



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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1
“DR. ALFONSO MEJÍA SCHROEDER”**

TESIS

**“INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN MEDICINA FAMILIAR
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR N. 1.”**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA EL MÉDICO CIRUJANO
ARNULFO ABRAHAM TREJO ESPEJEL.**

**BAJO LA DIRECCIÓN DE:
DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. TONANTZIN REFUGIO ACOSTA
MÉDICO FAMILIAR
ASESOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO**

**PERIODO DE ESPECIALIDAD
2012- 2015
PACHUCA DE SOTO, HIDALGO**

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

"INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN MEDICINA FAMILIAR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR N. 1."

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, QUE SUSTENTA EL MÉDICO CIRUJANO:

ARNULFO ABRAHAM TREJO ESPEJEL

PACHUCA DE SOTO HIDALGO, ENERO 2015.

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M. C. ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA U.A.E.H.

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

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

DR. MARIO ISIDORO ORTIZ RAMÍREZ
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVERSITARIO

DR. JORGE TEODORO CHÁVEZ PAGOLA
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVERSITARIO



POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DRA. GRESS MARISSELL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

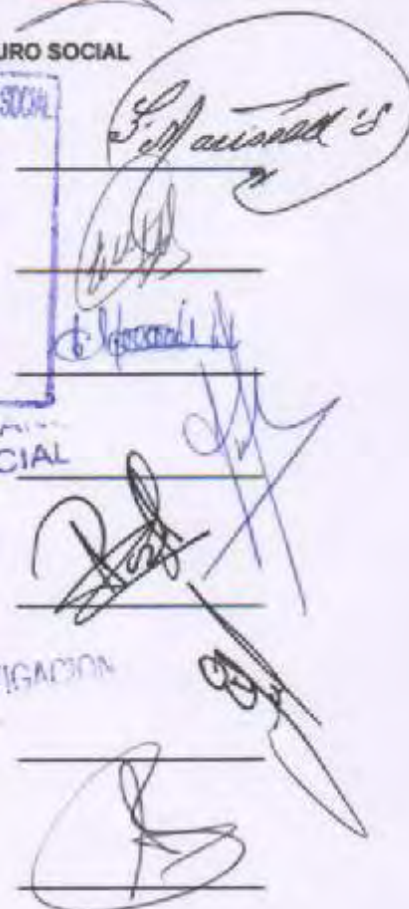
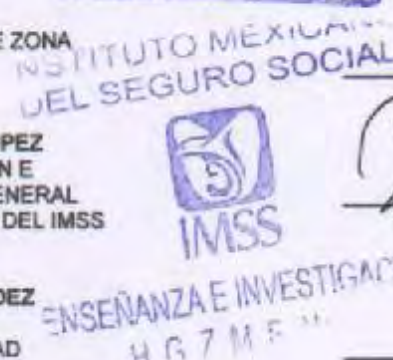
DRA. GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICA DE INVESTIGACION EN SALUD

DRA. SILVIA CRISTINA RIVERA NAVA
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1, IMSS PACHUCA, HIDALGO

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTEN LÓPEZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL IMSS PACHUCA, HIDALGO

DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. TONANTZIN REFUGIO ACOSTA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
ASESOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO



DEDICATORIA

Dedico la presente tesis a mi hijo Abraham Rafael Trejo Pedraza, quien ha cambiado mi vida en todos los sentidos, me ha hecho mejor persona y a valorar las cosas buenas de la vida.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera antes que nada agradecer a dios por todas las bendiciones que me ha dado, a mi compañera de camino y madre de mi hijo Samantha Pedraza Ix; agradezco infinitamente el apoyo que me han brindado mis padres Emilio Trejo Borbolla y María de Jesús Espejel Cárdenas, así mismo agradezco el apoyo incondicional brindado por mis hermanos Emilio Trejo Espejel, Miguel Ángel Trejo Espejel y María Guadalupe Trejo Espejel.

ÍNDICE

I.	IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES.....	2
II.	RESUMEN.....	3
III.	MARCO TEÓRICO.....	4
IV.	JUSTIFICACIÓN.....	14
V.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
VI.	OBJETIVOS.....	18
VII.	HIPÓTESIS.....	18
VIII.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
IX.	ASPECTOS ÉTICOS.....	24
X.	RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.....	25
XI.	RESULTADOS.....	26
XII.	DISCUSIÓN.....	44
XIII.	CONCLUSIONES.....	47
XIV.	RECOMENDACIONES.....	48
XV.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
XVI.	ANEXOS.....	52

I. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES.

INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN MEDICINA FAMILIAR
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR N. 1.

ASESOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO:

Dra. Tonantzin Refugio Acosta. Médico Familiar

Adscripción: Departamento Coordinación Hospitalaria de donación. HGZMFN.1

Lugar de trabajo: HGZMFN.1 Pachuca, Hidalgo.

Teléfono: 771 1633910

Correo electrónico: tonantzinra@yahoo.com.mx

PRESENTA:

Arnulfo Abraham Trejo Espejel. Residente de tercer año de Medicina Familiar.

Adscripción: HGZMF N.1 Pachuca, Hidalgo.

Lugar de trabajo: HGZMF N.1 Pachuca, Hidalgo.

Teléfono: 771 1301392

Correo electrónico: arnulfoabraham@hotmail.com.mx

II. RESÚMEN.

TÍTULO: “Incontinencia urinaria en pacientes geriátricos en medicina familiar en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar N. 1.”

ANTECEDENTES: La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable que origina un problema social o higiénico, a pesar de que la incontinencia urinaria no implica un pronóstico de gravedad limita la autonomía, reduce la autoestima y la calidad de vida en quienes la padecen.

Es uno de los síndromes geriátricos más frecuentes en la práctica clínica, las consecuencias clínicas de la incontinencia urinaria son dermatitis en región perineal, mayor riesgo a desarrollar úlceras cutáneas, infección de vías urinarias, caídas, ansiedad, depresión o incluso mayor riesgo de fallecer. Cuidadores y pacientes generalmente niegan, minimizan como parte normal del envejecimiento.

OBJETIVO: Se determinó el número de pacientes mayores de 60 años que presentan incontinencia urinaria en consultorios de medicina familiar del Hospital General de Zona y Medicina Familiar N. 1. Mediante la aplicación del cuestionario ICIQ-SF.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se aplicó el Cuestionario ICIQ-SF. Estudio trasversal y descriptivo. Se ocupó como muestra a pacientes mayores de 60 años que acuden a consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona y Medicina Familiar N. 1. Así como unidad muestral el cuestionario ICIQ-SF que describe la incontinencia urinaria y la clasifica por grados.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA: Los recursos humanos con los que contó este estudio son: Asesor clínico y metodológico, médico residente. Recursos materiales: Cuestionario ICIQ-SF, asesoramiento estadístico, análisis de datos mediante STATA, material oficina y equipo de cómputo con programa para el análisis de datos. Recursos financieros: A cargo del investigador.

TIEMPO A DESARROLLARSE: Enero del 2015.

EXPERIENCIA DEL GRUPO: Los asesores tienen la experiencia de investigaciones anteriores en el campo de la salud.

RESULTADOS: Se obtuvo la cifra de incontinencia urinaria que se encuentra por arriba del 15 % tomando en cuenta los valores más representativos del problema de incontinencia urinaria de la escala del 5 al 10 se puede decir que en suma el 25.26 % percibe que si hay afectación por lo menos en una cuarta parte de los encuestados; de la cifra anterior en suma el 14.36 % se encuentran entre 7 a 10 puntuaciones significativas. Por género, a excepción del puntaje de 7, los porcentajes son mayores en las mujeres que en los varones tomando en cuenta la suma de 5 a 10 el porcentaje es: 9.3 hombres vs 14.37 mujeres.

III. MARCO TEÓRICO.

La incontinencia urinaria (IU), según la International Continence Society (ICS), es cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema social o higiénico (1).

Se presenta tanto en personas sanas como asociada a diferentes enfermedades, y puede ser consecuencia de diversas causas. No se ha venido considerando una enfermedad per se, lo que unido a la falta de consenso sobre su definición ha dificultado su conocimiento y no incluirse en los temarios formativos. Además, su identificación, cuantificación y adecuado tratamiento desde el punto de vista asistencial son limitados, a pesar de que se trata de un problema clínico relevante, tanto por su prevalencia como por sus connotaciones psicosociales y económicas (1,2).

DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN.

La International Continence Society clasificó en el año 2002 los síntomas del tracto urinario inferior en síntomas de la fase de llenado y síntomas miccionales. La incontinencia, como síntoma de la fase de llenado, se define como la enfermedad, o condición médica, caracterizada por cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema higiénico o social. Hasta ese año, la falta de consenso en la definición ocasionaba graves problemas a la hora de realizar trabajos epidemiológicos. La insuficiencia urinaria no es una enfermedad que ponga en peligro la vida del paciente, pero deteriora significativamente la calidad de vida de quien la padece, ya que reduce su autoestima y merma su autonomía (3).

Incontinencia urinaria de esfuerzo. La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (como toser, reír, correr o andar).

Incontinencia urinaria de urgencia. La incontinencia de urgencia, es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de "urgencia". Entendiendo por "urgencia" la percepción por el paciente de un deseo miccional súbito claro e intenso, difícil de demorar y con miedo al escape.

Incontinencia urinaria mixta. Se trata de un tipo de incontinencia que se asocia a urgencia miccional y también a los esfuerzos, al ejercicio, a los estornudos o a la tos.

Insuficiencia urinaria “continua”. Es la pérdida involuntaria y continua de orina. Puede deberse a una fístula vesico-vaginal, a una desembocadura ectópica de un uréter en la vulva o a una lesión grave del sistema esfinteriano (lo que se ha denominado “deficiencia esfinteriana intrínseca”).

Enuresis nocturna. Se refiere a cualquier pérdida involuntaria de orina durante el período de sueño.

Incontinencia urinaria por rebosamiento. Algunos autores la denominan “incontinencia urinaria inconsciente”. Es la incontinencia urinaria que se aprecia en pacientes sin deseo miccional alguno. El enfermo presenta incontinencia que suele requerir al uso de absorbentes y que origina un cuadro también denominado “retención crónica de orina”. El motivo suele ser una obstrucción infra vesical con dilatación de todo el tracto urinario, incluido el superior, y que suele acompañarse de insuficiencia renal postrenal.

Otros tipos de incontinencia urinaria. Son la que se produce durante el coito, tanto en la mujer como en el varón, o climacturia (sobre todo en pacientes intervenidos de prostatectomía radical), la incontinencia con la risa (giggle incontinence) y el goteo postmiccional.

Incontinencia “funcional”. Se puede denominar así al tipo de incontinencia urinaria que se produce en pacientes cuyo aparato urinario no tiene problema alguno, pero que debido a trastornos físicos (movilidad reducida), cognitivos (demencia), arquitecturales (barreras arquitectónicas en pacientes con movilidad reducida) o al uso de determinados medicamentos no son capaces de llegar al baño. Este tipo de incontinencia urinaria suele observarse en pacientes ancianos, en los que pueden coexistir diversos factores como delirio, infección urinaria, atrofia vaginal, factores psicológicos, fármacos (pharmacologic en inglés), movilidad restringida, exceso de diuresis (poliuria) o impactación fecal (stool impaction en inglés), que constituye la regla nemotécnica DIAPPRES (4).

La International Continence Society también define el síndrome de vejiga hiperactiva como el conjunto de síntomas de la fase de llenado caracterizado por urgencia miccional como síntoma principal (deseo miccional imperioso con miedo al escape), con o sin incontinencia, habitualmente asociado a frecuencia miccional elevada y nocturna. Debe quedar bien claro que el síndrome de vejiga hiperactiva es un síndrome exclusivamente

clínico. Así pues, dicho síndrome puede cursar o no con incontinencia urinaria, y puede ser la expresión clínica de etiología muy variada (5).

ANATOMÍA.

El conocimiento de los sistemas que inervan al aparato urinario inferior permite un mejor conocimiento de la fisiología y es esencial para entender su comportamiento en los distintos tipos de lesiones del sistema nervioso (vejiga neurógena).

Cuando desde centros corticales hemos decidido orinar y el medio nos es propicio, relajamos de forma voluntaria tanto el periné como el sistema esfinteriano estriado (inhibimos la actividad del pudendo) y la orden dada al centro pontino hace que el reflejo parasimpático miccional se desencadene, a la vez que el simpático torácico relaja el cuello vesical. Hay otros muchos reflejos que tienen por objeto el mantenimiento del reflejo parasimpático. Además, la contracción voluntaria del pudendo genera un reflejo inhibitorio del parasimpático.

El periné se puede entender como el elemento de cierre inferior de la cavidad abdominoperineal, formado por un anillo óseo pélvico (sacro y coxal) y una serie de ligamentos, aponeurosis y músculos, de los cuales el elevador del ano constituye su elemento dinámico más potente e importante. La inervación motora del elevador del ano se realiza desde fibras somáticas que provienen de los mielómeros sacros mediante el nervio pudendo. Recientemente se ha definido otro nervio (el perineal interno), con una función paralela al pudendo, pero menos importante. El tono del componente muscular del periné, así como la integridad y estabilidad de los elementos aponeuróticos y ligamentosos, son imprescindibles no sólo para la estabilidad de las vísceras perineales, sino también porque desempeñan un papel trascendental en la dinámica y el mantenimiento de la continencia urinaria y fecal. Estudios como los realizados por Petros y Ulmsten, han puesto de relieve la importancia del periné en la dinámica miccional y fecal.

El aparato urinario inferior está constituido por la vejiga y la uretra. La vejiga es una visera hueca cuyas paredes están constituidas por fibras musculares lisas (detrusor). Su interior se encuentra recubierto por el urotelio, epitelio altamente especializado capaz de estar en contacto con la orina. Se continúa con la uretra, que posee el sistema esfinteriano como elemento necesario para la continencia. El sistema esfinteriano está formado por el

esfínter interno en el cuello vesical, que no es otra cosa que una condensación de las fibras musculares lisas del detrusor y el esfínter externo, constituido por fibras musculares estriadas. La diferente anatomía del hombre y la mujer viene dada por la presencia del aparato genital, lo que confiere a ambos sexos unas características fisiológicas diferentes, así como una distinta tendencia en lo que se refiere a la patología urinaria (la mujer está mucho más expuesta a problemas de incontinencia de esfuerzo, mientras que en el varón predominan los problemas de tipo obstructivo por la presencia de la próstata y su comportamiento obstructivo con la edad (6).

El sistema nervioso inerva al aparato urinario inferior y a la musculatura del suelo pélvico mediante el sistema nervioso somático y autónomo. Se trata de un modelo de inervación que persigue la continencia y que pone de relieve la importancia de la misma no sólo por motivos de tipo "higiénico", concepto muy reciente en nuestra evolución como especie, sino que probablemente indica una necesidad de supervivencia dentro de la misma (la orina es una sustancia fácilmente rastreable para los depredadores). El esfínter uretral externo, el esfínter estriado anal y el músculo elevador del ano están inervados por fibras somáticas que proceden de moto neuronas alfa del núcleo de Onuf (localizado en las astas anteriores de los mielómeros sacros S2-S4 que está bajo el control de la vía piramidal, lo que indica su posible contracción voluntaria. Este sistema también está sometido a reflejos somáticos, como el que se produce instantes antes de un estornudo o un acceso de tos y que permite asegurar la continencia urinaria y fecal (7,8).

Factores de riesgo en las mujeres

El prolapso de órganos pélvicos (POP) tiene una prevalencia del 5 %-10 % basándose en el hallazgo de una masa que hace prominencia en la vagina. El parto entraña un mayor riesgo de POP en etapas posteriores de la vida y dicho riesgo aumenta con el número de hijos. No está claro si la cesárea previene la aparición de POP, aunque la mayoría de los estudios indican que la cesárea conlleva un menor riesgo que el parto vaginal de sufrir morbilidad posterior relacionada con el suelo de la pelvis. Algunos estudios señalan que la histerectomía y otras intervenciones pélvicas aumentan el riesgo de POP. Se precisan más estudios que señalan que el tabaquismo, dieta, depresión, infecciones de las vías urinarias (IVU) y el ejercicio no son factores de riesgo (9,10).

Vejiga hiperactiva (VHA)

La prevalencia de VHA en los varones adultos varía entre el 10 % y el 26 % y, en las mujeres adultas, entre el 8 % y el 42 %. Aumenta con la edad y, con frecuencia, aparece con otros SVUI.

Varias afecciones crónicas comunes, tales como depresión, estreñimiento, trastornos neurológicos y disfunción eréctil, se han asociado de manera significativa a VHA. (11).

La incontinencia urinaria es muy prevalente en las mujeres de edad avanzada y supone también la forma más común de incontinencia urinaria en las mujeres menores de 75 años, ya que afecta a casi un 50% de ellas (12,13).

En pacientes con terapia hormonal, el incremento de la sintomatología de incontinencia Urinaria en relación a hipertrofia prostática es frecuente en el uso de terapia sustitutiva hormonal, sin embargo no se atribuye a la propia terapia (14).

Se asocia, sobre todo, a la obesidad y a los partos múltiples, así como a la dificultad funcional (problemas en la marcha, etc. Por el contrario, la incontinencia urinaria en el varón es rara y, por lo general, de causa de iatrogenia, asociada a cirugía prostática previa (tras adenomectomías o resecciones transuretrales [RTU] prostáticas y, sobre todo, tras prostatectomía radical por adenocarcinoma prostático (15).

EPIDEMIOLOGÍA.

El porcentaje de incontinencia grave o significativa oscila entre el 3% y el 17%. A pesar de esta elevada prevalencia global, sorprende el escaso número de consultas médicas que se generan por este motivo.

La prevalencia media estimada ronda entre el 20%-30% en términos generales, con una elevación de hasta el 30%-40% en las personas de mediana edad, y de hasta un 30%-50% en los ancianos. La incidencia de incontinencia urinaria aumenta linealmente con la edad hasta ser considerada como uno de los síndromes geriátricos, tanto por su elevada prevalencia en mayores de 65 años como por el impacto negativo que ocasiona en el anciano que la sufre (16).

La prevalencia estimada de incontinencia urinaria (IU) varía considerablemente, incluso después de tener en cuenta las diferencias existentes en cuanto a definiciones, metodología epidemiológica y características demográficas. Sin embargo, estudios

prospectivos recientes han proporcionado muchos datos acerca de la incidencia de IU y su evolución natural (progresión, regresión y resolución) (17).

Se ha calculado que la IU, o aparición de pérdidas de orina al menos una vez en los últimos 12 meses, afecta al 5 %-69 % de las mujeres y al 1 %-39 % de los varones. En general, la IU es el doble de frecuente en las mujeres que en los varones. Algunos datos procedentes de estudios efectuados en gemelos indican la existencia de un componente genético notable en la IU, especialmente en la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE). La IUU es la forma más habitual de IU en mayores de 75 años, sobre todo en varones (40%-80%). En la mujer, la prevalencia de IUU oscila entre el 11% y el 20%. En la mujer joven predomina la IUE, mientras que la IUU es más frecuente en la mujer postmenopáusica (18).

Es una de las patologías crónicas más prevalentes, superior a patologías como la diabetes y otras enfermedades que reciben una mayor y mejor atención médica. Genera unos costes elevados, superiores a la cirugía de bypass de arterias coronarias e incluso a la diálisis renal combinada. Anatómicamente los hombres están más protegidos ante la posibilidad de presentar IU. No debemos olvidar que existen circunstancias y factores de riesgo para la IU que pueden aparecer tanto en hombres como en mujeres (accidentes cerebro vasculares, demencia, cáncer de vejiga, diabetes, limitación de la movilidad, impactación fecal, medicamentos y el envejecimiento (19,20).

Con la edad se producen cambios fisiológicos a nivel de la vejiga y de la uretra que en ocasiones, si están asociados a otros factores, facilitarán la aparición de IU. Estos cambios aparecen por igual en hombres y mujeres, sin embargo, existen situaciones específicas de incontinencia urinaria para los hombres como es la incontinencia urinaria secundaria a patologías de la glándula prostática y sus tratamientos. Hasta el 30% de los pacientes a los que se les ha realizado una prostatectomía radical sufren algún grado de incontinencia (21).

INCONTINENCIA URINARIA EN EL VARÓN.

En el varón la incontinencia urinaria es una patología muy prevalente, sobre todo en la población adulta, presentándose en una proporción de dos a cuatro veces más común en mujeres que en varones, variando esta proporción según la edad. En varones aumenta considerablemente con la edad; por su elevada prevalencia en mayores de 65 años y por

el impacto negativo que ocasiona en las personas que la padecen se considera a la incontinencia urinaria como uno de los Síndromes Geriátricos. La prevalencia de la incontinencia urinaria en el varón es difícil de conocer con exactitud; varía mucho dependiendo de los diferentes estudios. Esta diversidad se debe a las diferencias en la metodología, tipo de población estudiada y a los distintos conceptos utilizados en la definición de incontinencia urinaria. Las cifras de prevalencia en el varón adulto varían entre el 7-17% en población general, y del 18-55% en población que cuenta con servicios de salud (22).

En los varones el crecimiento de la prevalencia es lineal aumentando exponencialmente con la edad. Con la edad se iguala la probabilidad de presentar incontinencia urinaria. Hasta los 60 años, la gran mayoría de incontinencia urinaria se presenta en mujeres en una proporción 3-1. A partir de los 60 años esta proporción es de 2-1, siendo de 1,5-1 a partir de los 80 años y aunque no se ha observado un aumento de la mortalidad en los pacientes con incontinencia urinaria, existe una gran repercusión en la calidad de vida (23).

La incontinencia urinaria tiene también una elevada repercusión económica. Los gastos directos e indirectos que genera se estima que representan una mayor repercusión que patologías como la osteoporosis, el cáncer de mama y el cáncer ginecológico (24).

La incontinencia urinaria como se aprecia, representa un problema médico, afectivo, social y económico. A nivel médico, aumentan las infecciones urinarias, úlceras perineales, las caídas y fracturas. A nivel afectivo, pérdidas de autoestima, ansiedad y depresión. A nivel social, aislamiento social, necesidad de apoyo familiar, necesidad de recursos. A nivel económico, costo elevado de los tratamientos farmacológicos, quirúrgicos y de las medidas paliativas. Del total de los pacientes que presentan incontinencia urinaria varias veces al día, el 70% presentan mala calidad de vida; de los que tienen incontinencia urinaria 2-3 veces al mes, el 10% presentan mala calidad de vida, y el 100% de los pacientes con incontinencia urinaria permanente tienen alterada la calidad de vida. Aunque, paradójicamente, sólo una minoría (el 10%) lo atribuyen a la incontinencia urinaria (25).

ANTECEDENTES

Visión Internacional

La incidencia anual de IU en las mujeres oscila entre el 42 % y el 51 %; la incidencia máxima se da durante el embarazo. Las tasas de remisión completa de la IU varían entre el 0 % y el 13 % y la tasa más alta de remisión se produce tras el embarazo. La incidencia anual de VHA oscila entre el 4 % y el 6 %, mientras que las tasas anuales de remisión de la VHA lo hacen entre el 2 % y el 3 % (26).

La incidencia anual de cirugía por prolapso oscila entre el 0,16 % y el 0,2 %. Se calcula que el riesgo acumulado durante toda la vida de cirugía por prolapso es del 7 %-11 % (27).

El estudio EPIC (2010) es un estudio poblacional en el que se calculó la prevalencia de IU, VHA y otros STUI entre los varones y las mujeres de cinco países siguiendo las definiciones de la ICS de 2002. Las tasas de prevalencia relacionadas específicamente con el sexo y la edad del estudio EPIC se utilizaron para calcular el número mundial actual y futuro de personas con SVUI, VHA e IU (). Esto se llevó a cabo extrapolando las tasas de prevalencia a la población mundial de 20 años o más de edad (4.200 millones). Se estratificó a los varones y las mujeres de entre 20 y más de 80 años en grupos de edad de cinco años (por ejemplo, 20-24 años) para calcular el número mundial actual y futuro de personas con SVUI, VHA e IU y las tasas de prevalencia relacionadas específicamente con el sexo y la edad (28).

En Noruega, la revisión en 2009 de su trabajo original, fue representada en 4.343 mujeres mayores de 20 años (estudio EPINCON- 3), el 25% decía presentar algún tipo de incontinencia urinaria, además que la mayor incidencia y prevalencia de incontinencia en las mujeres de raza blanca que se observa en esta literatura, que sugiere relación con características raciales, pero faltan trabajos en otras etnias, lo que implica un importante sesgo en esta aseveración (29).

En 2004 se valida la versión en español del cuestionario ICIQ--SF® que utilizaremos para nuestro estudio realizado y aplicado por el grupo de Monserrat Espuña ya mencionada varias ocasiones donde aplican la versión acortada del cuestionario ICIQ-SF® reportando índices más altos de incidencia en la población y su uso clínico y replicando la metodología por Potter et. Al. Para el sin resultados alentadores (30,31).

Un estudio transversal para evaluación de incontinencia publicado en Chile, referido a población mexicana fue descrito en 2011, utilizando este mismo cuestionario ICIQ-SF® con adecuada validez interna (32).

Visión Nacional

Los estudios sobre incontinencia urinaria en México

En 2006, un estudio reporta la prevalencia de incontinencia urinaria en la zona metropolitana de Guadalajara, siendo este estudio transversal descriptivo con base en síntomas generales mediante un cuestionario somato métrico local de residentes. La incontinencia fue en 27.8% promedio (33).

En el año 2007 se reporta un estudio transversal descriptivo en 16 delegaciones políticas del distrito federal donde se aplicó el cuestionario ICIQ- SF ® donde la prevalencia fue 46% promedio en la población adulta y la incidencia de 30.2 para población de 20-29 años. Incrementando hasta 70 % en el grupo poblacional de 70 años y más. En este estudio también se hizo la relación con Índice de masa corporal, peso y número de embarazos para mujeres (34).

CUESTIONARIO PARA INCONTINENCIA URINARIA ICIQ-SF ®

En el año 2002 el comité de expertos de la Sección International Consultation on Incontinence crearon un cuestionario, el International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ). Además desarrolló una versión corta auto administrada del mismo (ICIQ-SF ®) que es de gran utilidad en la detección y evaluación de pacientes con IU por su brevedad y sencillez. Este cuestionario también lo utiliza y recomienda la EAU en su guía de 2009. En el año 2003 pasó a constituir el primer cuestionario corto de diagnóstico de IU validado en España.

El ICIQ- SF consta de Tres preguntas, sobre frecuencia, cantidad y afectación de la calidad de vida, con cuyas respuestas se calcula la puntuación del cuestionario que puede variar entre 0 (continente) y 21 puntos (máximo grado de incontinencia urinaria)

Este cuestionario fue validado mediante las siguientes fases: Evaluación de factibilidad, validez (comprobando el resultado diagnóstico del cuestionario ICIQ-SF ® con la exploración clínica mediante análisis de diferencia y grado de correlación), validez de constructo mediante grado de gravedad: grado de puntuación y corroborado con

coeficiente rho de Spermán en grupo caso y controles. Fue diseñado para la práctica y ha reportado altos índices de confiabilidad, sensibilidad y validez. (Alfa de Cronbach fue de 0,89. La sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos positivo y negativo respecto al diagnóstico clínico fueron del 92,1, el 55,6, el 88,3 y el 65,9%, respectivamente, y respecto a la uro dinámica, del 87,7, el 40,8, el 85,1 y el 46,2%, respectivamente. También posee recomendación grado A de la consulta internacional de Incontinencia (ICI) (30).

Este cuestionario no discrimina las causas fisiopatológicas de la incontinencia urinaria. Para esto es útil la aplicación de otros cuestionarios clínicos que complementen otros datos encaminados a la patología, sin embargo para este estudio es factible debido a que no es motivo de búsqueda en nuestros objetivos la relación multifactorial o fisiopatológica de la incontinencia sino solo describir su presencia.

Se utilizó este cuestionario para nuestro estudio previa autorización vía e mail por el grupo de estudio ICIQ de Inglaterra (Researchers at the Bristol Urological Institute, UK) sin modificaciones.

IV. JUSTIFICACIÓN.

En los miembros del equipo de la salud y en la población general existe una escasa y mala información sobre la incontinencia urinaria. Frecuentemente, se atribuye a una consecuencia normal del proceso de envejecimiento y, lo que es aún peor, a un trastorno sin solución o irreversible. La Geriátrica ha demostrado que dichas suposiciones son falsas y promueve que el médico de atención primaria y los otros especialistas tengan conocimientos suficientes para detectar y evaluar casos de incontinencia urinaria en el adulto mayor. Todo médico debe saber cuáles son las posibilidades terapéuticas en cada caso y saber cuándo derivar a tiempo a los pacientes. En el adulto mayor siempre debemos buscar una solución que mejore su calidad de vida y poder aliviar a los cuidadores.

Por ello, es justificable efectuar una investigación en los pacientes que acuden a consulta para identificar si tienen o no incontinencia urinaria. La información se obtuvo midiendo algunas respuestas surgidas del propio paciente a través de la aplicación de un cuestionario estructurado con el objeto de identificar por edad y sexo la presencia de incontinencia urinaria en pacientes del HGZMF N. 1 de Pachuca, Hidalgo, ya que en la actualidad no existe información al respecto que permita adoptar acciones de mejora de la atención y educación médica.

ÁREAS ESPECÍFICAS

Justificación teórica:

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable que origina un problema social o higiénico, a pesar de que la incontinencia urinaria no implica un pronóstico de gravedad limita la autonomía, reduce la autoestima y la calidad de vida en quienes la padecen.

Es uno de los síndromes geriátricos más frecuentes en la práctica clínica, las consecuencias clínicas de la incontinencia urinaria son dermatitis en región perineal, mayor riesgo a desarrollar úlceras cutáneas, infección de vías urinarias, caídas, ansiedad, depresión o incluso mayor riesgo de fallecer. Cuidadores y pacientes generalmente niegan minimizan como parte normal del envejecimiento.

Justificación metodológica:

La Incontinencia Urinaria representa un problema de salud muy importante, tanto para la persona que la padece como para el núcleo familiar y/o sus cuidadores. Esto es debido a las repercusiones negativas que conlleva, que abarcan desde aspectos puramente médicos hasta económicos. Pese a sus consecuencias y a las cifras de afectados tan elevada, todavía su detección y reconocimiento son muy bajos, por lo que una mayoría de los pacientes que sufren Incontinencia Urinaria lo hacen de una forma oculta, y lo que puede ser peor, sin ser adecuadamente valorados ni recibir un tratamiento integral. Evidentemente estamos ante un problema de salud que aparece como “no grave”, en términos de supervivencia, pero sí lo es en cuanto al deterioro de la Calidad de Vida del paciente y a la mayor necesidad de cuidados; por ello se abordó el problema bajo una perspectiva científica y sistemática para que los resultados sirvan para mejorar la calidad de vida, y que mejor que identificar su presencia a partir de los propios pacientes geriátricos.

Aspectos metodológicos

Pertinencia: El identificar la presencia de incontinencia urinaria de acuerdo al concepto que integra los factores de riesgo y la adecuada utilización de recursos, y considerando que los pacientes geriátricos con este problema no tienen una calidad de vida adecuada, es pertinente realizar una investigación para reforzar a través de información objetiva la toma de decisiones médicas y administrativas

Magnitud: Los estudios epidemiológicos indican que la incontinencia urinaria es un trastorno de alta prevalencia: en promedio varían las series entre un 10 a 34 % en las personas mayores de 65 años de edad que viven en la comunidad y puede llegar a un 50 a 60 % en las instituciones geriátricas y hospitales generales.

Trascendencia: Por el deterioro que la incontinencia urinaria genera en la población geriátrica al afectar la calidad de vida, el problema repercute a nivel social, familiar e institucional generando altos costos y dispendio de recursos que bien pueden ser canalizados a programas de prevención y de educación.

Factibilidad: Se tienen los recursos humanos con suficientes conocimientos y buena disposición para colaborar sobre el tema, así como el apoyo de autoridades, instalaciones y recursos financieros.

Congruencia: El tema seleccionado está en congruencia con las necesidades de información para coadyuvar en la mejora continua de los servicios de medicina familiar y con extensión hacia otras especialidades médicas.

Político – administrativa: La incontinencia urinaria es un problema de salud que tiene repercusiones en la sociedad, por ello las políticas deben basarse en datos objetivos para la determinación de líneas de acción tendientes a mejorar la calidad de vida de la población geriátrica, así como para reducir dispendio de recursos a la institución.

Plausibilidad: El tema de incontinencia urinaria es importante por sí mismo, ya que de acuerdo a la literatura revisada tiene altas tasas de morbilidad, impactando desfavorablemente a las personas de 60 y más años de edad, y es por eso la motivación para realizar la investigación.

Aspectos éticos: La medicina actual es por evidencias y se ejerce con la finalidad de mejorar el bienestar biopsicosocial de las personas, y corresponde al personal de medicina familiar aplicar sus conocimientos para mejorar la calidad de vida de quienes padece de incontinencia urinaria.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La incontinencia urinaria (IU) en el adulto mayor es un problema potencialmente tratable. Sus consecuencias incluyen importante deterioro funcional, alteración en la calidad de vida, fragilidad, institucionalización y muerte. La IU es la pérdida involuntaria de orina, condiciona un problema higiénico-social que puede demostrarse de manera objetiva.

Es frecuente en las personas mayores y su prevalencia es más alta en mujeres. Dependiendo del tipo de estudio, de la población y definición, se calcula que 30 a 50% de personas mayores de 65 años la padecen. La IU no es una consecuencia inevitable de la edad, por tanto, la pérdida involuntaria de orina debe ser interpretada como síntoma de disfunción de algún sistema integrado en el mantenimiento de la continencia.

Su prevalencia se estima de 15 a 65 % de la población adulta mayor, la variabilidad de la cifra depende de la difícil detección por el personal de salud de primer contacto.

Las consecuencias y complicaciones de esta enfermedad, si no se tratan adecuadamente, deterioran significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce la autoestima incluyendo aislamiento social y depresión. En el HGZMF N.1 de Pachuca, Hidalgo se considera que debe existir incontinencia urinaria aún no diagnosticada, por lo que el estudio pretende se conozca objetivamente y por ello se plantea la siguiente pregunta:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Presentan incontinencia urinaria los pacientes mayores de 60 años que se atienden en los consultorios de medicina familiar del HGZMF N. 1 de Pachuca, Hidalgo?

VI. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la presencia de incontinencia urinaria en pacientes geriátricos adscritos a la consulta de medicina familiar en el Hospital General de zona y Medicina Familiar N. 1 del IMSS de Pachuca, Hidalgo, mediante la aplicación del cuestionario ICIQ-SF.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Evaluar mediante el cuestionario ICIQ-SF a los pacientes mayores de 60 años adscritos a la consulta de Medicina familiar del Hospital General de zona y Medicina Familiar N. 1 del IMSS de Pachuca, Hidalgo, para diagnosticarlos con Incontinencia urinaria.

Determinar la proporción en cuanto a género de la incontinencia urinaria en pacientes geriátricos en medicina familiar en el Hospital General de zona y Medicina Familiar N. 1.

Establecer el rango de edad en que es más frecuente la incontinencia urinaria en pacientes en medicina familiar en el Hospital General de zona y Medicina Familiar N. 1.

VII. HIPÓTESIS.

No se presenta hipótesis debido a que es un estudio descriptivo.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS.

Universo:

Pacientes de más de 60 años de ambos géneros, adscritos a consultorios de medicina familiar en el HZGMF N. 1 de Pachuca, Hidalgo.

Población:

Marco muestral

Pacientes de ambos géneros adscritos a consulta de medicina familiar.

Unidad de análisis.

Cuestionario

Cálculo del tamaño de la muestra:

Hidalgo tiene población adscrita de 128 mil 834 derechohabientes al INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), otorga mil 870 consultas, de las cuales mil 146 corresponden a medicina familiar, 287 nuevos ingresos, 481 mil 920 a especialidades y 167 a urgencias. INEGI 2013. La población mayor a 60 años oscila entre el 20-40%.

Considerando que en la literatura se presenta un rango de prevalencia de incontinencia urinaria entre el 25 al 60 %, y dado que la prevalencia se estima en porcentajes, para la determinación del tamaño de la muestra, tomando la media (45%). se adopta la siguiente fórmula:

Dónde:

n = tamaño de muestra

z = es el valor de la desviación normal, igual a 1.96 para un nivel de significación del 5%

P = Prevalencia de la característica en la población

Q = 1 – P

d = precisión (en cuanto se aleja la muestra del verdadero porcentaje del universo).

En este estudio se estimó la presencia de incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años de los consultorios de medicina familiar del Hospital general y Medicina familiar N.1, con una confianza del 95% y una precisión de 5%.

Basándose en la información disponible en los estudios antes descritos, se estima la media de P = 45%.

Reemplazando en la fórmula se obtiene:

$$n = (1.962^2) (45 \cdot 55) / 5^2 =$$

376 pacientes de cualquier sexo en edad adulta.

TIPO DE ESTUDIO: Aplicación de cuestionario ICIQ-SF. Transversal, descriptivo.

LUGAR: Se aplicó en los consultorios de medicina familiar turnos matutino y vespertino que acuden a consulta de medicina familiar durante los meses de enero de 2015 a febrero de 2015 o antes al completar la muestra. En el HGZMF N. 1, de Pachuca, Hidalgo.

PROCEDIMIENTO.

Se hizo del conocimiento general la necesidad de identificar la incontinencia urinaria en los pacientes en el servicio de medicina familiar y concientizar para mejorar la participación de los pacientes. Además se aplicó el cuestionario ICIQ-SF® a la población dando a conocer el objetivo de la investigación y la hoja de consentimiento informado a los pacientes inscritos en el servicio de medicina familiar del HGZMF N.1

Con base al criterio de inclusión, se aplicó encuesta a los pacientes, y dado el caso a familiares acompañantes del paciente.

Al finalizar con el tamaño de la muestra, se clasificó, tabuló, se presentó la información adecuadamente, y se realizó el análisis correspondiente.

Se elaboró el reporte de los resultados, discusión y conclusiones del estudio (tesis).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Con base a las variables del estudio y previa codificación, se diseñó la base de datos en el paquete Excel para obtener las frecuencias, se elaboraron los cuadros de salida, así como los gráficos en función al tipo de escala y variable. Se calculó las medidas de tendencia central, las de dispersión y los intervalos de confianza para un 95 % en la edad que es variable cuantitativa, y para las cualitativas se utilizaron porcentajes y cifras absolutas.

Para cumplir con los objetivos específicos, se recolectaron los datos mediante el cuestionario ICIQ-SF calificándose según lo propuesto en la validación al español del mismo.

Los datos se agruparon en torno a valores centrales (media, mediana) y desviación típica, acompañados del rango y amplitud. En este estudio se manejaron variables cuantitativas y cualitativas en ambos grupos. Tras obtener los datos descriptivos, con sus tablas de frecuencias se procedió a la comparación de los datos más destacados y así identificar a los pacientes con incontinencia urinaria para posteriormente describirlos en sexo y grupos etarios, y análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para las diferentes variables del estudio.

Para cumplir con el objetivo general, se realizó la descripción escrita y explicación de las tablas y gráficos resultantes del estudio.

CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Las variables que se explican a continuación fueron recolectadas mediante el cuestionario ICIQ-SF® ya que están incluidas en el mismo.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DIMENSIONES
Incontinencia urinaria.	La incontinencia, como síntoma de la fase de llenado, se define como la enfermedad, o condición médica, caracterizada por cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema higiénico o social	Resultado de la aplicación del cuestionario ICIQ-SF® con los valores que siguieran la presencia de incontinencia urinaria. Más de 1 punto es positivo para incontinencia urinaria	Nominal	>1=con incontinencia Urinaria. 0=sin incontinencia Urinaria	Clínica (síntomas)
EDAD	Periodo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Es la edad proporcionada por el (la) paciente o familiar durante la encuesta.	Cuantitativa	Años meses	Grupo etario
SEXO	Conjunto de características biológicas que caracterizan a la especie humana en hombres y mujeres.	Es el sexo identificado por el encuestador y registrado en el cuestionario ICIQ-SF®.	Nominal	1=Mujer 2=Hombre	Característica biológica

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes mayores de 60 años de ambos sexos que acuden a la consulta de medicina a familiar en turnos matutino y vespertino.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Pacientes de ambos sexos que acuden a la consulta de medicina familiar turnos matutino y vespertino, pero que no están adscritos a consultorio de medicina familiar.

Pacientes que no saben leer ni escribir.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Que no desearon continuar con la auto aplicación de la encuesta.

XI. ASPECTOS ÉTICOS.

Con base a la declaración de Helsinki, Filadelfia en 1964, la Asociación Médica Mundial, leyes y códigos de México, Reglamento de la Ley General de Salud, Título quinto, capítulo único de los aspectos éticos en investigación de los seres humanos, esta investigación cumplió con los requisitos del artículo 100 párrafos I-VII.

Ley general de salud, Título segundo de los aspectos éticos en investigación de los seres humanos, capítulo I, se considera: Investigación sin riesgo, ya que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental sin manipulación de variables.

Aunque se consideró una investigación sin riesgo, cabe mencionar que existió la posibilidad de incomodidad psicológica y emocional para el paciente sobre este padecimiento, ya que solo se aplicó un cuestionario (ICIQ- SF®).

Aun así se protegió la privacidad del individuo, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

X. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

RECURSOS HUMANOS.

Médico residente.

Asesor clínico y metodológico.

RECURSOS MATERIALES.

Registro de Información, base de datos

Asesoramiento estadístico, análisis de datos.

RECURSOS FINANCIEROS.

Serán cubiertos a cargo del investigador.

FACTIBILIDAD

Se contó con recursos humanos y materiales para el estudio, el área física donde se tomó la muestra nos permitió cumplir con la cantidad necesaria de aplicaciones del cuestionario ICIQ-SF.

XI. RESULTADOS

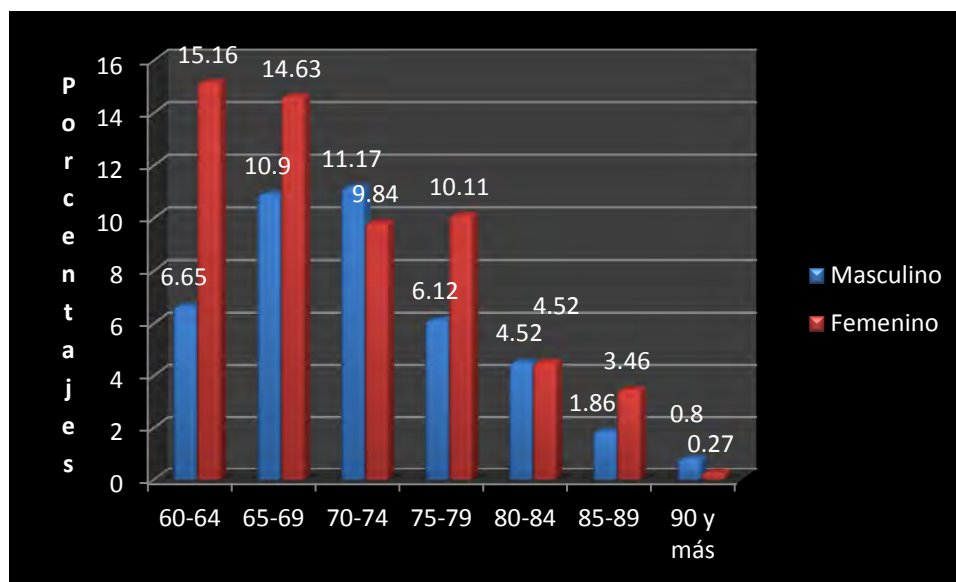
CUADRO NO 1. PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

Grupos de edad	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
60-64	25	6.65	57	15.16	82	21.81
65-69	41	10.90	55	14.63	96	25.54
70-74	42	11.17	37	9.84	79	21.01
75-79	23	6.12	38	10.11	61	16.22
80-84	17	4.52	17	4.52	34	9.04
85-89	7	1.86	13	3.46	20	5.32
90 y más	3	0.80	1	0.27	4	1.06
Total	158	42.02	218	57.98	376	100.0

Fuente: Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF.

Se observa mayor frecuencia en el sexo femenino, representando el 57.98 % en relación a la muestra de 376 pacientes, destacándose los rangos de edad de 60 a 64, de 65 a 69 y el de 75 a 79 con porcentajes de 15.16, 14.63 y 10.11 respectivamente; en los hombres que representaron el 42.02 %, se observa que los rangos de edad con mayor frecuencia son el de 70 a 74 años, el de 65 a 69 años y el de 60 a 64 años con porcentajes de 11.17, 10.90 y 60 a 64 respectivamente. Las medidas de resumen de la serie de edades es: para los hombres Media 71.74 años, Mediana 71 años, Moda 74 años, Desviación estándar 7.48 años, intervalo para un 95 % de confianza 60----86.7; para las mujeres Media 70.72 años, Mediana 69 años, Moda 68 años, desviación estándar 7.74 años, intervalo de confianza para un 95 % 60-----86.2, (Cuadro no 1).

PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO



Fuente: Cuadro no 1

CUADRO NO 2

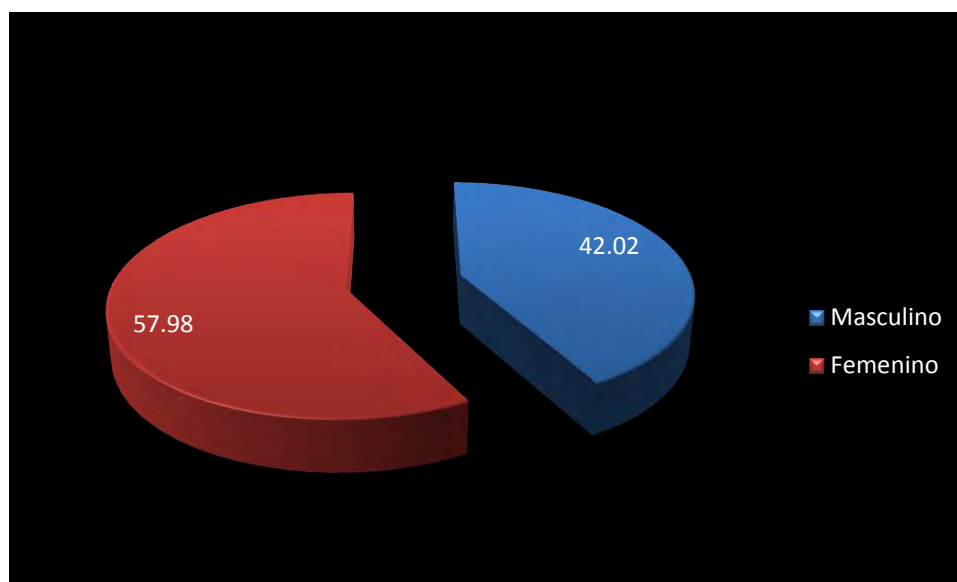
PACIENTES POR GÉNERO

Género	Masculino	%
Masculino	158	42.02
Femenino	218	57.98
Total	376	100.0

Fuente: Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF.

En lo que se refiere al género, cabe señalar que el 57.98 % corresponde a las mujeres, mientras que el 42.02 % a los hombres, (Cuadro no 2).

PACIENTES POR GÉNERO



Fuente: Cuadro no 2

CUADRO NO 3

PACIENTES SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PIERDE ORINA POR GÉNERO.

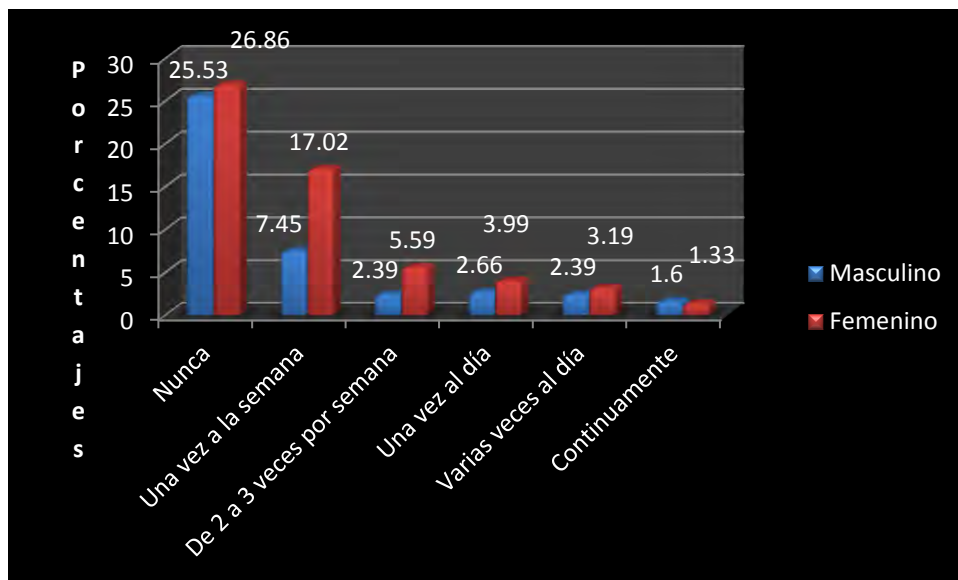
Pérdida de orina	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Nunca	96	25.53	101	26.86	197	52.38
Una vez a la semana	28	7.45	64	17.02	92	24.47
De 2 a 3 veces por semana	9	2.39	21	5.59	30	7.98
Una vez al día	10	2.66	15	3.99	25	6.65
Varias veces al día	9	2.39	12	3.19	21	5.59
Continuamente	6	1.60	5	1.33	11	2.93
Total	158	42.02	218	57.98	376	100.0

Fuente: Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF.

NOTA: % calculados sobre total de 376 pacientes.

En cuanto a las respuestas otorgadas por los (as) pacientes en lo referente a la frecuencia con que pierde orina, el 52.38 % respondió que “nunca”, el 24.47 % una vez a la semana, y de 2 a 3 veces por semana el 7.98 %; sin embargo es de considerarse que el 6.65 % declaró que orina una vez al día, el 5.59 % varias veces al día y el 2.93 % lo hace continuamente, a excepción de orinar “continuamente” que es mayor el porcentaje en los hombres en el resto de categorías las cifras son mayores en las mujeres, (Cuadro no 3)..

PACIENTES SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PIERDE ORINA POR GÉNERO



Fuente: Cuadro no 3

CUADRO NO 4. PACIENTES SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PIERDE ORINA POR GÉNERO.

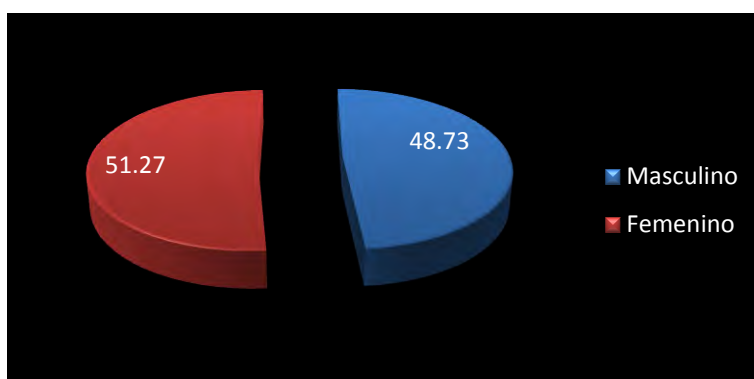
Pérdida de orina	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Nunca	96	48.73	101	51.27	197	100.0
Una vez a la semana	28	30.43	64	69.57	92	100.0
De 2 a 3 veces por semana	9	30.00	21	70.00	30	100.0
Una vez al día	10	40.00	15	60.00	25	100.0
Varias veces al día	9	42.86	12	57.14	21	100.0
Continuanamente	6	54.55	5	45.45	11	100.0
Total	158	42.02	218	57.98	376	100.0

Fuente: Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF.

Al calcular los porcentajes en relación al género por cada pregunta formulada a los (as) pacientes con respecto a la frecuencia con que orinan, se observa que en las mujeres a excepción de la pregunta “continuamente” registran los mayores porcentajes destacándose que en lo referente a orinar de 2 a 3 veces por semana significó el 70.00 %, una vez al día el 60.00 %, varias veces al día el 57.14 % y continuamente el 45.45 %; en los varones, de 2 a 3 veces por semana el 30.00 %, una vez al día el 40.00 %, varias veces al día el 42.86 % y continuamente el 54.55 %, (Cuadro no 4).

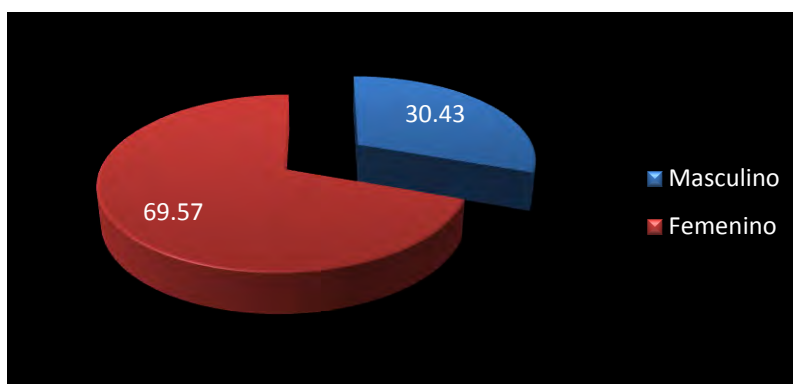
A continuación se presentan las gráficas de sectores para cada una de las respuestas de los pacientes encuestados.

PACIENTES SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PIERDE ORINA POR GÉNERO: NUNCA



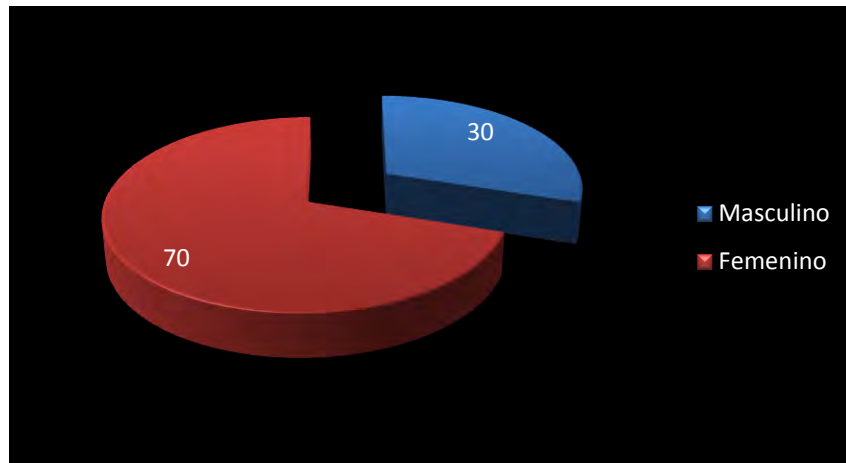
Fuente: Cuadro no 4. NOTA: % calculados sobre total de 190 pacientes.

PACIENTES SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PIERDE ORINA POR GÉNERO: UNA VEZ A LA SEMANA.



Fuente: Cuadro no 4. NOTA: % calculados sobre total de 92 pacientes.

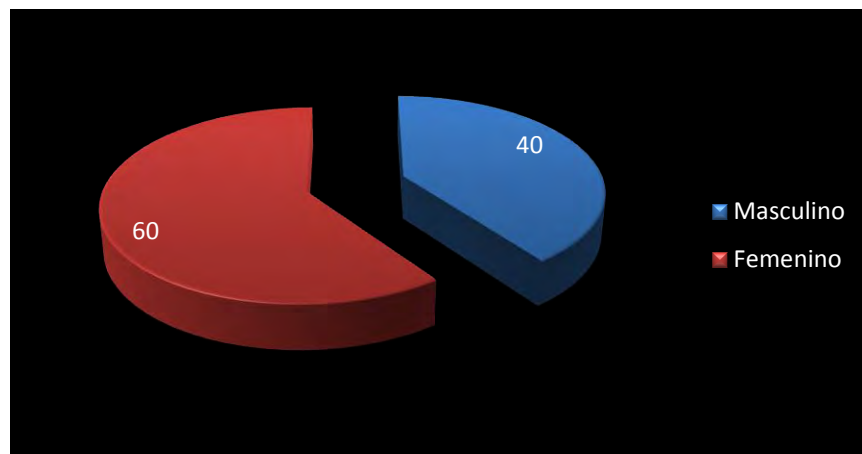
PACIENTES SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PIERDE ORINA POR GÉNERO: 2 A 3 VECES POR SEMANA.



Fuente: Cuadro no 4

NOTA: % calculados sobre total de 30 pacientes.

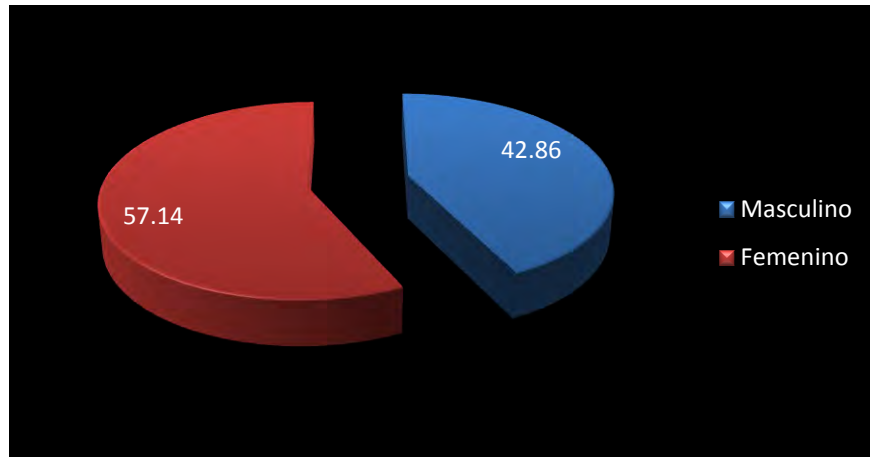
PACIENTES SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PIERDE ORINA POR GÉNERO: UNA VEZ AL DÍA.



Fuente: Cuadro no 4

NOTA: % calculados sobre total de 25 pacientes.

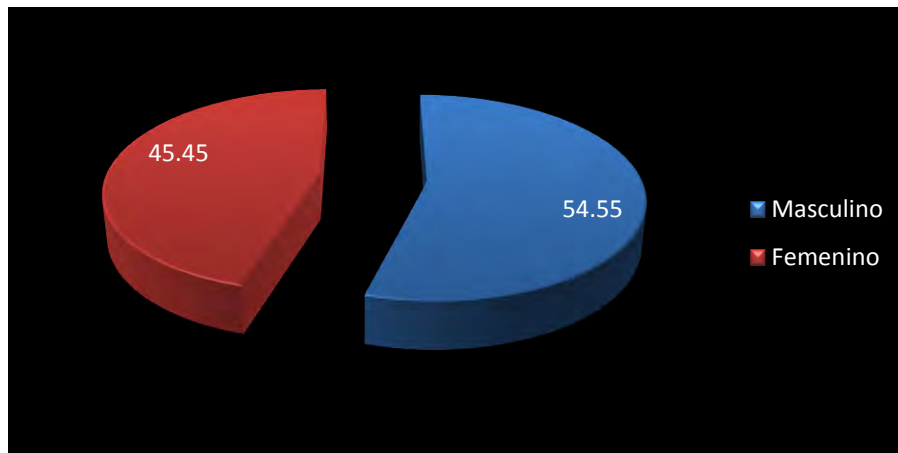
PACIENTES SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PIERDE ORINA POR GÉNERO:
VARIAS VECES AL DÍA



Fuente: Cuadro no 4

NOTA: % calculados sobre total de 21 pacientes.

PACIENTES SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PIERDE ORINA POR GÉNERO:
CONTINUAMENTE.



Fuente: Cuadro no 4

NOTA: % calculados sobre total de 11 pacientes.

CUADRO NO 5

PACIENTES SEGÚN CANTIDAD DE ORINA QUE PIERDE HABITUALMENTE POR GÉNERO.

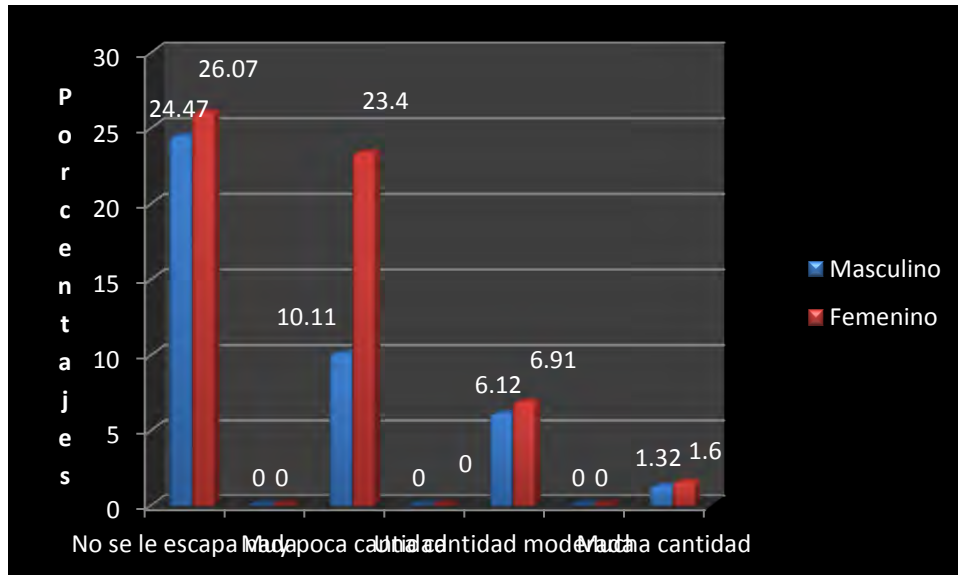
Cantidad de orina	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
No se le escapa nada	92	24.47	98	26.07	190	50.54
Muy poca cantidad	38	10.11	88	23.40	126	33.51
Una cantidad moderada	23	6.12	26	6.91	49	13.03
Mucha cantidad	5	1.32	6	1.60	11	2.92
Total	158	42.02	218	57.98	376	100.0

Fuente: Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF.

NOTA: % calculados sobre total de 376 pacientes.

Al calcular los porcentajes en relación a la muestra total de 376 pacientes encuestados de cada género y por cada pregunta formulada con respecto a la cantidad de orina que pierden habitualmente, se observa que también en las mujeres y en todas las respuestas registran los mayores porcentajes destacándose que en lo referente a una cantidad moderada significó el 6.91 %, mucha cantidad el 1.60 %; en los varones en cantidad moderada el 6.12 %, mucha cantidad el 1.32 %, (Cuadro no 5).

PACIENTES SEGÚN CANTIDAD DE ORINA QUE PIERDE HABITUALMENTE POR GÉNERO.



Fuente: Cuadro no 5

CUADRO NO 6

PACIENTES SEGÚN CANTIDAD DE ORINA QUE PIERDE HABITUALMENTE POR GÉNERO.

Cantidad de orina	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
No se le escapa nada	92	48.42	98	51.58	190	100.0
Muy poca cantidad	38	30.16	88	69.84	126	100.0
Una cantidad moderada	23	46.94	26	53.06	49	100.0
Mucha cantidad	5	45.45	6	54.55	11	100.0
Total	158	42.02	218	57.98	376	100.0

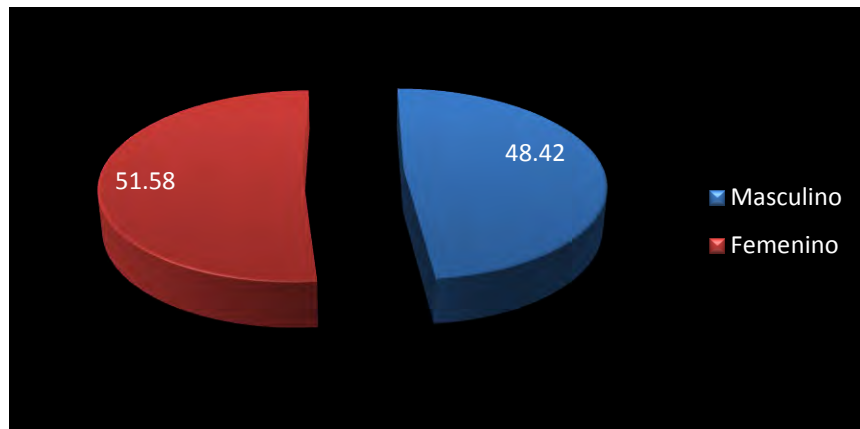
Fuente: Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF.

NOTA: % calculados sobre total de pacientes de cada categoría.

Al calcular los porcentajes en relación al género por cada pregunta formulada a los (as) pacientes con respecto a la cantidad de orina que pierden habitualmente, se observa que en las mujeres se registran los mayores porcentajes destacándose que en lo referente a una cantidad moderada significó el 53.06 %, mucha cantidad el 54.55 %; en los varones, una cantidad moderada el 46.94 %, mucha cantidad el 45.45 %, (Cuadro no 6).

A continuación se presentan las gráficas de sectores para cada una de las respuestas de los pacientes encuestados.

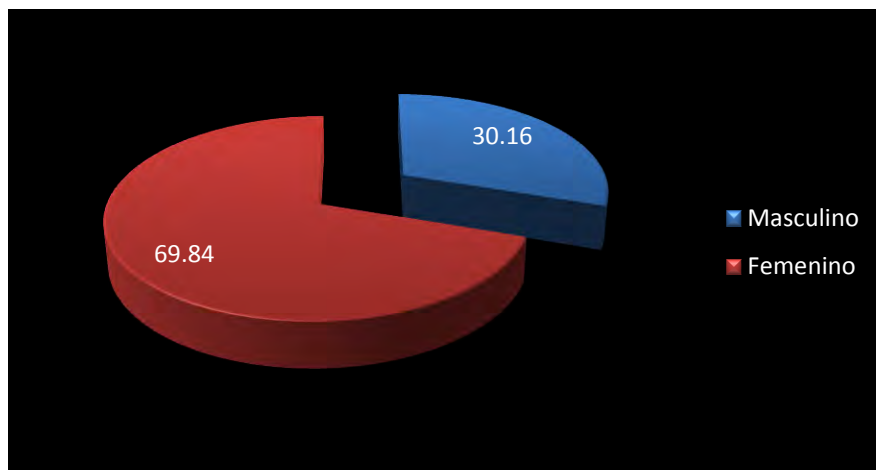
PACIENTES SEGÚN CANTIDAD DE ORINA QUE PIERDE HABITUALMENTE POR GÉNERO: NO SE LE ESCAPA NADA



Fuente: Cuadro no 6

NOTA: % calculados sobre total de 190 pacientes.

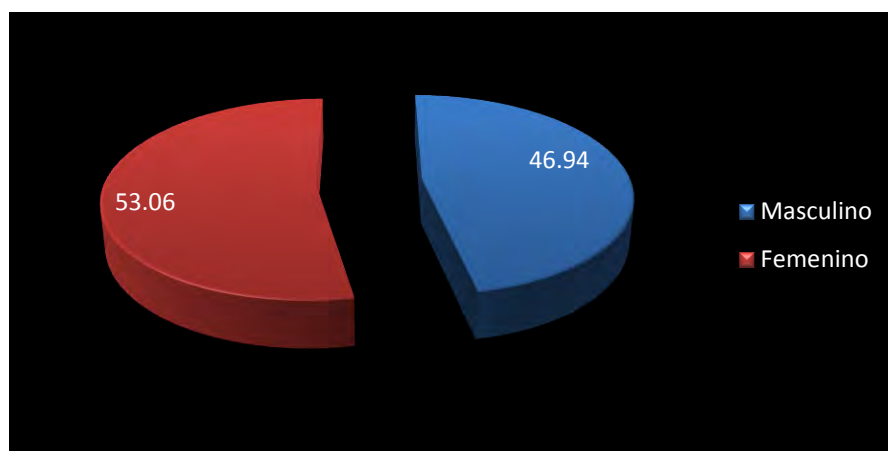
PACIENTES SEGÚN CANTIDAD DE ORINA QUE PIERDE HABITUALMENTE POR GÉNERO: MUY POCA CANTIDAD



Fuente: Cuadro no 6

NOTA: % calculados sobre total de 126 pacientes.

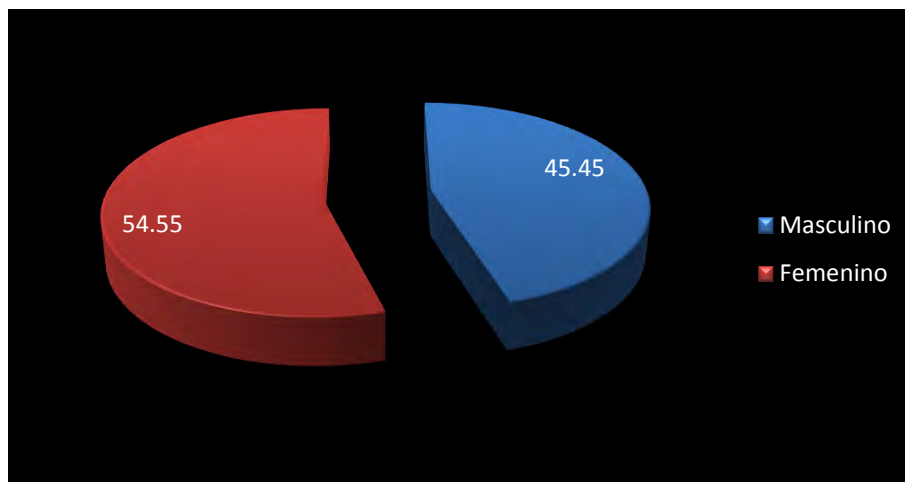
PACIENTES SEGÚN CANTIDAD DE ORINA QUE PIERDE HABITUALMENTE POR GÉNERO: UNA CANTIDAD MODERADA.



Fuente: Cuadro no 6

NOTA: % calculados sobre total de 49 pacientes.

PACIENTES SEGÚN CANTIDAD DE ORINA QUE PIERDE HABITUALMENTE POR GÉNERO: MUCHA CANTIDAD.



Fuente: Cuadro no 6

NOTA: % calculados sobre total de 11 pacientes.

CUADRO NO 7

PACIENTES SEGÚN SU AFECTACIÓN DE LA VIDA DIARIA POR LOS ESCAPES DE ORINA EVALUADA CON LA ESCALA VISUAL ANALÓGICA POR GÉNERO.

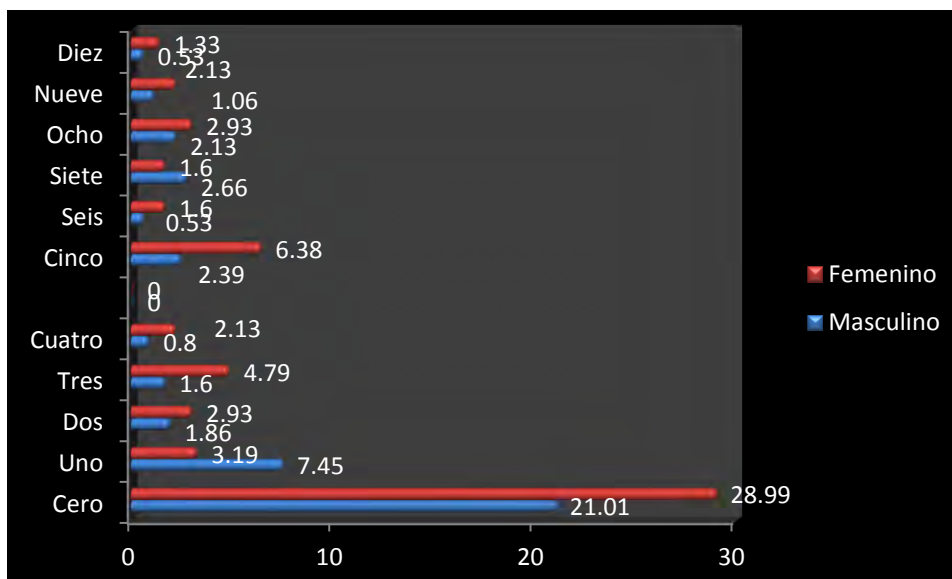
Valores de la escala	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
0	79	21.01	109	28.99	188	50.00
1	28	7.45	12	3.19	40	10.64
2	7	1.86	11	2.93	18	4.79
3	6	1.60	18	4.79	24	6.38
4	3	0.80	8	2.13	11	2.93
5	9	2.39	24	6.38	33	8.77
6	2	0.53	6	1.60	8	2.13
7	10	2.66	6	1.60	16	4.26
8	8	2.13	11	2.93	19	5.05
9	4	1.06	8	2.13	12	3.19
10	2	0.53	5	1.33	7	1.86
Total	158	42.02	218	57.98	376	100.0

Fuente: Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF. Escala visual analógica (EVA).

A través de la escala visual analógica se evalúa la percepción que tienen los (as) pacientes acerca de la afectación de su vida diaria debido a los escapes de orina; al respecto se observa que en general para toda la muestra de 376 pacientes y tomando en cuenta los valores más representativos del problema de incontinencia urinaria de la escala del 5 al 10 se puede decir que en suma el 25.26 % percibe que si hay afectación por lo menos en una cuarta parte de los encuestados; de la cifra anterior en suma el 14.36 % se encuentran entre 7 a 10 puntuaciones significativas. Por género, a excepción del puntaje

de 7, los porcentajes son mayores en las mujeres que en los varones tomando en cuenta la suma de 5 a 10 el porcentaje es: 9.3 hombres vs 14.37 mujeres, (Cuadro no 7).

PACIENTES SEGÚN ESCALA VISUAL ANALÓGICA POR GÉNERO.



Fuente: Cuadro no 7

CUADRO NO 8

PACIENTES SU AFECTACIÓN DE LA VIDA DIARIA POR LOS ESCAPES DE ORINA EVALUADA CON LA ESCALA VISUAL ANALÓGICA POR GÉNERO.

Valores de la escala	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
0	79	42.02	109	57.98	188	100.0
1	28	70.00	12	30.00	40	100.0
2	7	38.89	11	61.11	18	100.0
3	6	25.00	18	75.00	24	100.0
4	3	27.27	8	72.73	11	100.0
5	9	27.27	24	72.73	33	100.0
6	2	25.00	6	75.00	8	100.0
7	10	62.50	6	37.50	16	100.0
8	8	42.11	11	57.89	19	100.0
9	4	33.33	8	66.67	12	100.0
10	2	28.57	5	71.43	7	100.0
Total	158	42.02	218	57.98	376	100.0

Fuente: Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF (Escala visual analógica)

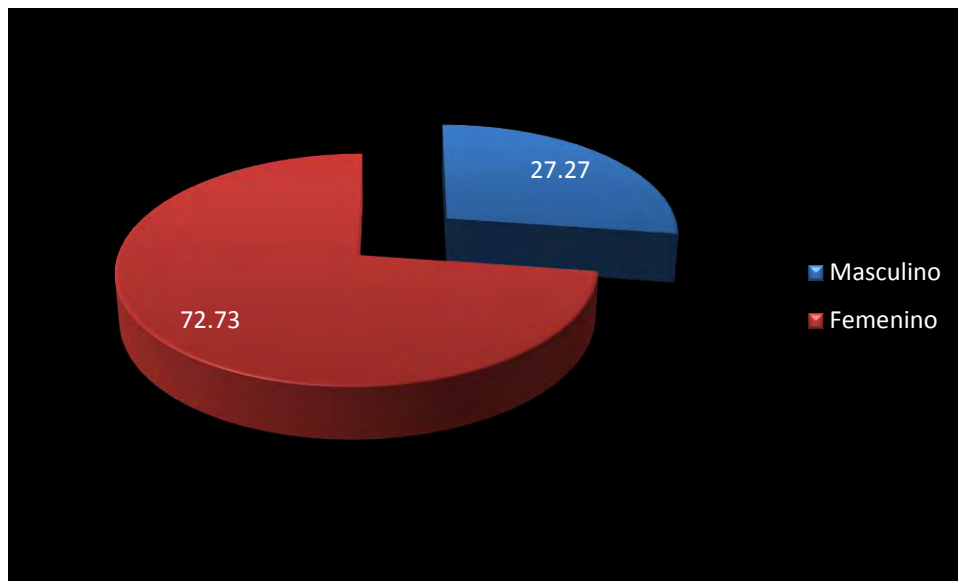
NOTA: % calculados sobre total de pacientes de cada puntuación.

Al calcular los porcentajes en relación a los puntajes más significativos en cuanto la afectación en la vida diaria por género por cada puntaje de 5 a 10, se observa que en las

mujeres a excepción del puntaje de 7, en el resto los porcentajes son mayores en las mujeres, (Cuadro no 8).

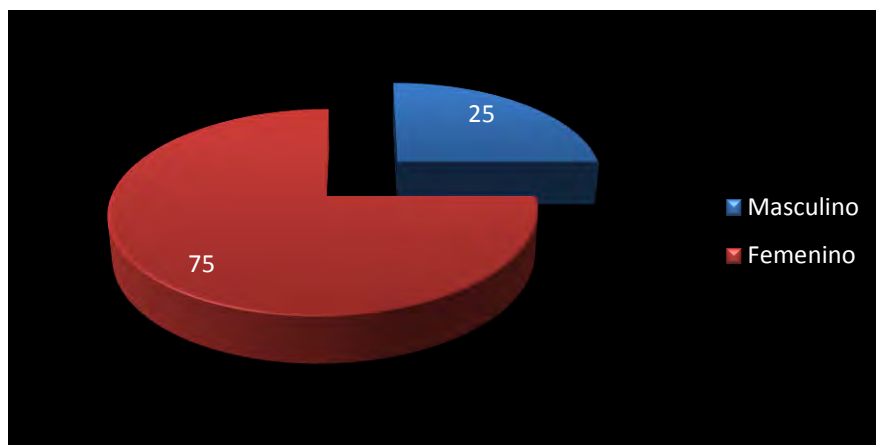
A continuación se presentan las gráficas de sectores para cada uno de los puntajes más significativos en la afectación de la vida diaria de los pacientes encuestados.

PACIENTES SEGÚN ESCALA VISUAL ANALÓGICA POR GÉNERO: AFECTACIÓN EN LA VIDA DIARIA CON PUNTUACIÓN DE 5



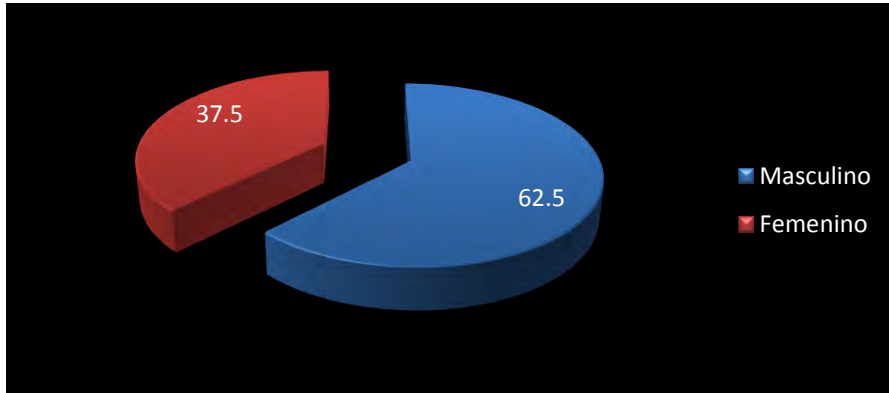
Fuente: Cuadro no 8

PACIENTES SEGÚN ESCALA VISUAL ANALÓGICA POR GÉNERO: AFECTACIÓN EN LA VIDA DIARIA CON PUNTUACIÓN DE 6



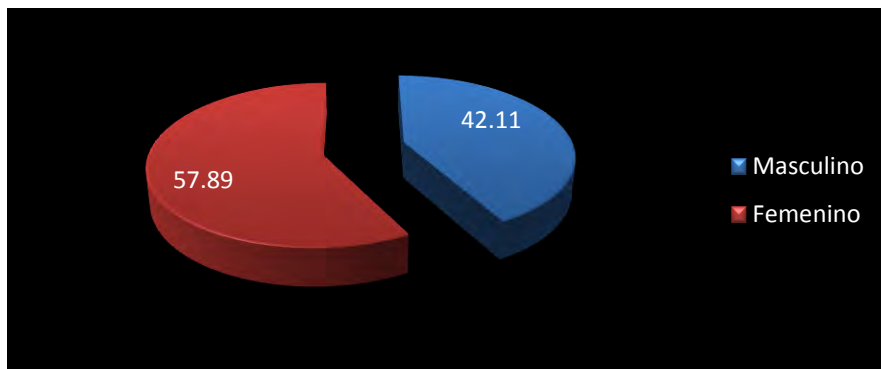
Fuente: Cuadro no 8

PACIENTES SEGÚN ESCALA VISUAL ANALÓGICA POR GÉNERO: AFECTACIÓN EN LA VIDA DIARIA CON PUNTUACIÓN DE 7



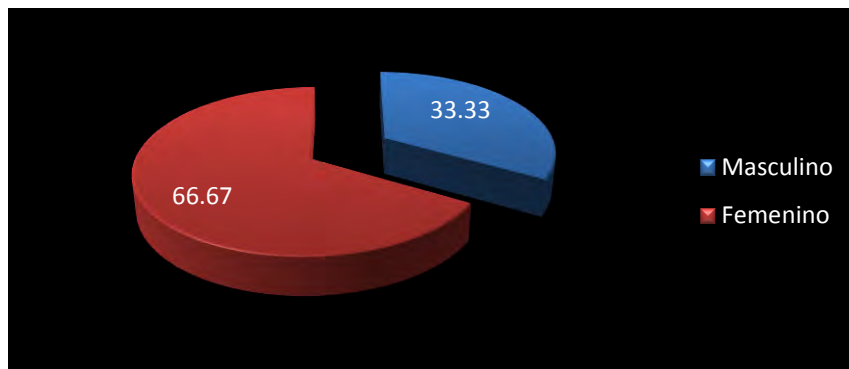
Fuente: Cuadro no 8

PACIENTES SEGÚN ESCALA VISUAL ANALÓGICA POR GÉNERO: AFECTACIÓN EN LA VIDA DIARIA CON PUNTUACIÓN DE 8



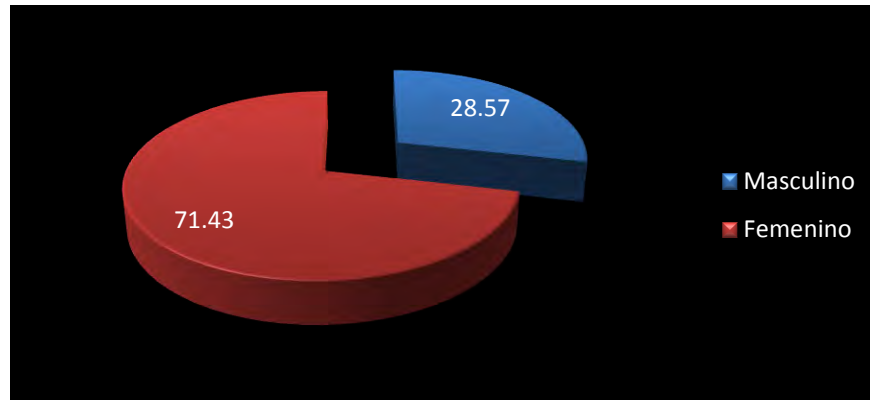
Fuente: Cuadro no 8

PACIENTES SEGÚN ESCALA VISUAL ANALÓGICA POR GÉNERO: AFECTACIÓN EN LA VIDA DIARIA CON PUNTUACIÓN DE 9



Fuente: Cuadro no 8

PACIENTES SEGÚN ESCALA VISUAL ANALÓGICA POR GÉNERO: AFECTACIÓN EN LA VIDA DIARIA CON PUNTUACIÓN DE 10



Fuente: Cuadro no 8

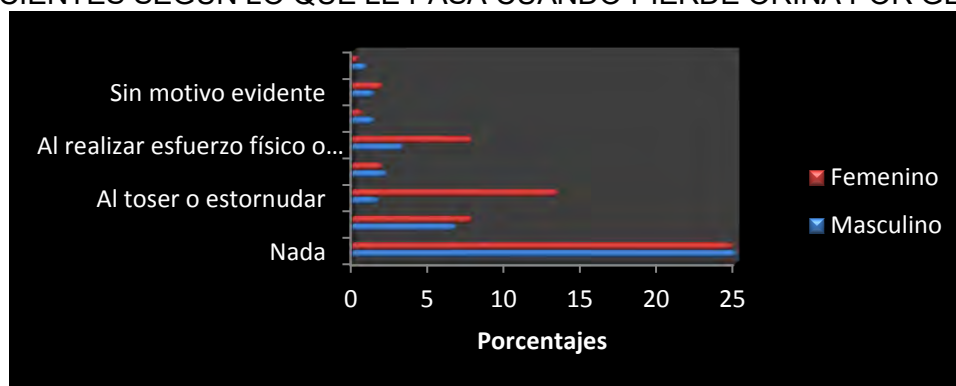
CUADRO NO 9. PACIENTES SEGÚN LO QUE LE PASA CUANDO PIERDE ORINA POR GÉNERO.

Circunstancia	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Nada	94	25.00	93	24.73	187	49.73
Antes de llegar al servicio	25	6.65	29	7.71	54	14.36
Al toser o estornudar	6	1.60	50	13.30	56	14.90
Mientras duerme	8	2.13	7	1.86	15	3.99
Al realizar esfuerzo físico o ejercicio	12	3.19	29	7.71	41	10.90
Cuando termina de orinar y ya se ha vestido	5	1.33	2	0.53	7	1.86
Sin motivo evidente	5	1.33	7	1.86	12	3.19
De forma continua	3	0.80	1	0.27	4	1.07
Total	158	42.02	218	57.98	376	100.0

Fuente: Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF.

NOTA: % calculados con base a 376 pacientes

PACIENTES SEGÚN LO QUE LE PASA CUANDO PIERDE ORINA POR GÉNERO.



Fuente: Cuadro no 9

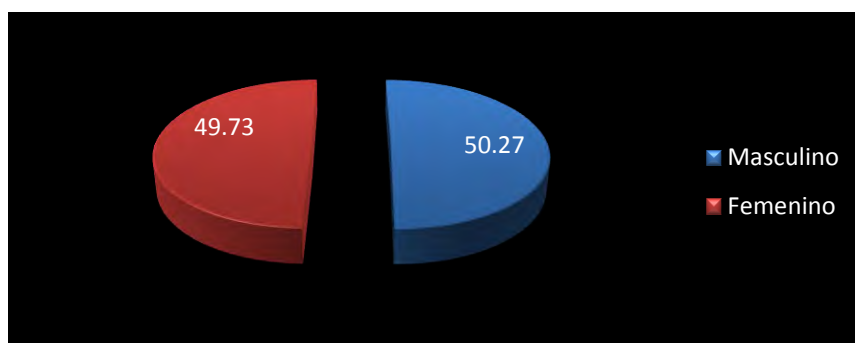
CUADRO NO 10. PACIENTES SEGÚN LO QUE LE PASA CUANDO PIERDE ORINA POR GÉNERO.

Circunstancia	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Nada	94	50.27	93	49.73	187	100.0
Antes de llegar al servicio	25	46.30	29	53.70	54	100.0
Al toser o estornudar	6	10.71	50	89.29	56	100.0
Mientras duerme	8	53.33	7	49.67	15	100.0
Al realizar esfuerzo físico o ejercicio	12	29.27	29	70.73	41	100.0
Cuando termina de orinar y ya se ha vestido	5	71.43	2	28.57	7	100.0
Sin motivo evidente	5	41.67	7	58.33	12	100.0
De forma continua	3	75.00	1	25.00	4	100.0
Total	158	42.02	218	57.98	376	100.0

Fuente: Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF.

NOTA: % calculados sobre total de cada categoría.

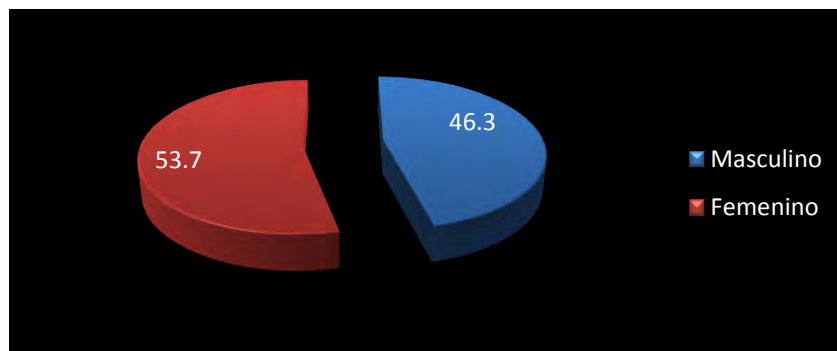
PACIENTES SEGÚN LO QUE LE PASA CUANDO PIERDE ORINA POR GÉNERO:
NADA



Fuente: Cuadro no 10

NOTA: % calculados sobre 187 pacientes.

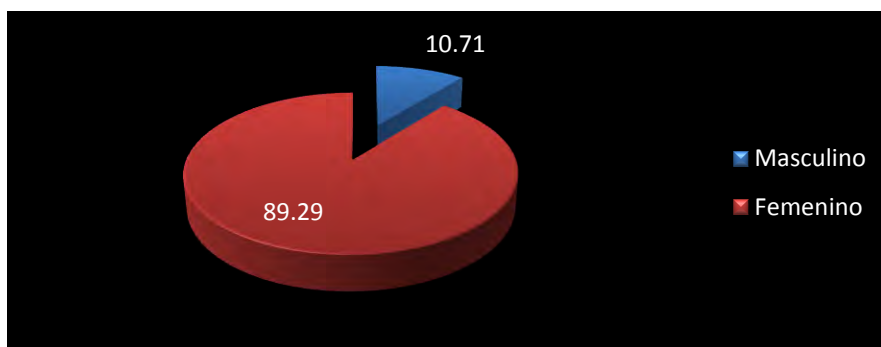
PACIENTES SEGÚN LO QUE LE PASA CUANDO PIERDE ORINA POR GÉNERO:
ANTES DE LLEGAR AL SERVICIO.



Fuente: Cuadro no 10

NOTA: % calculados sobre 54 pacientes.

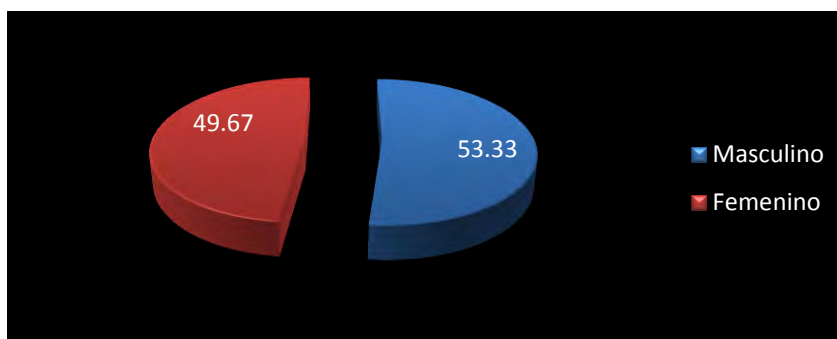
PACIENTES SEGÚN LO QUE LE PASA CUANDO PIERDE ORINA POR GÉNERO: AL TOSER O ESTORNUDAR.



Fuente: Cuadro no 10

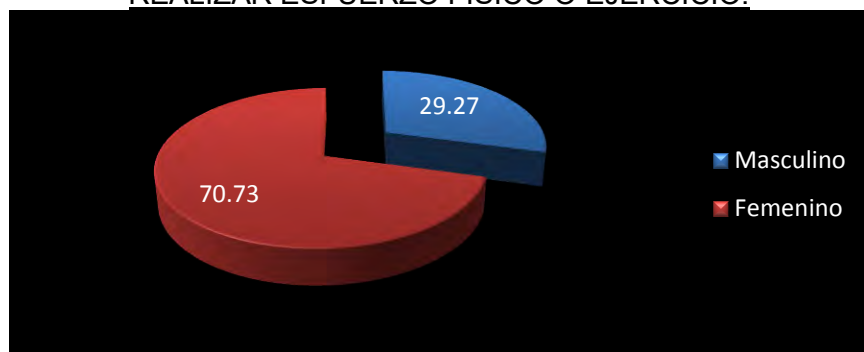
NOTA: % calculados sobre 56 pacientes.

PACIENTES SEGÚN LO QUE LE PASA CUANDO PIERDE ORINA POR GÉNERO:
MIENTRAS DUERME.



Fuente: Cuadro no 10. NOTA: % calculados sobre 15 pacientes.

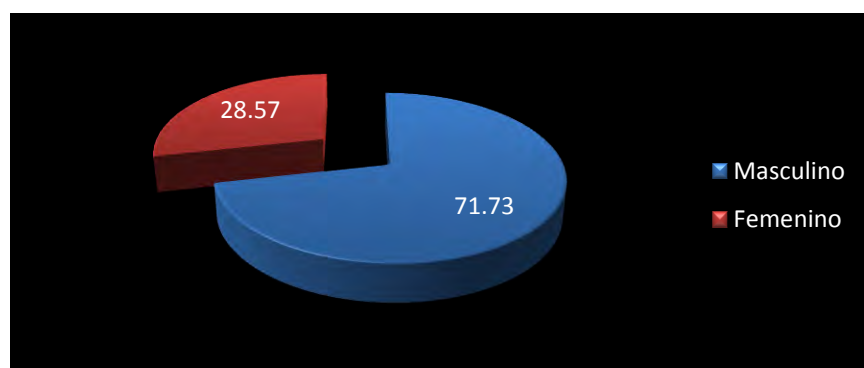
PACIENTES SEGÚN LO QUE LE PASA CUANDO PIERDE ORINA POR GÉNERO: AL REALIZAR ESFUERZO FÍSICO O EJERCICIO.



Fuente: Cuadro no 10

NOTA: % calculados sobre 41 pacientes.

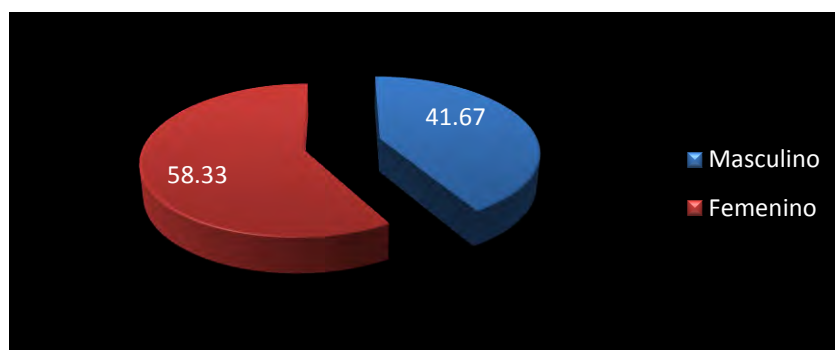
PACIENTES SEGÚN LO QUE LE PASA CUANDO PIERDE ORINA POR GÉNERO: CUANDO TERMINA DE ORINAR Y YA SE HA VESTIDO.



Fuente: Cuadro no 10

NOTA: % calculados sobre 7 pacientes

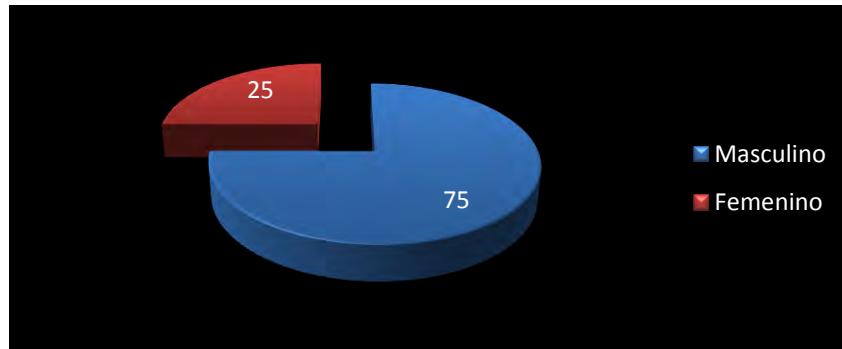
PACIENTES SEGÚN LO QUE LE PASA CUANDO PIERDE ORINA POR GÉNERO: SIN MOTIVO EVIDENTE.



Fuente: Cuadro no 10

NOTA: % calculados sobre 12 pacientes

PACIENTES SEGÚN LO QUE LE PASA CUANDO PIERDE ORINA POR GÉNERO: DE
FORMA CONTINUA.



Fuente: Cuadro no 10

NOTA: % calculados sobre 4 pacientes

XII. DISCUSIÓN

En la actualidad las acciones de identificación, cuantificación y adecuado tratamiento de la incontinencia urinaria desde el punto de vista asistencial son limitados, a pesar de que se trata de un problema clínico relevante, tanto por su prevalencia como por sus connotaciones psicosociales y económicas. Ante este problema y queriendo contribuir a través de resultados obtenidos directamente de los (as) pacientes afectados, se diseñó y se llevó a cabo una investigación descriptiva transversal con la técnica de encuesta directa a los pacientes y dado el caso a algún acompañante para firma del consentimiento informado con la utilización del cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF en los consultorios de medicina familiar turnos matutino y vespertino que acudieron a consulta de medicina familiar durante los meses de enero y febrero de 2015 en el HGZMF no. 1 del IMSS en la Cd de Pachuca, Hidalgo.

En relación a la estructura de la muestra de 376 pacientes encuestados se observa mayor frecuencia en el sexo femenino, representando el 57.98 % en relación a la muestra, destacándose los rangos de edad de 60 a 64, de 65 a 69 y el de 75 a 79 con porcentajes de 15.16, 14.63 y 10.11 respectivamente; en los hombres que representaron el 42.02 %, se observa que los rangos de edad con mayor frecuencia son el de 70 a 74 años, el de 65 a 69 años y el de 60 a 64 años con porcentajes de 11.17, 10.90 y 60 a 64 respectivamente. Las medidas de resumen de la serie de edades es: para los hombres Media 71.74 años, Mediana 71 años, Moda 74 años, Desviación estándar 7.48 años, intervalo para un 95 % de confianza 60---86.7; para las mujeres Media 70.72 años, Mediana 69 años, Moda 68 años, desviación estándar 7.74 años, intervalo de confianza para un 95 % 60-----86.2.

Para la confiabilidad de los resultados se preguntó a los (as) pacientes su situación en las últimas cuatro semanas.

De los resultados se desprende que el problema existe tomando en cuenta la pérdida de orina, cantidad que escapa, la afectación de la vida diaria por los escapes de orina y el contexto en que se pierde la orina.

En pérdida de orina lo más relevante es que las respuestas más significativas son: que en las mujeres a excepción de la pregunta “continuamente” registran los mayores porcentajes destacándose que en lo referente a orinar de 2 a 3 veces por semana significó el 70.00 %, una vez al día el 60.00 %, varias veces al día el 57.14 % y

continuamente el 45.45 %; en los varones, de 2 a 3 veces por semana el 30.00 %, una vez al día el 40.00 %, varias veces al día el 42.86 % y continuamente el 54.55 %.

Se estima que alrededor de 200 millones de personas en el mundo sufren de incontinencia urinaria y, sin embargo, son muy pocas las que consultan a un médico, por vergüenza o sencillamente por falta de información, porque se piensa que no es una enfermedad. Este padecimiento, que condiciona un problema higiénico y también social, se define como la pérdida involuntaria de orina por la uretra, por otra parte las consecuencias y complicaciones de esta enfermedad, si no se tratan adecuadamente, deterioran significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce la autoestima incluyendo aislamiento social y depresión. En el HGZMF N.1 de Pachuca, Hidalgo se detectó a partir de la encuesta que existe incontinencia urinaria aún no diagnosticada, y que afecta a una cuarta parte de la muestra estudiada consistente en 376 pacientes de ambos géneros. Se hace notar que las variaciones en cuanto a la mayor cantidad de mujeres que acuden a consulta con respecto a los hombres obedece a factores sociales, culturales, etc., Ya que son las mujeres las que se preocupan más por atender su salud.

De lo anterior y por las cifras obtenidas sí hay relación con el envejecimiento aunque por sí mismo no es causa de incontinencia urinaria, sino que se presentan factores asociados más sin embargo influye en cuanto la falta de habilidad para posponer la micción, estando como factores el déficit de hormonas femeninas y el crecimiento de la próstata en los hombres, a lo que se añaden a veces otras enfermedades. Ello determina que, con el avance de la vida, se genere este problema de salud.

Con respecto a la cantidad de orina que pierden los (as) pacientes habitualmente, se observa que también en las mujeres y en todas las respuestas registran los mayores porcentajes destacándose que en lo referente a una cantidad moderada significó el 6.91 %, mucha cantidad el 1.60 %; en los varones en cantidad moderada el 6.12 %, mucha cantidad el 1.32 %.

Cabe señalar que entran en juego también el uso de medicamentos y que son uno de los principales factores de riesgo, como por ejemplo: los diuréticos, sedantes y fármacos que se emplean para los trastornos del sueño. En cuanto a las tensiones emocionales, el hecho de que se curse con ansiedad puede exacerbar la incontinencia urinaria; así

también interviene el consumo de café y el alcohol tomados en exceso que posibilitan el incremento de la micción.

Lo importante es identificar la existencia del problema de incontinencia urinaria para que los (las) pacientes sean canalizados a medicina familiar para recibir atención médica, ya que el problema potencialmente es curable en un gran porcentaje de pacientes, y en los que la curación no sea posible puede al menos recibir beneficios para mejorar su calidad de vida ya que en la encuesta realizada en el HGZMF no 1 del IMSS en la Cd de Pachuca, Hgo también se detectó a partir de la escala visual analógica que la afectación de su vida diaria debido a los escapes de orina existe ya que del total de 376 pacientes y tomando en cuenta los valores más representativos del problema de incontinencia urinaria de la escala del 5 al 10 en suma el 25.26 % de los (as) pacientes percibe que si hay afectación de la cifra anterior el 14.36 % se encuentran entre 7 a 10 puntuaciones significativas. Por género, a excepción del puntaje de 7, los porcentajes son mayores en las mujeres que en los varones tomando en cuenta la suma de 5 a 10 el porcentaje es: 9.3 hombres vs 14.37 mujeres.

Muchas pacientes experimentan vergüenza, pérdida de autoestima, depresión y aislamiento, produce una serie de consecuencias negativas a nivel familiar y social, no olvidar que la incontinencia urinaria está considerada como una de las causas principales de ingresos prematuros en instituciones para la tercera edad.

Los aspectos de la vida diaria que más se afectan son: el sueño y descanso, la movilidad, el comportamiento emocional, la interacción social y las actividades de recreo. Esta afectación puede ser mayor que la provocada por algunas patologías crónicas como la diabetes o la hipertensión.

XIII. CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria en pacientes geriátricos genera un impacto negativo con deterioro importante en su calidad de vida, originando múltiples y variadas repercusiones que afectan tanto a la esfera física como a la psíquica además de derivar importantes consecuencias socioeconómicas.

El envejecimiento no es causa de incontinencia urinaria, pero si determina una serie de cambios anatómicos y funcionales que pueden influir, en mayor o menor medida, conjuntamente con patologías asociadas en el control de la continencia.

En la actualidad se reconoce a la incontinencia urinaria como una de las patologías más comunes y características de la población anciana que requiere una evaluación y tratamiento adecuados.

Se determinó la presencia de incontinencia urinaria en pacientes geriátricos adscritos a la consulta de medicina familiar en el Hospital General de zona y Medicina Familiar N. 1 del IMSS de Pachuca, Hidalgo, mediante la aplicación del cuestionario ICIQ-SF.

Se evaluó la afectación en la vida diaria de los (as) pacientes mayores de 60 años adscritos a la consulta de Medicina familia.

Se determinó la proporción en cuanto a género de la incontinencia urinaria en pacientes geriátricos en medicina familiar en el Hospital General de zona y Medicina Familiar N. 1.

Se estableció el rango de edad en que es más frecuente la incontinencia urinaria.

Tomando en cuenta los valores más representativos del problema de incontinencia urinaria de la escala del 5 al 10 se puede decir que en suma el 25.26 % percibe que si hay afectación por lo menos en una cuarta parte de los encuestados; de la cifra anterior en suma el 14.36 % se encuentran entre 7 a 10 puntuaciones significativas. Por género, a excepción del puntaje de 7, los porcentajes son mayores en las mujeres que en los varones tomando en cuenta la suma de 5 a 10 el porcentaje es: 9.3 hombres vs 14.37 mujeres.

XIV. RECOMENDACIONES

En la actualidad y gracias al conocimiento detallado de la fisiología vesical, existen múltiples alternativas terapéuticas, ya sea de modificación de la conducta, farmacológicas o quirúrgicas que permiten afrontar de manera satisfactoria la incontinencia urinaria.

Se recomienda utilizar las alternativas terapéuticas de forma complementaria para obtener buenos resultados. Siendo importante antes de seleccionar el tratamiento más adecuado para cada paciente: a) establecer el tipo de incontinencia, b) valorar las condiciones médicas asociadas, c) evaluar la repercusión de la incontinencia, d) tener en cuenta la preferencia del paciente, e) valorar la aplicabilidad del tratamiento y el balance beneficio/riesgo de cada tratamiento.

Es preciso optar por técnicas conservadoras, es decir, modificación de los hábitos de conducta o rehabilitación perineal, con los que se obtienen unos resultados satisfactorios hasta en un 60% de los casos. Si no se ha logrado el control miccional, se recurre al tratamiento farmacológico, que ha mejorado tras la incorporación de medicamentos con pocos efectos secundarios y si estos procedimientos no son eficaces, se acude a la cirugía.

XV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Cano R, Bravo V. Incontinencia urinaria. Sistema Nacional de Salud. 1999; 23(6):149-159.
2. España M. Incontinencia de orina en la mujer. Medicina Clínica. 2003; 120(12):464-472.
3. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U. The standardisation of terminology in lower urinary tract function. Report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn. 2002; 21(2):167-178.
4. Ruíz M. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior. Actas Urológicas Españolas. 2005; 29(1): 6-30.
5. Griffiths D, Derbyshire S, Stenger A, Resnick N. Brain control of normal and overactive bladder. J Urol. 2005; 174(5):1862-7.
6. Brenes FJ. Vejiga Hiperactiva. Abordaje en Atención Primaria. Pautas Diagnósticas y Terapéuticas. Cuadernos Multidisciplinares de Vejiga Hiperactiva. Saned (Madrid). 2007; 20(1):39-55.
7. Andrew JR, Snyder AZ, Vincent JL, Lustig C, Head D, Raichle ME, et al. Disruption of large-scale brain systems in advanced aging. 2007; 56(5):924-35.
8. Tadic SD, Griffiths D, Schaefer W, Resnick NM. Abnormal connections in the supraspinal bladder control network in women with urge urinary incontinence. Neuroimage. 2008; 39(4):1647-53.
9. Hunskar S, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Hjalmas K, Lapitan MC. Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence (UI). Incontinence Plymbridge Distributors Ltd. 2002; 2(3):165-202.
10. Subak L, Thom D, Creasman JM, Brown JS. Reproductive Risks for Incontinence Study at Kaiser Research Group. Urinary incontinence in women. Am J Obstet Gynecol. 2007; 197(6):596.
11. Mostwin J, Bourcier A, Haab F, Koelbl H, Rao S, Resnick N, et al. Pathophysiology of urinary incontinence, fecal incontinence and pelvic organ prolapse. Recommendations of International Scientific Committee. 2005; 4(8):423-484.

12. Petros PE, Woodman PJ. The Integral theory of continence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008; Jan; 19(1):35-40.
13. Griffiths D, Tadic SD. Bladder control, urgency, and urge incontinence: Evidence from functional brain imaging. *Neurourol urodyn.* 2008; 27(6):466-74.
14. Grady D, Herrington D, Bittner V, Blumenthal R, Davidson M, Hlatky M, et al. Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II). *JAMA.* 2008 3; 288(1):49-57.
15. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am geriatr Soc.* 2007; 55(5):780-91.
16. Pérez R, Gutiérrez A, García D, Reyes M, Gutfrajnd R. Evaluación de la severidad de la incontinencia urinaria de esfuerzo con estudios uro dinámicos: un estudio comparativo para detectar deficiencia intrínseca del esfínter uretral externo. *Revista Mexicana de Urología.* 2014; 74(1):9-14.
17. Yang J, Yang SH. Huang WC. Functional correlates of Doppler flow study of the urethral vasculature. *Ultrasound in Obstetric Gynecology.* 2006; 28(1):96-102.
18. Baztan JJ, Arias E, González N, Rodríguez de Prada MÍ. New-onset urinary incontinence and rehabilitation outcomes in frail older patients. *Age Ageing.* 2005; 34(2):172-5.
19. Morrison A, Levy R. Fraction of Nursing Home Admissions Attributable to urinary Incontinence: Value in health. Blackwell publishing ltd. 2006; 9(6): 272-274.
20. Dubeau CE. Beyond the bladder: management of urinary incontinence in older women. *Clin Obstet gynecology.* 2007; 50 (3):720-34.
21. Pfisterer MH, Griffiths DJ, Rosenberg L, Schaefer W, Resnick NM. The impact of detrusor overactivity on bladder function in younger and older women. 2006; 175(5):1777-83.
22. Pfisterer MH, Griffiths DJ, Schaefer W, Resnick NM. The effect of age on lower urinary tract function: a study in women. *J Am geriatric Soc.* 2006; 54 (3):405-12.
23. Taylor JA, Kuchel GA. Detrusor underactivity: Clinical features and pathogenesis of an underdiagnosed geriatric condition. *J Am Geriatric Soc.* 2006; 54(12):1920-32.
24. Galeano D. Impacto de un programa de actividad física para mayores Institucionalizados, diagnosticados de incontinencia urinaria (tesis master):

- Andalucía: Servicio de Investigación e intercambio científico. Universidad Internacional de Andalucía.; 2013.
25. Minassian VA, Devore E, Hagan K, Grodstein F. Severity of urinary incontinence and effect on quality of life in women, by incontinence type. *Obstet Gynecol.* 2013; 121(5):1083-90.
 26. Lawrence J, Lukacz ES, Nager CW, Hsu JW, Luber KM. Prevalence and cooccurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women. *Obstetric Gynecology.* 2008; 111(3):678-85.
 27. Talasz H, Himmer G, Marth E, Fischer J, Hoefner E, Lechleitner M. Evaluation of pelvic floor muscle function in a random group of adult women in Austria. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008; 19(1):131-5.
 28. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol.* 2006; 50(6):1306-14.
 29. Hannestad Y, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. Journal of Clinical Epidemiology.* 2000; 53(11):1150-1157.
 30. Espuña M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc).* 2004; 122(8):288-92.
 31. Wagg A, Potter J, Irwin P, Lowe D, Pearson M. National audit of continence care for older people: management of urinary incontinence. *Age Ageing.* 2008; 37(1):39-44.
 32. Cortés AR, Villarreal E, Galicia L, Martínez L Vargas ER, Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Cross sectional geriatric assessment of Mexican older people. *Rev Med Chile* 2011; 139(1):725-731.
 33. Vázquez M, Aguirre G, Álvarez R. Incontinencia Urinaria en Mujeres del Distrito federal. *Anales Médicos.* 2007; 52(1): 14-21.
 34. Martínez CJ, Flores O, García de Alba J, Velázquez I, González MI, Márquez R. Prevalencia de incontinencia urinaria y anal en mujeres de la zona metropolitana de Guadalajara. *Ginecología y Obstetricia de México.* 2006; 74(6):300-5.

XVI. ANEXOS.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

“INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN MEDICINA FAMILIAR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR N. 1.”

Nombre _____

Numero de afiliación: _____ consultorio y turno _____

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA ICIQ-SF ®

Fecha _____ (Día/Mes/Año)

Mucha gente pierde orina en un momento determinado, estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta qué punto les preocupa esta situación. Le estaríamos muy agradecidos si contestase a las siguientes preguntas, pensando en cómo se ha encontrado en las últimas cuatro semanas.

1. Por favor, escriba la fecha de su nacimiento Día/ mes/ Año _____

2. Usted es Mujer/Varón

3. ¿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

4. Nos gustaría saber 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

5. ¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada Mucho

6. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pase a Ud.

- Nunca
- Antes de llegar al servicio
- Al toser o estornudar
- Mientras duerme
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido
- Sin motivo evidente
- De forma continua

Muchas gracias por contestar estas sencillas preguntas.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:
“Incontinencia urinaria en pacientes geriátricos en medicina familiar en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar N. 1.”

Lugar y Fecha _____

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio:

El objetivo del presente estudio es determinar el número de pacientes mayores de 60 años que presentan incontinencia urinaria en consultorios de medicina familiar del Hospital General de Zona y Medicina Familiar N. 1. Mediante la aplicación del cuestionario ICIQ-SF®.

Este estudio se justifica ya que la incontinencia urinaria en el adulto mayor si bien, no implica un pronóstico de gravedad, limita la autonomía, reduce la autoestima y la calidad de vida en quienes la padecen.

Procedimientos:

Aplicación de un Cuestionario (ICIQ-SF®) que describe la incontinencia urinaria, a pacientes mayores de 60 años que acuden a consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona y Medicina Familiar N. 1, con el propósito de conocer si presentan incontinencia urinaria.

Posibles riesgos y molestias:

Aunque se considera una investigación sin riesgo, cabe mencionar que existe la posibilidad de incomodidad psicológica y emocional para el paciente sobre este padecimiento, ya que solo se aplicará un cuestionario (ICIQ-SF®).

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Al contestar adecuadamente este cuestionario el participante podrá conocer si presenta o no incontinencia urinaria, así mismo al término del presente estudio se podrá conocer el número de pacientes mayores de 60 años que presentan incontinencia urinaria en consultorios de medicina familiar del Hospital General de Zona y Medicina Familiar N. 1.

Participación y retiro:

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

Privacidad y confidencialidad:

El Investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio

Beneficios al término del estudio:

Al término del presente estudio se podrá conocer el número de pacientes mayores de 60 años que presentan incontinencia urinaria en consultorios de medicina familiar del Hospital General de Zona y Medicina Familiar N. 1.

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

Investigador Responsable:

- Dra. Tonantzin Refugio Acosta, Médico Familiar HGZMF N.1, Matrícula: 4743410, Tel: 771 1633910

Colaborador:

- Arnulfo Abraham Trejo Espejel, Médico Residente de tercer año de Medicina Familiar, Matrícula: 99136953, Tel: 771 130 1392

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

 Nombre y firma del paciente

 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

 Nombre, dirección, relación y firma

 Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013