



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

TEMA

PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD
DE VIDA EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA DE GINECOLOGÍA EN EL
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

QUE PRESENTA EL MÉDICO CIRUJANO
LAURA LORENA OLVERA LÓPEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGÍA Y OBSTÉTRICA

DR. GUILLERMO BARRAGÁN RAMÍREZ
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTÉTRICA
CATEDRÁTICO TITULAR DEL PROGRAMA EN GINECOLOGÍA Y OBSTÉTRICA

DR. JOSÉ JESÚS GARCÍA CORRALES
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTÉTRICA
ASESOR CLÍNICO

DR. SERGIO MUÑOZ JUÁREZ
D. EN S.P
ASESOR METODOLÓGICO UNIVERSITARIO

DR. HORACIO GABRIEL DORANTES PEÑA
MAESTRO EN CIENCIAS
ASESOR METODOLÓGICO UNIVERSITARIO

PERIODO DE LA ESPECIALIDAD
2011-2015

De acuerdo con el artículo 77 del Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente, el jurado de examen recepcional designado, autoriza para su impresión la tesis titulada:

“PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA”

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTÉTRICA, QUE SUSTENTA LA MEDICO CIRUJANO:

LAURA LORENA OLVERA LÓPEZ

PACHUCA DE SOTO HIDALGO, ENERO 2015

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M.C.ESP. JOSÉ MARIA BUSTO VILLAREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UAEH

M.C.ESP. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

M.C.ESP. NORMA PATRICIA REYES BRITO
COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

D.EN S.P. SERGIO MUÑOZ JUAREZ
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVERSITARIO

M.C. HORACIO GABRIEL DORANTES PEÑA
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVERSITARIO

POR EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO

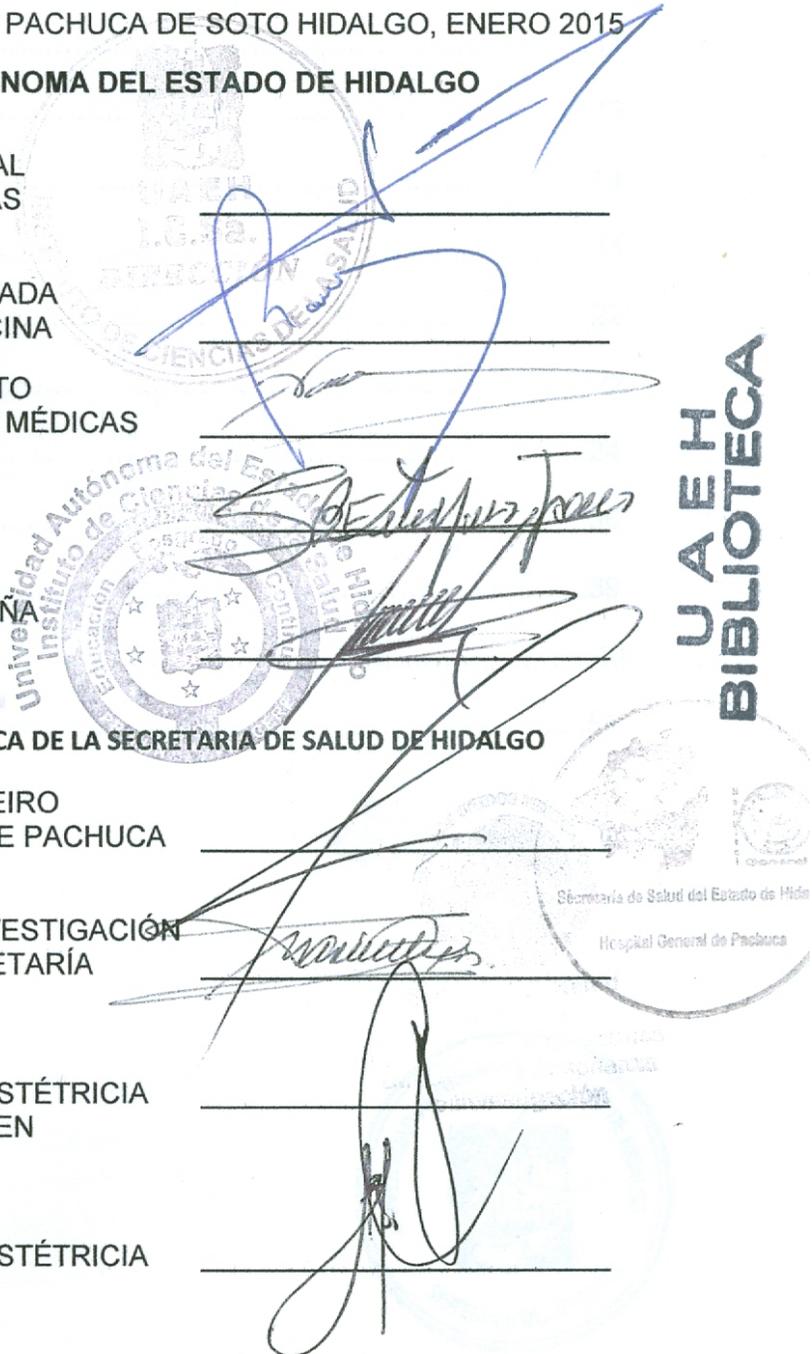
DR. FRANCISCO JAVIER CHONG BARREIRO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

DRA. MICAELA MARICELA SOTO RIOS
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO

DR. GUILLERMO BARRAGAN RAMÍREZ
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTÉTRICA
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA EN GINECOLOGÍA Y OBSTÉTRICA

DR. JOSÉ JESÚS GARCÍA CORRALES
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTÉTRICA
ASESOR CLÍNICO

**UAEH
BIBLIOTECA**



ÍNDICE

1. MARCO TEORICO.....	2
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	12
4. JUSTIFICACIÓN.....	13
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
6. FACTIBILIDAD Y ÉTICA.....	22
7. RECURSOS.....	22
8. RESULTADOS.....	24
9. DISCUSIÓN.....	36
10. CONCLUSIONES.....	39
9. ANEXOS.....	40
9. BIBLIOGRAFÍA.....	51

1. MARCO TEÓRICO

La Sociedad Internacional de la Continencia (SIC) definió en 1988 a la Incontinencia Urinaria (IU), como la pérdida involuntaria de orina, de tal severidad que puede ser objetivamente demostrable y que constituye un problema higiénico o social para la paciente. ⁽¹⁾

La incontinencia urinaria femenina es una condición molesta indudablemente, se asocia a una morbilidad significativa afectando a la calidad de vida social y ocupacional, con repercusión en la salud psicológica, física y sexual de la mujer: aislamiento social, soledad, alteraciones de la actividad de la vida diaria, así como relaciones sexuales y trastornos del sueño ^(2,3)

La incontinencia urinaria aumenta con la edad, se sitúa en torno al 15% en mujeres de 35 años y un 28% en mujeres de 55 años. Después de la edad de jubilación aproximadamente el 50% de mujeres y hombres sufre algún tipo de incontinencia, aunque menos de la mitad consulta a su médico por este motivo. ⁽²⁴⁾

Se ven afectados por este problema hasta el 91% de los pacientes geriátricos, siendo la incontinencia urinaria lo que conduce en muchos casos a ingresar a estas mujeres incontinentes en un asilo. ⁽²³⁾

La IU sigue siendo una patología poco consultada en los servicios sanitarios, ya que muchas personas la atribuyen al envejecimiento o simplemente, se avergüenzan de hablar de ella. ⁽²²⁾

La prevalencia registrada de la incontinencia urinaria de esfuerzo se considera subestimada porque son pocas las personas que se deciden a buscar ayuda médica. ⁽²⁴⁾

Muchas pacientes retrasan consultar el problema por vergüenza, por pudor o por la creencia de que la IU forma parte del proceso natural de envejecimiento, de manera que, al menos, el 25% tardan en consultar 5 años. ⁽¹⁶⁾

Las condiciones sociales y culturales hacen que la incontinencia urinaria no se aborde de la manera más adecuada, ya que actualmente, las medidas preventivas específicas podrían corregir incluso hasta el 90% de los casos de IUE. ⁽³⁾

En cuanto a la calidad de vida asociada a la incontinencia, actualmente existen varios métodos para evaluarla: King's Health Questionnaire y ICIQ-SF. La importancia de estos instrumentos reside fundamentalmente en la capacidad de los mismos para explicar y describir el perjuicio que la incontinencia urinaria provoca en la calidad de vida de la persona que la padece y también en su capacidad de discernir entre los distintos tipos de IU. ^(15,18,21)

Fisiología de la micción

La vejiga y la uretra anatómicamente son dos órganos distintos, que fisiológicamente se comportan como una unidad funcional esto también fue descrito por Lapedes en 1951. Tienen como finalidad dos funciones primordiales: el almacenamiento de la orina (continencia) y su transporte al exterior (micción); para lograrlo interactúan una serie de aspectos morfológicos, fisiológicos y farmacológicos bajo el control nervioso. ^(1,4)

La vejiga en la mujer adulta tiene una capacidad de almacenamiento de orina de 450 a 500 mL, compuesto por músculo liso de características especiales llamado detrusor que forma sus paredes; tiene la capacidad de incrementar su volumen hasta la capacidad mencionada sin aumentar la presión intravesical. ⁽¹⁾

La uretra femenina tiene características morfológicas muy interesantes: en condiciones basales la presión uretral es mayor que la intravesical, lo cual favorece la continencia. La presión de la uretra se logra en un tercio por factores que podemos denominar como mucosos que incluyen la coaptación de los pliegues del epitelio plano estratificado así como la turgencia de un rico plexo venoso que se sitúa en la porción submucosa, ambos son estrógeno dependientes. Otro tercio de la presión intrauretral lo da el tono ejercido por la musculatura lisa uretral en sus disposiciones longitudinales y circulares, el cual responde a la inervación alfa adrenérgica incrementando el tono. El tercio restante lo da la musculatura estriada periuretral que rodea a la uretra en el 80% de su longitud y que al ser estriada, es voluntaria y susceptible de hipertrofiarse con el ejercicio. Lo anterior nos permite

incrementar médicamente la presión intraluminal de la uretra con estrógenos, fármacos alfa agonistas y ejercicios perineales. ⁽⁸⁾

La situación anatómica de la uretra es primordial para lograr la continencia ya que mientras se situó en forma intra abdominal evita que durante el esfuerzo físico la uretra proximal se bascule y salga por debajo del plano de los músculos elevadores del ano facilitando el escape de orina. ^(5,8)

El control nervioso de vejiga y uretra se origina desde los lóbulos frontales, pasando por los ganglios basales, núcleo pontino y el cerebelo; de aquí las vías nerviosas corren por la médula espinal derivándose tres tipos de inervaciones motoras: 1) Simpática, que se origina a nivel de las vértebras T10 a T12 y corre por los nervios hipogástricos originando dos tipos de receptores: los alfa que se sitúan predominantemente en la uretra, cuello vesical y el trigono cuyo estímulo produce aumento de la presión uretral; y los beta que se sitúan en el cuerpo de la vejiga y cuyo estímulo relaja al músculo detrusor. 2) Parasimpática: se origina a nivel de las vértebras sacras S2-S4, corre por los nervios pélvicos y se distribuye en el cuerpo, trigono y uretra; su efecto primordial es la contracción del detrusor. 3) Somática: se origina en las vértebras S2-S4 y corre por los nervios pudendos cuya inervación final es en la musculatura estriada del piso pélvico y periuretral. ^(5,8)

Clasificación de la incontinencia urinaria

La Sociedad Internacional de la Continencia Urinaria formó en el año 2002, un comité internacional para “Estandarizar la terminología de las funciones del tracto urinario inferior”. ^(1, 11)

De acuerdo a este comité, la IU se describe en dos grupos: Intra y extrauretral.

Intrauretral

Incontinencia urinaria genuina de esfuerzo (IUGE). Es la pérdida de orina que se presenta con el esfuerzo físico en ausencia de contracción del músculo destrusor. Puede ser causada por la pérdida de soporte anatómico de la uretra y de la unión uretrovesical lo cual hace que la porción proximal de la uretra se desplace abajo del plano de los músculos pubococcígeos quedando así fuera de la zona de presión intra abdominal; de esta manera un aumento súbito de la presión vesical debido al

esfuerzo no es transmitido a la uretra. Se invierte así el gradiente normal y la presión intravesical es mayor que la intrauretral lo que ocasiona la pérdida involuntaria de orina. En el 95% de los casos es defecto anatómico es consecuencia de traumatismo obstétrico o por atrofia de los tejidos por edad avanzada (hipoestrogenismo) presentando una disminución de la vascularidad uretral, atrofia de la mucosa y componentes musculares de la uretra así como del tejido conectivo. (11)

Incontinencia de urgencia o vejiga hiperactiva. Es la pérdida involuntaria de orina acompañada de deseo intenso y súbito de orinar (urgencia).

Se subdivide en motora, la cual se asocia a contracciones no inhibidas del detrusor, o inestabilidad sensorial en la que no se presentan estas contracciones no inhibidas del detrusor sino sólo el deseo imperioso de la micción. Cuando se asocia a alteraciones neurológicas (EVC, Parkinson, esclerosis múltiple) se denomina hiperreflexia del detrusor. (2,12)

Incontinencia por rebosamiento. Es la pérdida involuntaria de orina cuando la presión intravesical excede a la presión uretral máxima debido a una elevación de la primera asociada a distensión vesical con o sin actividad del detrusor. (1,2)

Incontinencia mixta. Cuando se asocian dos tipos de incontinencia. La más frecuente es la IUGE y la urgencia motora, la cual puede presentarse hasta en un 70% de los casos, lo que hay que tener en cuenta para el tratamiento de estas pacientes. (1,2)

Extrauretral

Incontinencia por conductos anormales. Se relaciona a epispadias, al uréter ectópico y a fístulas.

Incontinencia urinaria funcional. Es la paciente con integridad anatómica del aparato urinario que pierde orina ante el deseo miccional, por la imposibilidad de alcanzar un baño a tiempo. Se presenta típicamente en pacientes de edad avanzada y se corrige con modificaciones en los hábitos de la paciente. (1,2)

Desde el punto de vista de localización lesional, se propone que la mayoría de los casos de IU, obedecen a dos mecanismos: el primero caracterizado por lesión del esfínter uretral y que se conoce más bien con el nombre de deficiencia intrínseca del esfínter, en donde hay presión baja del cierre uretral y el segundo grupo, caracterizado por hipermovilidad del ángulo uretro-vesical, que puede coincidir o no, con la deficiencia intrínseca del esfínter uretral. (13)

Diagnóstico de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

El diagnóstico de los diversos tipos de incontinencia urinaria en la mujer se logra con base a un estudio ordenado sistemático. No existe ninguna prueba o signo “patognomónico” que ayude a precisar con exactitud el diagnóstico. ⁽¹⁾

Las causas e incontinencia urinaria son múltiples de ahí que la historia clínica y la exploración física deben ser completas, no solo concretarse a la esfera ginecológica. Un cultivo de orina negativo es primordial antes de iniciar la investigación. El examen neurológico que comprende: reflejo bulbocavernoso y el reflejo anal superficial, aunado a la medición de orina residual (normal ≤ 70 mL), nos muestran integridad del arco reflejo sacro y la normalidad de estas pruebas nos asegura ausencia de problema neurológico como causante de incontinencia urinaria. ^(1,2) Es ideal realizar la medición de orina residual previo a la cirugía, debido a que no serán candidatas a cirugía anti-incontinencia urinaria aquellas pacientes con volúmenes de orina residual aumentada ya que se incrementa el riesgo de problemas de vaciamiento vesical. ⁽²⁾

La prueba de esfuerzo, con la paciente en decúbito dorsal con previa instilación vesical hasta la sensación de plenitud, sigue siendo de utilidad. En problemas de soporte anatómico (IUE), la pérdida de orina será en poca cantidad y en forma sincrónica con el esfuerzo. ^(1,2)

La movilidad del cuello vesical se puede apreciar mediante varias maneras: prueba del hisopo (Q-tip) que de acuerdo a los hallazgos nos orienta al tipo de uretrosuspensión a realizar en la paciente como tratamiento quirúrgico, la uretroscopia dinámica con lente con ángulo de 0° , uretrocistografía con cadena o con ultrasonido trasperineal o endovaginal. ⁽¹⁾

La prueba del hisopo (Q-tip), tiene valor porque determina qué pacientes tienen hipermovilidad uretral, que refleja soporte deficiente de la uretra proximal y se define como el desplazamiento del hisopo más de 35° en reposo y durante la maniobra de Valsalva. Este tipo de pacientes con IUE son candidatas a realización de cirugía anti-incontinencia o uretropexia tipo Burch. Si la prueba es negativa (ausencia de hipermovilidad uretral o desplazamiento del hisopo menor a 15°), se beneficiarán las pacientes con las técnicas de cabestrillo como cirugía anti-incontinencia. ^(1,10)

En ciertos casos no será posible demostrar objetivamente y clínicamente la IUE, por lo que será necesario complementar su valoración con estudio de urodinamia en el

que se demuestra que la presión intravesical excede la presión intrauretral al esfuerzo, condición necesaria para establecer el diagnóstico de IUE. ^(1,2)

Así mismo es necesario identificar la coexistencia de alteración en la estática pélvica, detallando el tipo de defecto encontrado de acuerdo a las clasificaciones vigentes en la actualidad. ⁽¹⁾

Instrumentos de medida en la Incontinencia Urinaria

En 1998 la ICS recomendó el desarrollo de instrumentos estandarizados para la evaluación de la prevalencia de la incontinencia urinaria en los estudios de comunidad incluyendo preguntas de screening para cualquier pérdida involuntaria de orina, con medición de la frecuencia, volumen y duración. ^(14,15)

Evaluación de la afectación en la calidad de vida y de los síntomas

La Internacional Consultation on Incontinence (ICI), que es un foro multidisciplinar de debate profesional sobre la incontinencia urinaria reconocido y auspiciado por la Organización Mundial de la Salud, defiende que el impacto de la IU en las pacientes no sólo debe valorarse a partir de la presencia o no de determinados síntomas y la valoración en caso positivo, de su severidad, sino también a través de la evaluación del grado de afectación en la calidad de vida. ^(19,20)

La incorporación de cuestionarios para la evaluación de los síntomas y el impacto de los mismos en la paciente deriva de la necesidad de contrastarlos y comprender su alcance clínico en términos que permitan la comparación cuantitativa y cualitativa de su efecto en la vida diaria. Sólo una adecuada valoración de los síntomas permitirá y ayudará la toma correcta de decisiones clínicas y terapéuticas y su posterior valoración. ^(15,21)

Existen diferentes tipos de cuestionarios de salud para la valoración de la calidad de vida de la paciente. En líneas generales se clasifican en cuestionarios genéricos de calidad de vida y específicos de una enfermedad. ⁽¹⁹⁾

Los cuestionarios genéricos de la calidad de vida tienen un objetivo general descriptivo, y son independientes de las enfermedades o condiciones previas de la paciente. Fueron inicialmente desarrollados para el seguimiento poblacional de la calidad de vida. ⁽¹⁵⁾

Sin embargo, su estructura permite que se hayan utilizado con éxito en entornos clínicos y se han administrado a pacientes con enfermedades agudas y crónicas, entre ellas, la incontinencia urinaria. ⁽²⁰⁾

Estos cuestionarios de medidas genéricas no incluyen preguntas específicas sobre los síntomas urinarios; no obstante, son útiles para comparar pacientes con distintas afecciones crónicas y también para describir la calidad de vida o el estado de salud de las pacientes con IU. El MOS SF-36 y el EuroQol son los que mayor sensibilidad del impacto de la IU en la calidad de vida presentan y además existe mayor experiencia de uso. ⁽²¹⁾

Los cuestionarios específicos han sido diseñados para que los investigadores y los médicos puedan explorar con más profundidad el impacto de una enfermedad determinada en un grupo de pacientes. Su finalidad, por lo tanto, no es su uso en la población general sino en el ámbito clínico. Destacan por su importancia, por su validez y porque están traducidos y validados en español el King's Health Questionnaire y el ICIQ UI-SF. ^(15,19,20)

El **King's Health Questionnaire** se creó en el 1997 por Kelleher y cols. Es un cuestionario autoadministrado con 21 ítems divididos en 9 dominios o dimensiones que son los siguientes: ⁽¹⁸⁾

- Percepción del estado de salud general (1 ítem)
- Afectación por problemas urinarios (1 ítem)
- Limitación en las actividades cotidianas (2 ítems)
- Limitaciones sociales (2 ítems)
- Limitaciones físicas (2 ítems)
- Relaciones personales (3 ítems)
- Emociones (3 ítems)
- Sueño/energía (2 ítems)
- Impacto de la IU (5 ítems)

Cada ítem tiene una escala de respuesta tipo Likert con cuatro posibles respuestas. El rango de puntuación de cada dimensión o dominio va de 0 (menor impacto de la IU, por consiguiente mejor calidad de vida) a 100 (mayor impacto de la IU, por lo tanto peor calidad de vida).

Con este cuestionario se obtienen dos valores: un valor global de la calidad de vida de la paciente con IU y otro específico para cada dimensión con una escala que tiene una amplitud del 0 al 100. Este cuestionario original de Kelleher y cols. ha sido traducido y validado en español. La versión española ha demostrado tener índices de fiabilidad y validez adecuados para evaluar la calidad de vida de las pacientes con IU. El cuestionario cuenta además con un apartado específico de síntomas urinarios. ⁽¹⁸⁾

Este apartado no se tiene en cuenta para el cálculo de la puntuación global y de las dimensiones, pero es de interés para clasificar el tipo de IU. Cada pregunta tiene una escala de respuesta tipo Likert con tres posibles respuestas para valorar la intensidad de esta afectación como poca, moderada o mucha, sólo en el caso de que estén presentes.

Otro cuestionario que se utiliza con mucha frecuencia en la práctica clínica es el cuestionario **ICIQ-UI SF**, que se creó en 2004 por Avery y cols. Este cuestionario es más práctico, está constituido por sólo cuatro áreas: frecuencia de las pérdidas, cantidad, impacto y circunstancias precipitantes. El ICIQ-UI SF es un cuestionario sencillo, corto y de gran poder psicométrico para la evaluación de los síntomas y el impacto en la calidad de vida de la incontinencia, tanto en los estudios epidemiológicos como en la práctica clínica habitual. ^(15,21)

La puntuación global de este cuestionario se obtiene por la suma de los tres primeros ítems anteriormente mencionados y tiene un rango que oscila entre 0 y 21 puntos. El cuarto ítem, que no cuenta para la puntuación del cuestionario, está constituido por 8 preguntas que tienen valor para describir las circunstancias que pueden provocar la IU en la paciente. Este cuestionario también ha sido traducido al español y ha demostrado tener también importantes índices psicométricos. ⁽¹⁵⁾

Hay autores que utilizan el ICIQ-UI SF también como diagnóstico de IU, siendo suficiente cualquier puntuación igual o superior a 1 para ello. ⁽¹⁵⁾

El estudio de Hannestad y colaboradores realizado en Noruega y el de Martínez Espinoza y asociados efectuado en la zona metropolitana de Guadalajara y el hospital ABC del Distrito Federal reportaron cifras de prevalencia de la incontinencia urinaria se incrementa con la edad, 54 y 57.8% en las pacientes de 40-49 años y de 50-59 años, respectivamente, para después incrementarse hasta 71.4% en la población de 70-79 años. ⁽²⁶⁻²⁷⁾

La incontinencia urinaria de esfuerzo es el tipo más frecuente en las mujeres entre 25 y 65 años de edad. En su forma pura, constituye hasta la mitad de todas las pacientes que la padecen. La incontinencia urinaria mixta también representa un componente importante. ⁽²⁶⁻²⁷⁾

Martínez Espinoza y asociados efectuado en la zona metropolitana de Guadalajara concluyeron en su estudio que las mujeres con cuatro a seis embarazos presentaban mayor incidencia de incontinencia urinaria que las pacientes continentales (34.8% *versus* 65.2%, $p < 0.001$). Lo mismo ocurrió en las que tenían siete o más embarazos (15.4% *versus* 84.6%, $p < 0.05$). ⁽²⁷⁾

Las mujeres que se dedicaban al hogar tuvieron mayor prevalencia de incontinencia urinaria que las mujeres continentales (33.2% *versus* 55.1%, $p < 0.001$). ⁽²⁷⁾

Las mujeres con incontinencia urinaria se caracterizaron por no tener ninguna educación escolar o por haber cursado hasta la primaria o secundaria. En contraste, las mujeres continentales presentaban mayor grado de escolaridad, lo que denota la importancia del factor cultural en el desarrollo de esta patología al modificar variables como la paridad y la obesidad. ⁽²⁶⁻²⁷⁾

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México menos de la mitad de las mujeres con incontinencia urinaria acuden a recibir atención médica; la mayoría no lo hace ya que lo consideran una consecuencia inevitable del envejecimiento, por sentir vergüenza, temor a la cirugía y poca esperanza de beneficios. La prevalencia de vejiga hiperactiva se ha reportado en la población femenina en un 17%, incrementándose con la edad, afectando al 25% de las mujeres menores de 65 años y posterior hasta un 80% ⁽²⁵⁾.

En los últimos años en nuestro Estado la población afectada con problemas de incontinencia urinaria ha acudido en mayor porcentaje a la consulta, debido a la difusión sobre tratamientos médicos y quirúrgicos con el fin de mejorar su calidad de vida.

Conocer la visión del paciente sobre su enfermedad, como la enfrenta; permite mejorar la relación médico - paciente; siendo una valiosa herramienta para medir los resultados clínicos, mejorando el seguimiento y su control en nuestra población del Hospital General de Pachuca, para su tratamiento. De lo antes mencionado surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de incontinencia urinaria y su influencia en la calidad de vida en las pacientes que acuden a consulta de ginecología en el Hospital General de Pachuca?.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de incontinencia urinaria y su influencia en la calidad de vida en las pacientes que acuden a consulta de ginecología en el Hospital General de Pachuca.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la proporción de pacientes con incontinencia urinaria de acuerdo a sus características demográficas
- Conocer el impacto de la incontinencia urinaria en las relaciones personales en pacientes que acuden a la consulta de ginecología en el Hospital General de Pachuca.
- Determinar la influencia de la incontinencia urinaria en las actividades diarias en mujeres con vejiga hiperactiva que acuden a la consulta de ginecología en el Hospital General de Pachuca.

4. JUSTIFICACIÓN

A pesar que la incontinencia urinaria puede causar aislamiento social, disminución de la función sexual y otros problemas psicológicos, permanece con frecuencia como un problema oculto, ya que sólo un tercio de los que la sufren busca ayuda profesional, lo que tiene un impacto psicosocial y en la calidad de vida de las pacientes. Esta condición se exagera aún más en el adulto mayor, produciéndose en ellas sentimientos de vergüenza y miedo a la discriminación social, por esta razón tienden a ocultarlo y a restringir sus actividades sociales y físicas, promoviendo un mayor deterioro en el envejecimiento, tanto en el aspecto físico, como psicológico. ⁽¹⁾

Actualmente, esta condición indeseada es foco de una demanda significativa de programas sociales y discusión frecuente entre los sistemas de salud sobre la mejor prevención y terapéutica. ⁽²⁾

La vejiga hiperactiva afecta al 85% de la población femenina con una edad mayor a 65 años ⁽²⁵⁾. Evaluar la calidad de vida en la paciente que acude a la consulta en el Hospital General de Pachuca con incontinencia es la única forma de conocer la visión que tiene la propia persona sobre su enfermedad y como la enfrenta; permite mejorar la relación del profesional de la salud y el paciente; además es una valiosa herramienta para medir los resultados clínicos, mejorando el seguimiento y el control de estos, por lo que nos motiva a realizar este estudio.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 LUGAR DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN

Se realiza un estudio de investigación en el Hospital General de Pachuca "A", de segundo nivel que atiende a la población abierta de Hidalgo, Estado de México, Puebla, Veracruz y Tlaxcala. En el servicio de consulta externa de ginecología.

4.2 DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio transversal, descriptivo y analítico.

4.3 UBICACIÓN ESPACIO- TEMPORAL

Se realiza el estudio en el servicio de consulta externa de ginecología. Iniciando en enero del 2015.

4.4 SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes que refieran urgencia urinaria, previo urocultivo negativo

Pacientes con aumento en la frecuencia miccional

Pacientes con nicturia

Pacientes que refieran escape de orina por esfuerzos físicos

Aceptar voluntariamente estar en el estudio

4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que no acepten entrar al protocolo.

Presentar algún tipo de enfermedad neurológica invalidante.

Patologías psiquiátricas y /o alteración cognitivo avanzado.

Pacientes con cirugía anti-incontinencia previa.

Pacientes con tratamiento de terapia de reemplazo hormonal

4.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Pacientes que no contesten los cuestionarios correctamente.

4.5. DETERMINACION DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

4.5.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Con una proporción esperada de 46%, con un nivel de confianza del 95%, con un efecto de diseño de 1.0, el tamaño mínimo necesario para realizar el estudio es de 96 pacientes.

$$\begin{aligned}n &= \frac{Z^2 \cdot (p \cdot q)}{e^2} \\n &= \frac{(1.96)^2 \cdot (0.5) (0.5)}{(0.1)^2} \\n &= \frac{(3.8416) (0.25)}{0.01} \\n &= \frac{0.9604}{0.01} \\n &= 96.04\end{aligned}$$

4.5.2 MUESTREO:

No probabilístico por conveniencia.

4.6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
Calidad de vida	Condición de una persona que hace que su existencia sea placentera y digna.	<p>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</p> <p>de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física</p> <p>del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales,</p> <p>así como su relación con los elementos</p>	<p>Cualitativa ordinal</p> <p>Mala</p> <p>Regular</p> <p>Buena</p>	encuesta

		esenciales de su entorno		
Actividad física	Conjunto de operaciones o tareas propias de una persona, perteneciente a la constitución y naturaleza corpórea. Movimiento corporal producido por la contracción esquelética que incrementa el gasto de energía por encima del nivel basal	Cualquier actividad que involucre movimientos significativos del cuerpo.	Cualitativa ordinal Poco Moderadamente Mucho	Encuesta
Autoestima	Valoración positiva o negativa que la mujer hace de sí misma, incluyendo las emociones que asocia a ellas y las actitudes que tiene respecto de sí misma.	Valoración positiva o negativa que la mujer hace de sí misma, como la valoración personal, sentimiento de rechazo e inseguridad.	Cualitativa ordinal Mala Regular Buena	Encuesta
Inseguridad Personal	Sentimiento de duda e incapacidad personal que lleva a la mujer a una desvalorización de su autoimagen corporal.	Sentimiento de duda e incapacidad personal que lleva a la mujer a una desvalorización de su autoimagen corporal, generando dudas sobre sus capacidades, falta	Cualitativa dicotómica Si No	Encuesta

		de condición física y desconfianza.		
--	--	-------------------------------------	--	--

VARIABLE INDEPENDIENTE.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
Incontinencia urinaria	Escape involuntaria de orina	pérdida involuntaria de orina, de tal severidad que puede ser objetivamente demostrable y que constituye un problema higiénico o social para la paciente	Cualitativa ordinal. Poca Moderada Mucha	encuesta

Variables demográficas.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo.	Tiempo en años que una persona ha vivido desde que nació.	Numero Cuantitativa discreta	Hoja de recolección de datos.
Ocupación	Situación que ubica a la persona de	Actividad laboral que realiza una persona.	Cualitativa categórica 1.- Hogar	Hoja de recolección de datos.

	acuerdo a sus actividades		2.- Empleada 3.- Estudiante 4.- Otra	
Estado civil	Situación legal de unión entre dos sujetos.	Relación legal que tiene una persona con su pareja.	Cualitativa categórica 1.- Unión libre 2.- Casada 3.- Divorciada 4.- Soltera 5.-Viuda	Hoja de recolección de datos.
Escolaridad	Conjunto de enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes.	Grado máximo de estudios de una persona.	Cualitativa categórica 1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Preparatoria 4.- licenciatura 5.-ninguna	Hoja de recolección de datos.
Gestas	Cantidad de veces que se ha embarazado una mujer.	Número de embarazos que ha tenido una mujer.	Cuantitativa discreta Número	Hoja de recolección de datos.

4. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Paciente con diagnóstico de incontinencia urinaria, que acudió a la consulta externa de ginecología del Hospital General de Pachuca, que cumplió con los criterios de inclusión: refirió urgencia urinaria, nicturia, aumento en la frecuencia miccional; y se encontraron libres de los criterios de exclusión: sin enfermedad neurológica invalidante, con patologías psiquiátricas y/o alteración cognitivo avanzado, pacientes con cirugía anti-incontinencia previa, pacientes con tratamiento de terapia de reemplazo hormonal. Se inició explicando el estudio de prevalencia de incontinencia urinaria y la calidad de vida en pacientes que acuden a consulta de ginecología en el Hospital General de Pachuca, se dio a conocer a la paciente los beneficios, riesgos e inconvenientes de dicho estudio, posteriormente se leyó y firmó el consentimiento informado, se dio paso a realizar la historia clínica (anexo 1), se continuó con la aplicación del cuestionario para la evaluación clínica de la incontinencia urinaria ICIQ-SF (anexo 2), que constó de cuatro preguntas, siendo un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida, por último se realizó el cuestionario de calidad de vida derivada de los síntomas urinarios King's (anexo 3), cuestionario autoadministrado con 21 ítems divididos en 9 dominios o dimensiones, para recolección de la información del estudio.

4.8 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se utilizará para el siguiente estudio software SPSS, Microsoft Excel para el análisis de la información.

Análisis univariado: se realizarán tablas de frecuencias, medidas de dispersión, medidas de tendencia central, promedio, mediana y moda.

4.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La información personal será obtenida de la historia clínica (ANEXO 1), y cuestionario para la evaluación clínica de la incontinencia urinaria ICIQ-SF, (ANEXO 2) y el cuestionario de calidad de vida derivada de los síntomas urinarios King's (ANEXO 3)

5. ASPECTOS ÉTICOS

Con base al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación, artículo 17, capítulo I, fracción Segunda, se califica el procedimiento a realizar como una investigación sin riesgo. Respetando los artículos 13, 14, 15 y 16 así como sus fracciones.

6.-RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

El Hospital General de Pachuca cuenta con las instalaciones y servicio de consulta de ginecología que permiten realizar este estudio de investigación:

6.1 RECURSOS HUMANOS

Investigador: Dra. Olvera López Laura Lorena .Médico Residente de Ginecología y Obstetricia.

Asesor de tesis: Dr. José Jesús García Corrales. Médico Adscrito de Ginecología y Obstetricia.

6.2 RECURSOS MATERIALES

RECURSO	COSTO
HOJAS	700
BOLIGRAFOS	200
FOLDERS	100

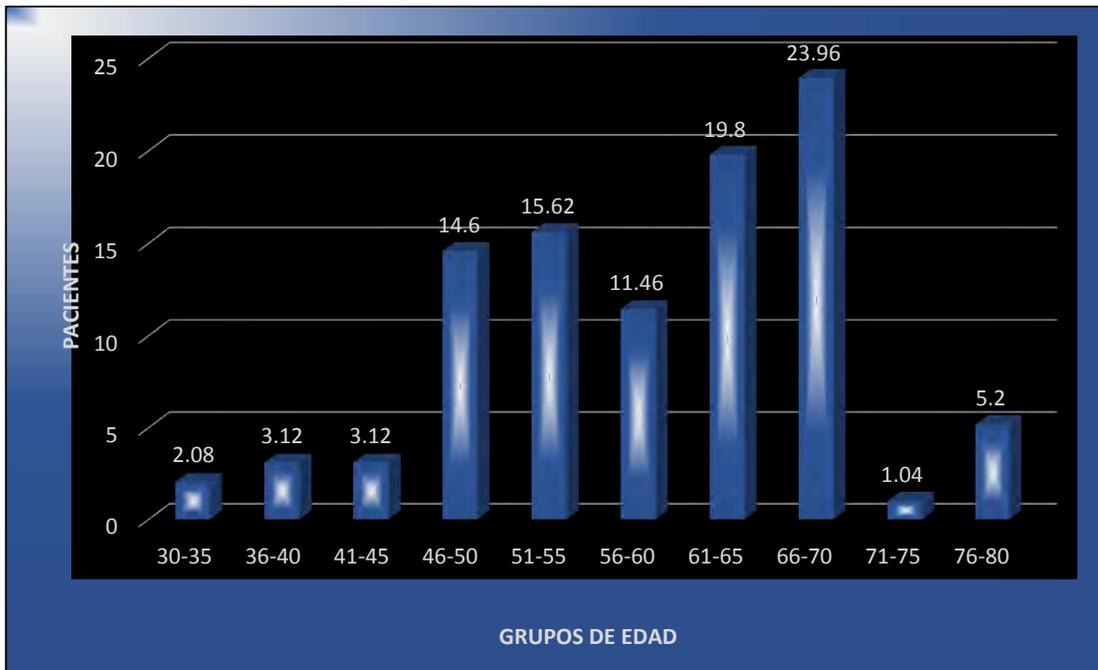
6.3 RECURSOS FINANCIEROS

El Hospital General de Pachuca cuenta con los recursos necesarios para llevar a cabo el estudio, en caso de no contar con material disponible, este será proporcionado por el investigador.

5. RESULTADOS

Gráfica no. 1

Pacientes con incontinencia urinaria por grupo de edad

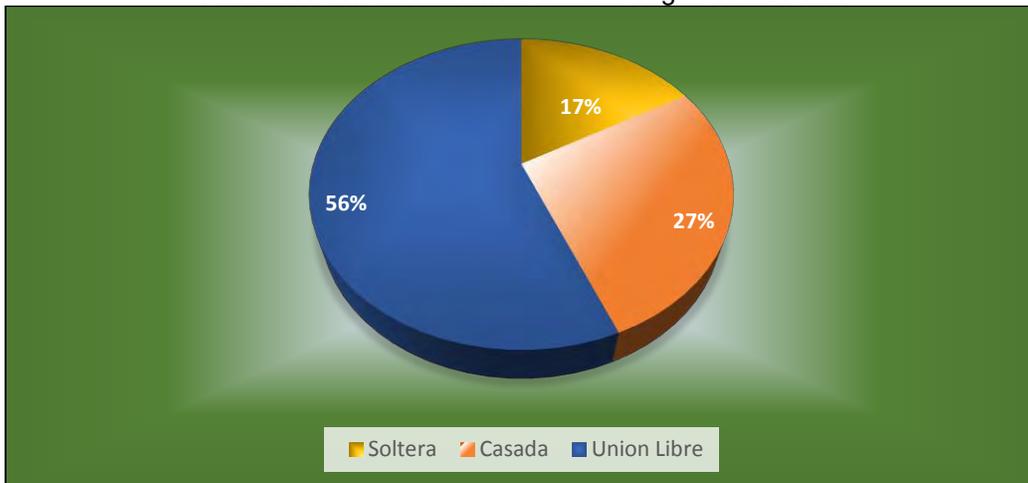


Fuente: hoja de recolección de datos.

Pacientes con incontinencia urinaria por grupos de edad, de la muestra consistente de 96 pacientes, se tiene en primer término a las que se localizan dentro del rango de las edades entre 66-70 años, representando el 23.96% sobre el total, en segundo lugar se tiene a las mujeres en el rango de las edades entre 61-65 años, con un 19.8%,

Los valores de tendencia central y de dispersión son: Media 59 años, mediana 61 años, desviación estándar de 9.99, edad mínima 30 años, edad máxima observada 80 años.

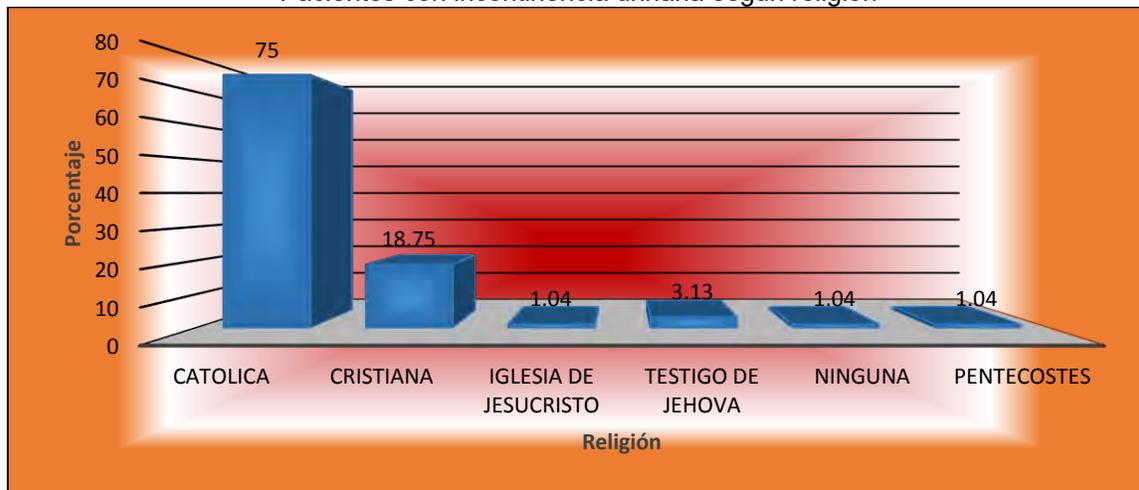
Gráfica no. 2
Pacientes con incontinencia urinaria según estado civil



Fuente: hoja de recolección de datos.

Pacientes con incontinencia urinaria según estado civil. En el aspecto del estado civil sobresalen significativamente las mujeres en unión libre, representando los 56%, seguidas de las mujeres casadas con el 27%, y solteras con el 17%.

Gráfica no. 3
Pacientes con incontinencia urinaria según religión



Fuente: hoja de recolección de datos

Pacientes con incontinencia urinaria según religión. En el aspecto de la religión sobresalen significativamente las mujeres de religión católica, representando el 75%, seguidas de la religión cristiana, las cuales representan 18.75%.

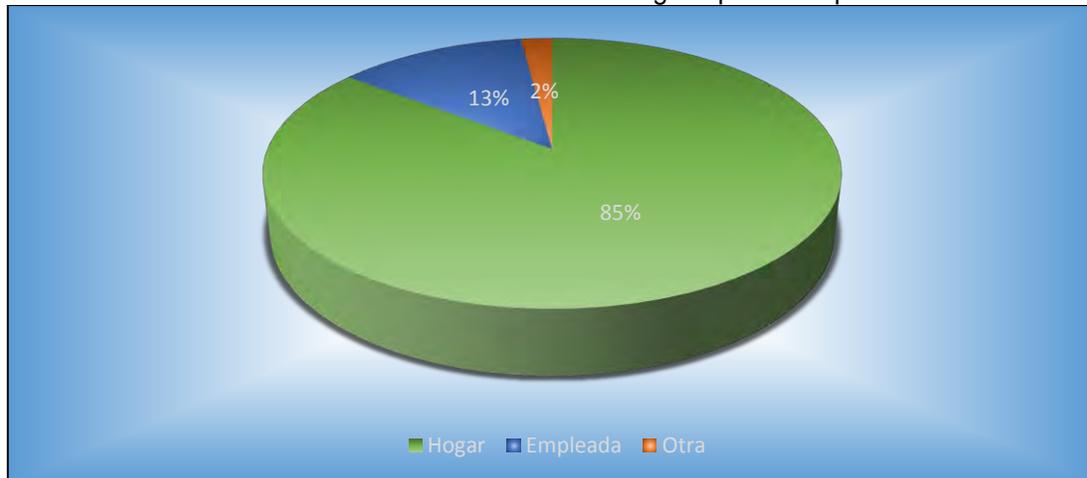
Gráfica no. 4
Pacientes con incontinencia urinaria según tipo de escolaridad



Fuente: hoja de recolección de datos

Pacientes con incontinencia urinaria según tipo de escolaridad. En relación al nivel de la escolaridad, se tiene en primer término a las mujeres con estudios de secundaria, representando el 47.2%, en segundo lugar se encuentran las mujeres con bachillerato con 31.25% y en tercer sitio se tiene las mujeres con escolaridad primaria con 11.46%.

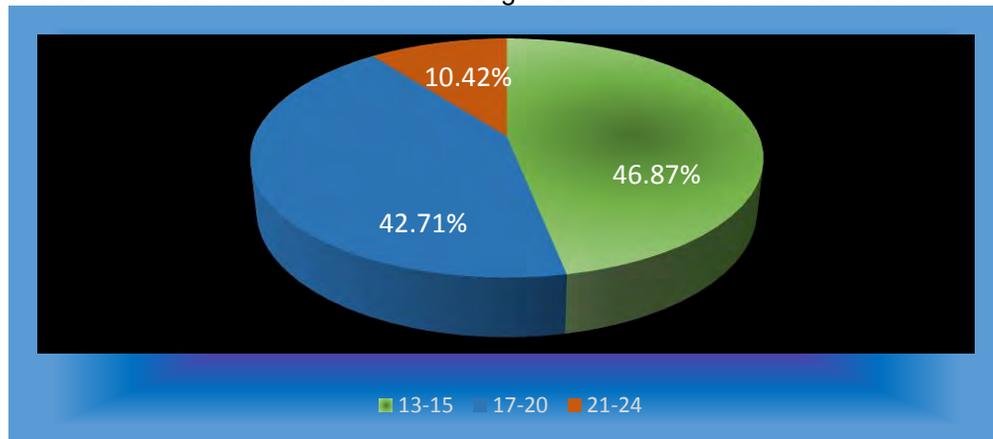
Gráfica no. 5
Pacientes con incontinencia urinaria según tipo de ocupación



Fuente: hoja de recolección de datos

Pacientes con incontinencia urinaria según tipo de ocupación. En cuanto el tipo de ocupación destacan las mujeres dedicadas al hogar con 85%, en segundo lugar se encuentran las mujeres con empleo 13%, y en tercer sitio se encuentran las mujeres con otra ocupación, las cuales representan el 2%.

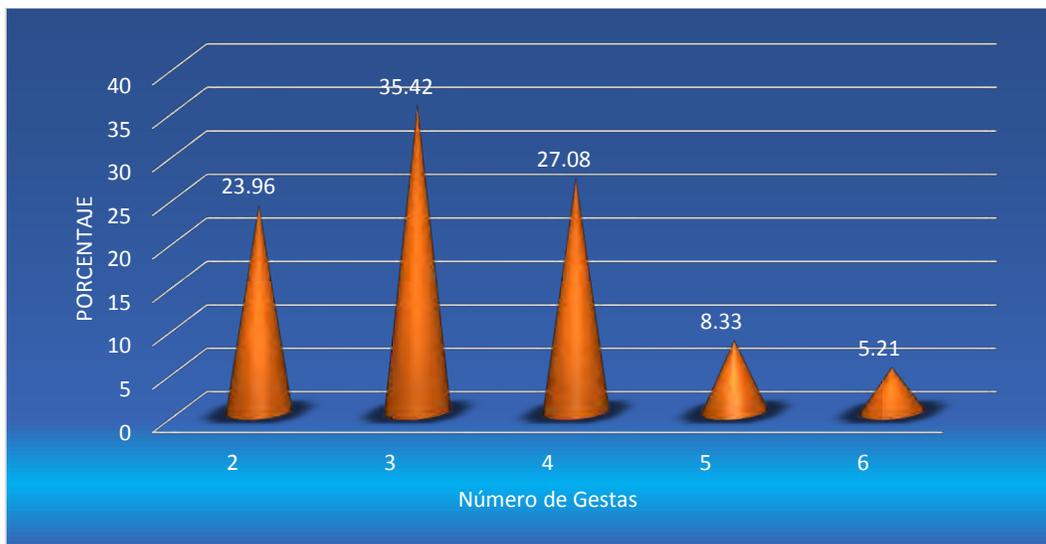
Gráfica no. 6
 Pacientes con incontinencia urinaria según edad de inicio de vida sexual activa



Fuente: hoja de recolección de datos

Pacientes con incontinencia urinaria según la edad de inicio de vida sexual activa. En relación a la edad de inicio de vida sexual activa, destaca el grupo de mujeres entre 13-15 años, representando el 46.87%, seguidas del grupo de mujeres entre 17-20 años representando el 42.71% y en tercer lugar el grupo de mujeres entre 21-24 con el 10.42%. Los valores de tendencia central y dispersión son: Media de 17.07 años, mediana 17 años, moda 15 años, desviación estándar de 2.34, edad mínima observada 13 años, edad máximo 24 años

Gráfica no. 7
 Pacientes con incontinencia urinaria según el número de gestas



Fuente: hoja de recolección de datos

Pacientes con incontinencia urinaria según el número de gestas. En relación al número de gestas, se obtuvieron los siguientes resultados: los tres primeros sitios los ocupan las pacientes que declararon haber tenido tres, cuatro y dos gestas, representando el 35.42%, 27.08% y 23.96% respectivamente.

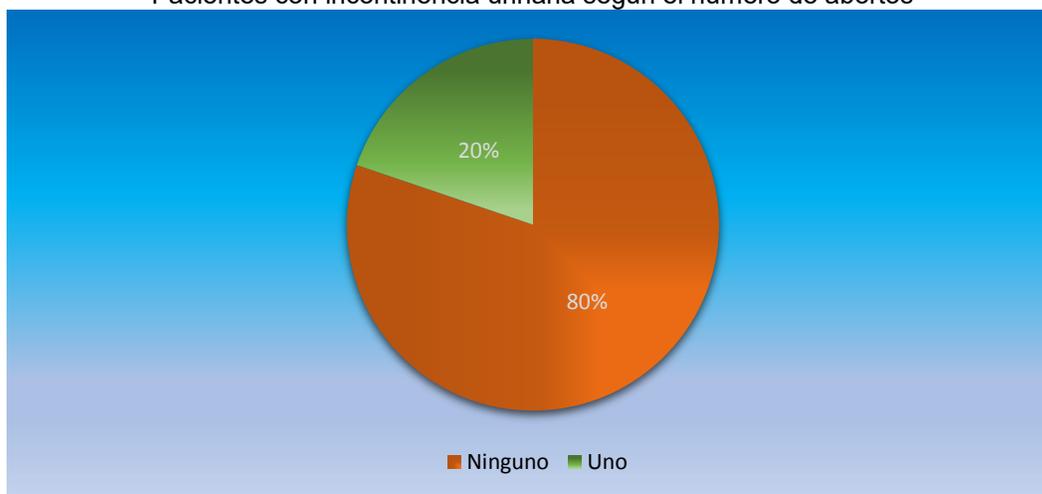
Gráfica no. 8
Pacientes con incontinencia urinaria según el número de partos



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Pacientes con incontinencia urinaria según el número de partos.- En primer lugar se tiene a las mujeres que declararon haber tenido tres partos, significando el 42.7%, en segundo sitio se encuentran las mujeres con dos partos, representando el 31.25% y en tercer lugar se encuentran las mujeres con cuatro partos, significando el 18.75%.

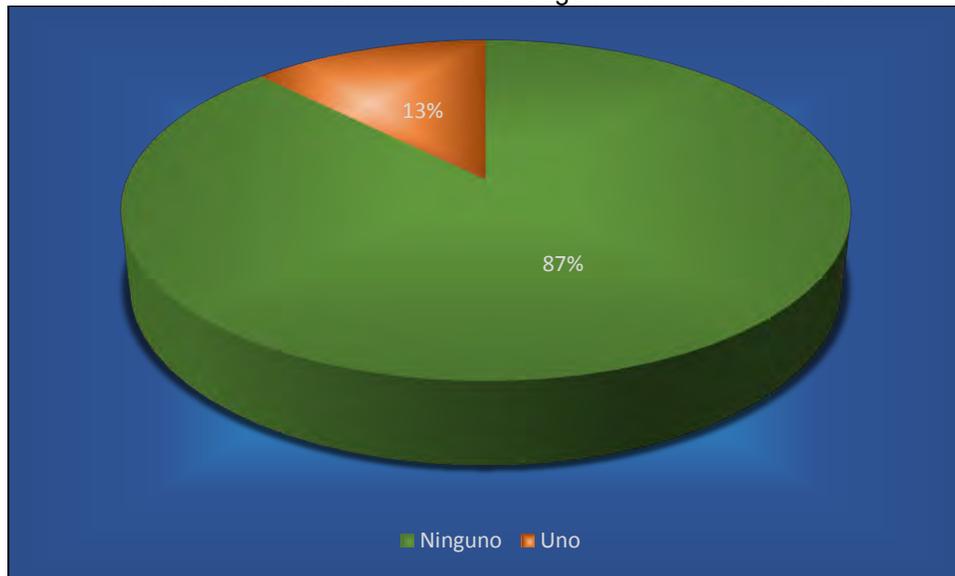
Gráfica no. 9
Pacientes con incontinencia urinaria según el número de abortos



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Pacientes con incontinencia urinaria según el número de abortos.- En primer lugar se tiene a las mujeres que declararon no haber tenido ningún aborto, significando el 80%, en segundo sitio se encuentran las mujeres con un aborto, representando el 20%.

Gráfica no. 10
 Pacientes con incontinencia urinaria según el número de cesáreas



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Pacientes con incontinencia urinaria según el número de cesáreas.- En primer lugar se tiene a las mujeres que declararon no haber tenido ninguna cesárea, significando el 87%, en segundo sitio se encuentran las mujeres con una cesárea, representando el 13%.

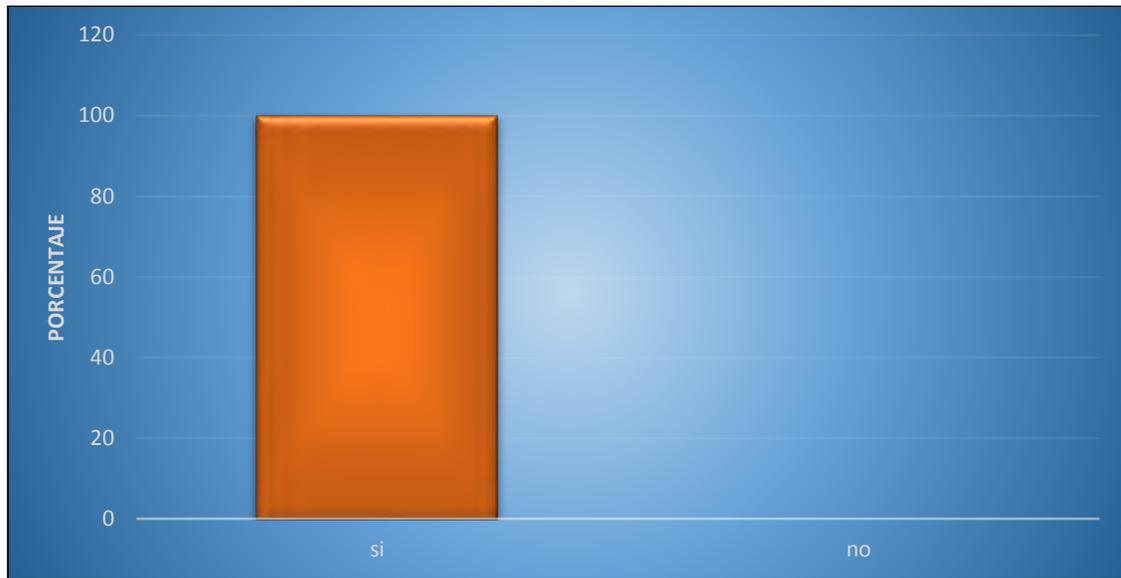
Gráfica no. 11
 Pacientes con incontinencia urinaria según el peso máximo de productos



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Pacientes con incontinencia urinaria según el peso máximo de productos. En relación al peso máximo de productos, se encuentra en primer lugar el intervalo de 4001-4500gramos, representando el 36.46%, seguidas del intervalo de 3501-4000gramos, con el 30.2% y en tercer intervalo de 3001-3500gramos con el 14.59.

Gráfica no. 12
Pacientes con incontinencia urinaria



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Pacientes con incontinencia urinaria. En relación al cuestionamiento de padecer incontinencia urinaria, nuestra población de estudio refirió el 100% con respuesta afirmativa.

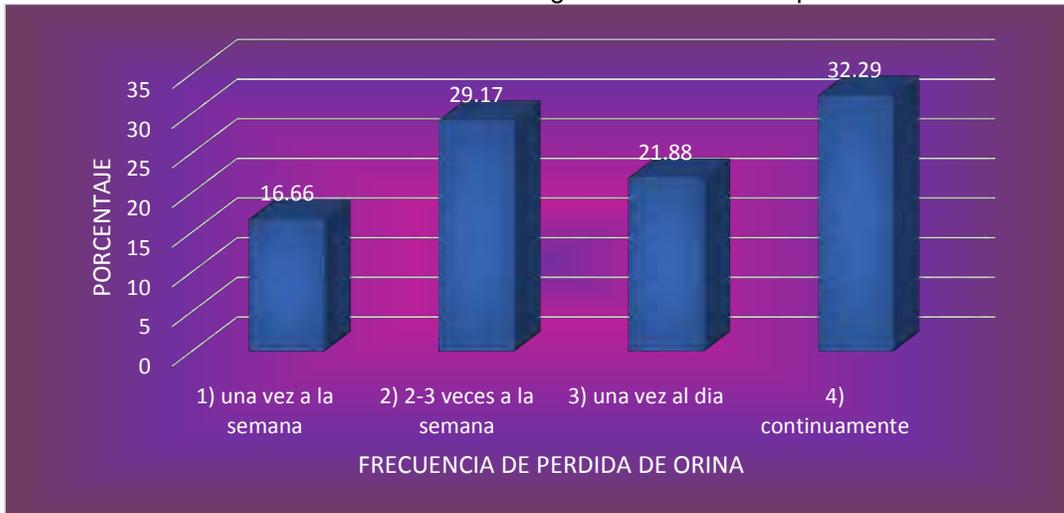
Gráfica no. 13
Pacientes con incontinencia urinaria según el tiempo de evolución



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Pacientes con incontinencia urinaria según el tiempo de evolución. En primer lugar se tiene a las mujeres que declararon haber tenido un tiempo de evolución menor de 12 meses, representando el 47.92%, en segundo sitio se encuentran el intervalo de tiempo de evolución 13-24 meses, representando el 45.83%, y en tercer lugar se encuentran las mujeres con un intervalo de evolución de 25-36 meses, significando el 6.25%.

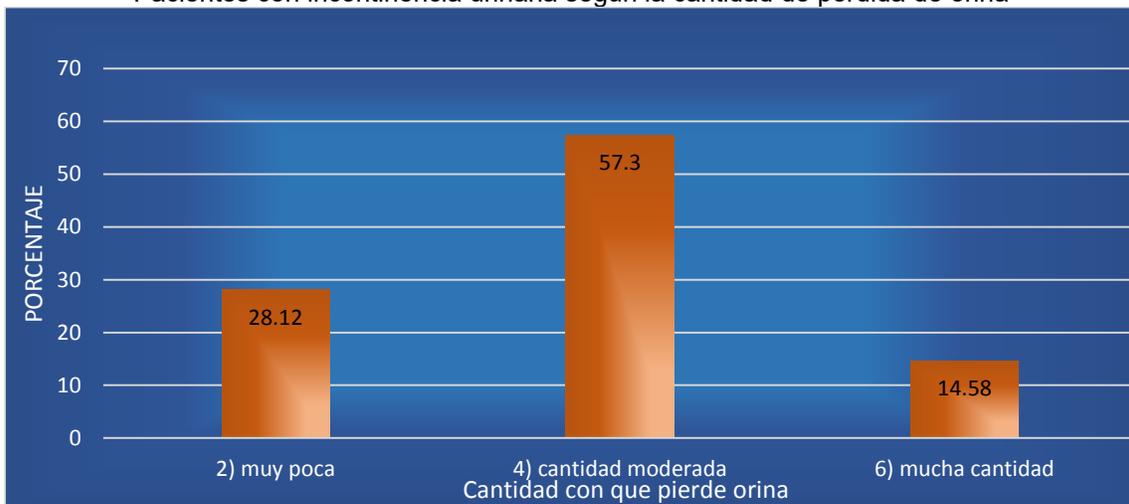
Gráfica no. 14
 Pacientes con incontinencia urinaria según la frecuencia de pérdida de orina



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Pacientes con incontinencia urinaria según la frecuencia de pérdida de orina. En primer lugar se tiene a las mujeres que declararon haber tenido una frecuencia de pérdida de orina continuamente, representando el 32.29%, en segundo sitio se encuentran las pacientes que respondieron frecuencia de pérdida de orina de 2-3 veces a la semana, representando el 29.17%, y en tercer lugar se encuentran las mujeres con una frecuencia de pérdida de orina de una vez al día, significando el 21.88%.

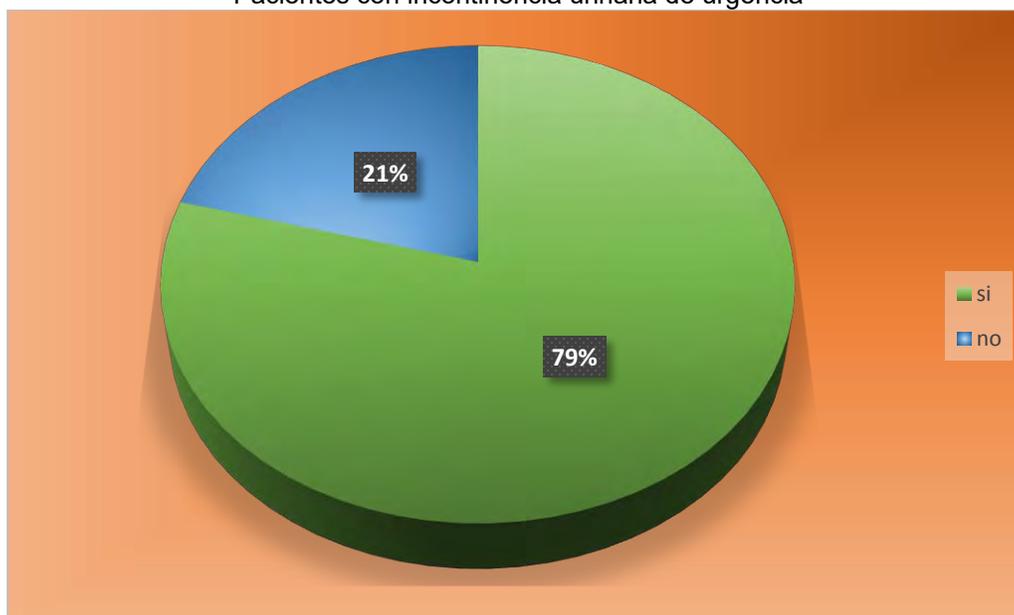
Gráfica no. 15
 Pacientes con incontinencia urinaria según la cantidad de pérdida de orina



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Pacientes con incontinencia urinaria según la cantidad de pérdida de orina. En primer lugar se tiene a las mujeres que declararon una pérdida de orina de cantidad moderada, representando un 57.3%, en segundo sitio se encuentran las mujeres que perdieron muy poca cantidad, representando el 28.12%, y en tercer lugar se encuentran las mujeres que perdieron mucha cantidad, representando 14.58%.

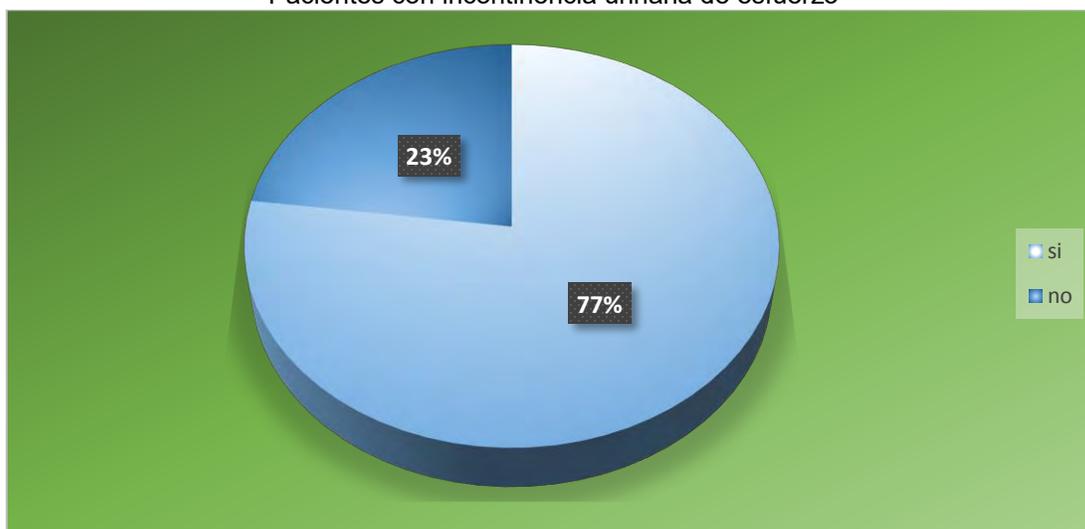
Gráfica no. 16
Pacientes con incontinencia urinaria de urgencia



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Pacientes con incontinencia urinaria de urgencia. En relación a la incontinencia urinaria de urgencia en nuestra población de 96 pacientes, se obtuvo que el 79% favorable a este diagnóstico.

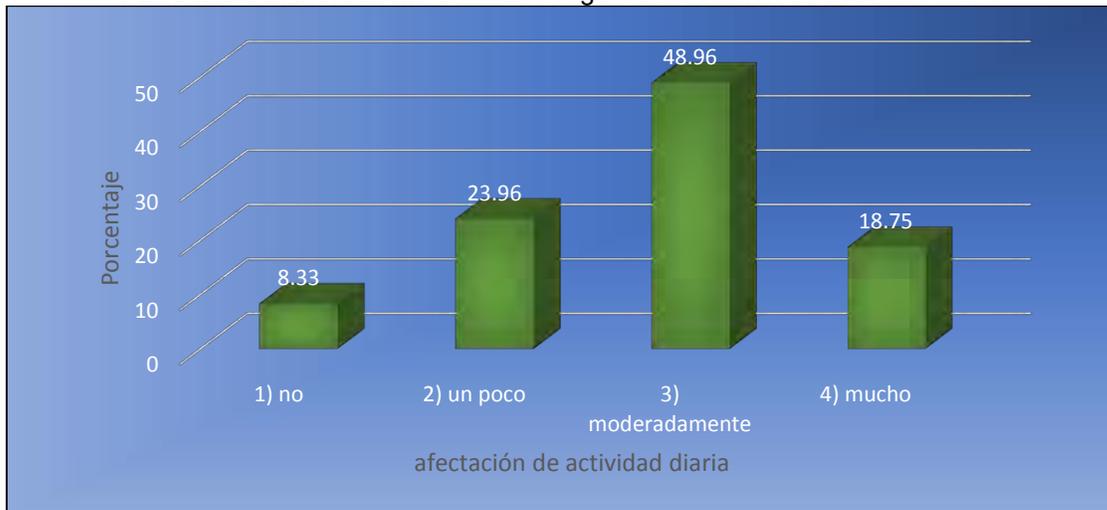
Gráfica no. 17
Pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo. En relación a la incontinencia urinaria de esfuerzo en nuestra población de 96 pacientes encuestadas, se obtuvo que el 77% cumple con criterios para este diagnóstico.

Gráfica no. 18
 Pacientes con incontinencia urinaria según la afectación de actividad diaria



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Pacientes con incontinencia urinaria según la afectación de actividad diaria. En primer lugar se tiene a las mujeres que declararon una afectación de actividad diaria moderada, representando un 48.96%, en segundo sitio se encuentran las mujeres que presentan una poca afectación de su vida diaria, representando el 23.96%, y en tercer lugar se encuentran las mujeres que presentan mucha afectación en su vida diaria, representando 18.75%.

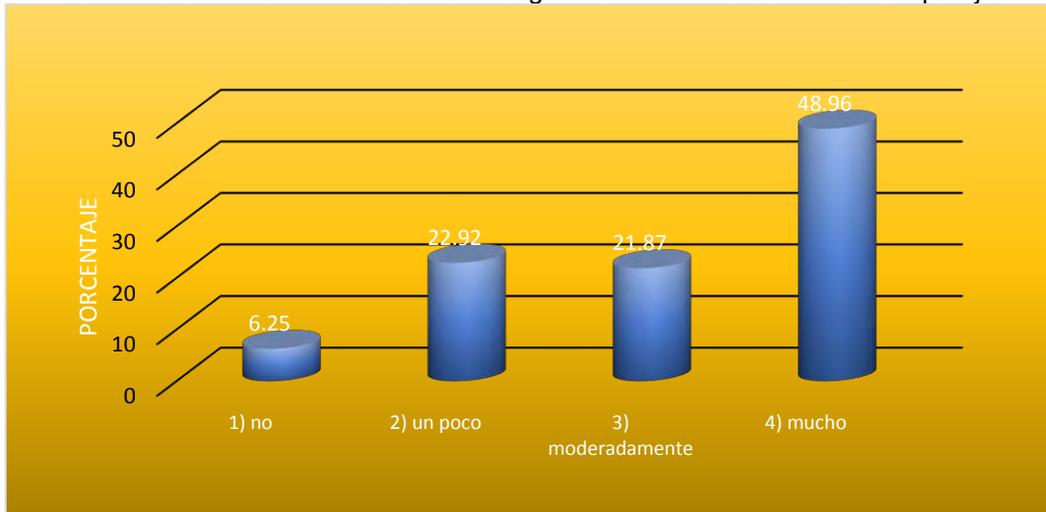
Gráfica no. 19
 Pacientes con incontinencia urinaria según la afectación de actividad social



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Pacientes con incontinencia urinaria según la afectación de actividad social. En primer lugar se tiene a las mujeres que declararon una afectación de actividad social moderada, representando un 36.46%, en segundo sitio se encuentran las mujeres que presentan una poca afectación de actividad social, representando el 29.17%, y en tercer lugar se encuentran las mujeres que presentan mucha afectación en su actividad social, representando 26.04%.

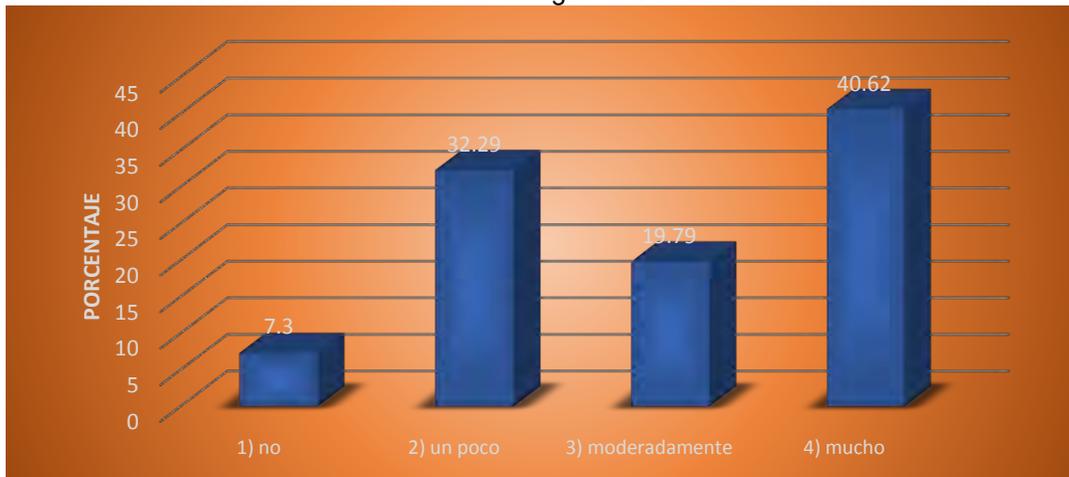
Gráfica no. 20
Pacientes con incontinencia urinaria según la afectación de actividad en pareja



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Pacientes con incontinencia urinaria según la afectación de actividad pareja. En primer lugar se tiene a las mujeres que declararon mucha afectación de actividad en pareja, representando un 48.96%, en segundo sitio se encuentran las mujeres que presentan una poca afectación de actividad en pareja, representando el 22.92%, y en tercer lugar se encuentran las mujeres que presentan una afectación moderada en su actividad en pareja, representando 21.87%.

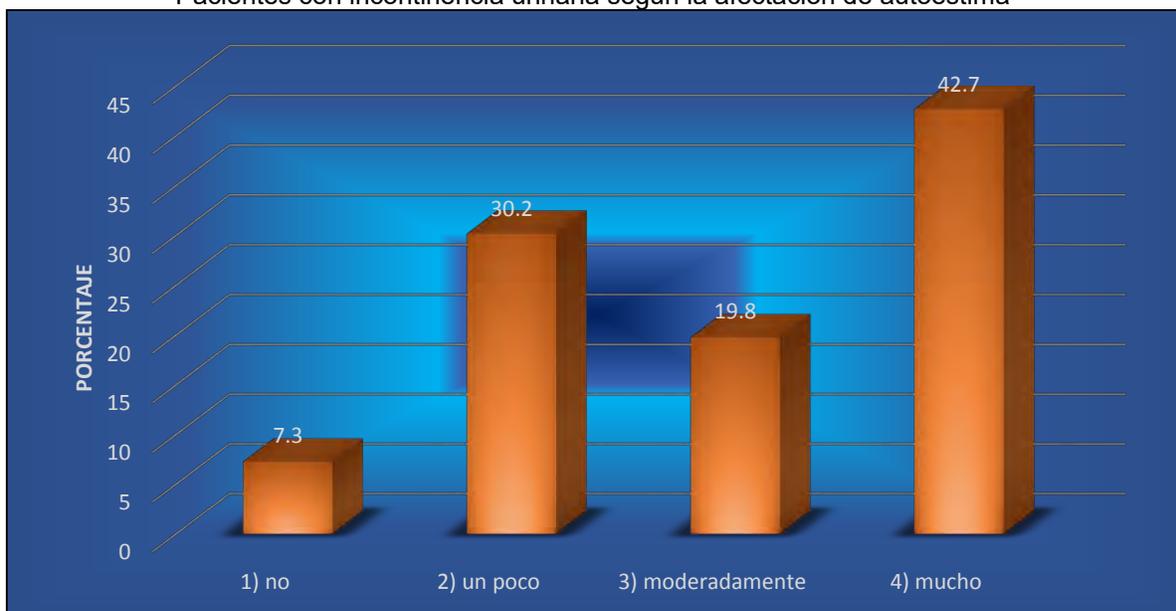
Gráfica no. 21
Pacientes con incontinencia urinaria según la afectación de actividad familiar



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Pacientes con incontinencia urinaria según la afectación de actividad familiar. En primer lugar se tiene a las mujeres que declararon mucha afectación de actividad familiar, representando un 40.62%, en segundo sitio se encuentran las mujeres que presentan una poca afectación de actividad familiar, representando el 32.29%, y en tercer lugar se encuentran las mujeres que presentan una afectación moderada en su actividad familiar, representando 19.79%.

Gráfica no. 22
Pacientes con incontinencia urinaria según la afectación de autoestima



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Pacientes con incontinencia urinaria según la afectación de autoestima. En primer lugar se tiene a las mujeres que declararon mucha afectación de su autoestima, representando un 42.7%, en segundo sitio se encuentran las mujeres que presentan una poca afectación de su autoestima, representando el 30.2%, y en tercer lugar se encuentran las mujeres que presentan una afectación moderada en su autoestima, representando 19.8%.

6. DISCUSIÓN

La incontinencia urinaria se definió en 1988 por la Sociedad Internacional de la Continencia, como la pérdida involuntaria de orina, de tal severidad que puede ser objetivamente demostrable y que constituye un problema higiénico o social para la paciente. ⁽¹⁾

La incontinencia urinaria femenina es una condición molesta indudablemente, se asocia a una morbilidad significativa afectando a la calidad de vida social y ocupacional, con repercusión en la salud psicológica, física y sexual de la mujer: aislamiento social, soledad, alteraciones de la actividad de la vida diaria, así como relaciones sexuales y trastornos del sueño ^(2,3)

En el presente estudio se realizó una serie de cuestionarios a pacientes con incontinencia urinaria, a las cuales se les interrogó sobre antecedentes personales no patológicos, ginecoobstétricos y sintomatología urinaria, así como su afectación en el ámbito social, anímico y familiar.

De la muestra consistente de 96 pacientes, se tiene en primer término a las que se localizan dentro del rango de las edades entre 66-70 años, representando el 23.96% sobre el total, en segundo lugar se tiene a las mujeres en el rango de las edades entre 61-65 años, con un 19.8%, con semejanza en estudios realizados previamente como el estudio de Hannestad y colaboradores realizado en Noruega y el de Martínez Espinoza y asociados efectuado en la zona metropolitana de Guadalajara y el hospital ABC del Distrito Federal reportaron cifras de prevalencia de la incontinencia urinaria se incrementa con la edad, 54 y 57.8% en las pacientes de 40-49 años y de 50-59 años, respectivamente, para después incrementarse hasta 71.4% en la población de 70-79 años. ⁽²⁶⁻²⁷⁾

Con un tiempo de evolución en primer lugar a pacientes con incontinencia urinaria con 12 meses, representando el 47.92%, en segundo sitio se encuentran el intervalo de tiempo de evolución 13-24 meses, representando el 45.83%, y en tercer lugar se encuentran las mujeres con un intervalo de evolución de 25-36 meses, significando el 6.25%, contrastando con la bibliografía, donde las pacientes tardan en consultar

con su problema de incontinencia en un 25% hasta cinco años de evolución del padecimiento.¹⁶⁾

Para la evaluación de la calidad de vida asociada a la incontinencia, se utilizaron dos instrumentos el King's Health Questionnaire y ICIQ-SF. Radicando su importancia en la capacidad de los mismos para explicar y describir el perjuicio que la incontinencia urinaria provoca en la calidad de vida de la persona que la padece y también en su capacidad de discernir entre los distintos tipos de IU. ^(15,18,21)

Obteniendo en este estudio, en relación a la incontinencia urinaria de urgencia en nuestra población de 96 pacientes, el 79% favorable a este diagnóstico; pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, 77%.

Pacientes con incontinencia urinaria según la afectación de actividad diaria. Se obtuvo como primer lugar a las mujeres que declararon una afectación de actividad diaria moderada, representando un 48.96%. En cuanto a la afectación de actividad social, se tiene en primer lugar a las mujeres que declararon una afectación de actividad social moderada, representando un 36.46%. De acuerdo a la afectación de actividad pareja. En primer lugar se tiene a las mujeres que declararon mucha afectación de actividad en pareja, representando un 48.96%.

Pacientes con incontinencia urinaria según la afectación de actividad familiar. En primer lugar se tiene a las mujeres que declararon mucha afectación de actividad familiar, representando un 40.62%, De acuerdo a la afectación de su autoestima se declaró en primer lugar una gran afectación en un 42.7%.

Con respecto al número de gestas y de paridad, se observó que la mayor frecuencia de incontinencia urinaria se presentó en pacientes con antecedente de ser multigestas y que la mayoría de las pacientes habían tenido resolución de los embarazos por vía vaginal, con un 42.7%. Lo anterior es equiparable con lo publicado en otros estudios que demuestran una mayor prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres multíparas comparadas con nulíparas, así como una correlación positiva entre el número de partos y la incidencia de incontinencia urinaria. Como el estudio realizado por Martínez Espinoza y asociados efectuado en la zona metropolitana de Guadalajara concluyeron en su estudio que las mujeres con cuatro a seis embarazos presentaban mayor incidencia de incontinencia urinaria que las pacientes continentales ⁽²⁷⁾

En relación al peso máximo de productos, se ha observado que pacientes con productos macrosómicos se vinculan con la incontinencia urinaria, en nuestro estudio se encuentra en primer lugar el intervalo de 4001-4500gramos, representando el 36.46%.

En relación al nivel de la escolaridad, se tiene en primer término a las mujeres con estudios de secundaria, representando el 47.2%, en segundo lugar se encuentran las mujeres con bachillerato con 31.25% y en tercer sitio se tiene las mujeres con escolaridad primaria con 11.46%, equiparable a lo referido en el estudio realizado por Martínez Espinoza, donde las mujeres con incontinencia urinaria se caracterizaron por no tener ninguna educación escolar o por haber cursado hasta la primaria o secundaria.

En dicho estudio las mujeres que se dedicaban al hogar tuvieron mayor prevalencia de incontinencia urinaria que las mujeres continentales 33.2% *versus* 55.1%⁽²⁷⁾ En cuanto el tipo de ocupación en nuestra población destacan las mujeres dedicadas al hogar con 85%, en segundo lugar se encuentran las mujeres con empleo 13%, y en tercer sitio se encuentran las mujeres con otra ocupación, las cuales representan el 2%.

7. CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio demuestran que la incontinencia urinaria es proporcional al aumento en la edad de las pacientes, teniendo en este estudio la mayor afectación en pacientes que se localizan dentro del rango de las edades entre 66-70 años, representando el 23.96% del total de las 96 pacientes encuestadas. Con una prevalencia del 79% para la incontinencia urinaria de urgencia y una prevalencia del 77% para la incontinencia urinaria de esfuerzo, la cual es semejante a la encontrada en estudios realizados en nuestro país.

Asimismo se obtuvieron coincidencias con diferentes estudios, al compartir que la multiparidad, productos macrosomícos, resolución de estos vía vaginal y una escolaridad baja contribuyen al desarrollo de incontinencia urinaria.

En este estudio las mujeres con incontinencia urinaria presentan una afectación grave a su autoestima, a la actividad con su pareja y familiar; moderadamente para sus actividades diarias y sociales.

Por lo que sería de utilidad en la consulta externa de ginecología continuar realizando la evaluación de la calidad de vida a través de los instrumentos utilizados como son el King's Health Questionnaire y ICIQ-SF, como parte complementaria para el estudio de las pacientes con incontinencia urinaria, ya que actualmente solo estamos enfocados solo al diagnóstico de la incontinencia urinaria y su manejo quirúrgico o farmacológico.

También sería importante canalizar a las pacientes con afectación a su autoestima con el servicio de psicología para un manejo conjunto, ya que el 42.7% de nuestras pacientes declara una gran afectación en este rubro, para mejorar la calidad de vida de las pacientes que así lo ameriten.

8. ANEXOS

ANEXO 1

La prevalencia de incontinencia urinaria y la influencia en la calidad de vida en pacientes que acuden a consulta de ginecología en el Hospital General de Pachuca.

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

EDAD: _____ ESTADO.CIVIL: _____ RELIGION: _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACION: _____

MENARCA: _____ RITMO: _____ DISMENORREA: _____

IVSA: _____ EDAD DEL PRIMER EMBARAZO: _____

G: _____ P: _____ A: _____ L: _____ C: _____

FUP: _____ FUA: _____ FUC: _____ FUM: _____

PESO DE LOS PRODUCTOS: _____

Incontinencia urinaria: SI () NO()

Tiempo de evolución de su incontinencia urinaria: _____

ANEXO 2: CUESTIONARIO AUTOADMINISTRABLE PARA LA EVALUACION CLINICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA ICIQ-SF

Mucha gente pierde orina en un momento determinado. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta que punto les preocupa esta situación. Le estaremos muy agradecidos si contesta a las siguientes preguntas, pensando en cómo se encuentra actualmente.

Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida.

Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 3+4+5. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta).

Nunca	0
Una vez a la semana	1
2-3 veces/semana	2
Una vez al día	3
Varias veces al día	4
Continuamente	5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

No se me escapa nada	0
Muy poca cantidad	2
Una cantidad moderada	4
Mucha cantidad	6

**ANEXO 3: CALIDAD DE VIDA DERIVADA DE LOS SÍNTOMAS URINARIOS:
CUESTIONARIO DE SALUD KING´S.**

¿Cómo describiría su estado de salud general en la actualidad?

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

*A continuación aparecen algunas actividades diarias que pueden verse afectadas por problemas urinarios.
¿Hasta qué punto le afectan sus problemas urinarios?*

Nos gustaría que contestara a todas las preguntas, pensando sólo en las 2 últimas semanas. Simplemente subraye solo una respuesta, la que corresponda a su caso.

LIMITACIONES EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS

¿Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las actividades físicas en casa (ej. limpiar, hacer la compra, pequeñas reparaciones, etc.)?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?

- No , en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES

¿Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (ej. ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.)?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

¿Sus problemas urinarios afectan su capacidad para desplazarse en autobús, coche, tren, avión, etc?

- No , en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

¿Sus problemas urinarios limitan sus actividades sociales?

- No , en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

¿Sus problemas urinarios limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos?

- No , en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

RELACIONES PERSONALES

¿Sus problemas urinarios afectan sus actividades físicas en pareja?

- No procede
- No , en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

¿Sus problemas urinarios afectan sus actividades físicas familiares?

- No procede
- No , en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

AUTOESTIMA

¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse deprimida?

- No , en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse preocupada o nerviosa?

- No , en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse mal consigo misma?

- No , en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

SUEÑO / ENERGÍA

¿Sus problemas urinarios afectan su sueño?

- No , en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse agotado/a o cansada?

- No , en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE ENCUENTRA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES?

¿Lleva compresas/pañales para mantenerse seca?

- Nunca
- A veces
- A menudo
- Siempre

¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?

- Nunca
- A veces
- A menudo
- Siempre

¿Se cambia la ropa interior porque está mojada?

- Nunca
- A veces
- A menudo
- Siempre

¿Se siente incómoda con los demás por sus problemas urinarios?

- Nunca
- A veces
- A menudo
- Siempre

Por favor, compruebe que usted ha contestado a todas las preguntas y muchas gracias.

El rango de puntuaciones de cada dimensión va de 0 (menor impacto de la IU y por tanto mejor calidad de vida) a 100 (mayor impacto, peor calidad de vida).

Este cuestionario permite obtener un valor global de la calidad de vida de la paciente con IU (Puntuación Global-PG) y otro específico para cada dimensión dentro de una escala con la siguiente amplitud: 0: Mejor calidad de vida posible – 100: Peor calidad de vida posible.

ANEXO 4

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada paciente, se le ha preguntado si quiere participar en este estudio de investigación. Su decisión es libre y voluntaria. Si no desea ingresar al estudio, su negativa no le causará consecuencia alguna. La siguiente información le describe el estudio y la forma en que participará como voluntario. Tome el tiempo necesario para hacer preguntas acerca del estudio, el médico responsable o el personal encargado del estudio le podrán contestar cualquier pregunta que tenga al respecto de este consentimiento o del estudio mismo. Por favor lea cuidadosamente este documento.

Nombre del proyecto de investigación: Prevalencia de incontinencia urinaria y su influencia en la calidad de vida en pacientes que acuden a consulta de ginecología en el Hospital General De Pachuca.

Sitio de Investigación: Hospital General de Pachuca

Los Investigadores a cargo del estudio son:

Investigador Clínico Principal: Dra. Laura Lorena Olvera López (Residente de Ginecología y Obstetricia).

Co-Investigador del Estudio: Dr. José Jesús García Corrales. (Especialista en Ginecología y Obstetricia).

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Determinar la prevalencia de vejiga hiperactiva y la calidad de vida relacionada con el estado de salud de mujeres que acuden a consulta de ginecología en el Hospital General de Pachuca.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO: En México menos de la mitad de las mujeres con incontinencia urinaria acuden a recibir atención médica. Evaluar la calidad de vida en la paciente que acude a la consulta en el Hospital General de Pachuca con incontinencia es la única forma de conocer la visión que tiene la propia persona sobre su enfermedad y como la enfrenta; permite mejorar la relación del profesional de la salud y el paciente; además es una valiosa herramienta para medir los resultados clínicos, mejorando el seguimiento y el control de estos.

RESPONSABILIDADES DEL VOLUNTARIO:

-Proporcionar de manera veraz la información solicitada por el personal encargado de realizar el estudio.

PROCEDIMIENTOS:

Se realizará una serie de preguntas con el propósito de realizar una historia clínica así como el llenado de una hoja de recolección de datos necesaria para llevar a cabo el estudio, contestar cuestionarios del estudio

DURACIÓN DEL ESTUDIO:

El tiempo que la paciente tarde en contestar los diferentes cuestionarios.

RIESGOS E INCONVENIENTES:

El estudio no representa ningún riesgo para las pacientes

BENEFICIOS PARA EL VOLUNTARIO:

1) valorar la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria, para poder tener mejor empatía a su padecimiento, y poder ofrecer un mejor tratamiento multidisciplinario.

ELIMINACIÓN DE SUJETOS PARTICIPANTES:

1. Como voluntario, usted iniciará el estudio sin ninguna clase de presión y podrá por su propia voluntad abandonar el mismo en el momento en que lo desee.
2. Si usted no cumple con sus responsabilidades en el estudio, el investigador decidirá si usted continua o no.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:

1. El Hospital guardará con estricta confidencialidad la información médica obtenida en este estudio, incluyendo los datos personales y de identificación de los voluntarios participantes.
2. Sólo el personal de la Secretaría de Salud de México (SSA), y los miembros de los Comités de Ética e Investigación del Hospital General de Pachuca, de los Servicios de Salud de Hidalgo (SSH), cuando se requiera, podrán revisar su historia clínica y la información obtenida durante el estudio.
3. Si se decide publicar los resultados de este estudio, en todo momento se mantendrá la confidencialidad de sus datos de identificación.

PREGUNTAS Y ACLARACIONES

Este documento le ha informado de qué se trata el estudio.

El personal médico y de enfermería podrán responder cualquier pregunta que tenga ahora; si tiene alguna duda acerca del estudio, el Investigador Clínico Principal del Estudio podrá ayudarle. Para hacerlo podrá llamar al siguiente teléfono: 7711393521, o acudir al Hospital General de Pachuca con el Dra Laura Lorena Olvera López, Médico Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.

Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos como sujeto de estudio, puede llamar al Hospital General de Pachuca, de la Secretaria de Salud de Hidalgo (SSH) y comunicarse con el Presidente de los comités de Ética en Investigación e Investigación Dr. Raúl Camacho Gómez a los teléfonos 01-771-71-3-7355/7142475.

Nombre y firma de la persona que explicó la forma de Consentimiento Informado

Fecha y hora en que se firmó el Consentimiento Informado: _____

DECLARACIÓN DEL VOLUNTARIO

Estoy enterado de que éste es un estudio de investigación no implica ningún riesgo e inconvenientes, he realizado todas las preguntas que he querido, se me han aclarado satisfactoriamente y estoy de acuerdo en participar y cooperar con todo el personal del estudio titulado prevalencia de incontinencia urinaria y su influencia en la calidad de vida en pacientes que acuden a consulta de ginecología en el Hospital General De Pachuca

Manifiesto que lo que he expresado en mi historia clínica y demás interrogatorios sobre mi actual estado de salud es veraz, y exento al Hospital General de Pachuca y a su personal de toda responsabilidad legal que surgiera o se ligara a una declaración falsa u omisión por mi parte. Mediante la firma de este consentimiento, estoy autorizando que se dé a conocer mi historia clínica a las autoridades de salud de México (SSA), comités de Ética en Investigación e Investigación del Hospital General de Pachuca y a los Servicios de Salud de Hidalgo (SSH) cuando se requiera.

Nombre del voluntario: _____

Fecha _____

Edad _____

1er. Testigo: Nombre _____

Fecha: _____

Relación con el voluntario _____

2º Testigo: Nombre e iniciales _____

Fecha _____

Relación con el voluntario _____

Certifico que he revisado estos datos y que el voluntario ha sido adecuadamente informado acerca de su participación en el estudio, aceptando participar en él.

Nombre y firma del Investigador Clínico Principal

9. BIBLIOGRAFÍA:

1. Delgado J., Fernández C., Aguirre X. Temas Selectos de Ginecología y Reproducción Humana. 1ª edición. México: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, 2006; Tomo II, 183-202.
2. Bidmead, J., Urinary incontinence: A Gynaecologist's Experience. Eur Urol, 2002; p. 21-24.
3. Serrano, R., El 90% de las IU de esfuerzo se evitan con medidas preventivas., in Urología, D. Médico.com, Editor. 2003, Recoletos.es: Madrid. p. <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,404697,00.html>
4. Flores Ó., Delgado J., Iris S., Programa de Actualización Continua en Ginecología y Obstetricia. 3ª edición. México: Intersistemas Editores, 2008; Libro 2:177-213.
5. Nieto E., Camacho J., Dávila V., García M. Epidemiología e impacto de la incontinencia urinaria en mujeres de 40 a 65 años de edad en un área sanitaria de Madrid. Aten Primaria 2003; 32:410-14.
6. De Lancey JO. Structural supports of the urethra as it relates to stress urinary continence: the hammock hypothesis. Am J Obstet Gynecol 1994; 170 (6):1713-20
7. Abrams P, Cardoza L, Fall M- The standardization sub-committee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn 2002; 21:167-178.
8. Richardson DA, Rmahi A. Reproducibility of pressure transmission ratio in stress incontinence women. Neurourol Urodynam 1993; 12: 124-130.
9. Nygaard I, Heitt M. Stress Urinary Incontinence. Obstet Gynecol 2004;104:607-620.
10. Avilez C, Rodríguez C, Escobar L. Operación Burch: experiencia a 45 años de historia. Ginecol Obstet Mex 2007;75:155-63.
11. Médico-Interactivo-Diario-Eléctrico-de-la-Sanidad, Más de 800.000 españoles sufren incontinencia urinaria., in Sección Noticias Nacional, Meditex, Editor. 2003, Meditex, S.L: Madrid.
12. Norton, P., et al., Distress and delay associated with urinary incontinence, frequency, and urgency in women. Br Med J, 1988. 297 (6657): p. 1187-9.
13. Crespo, A., La incontinencia urinaria es una patología poco consultada en los servicios sanitarios, según expertos. El Médico Interactivo. Diario Electrónico de la Sanidad., 2002. 809 (Sociedades Científicas).
14. Kelleher, C., et al., A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. BJOG: International Journal of Obstetrics & Gynaecology, .1997. 104: p. 1374-1379.
15. Espuña, M., P. Rebollo, and M.P. Clota, Validación de la versión española del ICIQ-SF. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. Med Clin, 2004.122 (8): p. 288-292.

16. Hunskar S, Arnol EP, Burgio KL, Diokno AC, Herzog AR and Mallett VT. Epidemiology and natural history of urinary incontinence (UI). In: P Abrams, S Khoury and A. Wein, Editors, Incontinence, Healt Publication Ltd, Monaco 1999; pp197-226.
17. Donovan JL, Badia X, Corcos J, Gotoh M, Kelleher C. Symptom and quality of life assessment. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Editors. Incontinence 2nd ICI. Plymouth; Health Publication Ltd.2002 p269.
18. Badia X, Castro D, Conejero J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. Med Clin (Barc) 2000;114:647-52
19. España M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del internacional consultation on incontinence questionnaire-short form: un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. Med Clin (Barc) 2004;122:288-92.
20. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. Br J Obstet Gynaecol 1997;104:174-9.
21. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. Neurourol Urodynam 2004;23:322-30.
22. Viana-Zulaica, C., Incontinencia urinaria en la mujer., in Guías clínicas de Fistera.com. 2005, Casitérides. S.L.: A Coruña. p. <http://www.fistera.com/guias2/incontinencia.asp>.
23. Bidmead, J., Urinary incontinence: A Gynaecologist's Experience. Eur Urol, 2002: p. 21-24.
24. García-Cepeda, J., et al., Elevada prevalencia de incontinencia urinaria en mayores de 64 años en España. Galicia Gac Sanit, 2003. 17 (5): p. 409-411.
25. Guía de practica clínica: Detección, diagnóstico y tratamiento inicial de incontinencia urinaria en la mujer.
26. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskar S. A community- based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. J Clin Epidemiol 2000; 53: 1150–1157.
27. Martínez CJ, Flores O, García de Alba JE, Velázquez PI, González MI, Márquez R. Prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de la zona metropolitana de Guadalajara. Ginecol Obstet Mex 2006; 74: 300-305.