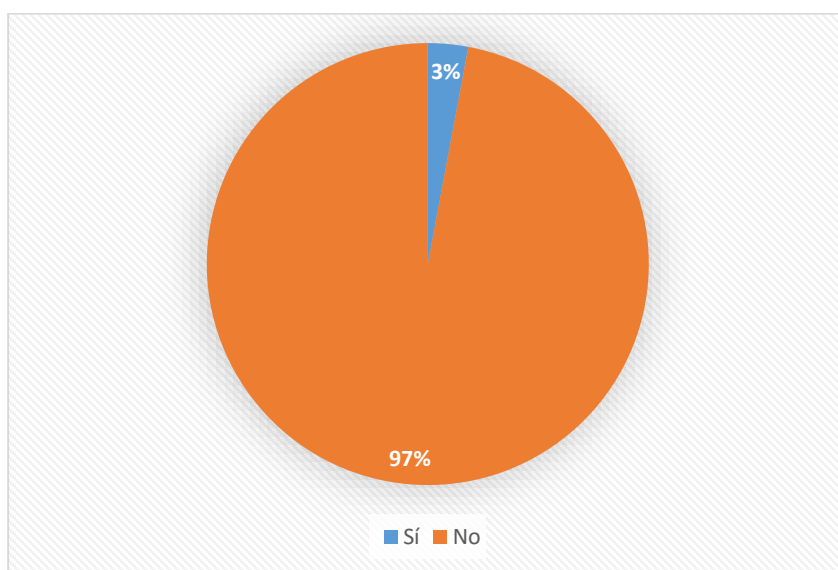


Ilustración 10 Búsqueda de atención médica en incontinencia urinaria.

De todas las pacientes con el diagnóstico de incontinencia urinaria solo el 3% acudió a consulta médica por la sintomatología presente, el resto de las pacientes no busco atención médica en ningún momento. (Figura 10)

		IIQ7_Incont_uri				Total
		Esfuerzo	Mixta	No presenta	Urgencia	
Menopausia	Sí	7	8	15	0	30
	No	11	13	37	11	72
Total		18	21	52	11	102

Tabla. 4.

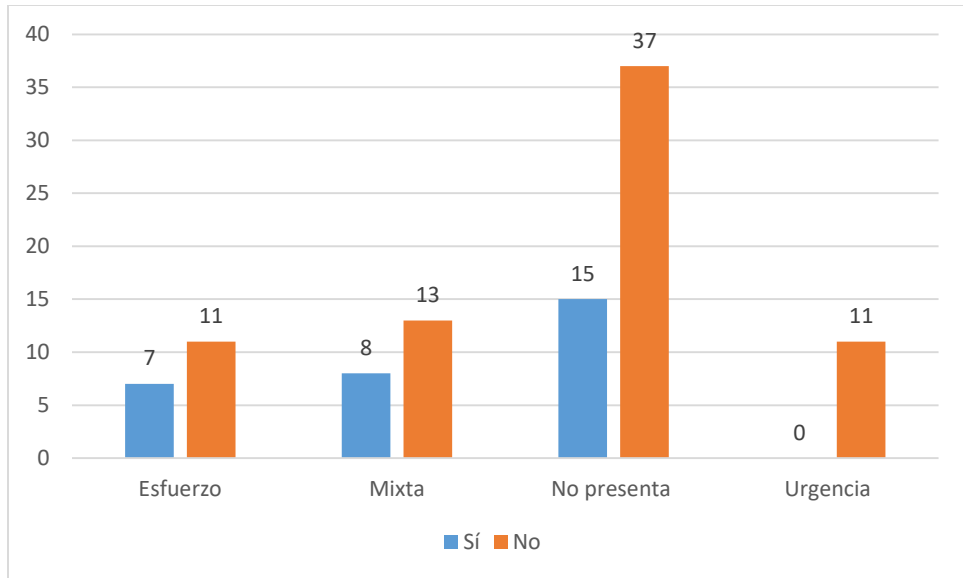


Figura.11

En cuanto a incontinencia urinaria y estado de la vida reproductiva en total 30 pacientes del estudio presentaron menopausia y 72 pacientes aún se encontraban en vida reproductiva, de estos dos grupos en cuanto a incontinencia urinaria de esfuerzo, se encuentra en 7 pacientes con menopausia y en 11 pacientes que aún en vida reproductiva, en incontinencia urinaria de urgencia ninguna de las pacientes con menopausia presento, y de las pacientes en vida reproductiva la tuvieron 11, con incontinencia urinaria mixta, en menopausia solo la presentaron 11 pacientes y en edad reproductiva la presentaron 13 pacientes, de total de pacientes que no presentaron incontinencia urinaria de ningún tipo, 15 fueron del grupo de pacientes con menopausia y 37 del grupo de pacientes en vida reproductiva. (Tabla. 4, Figura.11).

		IIQ7_Incont_fecal			Total
		Fecal	Flatos	No presenta	
IIQ7_Incont_uri	Esfuerzo	1	4	13	18
	Mixta	1	12	8	21
	No presenta	0	14	38	52
	Urgencia	0	4	7	11
Total		2	34	66	102

Tabla. 5

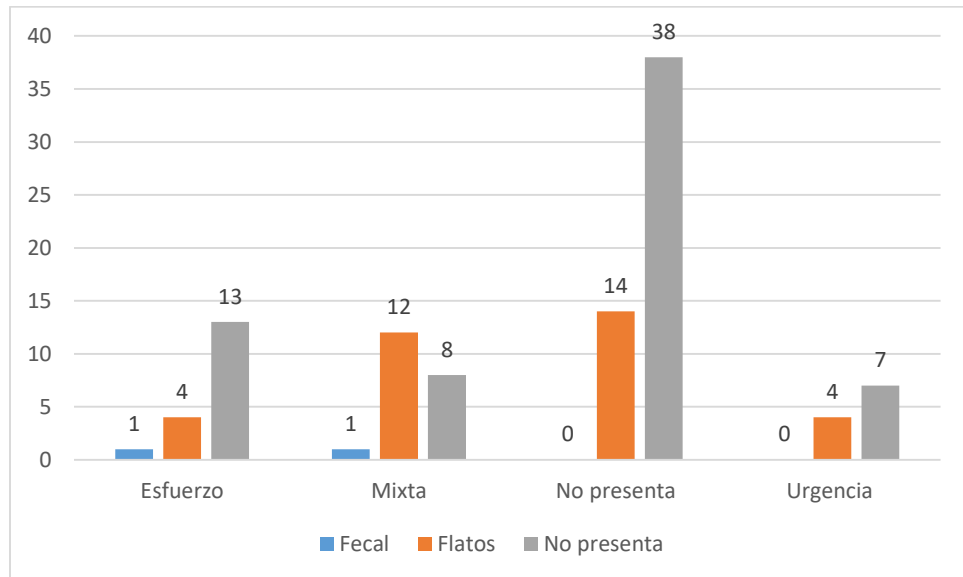


Figura 12.

En cuanto a incontinencia urinaria e incontinencia fecal la mayor relación se presentó en las pacientes con incontinencia urinaria mixta con 12 pacientes con incontinencia a flatos y una paciente con incontinencia fecal, en cuanto a incontinencia urinaria de esfuerzo 4 pacientes presentaron incontinencia a flatos y una paciente incontinencia fecal, en incontinencia urinaria de urgencia 4 pacientes presentaron incontinencia a flatos, y de las pacientes que no presentaron ningún tipo de incontinencia urinaria, 14 pacientes tuvieron incontinencia a flatos. En total de las pacientes que no

tuvieron incontinencia urinaria tuvieron una incidencia de incontinencia a flatos del 26.9% y de las pacientes con incontinencia urinaria la incontinencia a flatos fue de 44% siendo más alta en la incontinencia urinaria. (Tabla. 5 Figura. 12)

		IMC				Total
		Peso saludable	Sobrepeso	Obesidad Moderada	Obesidad Severa	
Incontinencia urinaria	Esfuerzo	1	8	6	3	18
	Mixta	5	9	5	2	21
	Urgencia	6	1	4	0	11
Total		12	18	15	5	50

Tabla. 6.

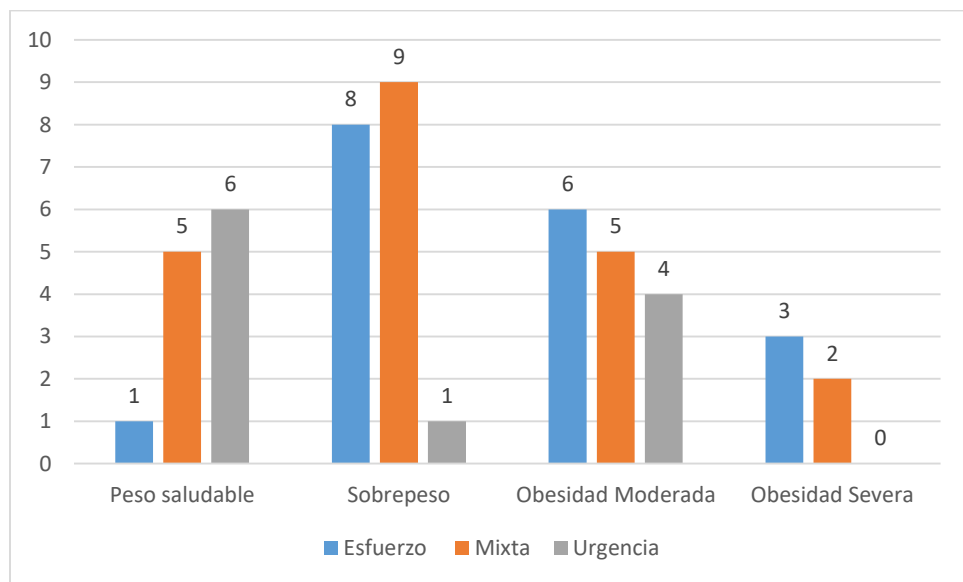


Figura. 13.

En cuanto a incontinencia urinaria e índice de masa corporal el 36% de las pacientes presentaban sobrepeso, 24% peso adecuado, 30% obesidad moderada y 1% obesidad severa, el mayor porcentaje de pacientes se

encontraron por encima de sobrepeso, en la tabla se muestra que las pacientes con incontinencia mixta y de esfuerzo se relacionaron más con sobrepeso y las pacientes con incontinencia de urgencia se asociaron más con obesidad moderada. (Tabla. 6 Figura 13)

		Gesta								Total
		.00	2.00	3.00	4.00	5.00	6.00	7.00	9.00	
Incontinencia urinaria	Esfuerzo	1	6	3	4	2	1	1	0	18
	Mixta	1	3	6	5	3	1	1	1	21
	Urgencia	2	1	6	0	1	1	0	0	11
Total		4	10	15	9	6	3	2	1	50

Tabla. 7

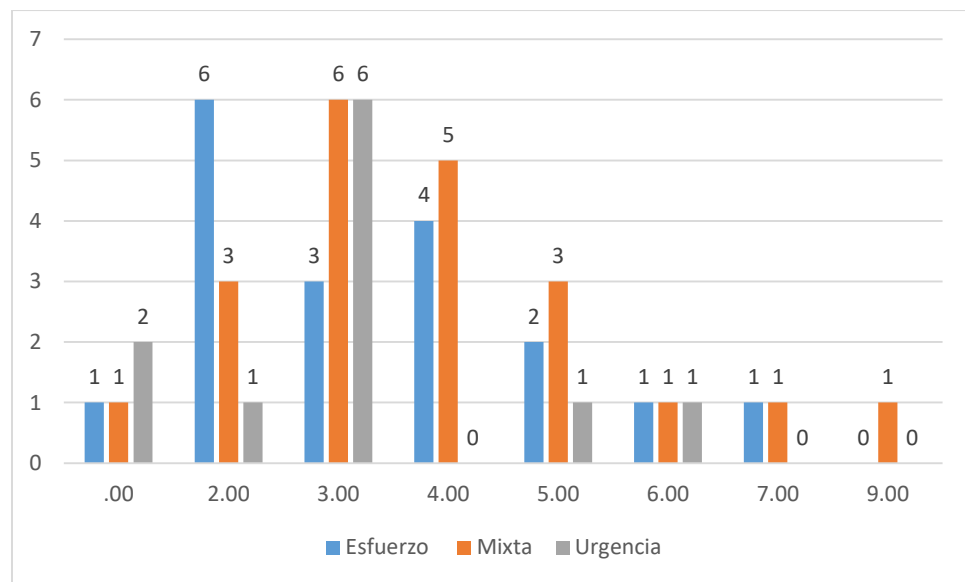


Figura 14

No se observa relación en cuanto a mayor número de gestas mayor incidencia de incontinencia urinaria, en la de esfuerzo y de urgencia se ve afectada a partir de las 2 gestas y en la incontinencia mixta se observa una mayor afección en 3 y 4 gestas y se observa que las pacientes nuligestas

también presentaron incontinencia urinaria en los tres tipos. (Tabla. 7
Figura. 14)

- **Incontinencia urinaria – Para**

		Para								Total
		.00	1.00	2.00	3.00	4.00	5.00	6.00	8.00	
Incontinencia urinaria	Esfuerzo	5	0	4	4	2	1	2	0	18
	Mixta	5	0	3	5	3	4	0	1	21
	Urgencia	3	1	2	3	0	1	1	0	11
Total		13	1	9	12	5	6	3	1	50

Tabla 8

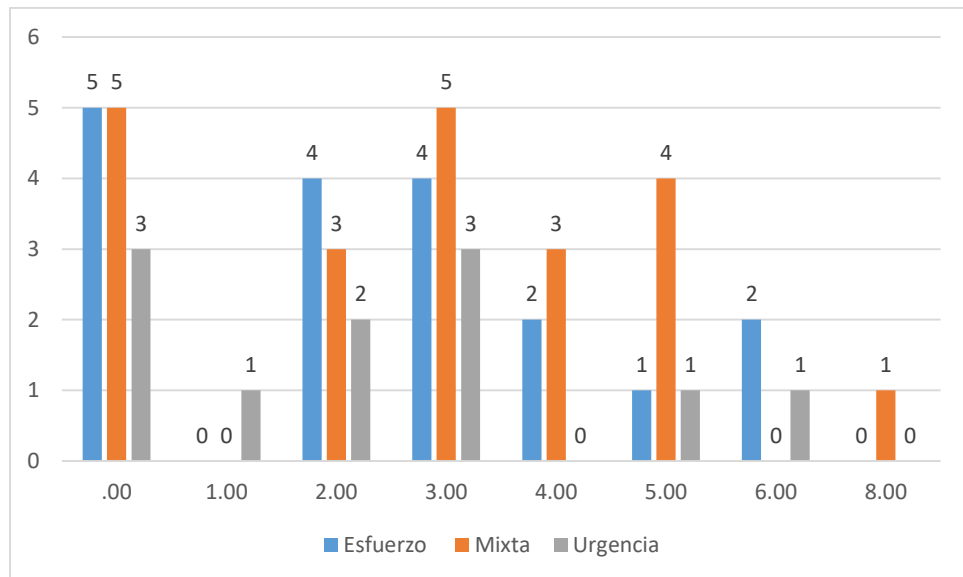


Figura. 15

En cuanto a partos se ve una mayor incidencia a partir de los 3 partos, aunque también se observa una mayor incidencia de incontinencia urinaria en las pacientes nulíparas. (Tabla. 8. Figura. 15)

- **Incontinencia urinaria – Producto mayor peso**

		Producto_mayor_peso			Total
		2.500-3.500	Mayor a 3.500	No aplica	
Incontinencia urinaria	Esfuerzo	12	5	1	18
	Mixta	14	6	1	21

	Urgencia	5	4	2	11
Total		31	15	4	50

Tabla. 9.

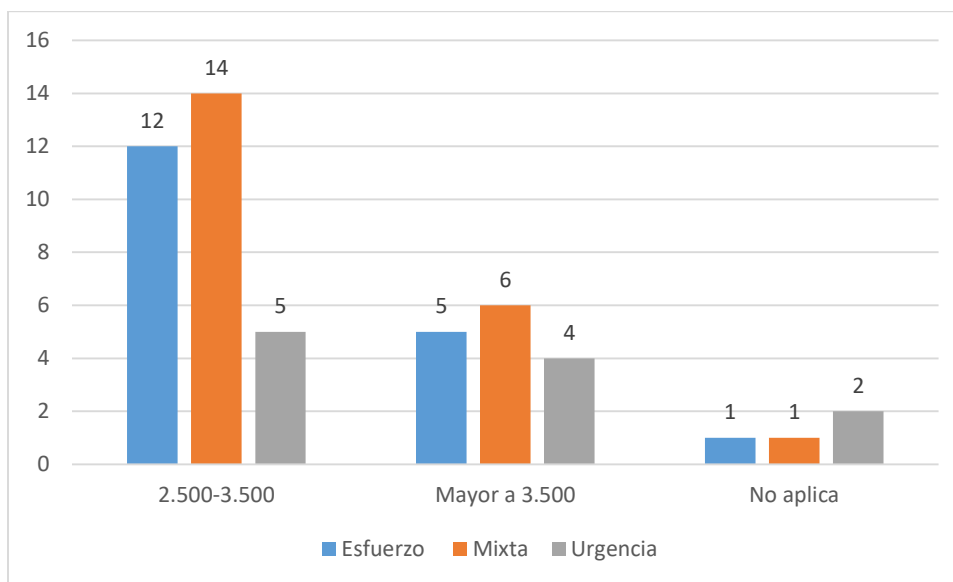


Figura 16

En cuanto al peso del producto y la incontinencia urinaria, se ve una mayor incidencia de los tres tipos de incontinencia urinaria en el rango de 2,500 – 3, 500gr que es el peso fetal esperado al final del embarazo, no se ve mayor incidencia en productos con un peso mayor o macrosomicos. (Tabla. 9 Figura. 16)

- Incontinencia urinaria – Interferencia sintomatología actividades vida diaria

		De ningún modo	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Total
Incontinencia urinaria	Esfuerzo	11	5	0	2	18
	Mixta	5	12	2	2	21
	Urgencia	7	3	1	0	11
Total		23	20	3	4	50

Tabla. 10

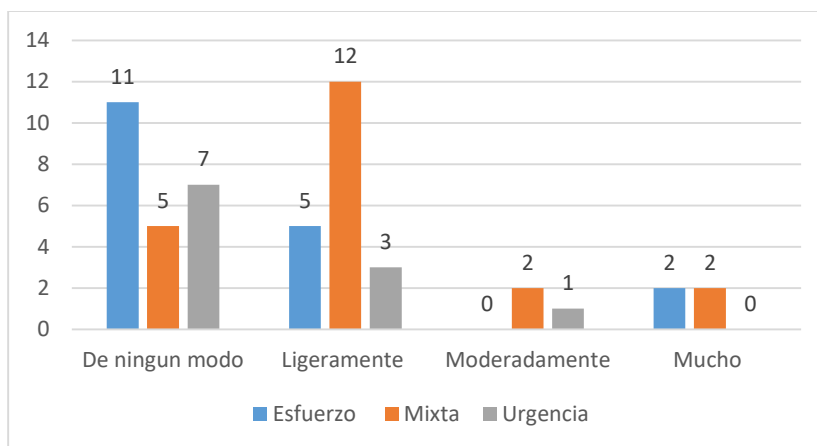


Figura 17

Incontinencia urinaria – Interferencia recreación física

		Interferencia recreación física				Total
		De ningún modo	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	
Incontinencia urinaria	Esfuerzo	8	8	1	1	18
	Mixta	6	11	2	2	21
	Urgencia	7	4	0	0	11
Total		21	23	3	3	50

Tabla. 11.

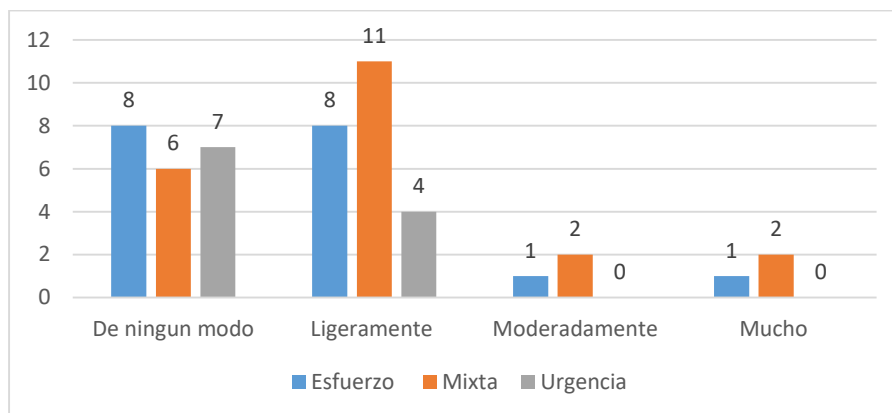


Figura. 18

Incontinencia urinaria – Interferencia actividades sociales

		Interferencia actividades sociales				Total
		De ningún modo	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	
Incontinencia urinaria	Esfuerzo	9	7	1	1	18
	Mixta	8	9	2	2	21
	Urgencia	6	4	1	0	11
Total		23	20	4	3	50

Tabla. 12

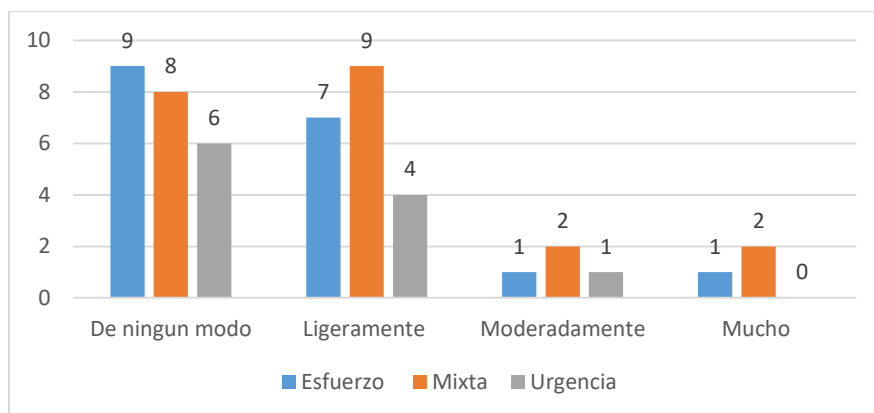


Figura 19

- Incontinencia urinaria – Grado participación actividades sociales

		Grado participación actividades sociales				Total
		De ningún modo	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	
Incontinencia urinaria	Esfuerzo	11	5	1	1	18
	Mixta	7	10	2	2	21
	Urgencia	6	4	1	0	11
Total		24	19	4	3	50

Tabla. 13

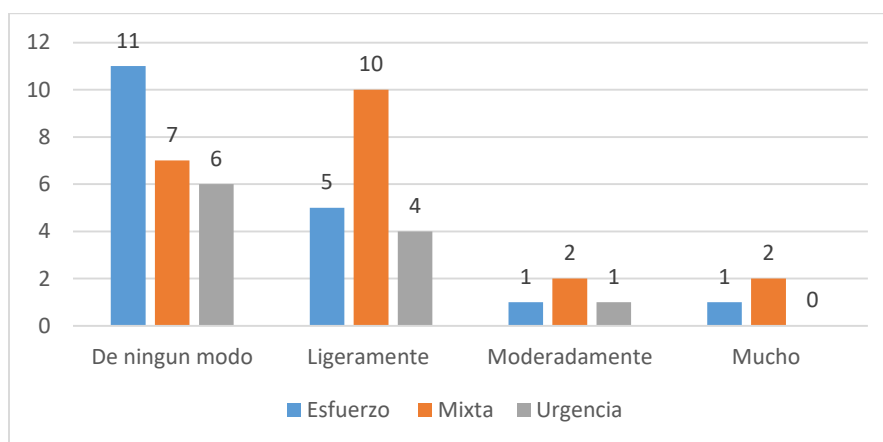


Figura 20

- Incontinencia urinaria – Nerviosismo

		Nerviosismo				Total
		De ningún modo	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	
Incontinencia urinaria	Esfuerzo	11	6	0	1	18
	Mixta	6	12	1	2	21
	Urgencia	7	4	0	0	11
Total		24	22	1	3	50

Tabla 14

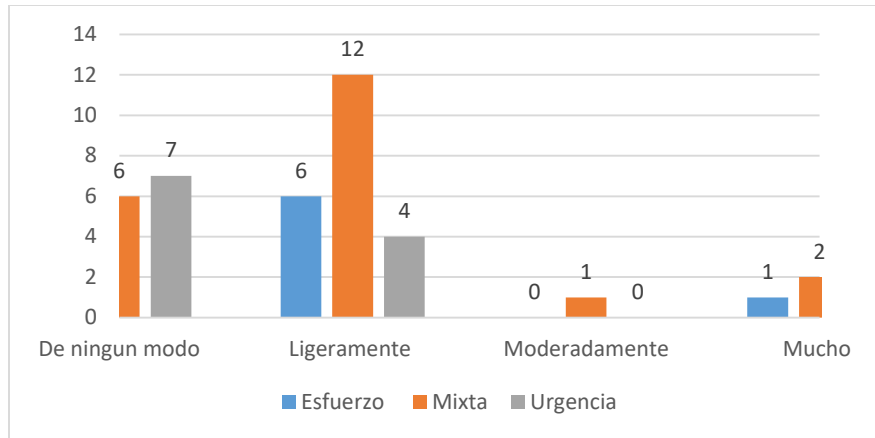


Figura 21

Incontinencia urinaria – Depresión

		Ansiedad				Total
		De ningún modo	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	
Incontinencia urinaria	Esfuerzo	13	4	0	1	18
	Mixta	6	11	2	2	21
	Urgencia	7	4	0	0	11
Total		26	19	2	3	50

Tabla. 14

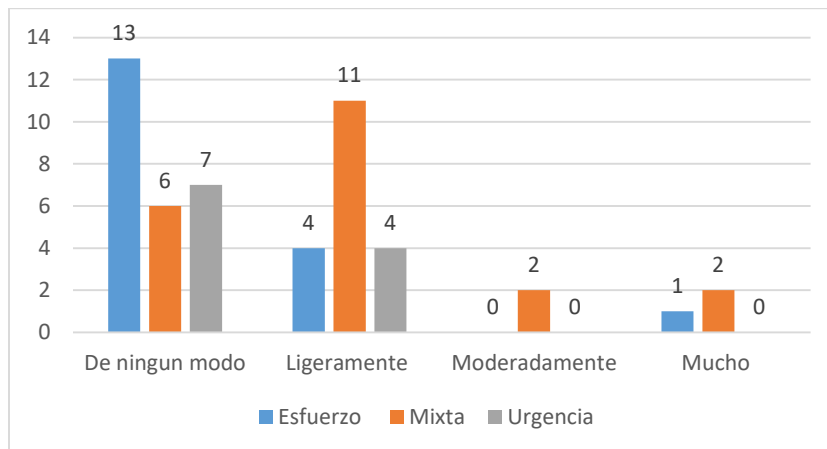


Figura 21

Incontinencia urinaria – Frustración

		Frustración				Total
		De ningún modo	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	
Incontinencia urinaria	Esfuerzo	13	4	0	1	18
	Mixta	7	11	1	2	21
	Urgencia	7	4	0	0	11
Total		27	19	1	3	50

Tabla 15

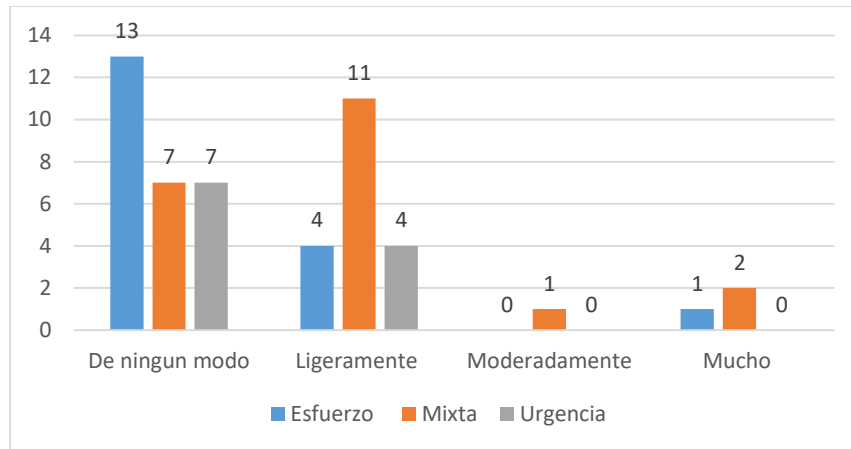


Figura 22

En cuanto a la afección de la calidad de vida en lo que concierne a interferencia de la sintomatología en las actividades de la vida diaria, en las actividades recreativas físicamente, las actividades sociales y su grado de participación y los sentimientos de nerviosismo, depresión y frustración se observó que la incontinencia urinaria afecto de ninguna manera o ligeramente estas actividades, no afectando así la calidad de vida en general. (Tabla. 10, 11, 12, 13, 14 y 15 Figura. 17, 18, 19, 20, 21 y 22)

8. CONCLUSIONES

En nuestro estudio se trató de integrar pacientes de todas las edades en este estudio se encuentra correlación con la literatura en la incidencia de la incontinencia urinaria encontrándose dentro de los rangos mencionados; lo más importante destacar es que se comprobó que las pacientes con incontinencia urinaria sintomática no buscan atención médica para resolución de los síntomas, ya que el estudio arrojó que solo el 2% de las pacientes acudieron a un médico por dicha patología.

En cuanto al índice de masa corporal se corroboró el sobre peso y la obesidad si entran como factores de riesgo para incontinencia urinaria en sus tres tipos, en donde el peso del producto al momento de nacer no tenía influencia en la sintomatología.

Se encontró que la paridad y el número de gestas tienen influencia en la incontinencia urinaria además de que se mostró que las pacientes nuligestas también presentan incontinencia urinaria.

En cuanto a calidad de vida se observó que en la mayoría de los casos no se ve afectada o se ve afectada ligeramente, lo cual puede estar relacionado con la falta de búsqueda en atención médica.

9. DISCUSIÓN

Este estudio se realizó con el fin de comprobar la incidencia de incontinencia urinaria en mujeres y sus factores de riesgo, así como la búsqueda de las pacientes de atención médica por esta patología, que según la literatura es baja lo que ocasiona una baja incidencia de la enfermedad al no tener registro adecuado de cuantas pacientes la padece.

Se ha visto en estudios que la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo es varia del 5 – 69% y de incontinencia urinaria varia de 7 – 33% lo que también se corrobora en este estudio en donde la incontinencia urinaria que en este estudio fue de 38.2% para incontinencia urinaria de esfuerzo, 29.4% para incontinencia urinaria de urgencia y 20% para incontinencia urinaria de urgencia.

Aunque lo estudios refieren que la incontinencia urinaria tiene una alta afectación en la calidad de vida en este estudio no se pudo corroborar esta primicia, ya que nuestras pacientes no referían interferencia en sus actividades cotidianas o una ligera afección.

10. PROPUESTA DE ACCIÓN, CAMBIO Y TRANSFORMACIÓN

10.1 Recomendaciones y sugerencias

Se recomienda realizar una consulta ginecología de manera integral en donde no solo se trate la patología del motivo de consulta, sino también se busque intencionadamente síntomas como los de incontinencia urinaria,

además de entregar trípticos y realizar educación a la paciente desde el primer nivel de atención médica, para hacer más consciente a la población de esta patología, y así busquen atención medica cuando lo necesitan.

11. ASPECTOS ÉTICOS

11.1 Clasificación de la investigación

El reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en su artículo 17 considera la investigación como clase I, la cual se considera sin riesgo, ya que se utilizan solo encuestas en la investigación y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

11.2 Riesgos previsible y probables

No existen riesgos en esta investigación.

11.3 Protección frente al riesgo físico y/o emocional

No aplica.

11.4 Archivo confidencial de la investigación

Solo el autor y colaboradores tendrán acceso a toda la información recabada. Todos los datos arrojados durante la investigación que sean

publicados, serán de carácter anónimo, protegiendo la identidad todas las pacientes.

11.5 Organización

11.5.1 Recursos humanos

Autor, colaboradores, asesor médico, asesor metodológico, residentes de ginecología y obstetricia, personal de enfermería así como de archivo y estadística.

11.5.2 Recursos materiales

Computadora, encuesta, pluma, bascula, estadimetro.

11.5.3 Capacitación del personal

Se brindó capacitación a los residentes de ginecología y obstetricia, médicos internos de pregrado y personal de enfermería, sobre todos los puntos y preguntas de las encuestas, para lograr un correcto llenado.

11.6 Financiamiento

Todos los recursos fueron proporcionados por el Hospital General de Saltillo.

12. CRONOGRAMA

Actividades	Enero 2018	Noviembre 2018	Diciembre 2018	Enero 2019	Febrero 2019	Marzo 2019	Abril 2019	Mayo 2019
Revisión y aprobación de protocolo	x							
Registro de Protocolo	x							
Recolección de la información		X	x	X	x	x	x	X
Captura de datos						x	x	X
Análisis de datos							x	X
Elaboración del escrito medico							x	X

13. BIBLIOGRAFÍA

Alayne D. Markland, Camille P. Vaughan, Theodore M. Johnson II. (2011). Incontinence. *Med Clin N Am* 95, 539–554.

Dina Bedretdinova, Xavier Fritel, Henri Panjo, Virginie Ringa. (July 16, 2015). Prevalence of Female Urinary Incontinence in the General Population According to Different Definitions and Study Designs. *Eur Urol*, 6338; No. of Pages 9.

Gita D. Mishra, Megan S. Barker, Gerrie-Cor Herber-Gast, Tim Hillard. (2015). Depression and the incidence of urinary incontinence symptoms among young women: Results from a prospective cohort study. *Maturitas* 81, pag 456–461.

Jennifer M. Wu, Camille P. Vaughan, Patricia S. Goode, David T. Redden. (2014). Prevalence and Trends of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in U.S. Wome. *Obstet Gynecol*; 123:141–8.

Juan Pablo Valdevenito S., Diego Alvarez O., Cristobal Kobus G., Leonardo Bull C. (2017). Evaluacion clinica del paciente con sintomas del tracto urinario inferior. *Rev Hosp Clin Univ Chile*, 27: 226 – 39.

Jwan Al-Mukhtar Othman, Sigvard Åkervall, Ian Milsom, Maria Gyhagen. (2017). Urinary incontinence in nulliparous women aged 24 -64 years: a national survey. *Am J Obstet Gynecol* 216:149.e1-11.

Lauren N Wood, Jennifer T Anger. (September 15, 2014). Urinary incontinence in women. *BMJ*. No. Of pages 11.

Lea F. Schumpf, Nathan Theill, David A. Scheiner, Daniel Fink, Florian Riese. (2017). Urinary incontinence and its association with functional physical and cognitive health among female nursing home residents in Switzerland. Schumpf et al. *BMC Geriatrics*.

Luis Miguel Clemente Ramos, Emilio Maganto Pavon; (2000). Recuerdo Histórico de la incontinencia urinaria. *Clínicas Urológicas de la Complutense*, 8, 13 – 33.

Michela Bardino, Mirella Di Martino, Elena Ricci, Fabio Parazzini. (2015). Frequency and Determinants of Urinary Incontinence in Adolescent and Young Nulliparous Women. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology*.

Nagambika Munaganuru, Stephen K. Van Den Eeden, Jennifer Creasman. (2017). Urine leakage during sexual activity among ethnically diverse,

community-dwelling middle-aged and older women. *Am J Obstet Gynecol.* 217:439.e1-8.

Rodolfo Rodríguez, Rafael Alós, M. Soledad Carceller, Amparo Solana, Andrés Frangi, M. Dolores Ruiz y Roberto Lozoya, (2015); Incontinencia fecal posparto. *Cirugía Española*, Volumen 93, Número 6, Páginas 359-367

Salvatore Caruso, Roberta Brescia, Maria Grazia Matarazzo. (2017). Effects of Urinary Incontinence Subtypes on Women's Sexual Function and Quality of Life. *Urology.* 108: 59–64.

Sania Almousa, Alda Bandin van Loonb. (2018). The prevalence of urinary incontinence in nulliparous adolescent and middle-aged women and the associated risk factors: A systematic review. *Maturitas* 107, 78–83.

Sara A.L. Karbage, Ze' lia M.S.A. Santos, Mirna A. Frota, Heber J. de Moura, Camila T.M. Vasconcelos. (2016). Quality of life of Brazilian women with urinary incontinence and the impact on their sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 201, 56–60.

Paul Riss, Julia Kargl. (2011). Quality of life and urinary incontinence in women. *Maturitas* 68; 137–142.

Vatché A. Minassian, Tony Bazi, Walter F. Stewart. (2017). Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. *Int Urogynecol J*, 28:687–696.

WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). Que calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro mundial de la salud 1996*; 17(4) : 385-387.

14. APÉNDICE

14.1 Instrumento

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha solicitado participar en un estudio de investigación titulado “ **INCONTINENCIA URINARIA Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES**”; se me ha explicado que el objetivo del estudio es: determinar el número de casos de incontinencia urinaria, así como sus factores de riesgo y su impacto en la calidad de vida; cuyo resultado contribuirá a una mejor atención medica del padecimiento.

Según la información dada por los investigadores no existe ningún riesgo por ser participante de este estudio, el beneficio obtenido será corroborar en el conocimiento de la incontinencia urinaria, así como saber si padezco dicha enfermedad.

Mi participación solo será conocida por los investigadores de este estudio y ninguna persona ajena tendrá acceso a mis datos personales, ya que se manejaran de forma confidencial, respetando mis derechos.

Después de recibir información y leer el documento, acepto libremente participar y doy mi consentimiento para que la información que proporcione, sea utilizada en el estudio y presentada, y si por algún motivo decido revocar mi participación, podre abandona el estudio y se respetaran mis derechos.

Nombre y firma del participante

Testigo 1

Testigo 2

Autor: Janete Garcia Eligio

Nombre _____
Edad: _____
Sexo: _____ **Estado Civil:** _____ **Ocupación:** _____
Escolaridad: _____ **Teléfono:** _____
 ¿Qué tan satisfecho está con su vida del 0 al 10? _____

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Embarazos: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____

Peso máximo de su bebé: _____

¿Usaron fórceps en sus partos? _____

Padece enfermedades: Diabetes Mellitus _____ Hipertensión Arterial _____ Enf

Tiroides _____ Cáncer _____

¿Actualmente continúa menstruando? _____

¿Cuándo fue su última fecha de menstruación? _____

¿Aun tiene su matriz? _____

En caso de ser **NO** la respuesta, ¿conserva sus ovarios? _____

¿Hace cuánto fue la cirugía? _____

¿ Usa terapia de remplazo hormonal? Si _____ No _____

¿Ha padecido algún problema que le ocasione tos crónica (por más de tres meses)

¿Cuántas veces orina al día?	0-2 veces	3 – 5 veces	5-7 veces	>8 veces
¿Cuantas veces se despierta en la noche para orinar?	0 veces	1-2 veces	3-4 veces	>5 veces
¿Cuantos litros de agua consume al día (refrescos, caldos, café, agua)?	Menos de 1	1.5 lts	2 lts	Más de 2 lts
¿tiene escapes de orina al realizar algún esfuerzo?	SI	NO		
¿Cuántas veces al día tiene estos escapes de orina?	0 veces	1-2 veces	3 - 4 veces	> 5 veces
¿Cuándo suceden estos escapes de orina?	Toser, estornudar	Cargar cosas	Realiza actividad física vigorosa	No suceden
¿Cuánta cantidad de orina pierde?	Gotas	Chorro pequeño	Chorro grande	no pierde orina
tiene necesidad de:	Usar pantiprotector	Usar pañal	Cambiarse de ropa interior	No
¿Cuántas veces al día tiene salida de orina al tener deseo urgente de orinar?	0 veces	1-2 veces	3 - 4 veces	> 5 veces
¿Cuánta cantidad de orina pierde?	Gotas	Chorro pequeño	Chorro grande	No sucede
tiene necesidad de:	Usar pantiprotector	Usar pañal	Cambiarse de ropa interior	No

Cuando orina el chorro es:	Continuo	Intermitente (se entrecorta)		
Cuando termina de orinar:	Siente que termina	Se queda con ganas de orinar		
En caso de quedarse con ganas:	Vuelve a orinar	Puja para orinar	No me sucede	
¿Usted presenta ardor o comezón al orinar?	SI	NO		
¿Cuántas veces hace popo al día?	1-2 veces	2-4 veces	2 veces a la semana	1 vez por semana
¿Le duele hacer popo?	SI	NO		
¿Tiene escapes de gases involuntariamente?	SI	NO		
¿Tiene escapes de popo involuntariamente?	SI	NO		
¿su ropa interior tiene manchado fecal?	SI	NO		
¿Siente sensación de alguna masa en su región genital?	SI	NO		
En caso de si sentirla, ¿de que tamaño es?	Limón	Naranja	Melón	
¿Tiene vida sexual satisfactoria?	SI	NO		
Al tener relaciones sexuales, ¿tiene dolor?	SI	NO		
¿Usted siente resequedad vaginal?	SI	NO		
¿Presenta incontinencia urinaria al tener relaciones sexuales?	SI	NO		
¿Presenta incontinencia a heces o gases al tener relaciones sexuales?	SI	NO		

Inventario de “Distress” Urogenital – Forma Corta (Urogenital Distress Inventory – Short Form (UDI-6))

	0: De ningún modo	1: Ligeramente	2: Moderadamente	3: Mucho
¿Micción frecuente?				
¿escape de orina relacionado con la sensación de urgencia?				
¿escape de orina relacionado con la actividad física, tos o estornudos?				
¿pequeñas cantidades de pérdida de orina?				
¿dificultad para vaciar su vejiga?				
¿dolor o incomodidad en el vientre bajo o área genital?				

Cuestionario de Impacto de la Incontinencia – Forma Corta (Incontinence Impact Questionnaire – Short Form, IIQ-7)

El escape de orina ha afectado su:

	0: De ningún modo	1: Ligeramente	2: Moderadamente	3: Mucho
¿Habilidad para hacer tareas del hogar (cocinar, limpieza, lavado de ropa)?				
¿Recreación física como caminar, nadar u otro ejercicio?				
¿Actividades de entretenimiento (cine, conciertos, etc.?)				
¿habilidad de viajar en auto o autobús más de 30 min lejos de casa?				
¿Participación de actividades sociales fuera de la casa?				
¿Me causa nerviosismo, depresión, ansiedad?				
¿Sensación de frustración?				

¿Ha recibido tratamiento para estos síntomas? _____

¿Presentó mejoría? _____

14.2 Directorio de variables

Edad: es el vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. variable independiente, numérica y discreta.

Escolaridad: periodo de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria. Variable independiente, policotómica, cualitativa y nominal.

Estado civil: condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal al respecto. Variable policotómica, cualitativa y nominal.

Enfermedades crónicas: afección de larga duración y por lo general de progresión lenta. No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad se considera crónica, pero toda enfermedad que dure más de 6 meses, se puede considerar crónica. Variable independiente, cualitativa y nominal.

Peso: fuerza con la que la Tierra atrae un cuerpo, por acción de la gravedad. El peso se mide en gramos. Variable independiente, numérica, continua.

Talla: medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta el techo del cráneo. Variable independiente, numérica, continua.

Menopausia: Desaparición de la ovulación y por tanto de la menstruación y de la capacidad de reproducción de la mujer; cuando es natural, normalmente tiene lugar entre los 40 y los 50 años. Variable independiente, numérica y discreta.

Paridad: número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.

Calidad de vida: La manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Variable dependiente, cualitativa, ordinal.

Vida sexual: Es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual. Variable dependiente, policotómica, cualitativa ordinal.

Índice de masa corporal: un índice sobre la relación entre el peso y la altura, generalmente utilizado para clasificar el peso insuficiente, el peso excesivo y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos

por el cuadrado de la altura en metros (kg/m^2). Independiente, numérico, continuo.

Incontinencia urinaria: Pérdida del control de la vejiga. Los síntomas pueden variar desde una filtración de orina leve hasta la salida abundante e incontrolable de ésta. Puede ocurrirle a cualquiera, pero es más común con la edad. Las mujeres la experimentan el doble en comparación con los hombres. Dependiente, cualitativo, binario.

Incontinencia fecal: Es la pérdida del control de las evacuaciones que causa que se pasen heces de manera inesperada. Esto puede ir desde un escape de pequeñas cantidades de heces con el paso de gases en algunas ocasiones hasta no ser capaz de controlar las deposiciones. Dependiente, dicotómico, cualitativo, binario.

Atención médica: La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. Dependiente, dicotómico, cualitativo, binario.

