

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS  
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y CALIDAD DE VIDA  
EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE INCONTINENCIA URINARIA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 220 DEL IMSS TOLUCA MEXICO DE  
2011 A 2012”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 TOLUCA MEXICO**

**TESIS  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA  
M.C. ITZHEL NEVARES ROLDÁN**

**DIRECTORA DE TESIS  
E.M.F. BLANCA ESTELA ARIZMENDI MENDOZA**

**REVISORES DE TESIS  
DRA. EN H. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ  
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN  
M. EN I.C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS  
E.M.F. MÓNICA LÓPEZ GARCÍA**

**TOLUCA, MÉXICO**

**2013**



## **AGRADECIMIENTOS:**

En primer lugar a Dios por permitirme llegar a una nueva etapa de mi vida profesional y de lo que ahora en adelante constituirá mi futuro.

A mis Padres, Victoria y Hector Manuel por su apoyo incondicional, porque sin ellos nada de esto seria posible. Gracias por estar siempre conmigo.

A mi Abuelita Paula, que confió en mi a pesar de tener que soportar distancia y ausencias, a mis hermanos Cesar y Victor por ser mis amigos, confidentes y por tener que pasar vacaciones, incluso en lugares distantes por estar conmigo.

A mis Amigos que estuvieron siempre ahí, gracias por su apoyo, por sus desvelos, por sus enseñanzas, por los momentos de alegrías.

A mi Directora de Tesis y Coordinadora de Especialidad Dra. Blanca E. Arizmendi Mendoza por su apoyo durante esta etapa y ante la realización de este trabajo.

A todas las personas que constituyen una parte importante de mi vida.

**“FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y CALIDAD DE VIDA  
EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE INCONTINENCIA URINARIA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 220 DEL IMSS TOLUCA MEXICO DE  
2011 A 2012”**

## ÍNDICE

Cap.	Pág
<b>I. MARCO TEÓRICO.</b>	
I.1. Familia	1
I.1.1. Objetivos del sistema familiar	1
I.1.2. La comunicación en el sistema familiar	2
I.1.3. Estructura y subsistemas del grupo familiar	2
I.2. Incontinencia urinaria	3
I.2.1. Antecedentes históricos	4
I.2.2. Estudios realizados	5
I.2.3. Tipos de incontinencia urinaria	6
I.2.4. Prevalencia de incontinencia urinaria por subtipos	7
I.2.5. Severidad de la incontinencia urinaria	8
I.2.6. Factores de riesgo de incontinencia urinaria	8
I.2.7. Impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida	10
I.2.8. Diagnóstico clínico de la incontinencia urinaria	11
I.2.9. Pruebas complementarias	12
I.2.10 Tratamiento	13
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b>	
II.1 Argumentación.	19
II.2 Pregunta de Investigación.	19

### **III. JUSTIFICACIONES.**

III.1 Epidemiológica	20
III.2 Familiar	20
III.3 Social	20
III.4 Académica.	20

### **IV. HIPÓTESIS**

IV.1 Elementos de la hipótesis.	21
IV.1.1 Unidades de Observación.	21
IV.1.2 Variables.	21
IV.1.2.1 Dependiente.	21
IV.1.2.2 Independientes.	21
IV.1.3 Elementos lógicos de relación.	21

### **V. OBJETIVOS**

V.1 General.	22
V.2 Específicos.	22

### **VI. MÉTODO.**

VI.1 Tipo de estudio.	23
VI.2. Diseño del estudio.	23
VI.3 Operacionalización de variables.	24
VI.4 Universo de Trabajo.	25
VI.4.1 Criterios de inclusión.	25
VI.4.2 Criterios de exclusión.	25
VI.4.3 Criterios de eliminación.	25
VI.5. Instrumento de Investigación	26
VI.5.1 Descripción	26
VI.5.2 Validación	28

VI.5.3 Aplicación	29
VI.6 Desarrollo del proyecto	29
VI.7 Límite de espacio	29
VI.8 Límite de tiempo	29
VI.9 Diseño de análisis	29
<b>VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.</b>	<b>30</b>
<b>VIII. ORGANIZACIÓN</b>	<b>30</b>
<b>IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>31</b>
<b>X. CUADROS Y GRÁFICOS</b>	<b>33</b>
<b>XI. CONCLUSIONES</b>	<b>40</b>
<b>XII. RECOMENDACIONES</b>	<b>41</b>
<b>XIII. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>42</b>
<b>XIV. ANEXOS</b>	<b>45</b>

## MARCO TEÓRICO

### I.1. Familia

La familia es la unidad de la sociedad, es decir, un grupo organizado que esta constituido por un número variable de miembros que están vinculados entre sí, por tanto, la familia esta presente en las diferentes sociedades en la cual se desarrollan de acuerdo a muchas características entre ellas el modo y el estilo de vida de la sociedad en que se desarrolla, de ahí la importancia del proceso salud – enfermedad dentro de la familia, ya que si algún integrante de la familia enferma puede desencadenar una disfunción familiar.

Carlos Sluzki define la Familia como un conjunto en interacción, organizado de manera estable y, estrecha en función de necesidades básicas con una historia y un código propios que le otorgan singularidad; un sistema cuya cualidad emergente excede la suma de las individualidades que lo constituyen.

Hall, Fagen, Mara Selvini, etc., coinciden en afirmar que la familia es un sistema abierto, compuesto de elementos humanos que forman una unidad funcional, regida por normas propias, con una historia propia e irrepetible y en constante evolución.

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, a medida en la que cumpla con sus funciones básicas. Consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por múltiples subsistemas de funcionamiento interno e influido por una variedad de sistemas externos relacionados. Desde el punto de vista sistémico, la familia es considerada como un todo en el que las modalidades transaccionales que caracterizan las relaciones entre los miembros dependen de las reglas o leyes a partir de las cuales funcionan los miembros del sistema en relación reciproca. En el grupo familiar, el comportamiento de cada sujeto está conectado de un modo dinámico con el de los otros miembros de la familia y al equilibrio del conjunto.

Por lo tanto la familia debe ser contemplada como una red de comunicaciones entrelazadas en la que todos los miembros influyen en la naturaleza del sistema, a la vez que todos se ven afectados por el propio sistema. Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar. (1)

#### I.1.1. Objetivos del sistema familiar

La finalidad por excelencia, determinada por la especie, es la reproducción, es decir generar nuevos individuos a la sociedad. Para alcanzar esta finalidad debe cumplir con una serie de objetivos intermedios: Dar a todos y cada uno de sus miembros seguridad afectiva y seguridad económica.

Proporcionar a la pareja pleno goce de sus funciones sexuales, dar a los hijos la noción firme y vivenciada del modelo sexual, que les permita identificaciones



claras y adecuadas. Enseñar respuestas adaptativas a sus miembros para la interacción social.

Partiendo del paradigma sistémico, el análisis del grupo familiar se centra en la observación de las relaciones que se han establecido entre sus componentes. La familia es al mismo tiempo, un sistema abierto y por lo tanto, en continua transformación, viviendo cambios y modificaciones que son distintos en cada momento de su evolución.

### **I.1.2. La comunicación en el sistema familiar**

En la familia hay sujetos que se comunican independientemente de que tal comunicación tenga que ponerse en relación con la biografía personal que cada uno ha ido elaborando a lo largo de su pasado. Las experiencias pasadas no dejan de influir en el tipo de interacción.

Ver la interacción de los distintos miembros de la familia, supone, que no es suficiente con tener una idea de los acontecimientos que actúan sobre lo que es percibido como un conflicto familiar.

La comunicación transporta las reglas que prescriben y limitan los comportamientos individuales en el seno familiar. La comunicación también establece como deben ser expresados, recibidos e interpretados los sentimientos y emociones de sus miembros.(2)

### **I.1.3. Estructura y subsistemas del grupo familiar**

Históricamente, las técnicas de intervención basadas en la concepción individual del conflicto mediante atribuciones a los comportamientos de un miembro se centraban exclusivamente en éste, aislado de su medio. La concepción sistémica de familia intenta modificar su organización. Al transformar la estructura del grupo familiar se modifican en consecuencia, las posiciones de sus miembros. Como resultado de ello se modifican las experiencias de cada individuo.

Los subsistemas familiares son reagrupamientos de miembros de la familia, según criterios de vinculación específica de la que se derivan relaciones particulares.

El subsistema conyugal se forma cuando dos adultos se unen con la intención explícita de formar una familia, compartiendo intereses, metas y objetivos.

El subsistema parental pueda estar constituido por las mismas personas que el conyugal, el vínculo que lo estructura es el hecho de ser ambos esposos progenitores de nuevas personas y se constituye al nacer el primer hijo.

El subsistema filial o subsistema fraterno, esta constituido por los hijos que constituyen un núcleo diferenciado de miembros del sistema.

De este modo, el sistema se mantiene ofreciendo resistencia a todo cambio, más allá de cierto nivel, con el fin de conservar las pautas, preferidas tanto tiempo cuanto le es posible. Toda desviación que se aleje del umbral de

tolerancia del sistema suscita una serie de mecanismos homeostáticos que restablecen el nivel habitual. Aparecen, por tanto requerimientos de lealtad familiar y maniobras de culpabilidad.

Sin embargo, la familia debe responder a cambios internos y externos para poder encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad. Por eso una familia se transforma con el correr del tiempo adaptándose y reestructurándose para poder seguir funcionando.(3) .

La familia posee una complejidad y originalidad propia, con unas peculiaridades que no son equiparables a las de sus miembros, considerados aisladamente.

Cualquier cambio en un elemento influye en todos los demás y el todo volverá a influir en los elementos haciendo que el sistema se torne diferente . Se rige por reglas que sólo tienen validez y sentido en su identidad. Vive de las interrelaciones entre sus miembros, consideradas como circulares. La causalidad circular, diferente de la lineal, incide en la observación y comprensión de las relaciones presentes entre los miembros de una familia.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.(4)

## **I.2. Incontinencia urinaria**

La incontinencia urinaria constituye un problema médico y social importante con una tendencia creciente debido, entre otras razones, al envejecimiento de la población. Recientes estimaciones cifran en 200 millones los adultos con Incontinencia Urinaria.

Aunque existen diferentes definiciones de incontinencia urinaria, la tendencia actualmente es tratar de homogeneizar éstas y seguir el concepto propuesto por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS). De acuerdo con ésta, la incontinencia urinaria se define como cualquier pérdida involuntaria de orina.

Esta definición abarca varios aspectos de la incontinencia, incluyendo síntomas (utilizados en estudios epidemiológicos y ensayos clínicos que típicamente utilizan cuestionarios basados en síntomas), signos físicos (los más relevantes para los clínicos), la observación urodinámica y la condición en su conjunto. Es altamente prevalente en la población adulta y de dos a cuatro veces más común en mujeres que en hombres. La incidencia de incontinencia urinaria aumenta casi 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. Al mismo tiempo es sorprendentemente bajo el índice de consulta generado por este problema de salud y la mayoría de los pacientes que viven en la comunidad utilizan productos absorbentes, influyendo en ello factores

individuales, socioculturales y puramente asistenciales. La incontinencia urinaria no es obviamente un proceso de riesgo vital, pero deteriora significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce su autoestima. La afectación de la calidad de vida relacionada con la salud por la incontinencia urinaria puede incluso ser mayor que la provocada por algunas enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial.  
(5)

### **I.2.1. Antecedentes históricos**

Existen múltiples referencias históricas que datan de los papiros egipcios ya con intentos encaminados a la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. Éstos consisten en la aplicación vaginal de estructuras comparadas a los pesarios vaginales actuales. No fue sino hasta el siglo XIX cuando J.Marion Sims inicia las primeras descripciones de técnicas enfocadas al manejo de este problema.

Uno de los pilares fundamentales en los que descansa la tendencia principal del tratamiento antiincontinencia, fue desarrollado por el Dr. Howard A.Kelly del Hospital Johns Hopkins con su "plicatura de Kelly" al cuello de la vejiga. Posteriormente, en Alemania los cirujanos Goebel-Stoeckel y Frangenheim desarrollan las técnicas básicas de los procedimientos con cabestrillos (slings) suburetrales y subcervicales. Los primeros intentos de cura de la I.U.E con inyecciones periuretrales de sustancias químicas fue hecha en Inglaterra en 1930 por Murless. La era moderna de la cirugía retropúbica del cuello de vejiga inicia en 1949, cuando los urólogos Marshall y Marchetti trabajan conjuntamente con el ginecólogo Krantz para la técnica antiincontinencia más ampliamente usada. Modificaciones a esta técnica fueron hechas posteriormente por Paul Hodgkinson y John Bursh en 1960. El abordaje con aguja fue originalmente propuesto por Armand Pereyra en 1957 y sus subsecuentes modificaciones van desde Tomas Lebherz, Stamey, Raz y Gitez.

El desarrollo de modernos materiales protésicos y avances en la cirugía reconstructiva inician en 1970 y abren una vasta lista de materiales y técnicas sofisticadas, enfocadas a la incontinencia compleja y en muchos casos a la incontinencia recidivante. Los objetivos del tratamiento quirúrgico deben ir encaminados a individualizar la terapia a cada paciente según sus síntomas, necesidades y tipo de actividad. Integrar el factor de impacto psicológico para cada paciente y restituir las relaciones anatómicas y estructurales que cada paciente desarrolle por sus antecedentes ginecobstétricos o quirúrgicos así como sus enfermedades intercurrentes. Aproximadamente se publican dos artículos por semana en la literatura mundial enfocados a las técnicas antiincontinencia, y en la actualidad existen alrededor de 200 técnicas quirúrgicas. Para determinar cuál de estas técnicas podría ser la más recomendable para cada paciente, ésta deberá ser individualizada a cada caso y ser del dominio del cirujano para el reconocimiento de las alteraciones anatómico-estructurales de la paciente así como para la identificación de complicaciones o eficacia.(6)

### **I.2.2. Estudios realizados**

Las cifras de prevalencia que aparecen en los diferentes estudios son muy variables, dependiendo de una serie de factores como concepto de incontinencia, método de estudio, nivel asistencial estudiado y otras características de la muestra. En estudios epidemiológicos entre mujeres adultas de todas las edades las tasas de prevalencia de incontinencia urinaria oscilan entre 20 y 50%.

En el estudio epidemiológico EPINCONT realizado en 27.936 mujeres mayores de 20 años en un condado de Noruega entre 1995 y 1997, 25% de ellas confesaban tener pérdidas de orina. Un estudio reciente en cuatro países europeos (Francia, Alemania, Reino Unido y España) llevado a cabo sobre las respuestas de una encuesta por correo a 17.080 mujeres de más de 18 años demostró que 35% de ellas referían pérdidas involuntarias de orina en los 30 días previos. La tasa de prevalencia fue muy similar en todos los países (41 a 44%), excepto en España cuya tasa resultó sorprendentemente menor (23%). En ambos estudios se constata claramente que la prevalencia de incontinencia urinaria aumenta con la edad, con una tasa típica en adultos jóvenes de 20-30%, un pico alrededor de la edad media (prevalencia 30-40%) y luego un incremento leve y mantenido en edades más avanzadas (prevalencia 30- 50%).

Los pacientes institucionalizados, en particular las mujeres, representan un grupo particular de elevada prevalencia de incontinencia urinaria, alrededor de 50-60%(7).

Un estudio realizado en España titulado “Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida” realizado en 2001 concluyó una prevalencia del 20% siendo la media en edad de 43.4 años las que presentaban incontinencia urinaria de las cuales el 56.8% no lo habían consultado, concluyendo así que se detecta una alta prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres en edad laboral con una baja tasa de consulta a pesar de que ésta afecta de manera considerable su calidad de vida.(8)

Otro estudio realizado en el servicio de Urología del Complejo hospitalario universitario de Albacete en Madrid España titulado “Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria” realizado de 2001 al 2005 con aplicación del Kings Health Questionnaire (KHQ) instrumento específico para la medida de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria donde la edad media de las pacientes fue de 57.09 años se concluyó que la escala mejor puntuada fue la relaciones personales, mientras que la peor fue la del impacto de la incontinencia urinaria y se comprobó que en líneas generales las puntuaciones más bajas (mejor calidad de vida) se obtuvieron en los grupos de edad más jóvenes, mientras que la limitación de la actividad diaria, limitación de la actividad física, en la actividad social y en las emociones fueron significativamente superiores y que las pacientes con mayor tiempo de evolución puntuaron más bajas en la escala de relaciones personales.

Concluyendo así que las pacientes con incontinencia urinaria tienen afectada su calidad de vida que les limita tanto su actividad física, su vida social y su imagen corporal. Su calidad empeora con la edad, un mayor grado de incontinencia, una mayor sintomatología miccional y cuando se asocian episodios de infección urinaria.(9)

Un estudio más realizado en 2004 donde se evaluó la Repercusión de la Incontinencia Urinaria en la calidad de vida de mujeres de 40 a 65 años en un área sanitaria en Madrid concluyó que la incontinencia urinaria en mujeres en este rango de edad es un problema de salud notable que afecta a una cuarta parte de las mujeres de mayor edad y que muestra un impacto negativo en su calidad de vida. La prevalencia y la repercusión del trastorno justifican la puesta en marcha de programas coordinados de educación, promoción y prevención de la incontinencia urinaria en el marco de la atención primaria.(10)

Estudios y trabajos de investigación en México concluyen que la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres nos obliga a la búsqueda intencionada de esta patología para realizar el diagnóstico y tratamiento tempranos. Sobre todo en un primer nivel.(11)

### **I.2.3 Tipos de incontinencia urinaria**

Se considera que la incontinencia urinaria y las disfunciones miccionales pueden clasificarse de acuerdo con criterios sintomáticos o urodinámicos, según las directrices de la Sociedad Internacional de Continencia en un documento de estandarización de la terminología (12). Según los criterios sintomáticos, los tipos fundamentales de incontinencia urinaria se exponen a continuación:

Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (como por ejemplo toser, reír, correr, andar). Se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral, por dos causas no excluyentes:

Por hipermovilidad uretral, en el que fallan los mecanismos de sujeción de la uretra que desciende de su correcta posición anatómica.

Por deficiencia esfinteriana intrínseca, en la que existe una insuficiente coaptación de las paredes uretrales que produce una disminución de la resistencia de la uretra.

La incontinencia urinaria de esfuerzo es común en ancianas y supone también la forma más común de incontinencia urinaria en las mujeres menores de 75 años, afectando a casi un 50% de ellas.

Incontinencia urinaria de urgencia (IUU): es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de "urgencia". Por "urgencia" se entiende cuando el paciente se queja de la aparición súbita de un deseo miccional claro e intenso, difícil de demorar. Esta sensación de urgencia es

consecuencia de una contracción involuntaria del detrusor vesical. Cuando estas contracciones involuntarias se ponen de manifiesto en un estudio urodinámico se denomina “detrusor hiperactivo”, cuya causa puede ser una enfermedad neurológica (hiperactividad del detrusor neurogénica) o sin causa detectable (hiperactividad del detrusor idiopática). Puede además deberse a otras causas, como estenosis uretral, hipercorrección quirúrgica, etc.

Incontinencia urinaria mixta: (IUM) es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a urgencia como al esfuerzo. Se estiman en 30-40% las mujeres con incontinencia urinaria que tienen síntomas de incontinencia urinaria mixta. Estos datos confirman previos estudios en los que se concluía que la incontinencia urinaria de esfuerzo es un problema frecuente en mujeres jóvenes y premenopáusicas, mientras que los síntomas de urgencia y la incontinencia urinaria de urgencia se hacen más predominantes en el rango de edad postmenopáusica.

Incontinencia urinaria continua (IUC): es la pérdida involuntaria y continua de orina. Puede ser debida a una fístula, desembocadura ectópica ureteral o a un déficit intrínseco uretral grave.

Enuresis nocturna: es la pérdida involuntaria de orina durante el sueño.

La incontinencia urinaria inconsciente (IUI): se define como la pérdida involuntaria de orina sin deseo miccional e independientemente de cualquier aumento de la presión abdominal. Este tipo de incontinencia urinaria se presenta sólo con grandes volúmenes de orina dentro de la vejiga y aunque poco frecuente es de interés reconocerla entre la población geriátrica. Desde el punto de vista etiológico es una forma extrema de disfunción de vaciado vesical, bien por una obstrucción en el tracto urinario inferior (crecimiento prostático, esclerosis del cuello vesical) o por un detrusor acontráctil (neurológico o por otros factores).

Otras formas de incontinencia urinaria se pueden presentar de forma ocasional, como la incontinencia urinaria durante el coito o la incontinencia urinaria con la risa (“giggle incontinence”). Inmediatamente después de la micción la incontinencia urinaria se describe con el término goteo postmiccional, que es la pérdida de orina que se percibe justo tras finalizar la micción, generalmente después de salir del baño. (13)

#### **I.2.4. Prevalencia de incontinencia urinaria por subtipos**

En los estudios epidemiológicos amplios anteriormente citados se muestra que la incontinencia urinaria de esfuerzo es el síntoma de incontinencia urinaria más frecuentemente referido. La incontinencia urinaria de esfuerzo pura afecta al 10-20% de las mujeres incontinentes, mientras que 30-40% tienen síntomas de incontinencia urinaria mixta. Como la incontinencia urinaria mixta es la combinación de incontinencia urinaria de esfuerzo e incontinencia urinaria de urgencia, la mayoría de las mujeres, independientemente de su edad, se quejan de incontinencia urinaria de esfuerzo con o sin otros síntomas del tracto urinario inferior. Esto se corresponde con los porcentajes comunicados en el

extenso estudio EPINCONT, en el que 50 % de las mujeres incontinentes tenían síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo, 11% de incontinencia urinaria de urgencia y 36% de incontinencia urinaria mixta. Estos datos han sido confirmados en recientes revisiones.

El porcentaje de mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo alcanza un pico máximo alrededor de la quinta década (rango, 28% a 65%) y luego declina a partir de la sexta década. Por contraste, la incontinencia urinaria mixta es más frecuente en mujeres mayores y supone un 40 a 48% en el rango de 60 años en adelante. Es importante tener en cuenta que estos estudios epidemiológicos están basados en los síntomas que la paciente registra en la encuesta y es más que probable que esto sobredimensione la incontinencia urinaria mixta y la incontinencia urinaria de urgencia en detrimento de la incontinencia urinaria de esfuerzo.(14)

#### **1.2.5. Severidad de la incontinencia urinaria**

En muchos estudios sobre incontinencia urinaria la definición de ésta es elusiva acerca de la severidad, porque no se tienen en cuenta ni la frecuencia de las pérdidas ni su cantidad. En tal sentido se ha desarrollado un “índice de severidad” validado y que ha puesto de manifiesto que en sólo 27% de las mujeres incontinentes esta incontinencia urinaria era severa, mientras que más del 50% tenían incontinencia urinaria leve. La severidad de la incontinencia urinaria se incrementa con la edad. En el estudio EPINCONT se demuestra que la incontinencia urinaria severa supone el 17, 28 y 38% de la incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria de urgencia y incontinencia urinaria mixta, respectivamente. En lo referente al grupo de incontinencia urinaria de esfuerzo la severidad de la incontinencia aumentaba de 10% en el grupo de edad 25 a 44 años a 33% en el de 60 ó más años. Para la incontinencia urinaria de urgencia y la incontinencia urinaria mixta los valores correspondientes fueron 8 a 45 y 19 a 53%. El citado estudio epidemiológico definió la incontinencia urinaria significativa como aquella de los pacientes con moderada o severa incontinencia urinaria por el índice de severidad.

La prevalencia de esta incontinencia urinaria significativa aumenta con la edad, con independencia del tipo de incontinencia urinaria, con un rango de 1,7% en la tercera década de la vida a 16,2% en el grupo de pacientes mayores de 85 años.(15)

#### **1.2.6. Factores de riesgo de la incontinencia urinaria**

Existen en la literatura varios estudios acerca de los probables factores de riesgo que pudieran incrementar el riesgo individual de desarrollar incontinencia urinaria.(16)

Género: Varias razones (longitud uretral, diferencias anatómicas en el suelo pelviano, efectos del parto) intentan justificar la diferencia de que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar incontinencia urinaria. Sin embargo, esta razón de riesgo varía con la edad: en menores de 60 años las mujeres tienen cuatro veces más probabilidades que los hombres de padecer incontinencia urinaria, pero en mayores de 60 años sólo dos veces más.

Edad: Existen indicios para pensar que la edad pudiera jugar un papel en el desarrollo de la incontinencia urinaria de urgencia más que de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Los cambios relacionados con la edad que pudieran contribuir al desarrollo de incontinencia urinaria son los siguientes: Disminución del tejido elástico, Atrofia celular, Degeneración nerviosa, Reducción tono músculo liso, hipoestrogenismo, deterioro cognitivo, inmovilidad, pérdida de capacidad concentración renal, comorbilidad y polifarmacia.(17)

Menopausia e hipoestrogenismo: La atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pelviano así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral. Estudios recientes, no obstante, no han demostrado que la menopausia por sí misma sea un factor de riesgo independiente de la edad.(18)

Raza: Estudios multivariados demuestran que las mujeres blancas tienen una prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo tres veces mayor que las mujeres negras, atribuyéndose a diferencias raciales en el tejido conjuntivo o en los músculos.

Peso: La obesidad es uno de los factores de riesgo independiente para la incontinencia urinaria en mujeres mayores. Un índice de masa corporal alto se correlaciona con una mayor prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y de incontinencia urinaria mixta, así como con la severidad de la . incontinencia urinaria. Se conoce poco sobre la pérdida de peso como tratamiento de la incontinencia urinaria.(19)

Paridad: El parto es un factor establecido de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo y de incontinencia urinaria mixta entre las mujeres jóvenes y de mediana edad. Se ha sugerido que el parto vaginal es el factor contribuyente más importante, posiblemente por las lesiones neurológicas o musculares asociadas. Sin embargo, el embarazo en sí mismo puede causar cambios mecánicos u hormonales que sean causa de incontinencia urinaria (31-42% de las embarazadas tienen incontinencia urinaria de esfuerzo y en 51% de ellas persiste algún grado de incontinencia urinaria postparto).

Por otro lado, recientemente se ha comprobado que las mujeres con partos por cesárea (prevalencia 15,8%) tienen un riesgo mayor de incontinencia urinaria que las nulíparas (prevalencia 10,1%), pero que el parto vaginal se asocia con el riesgo mayor (prevalencia 24,2%). Se han estudiado varios parámetros obstétricos que pueden contribuir a la aparición de incontinencia urinaria. En un reciente estudio, los recién nacidos de peso de 4.000 gr. o más se asociaron a cualquier tipo de incontinencia urinaria e incontinencia urinaria de esfuerzo; trastornos funcionales del parto con incontinencia urinaria moderada o severa; la anestesia epidural con incontinencia urinaria de esfuerzo y la circunferencia cefálica mayor de 38 cm con incontinencia urinaria de urgencia. El resto de los parámetros estudiados (edad gestacional, instrumentación del parto, etc) no mostraron asociación significativa.(20)

Histerectomía: El impacto de la histerectomía en el desarrollo de la incontinencia urinaria de esfuerzo no está demostrado. Un ya clásico



metaanálisis publicaba una asociación entre histerectomía e incontinencia urinaria a largo plazo, es decir, muchos años tras la cirugía sobre todo en mujeres mayores de 60 años en las que el riesgo de incontinencia urinaria se incrementaba hasta 60%. Otros estudios, no encuentran esta asociación.

Factores uroginecológicos: Los prolapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, la debilidad de los músculos del suelo pelviano, la cirugía uroginecológica previa, el estreñimiento, las cistitis y otras infecciones del tracto urinario son los factores uroginecológicos más importantes asociados a incontinencia urinaria.(21)

Otros factores: Incluyendo cardiopatías, diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, demencia, accidentes cerebrovasculares, varios fármacos, tabaquismo, abuso del alcohol, etc, se ha relacionado con incontinencia urinaria. Un estudio reciente ha encontrado una prevalencia de 71 y 24% de incontinencia urinaria de esfuerzo entre madres y hermanas de mujeres operadas por incontinencia urinaria, frente a 40 y 11% de madres y hermanas de mujeres no operadas, hallándose además un inicio de los síntomas en edad más joven entre las primeras. Además, datos extraídos del estudio EPINCONT ponen de manifiesto que las mujeres son proclives a desarrollar incontinencia urinaria si sus madres o hermanas mayores son incontinentes. Todo ello hace pensar que la herencia puede jugar algún papel en la incontinencia urinaria de esfuerzo.(22)

### **1.2.7. Impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida**

La incontinencia urinaria influye en la calidad de vida, entendida, según la OMS como: “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive, en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”. Los afectados por incontinencia urinaria ven mermada su calidad de vida, demostrándose un impacto negativo notable sobre múltiples áreas de la vida diaria: social, física, sexual, psicológica y doméstica. Sin embargo, y a pesar de estos datos, la incontinencia urinaria sigue siendo una desconocida. Así, podríamos hablar de un “doble silencio” frente a la incontinencia urinaria: silencio por parte de la sociedad, ya que es motivo de consulta en menos del 30% de los casos, y silencio por parte de los propios profesionales sanitarios. En este último sentido, debe centrarse más concretamente en el marco de la atención primaria, donde no se realiza una búsqueda activa en la práctica clínica diaria, por ser considerado, en la mayoría de las ocasiones, como un problema “menor”, que no afecta a la situación “vital”.

Varios estudios han tratado de medir la calidad de vida relacionada con la salud en las mujeres incontinentes. Estos estudios varían en su diseño, metodología, criterios de diagnóstico de incontinencia urinaria e incluso definición de calidad de vida. Sin embargo, en todos ellos se expone que la incontinencia urinaria tiene un impacto negativo notable sobre múltiples aspectos de la vida diaria, tanto en el entorno social (menor interacción social o mayor aislamiento, abandono de algunas aficiones, etc), como en el físico (limitaciones a la práctica deportiva), sexual (pérdida de la actividad sexual, evitación de la

pareja), psicológico (pérdida de la autoestima, apatía, depresión, sentimientos de culpabilidad, etc), laboral (absentismo, menos relación) y doméstico (precauciones especiales con la ropa, protección de la cama, etc). Las mujeres con incontinencia urinaria desarrollan hábitos de comportamiento para paliar el problema en parte, tales como la reducción en la ingesta de líquidos, el aislamiento y retracción social, la utilización de absorbentes y la adquisición de una determinada frecuencia miccional, y otros hábitos miccionales, voluntaria.(23)

La incontinencia urinaria afecta más a la calidad de vida relacionada con la salud de las más jóvenes y está relacionada con el tipo de incontinencia urinaria de que se trate. La Sociedad Internacional de Continencia recomienda incluir parámetros de calidad de vida en la evaluación de los tratamientos de la incontinencia urinaria utilizando cuestionarios mixtos de síntomas y calidad de vida. Existen dos cuestionarios específicos para evaluar la calidad de vida de mujeres con incontinencia urinaria validados en España. Uno es el King's Health Questionnaire(24) y el otro es la versión española del cuestionario de la International Consultation on Incontinence Short Form (ICIQ-SF)(25), que es el primer cuestionario breve que permite no sólo detectar la incontinencia urinaria sino además categorizar las pacientes de acuerdo con la gravedad de los síntomas y el grado de preocupación que éstos les generan. Así se termina poniendo de manifiesto que el impacto sobre calidad de vida relacionada con la salud depende del estilo de vida, la edad, el nivel sociocultural, y las experiencias personales no tanto por la gravedad de los síntomas.

#### **1.2.8. Diagnóstico clínico de la incontinencia urinaria**

Los métodos básicos disponibles en todos los niveles asistenciales para el correcto diagnóstico de la incontinencia urinaria son la anamnesis, la exploración física y el diario miccional. Una detallada anamnesis, correctamente enfocada no sólo hacia el tipo de síntomas sino también hacia posibles factores de riesgo, permitirá intuir el tipo de incontinencia y, a partir de ahí, dirigir las pruebas diagnósticas complementarias en ese sentido. A continuación se indican una serie de datos a valorar en la entrevista de una mujer que consulta por incontinencia urinaria: Frecuencia miccional, nicturia, urgencia miccional, urgeincontinencia, emergencia, incontinencia urinaria espontánea, incontinencia urinaria con las relaciones sexuales, incontinencia urinaria inconsciente, incontinencia urinaria de esfuerzo, sensación de vaciamiento incompleto, disuria, dificultad miccional, dolor con la replección vesical, escozor miccional, infecciones urinarias, hematuria estreñimiento, incontinencia fecal, síntomas de prolapso genital.

Otro dato que debe recoger la historia clínica es el número de compresas o protectores utilizados al día por la paciente, como dato de valoración indirecta de la severidad de la incontinencia urinaria. Las características miccionales pueden evaluarse a partir de un diario miccional, en el que la paciente anota durante 3-7 días del intervalo y número de micciones al día, el volumen vaciado, los episodios de incontinencia y la causa (es decir, esfuerzo o urgencia).

Es importante recabar también información acerca de la paridad, utilización de fórceps, episiotomías y duración del trabajo de parto, así como intervenciones previas para la corrección de la incontinencia urinaria, intervenciones abdominales y pélvicas. Deben reflejarse así mismo otros factores de riesgo (sobrepeso, estreñimiento crónico, etc.) y fármacos y otras sustancias que pueden contribuir a la incontinencia urinaria. La exploración física debe hacerse con la vejiga llena, con la paciente en posición de litotomía dorsal. Incluye la evaluación de los prolapsos genitales asociados, una exploración neurológica básica de la zona lumbosacra para valorar el tono muscular del suelo pelviano y los reflejos bulbocavernoso y anocutáneo.

La demostración del escape de orina debe hacerse primero en decúbito, haciendo toser a la paciente y observando el escape de orina por la uretra. Si no hay escapes debe repetirse en bipedestación. El grado de hiperactividad uretral se puede evaluar con el test del bastoncillo, introduciéndolo en la uretra y valorando el movimiento del mismo con la tos (positivo si es superior a 30°). Finalmente, debe cuantificarse la orina residual mediante sondaje o ecografía. Pocas pruebas de laboratorio son necesarias.(26)

Es imprescindible descartar infección urinaria mediante la realización de un cultivo de orina. No obstante, se consideran de utilidad como cribado las tiras reactivas, que tienen una elevada especificidad (92-100%) pero variable sensibilidad (35- 85%) en el caso de la bacteriuria.

### **1.2.9. Pruebas diagnósticas complementarias**

Entre las más importantes se pueden mencionar las siguientes:

Estudio urodinámico: Considerando que lo fundamental en el diagnóstico de incontinencia urinaria en la mujer es identificar aquellas pacientes con incontinencia urinaria de urgencia y distinguirlas de aquellas que tienen incontinencia urinaria de esfuerzo o incontinencia urinaria mixta, y que el diagnóstico exacto de incontinencia urinaria de urgencia sólo es posible con un método que permita objetivar la presencia de contracciones involuntarias del detrusor en la fase de llenado, se puede resumir que los estudios urodinámicos son imprescindibles en mujeres que consultan por incontinencia urinaria. En el caso de una incontinencia urinaria de esfuerzo pura (poco frecuente pues se estima en sólo 5-10% incontinencia urinaria de esfuerzo como único síntoma) la exploración urodinámica debe confirmar la incontinencia urinaria de esfuerzo y excluir la hipoactividad del detrusor y la vejiga hiperactiva. Debe valorar la acomodación vesical y evaluar el patrón de vaciado y si está alterado, diferenciar una obstrucción vesical de una hipocontractilidad. Debe obtener una medida objetiva de la intensidad de la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante los puntos de presión de fuga o la presión máxima de cierre uretral, estableciendo, si lo hubiera, el diagnóstico de deficiencia esfinteriana intrínseca. Todo lo anterior es determinante en la elección del tratamiento apropiado.(27)

En pacientes con incontinencia urinaria de urgencia es imprescindible una cistometría para evidenciar la presencia de un detrusor hiperactivo y sus características.

En pacientes con incontinencia urinaria mixta es fundamental para conocer el componente de incontinencia urinaria de esfuerzo y de detrusor hiperactivo (evaluando la existencia o no de contracciones, la intensidad de las mismas, el volumen en el que se producen). Es importante también para dilucidar otras alteraciones funcionales menos claras (como obstrucción) enmascaradas detrás de supuestas incontinencia urinaria mixta.(28)

Determinar la etiología de la incontinencia urinaria en pacientes en las que ha fracasado el tratamiento conservador o farmacológico.

Evaluación urodinámica de la incontinencia urinaria: Flujometría, Volumen miccional, Flujo máximo, Flujo medio, Volumen residual, Morfología, Fase de llenado, Sensación inicial, Deseo miccional inicial, Deseo miccional normal, Deseo miccional fuerte, Máxima capacidad vesical, Acomodación vesical, Contracciones involuntarias, Función uretral, Puntos de presión de fuga, Perfil uretral, Longitud funcional de la uretra, Máxima presión de cierre uretral.

Pruebas de imagen: La Videocistouretrografía puede ser de utilidad en algunos pacientes, y combina medidas de la presión con imágenes radiológicas. Permite la evaluación de pacientes con disfunciones del tracto urinario inferior complicadas, generalmente debidas a alteraciones neurológicas.

Ecografía, aunque los estudios publicados utilizan infinidad de vías de acceso, distintos tipos de transductores y distintas mediciones que hace difícil la validación de las técnicas y la comprobación de los resultados. No obstante, se han definido variables sencillas de medir (distancia uretra-cuello en reposo y esfuerzo) capaces de discernir entre continentes e incontinentes por hipermovilidad uretral con elevadas sensibilidad y especificidad.

Resonancia magnética, que en los últimos años ha ido adquiriendo gran importancia en el estudio anatómico y funcional del suelo pelviano. No obstante, su indicación queda probablemente reducida a pacientes con incontinencia urinaria y prolapso genital grande o complejo, en pacientes jóvenes y en aquellos con discrepancias entre los hallazgos clínicos y los métodos diagnósticos habituales.

#### **1.2.10. Tratamiento de la incontinencia urinaria**

Se incluyen diversas alternativas, no excluyentes y a menudo complementarias. Para decidir el tratamiento más adecuado en cada paciente no sólo se deberá valorar el tipo de incontinencia sino también de las condiciones médicas asociadas, la repercusión de la incontinencia urinaria, las preferencias de las pacientes y su tipo de vida, la aplicabilidad del tratamiento y el balance riesgo/beneficio de cada tratamiento. (29)

Tratamiento conservador de la incontinencia urinaria: agrupa diversos procedimientos y es considerado en la actualidad como un elemento esencial en el abordaje terapéutico. En no pocas ocasiones su aplicación es previa y/o simultánea a otras medidas de farmacológicas o quirúrgicas.

Modificación del entorno: Tratando de facilitar el acceso al cuarto de baño evitando las barreras físicas domésticas y disponer de sustitutos (orinales, cuñas sanitarias, etc) o de algún tipo de adaptación. Esto es especialmente importante en pacientes con incontinencia urinaria de urgencia o incontinencia urinaria mixta fundamentalmente si tienen limitada su movilidad (ancianos).

Medidas higiénico-dietéticas: Un tratamiento aceptable en las mujeres con sobrepeso es la disminución del peso. En la actualidad se considera como una medida preventiva eficaz evitar la sobrecarga del suelo pelviano manteniendo un peso adecuado. Parece existir alguna evidencia que sugiere que las mujeres que realizan esfuerzos intensos con aumento de la presión presentan mayor riesgo de desarrollar incontinencia urinaria de esfuerzo y prolapso genital, por lo que en la actualidad se recomienda evitar este tipo de ejercicios.

Existe una asociación demostrada entre el hábito tabáquico y la incontinencia urinaria, quizá debido al aumento de presión abdominal en la fumadora crónica.

Una ingesta hídrica abundante, sobre todo en las horas previas al descanso nocturno, se relaciona con un mayor número de episodios de incontinencia urinaria. Limitar esta ingesta a partir de la merienda y reducir el consumo de sustancias excitantes (alcohol, café, té) puede tener efectos beneficiosos sobre el número de escapes, aunque no hay datos concluyentes. Las medidas destinadas a disminuir el estreñimiento, el cambio en el tipo de prendas de ropa a utilizar (cómodo y con aperturas fáciles) o la modificación de aquellos fármacos que alteran la continencia pueden ser también medidas beneficiosas.

Medidas paliativas: En algunos pacientes se pueden utilizar los absorbentes como un elemento eficaz en el control de las consecuencias de la incontinencia urinaria. Estos absorbentes permiten minimizar las repercusiones de la incontinencia urinaria pero también pueden condicionar una falta de adecuado diagnóstico y tratamiento.

Técnicas de modificación conductual: Se agrupan bajo este nombre todas aquellas acciones destinadas a restablecer un patrón normal de vaciamiento vesical. Fundamentalmente, se basan en realización de una micción programada, aumentando paulatinamente el intervalo entre micciones al instruir al paciente en disociar el deseo miccional de la acción de vaciado voluntario.

En este entrenamiento del vaciado vesical el diario miccional tiene un papel importante al permitir objetivar los progresos conseguidos.

Esta terapia conductual permite una disminución en la frecuencia de los escapes y en la severidad de la incontinencia urinaria en alrededor de la mitad de los pacientes y en menor medida puede incluso recuperarse la continencia.

Rehabilitación muscular del suelo pelviano: Se trata de un conjunto de técnicas dirigidas a mejorar el tono de la musculatura del suelo de la pelvis, favoreciendo un mejor soporte de las estructuras pélvicas y una adecuada movilidad uretral, favoreciendo asimismo la respuesta contráctil rápida y coordinada frente a los esfuerzos, que aumenta la presión de cierre uretral.

Estos ejercicios musculares han revelado su eficacia en la incontinencia urinaria de esfuerzo de la mujer tanto en la edad avanzada como en la mujer joven y puérpera, así como en la incontinencia urinaria mixta. Este tipo de tratamiento conservador se considera indicado en mujeres con grados leve o moderado de incontinencia urinaria de esfuerzo sin antecedentes de cirugía por incontinencia urinaria, ni otro proceso concomitante ginecológico, neurológico o urológico.(30).

Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria: En las fases de llenado y vaciado vesicales están involucradas una gran variedad de vías neuronales aferentes y eferentes (somáticas, simpáticas y parasimpáticas), reflejos y neurotransmisores centrales y periféricos (glutamato, serotonina, noradrenalina, dopamina, ácido gamma-amino-butírico, encefalina y acetilcolina). Las relaciones existentes entre todos estos factores no se conocen por completo, pero sí es bien conocido que la acetilcolina es el neurotransmisor periférico predominante y responsable de la contracción vesical. Los antimuscarínicos son los fármacos más empleados, entre otros, en el tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia. De estos fármacos se puede esperar que eliminen la incontinencia en el 20-30% de los casos y produzcan una mejora significativa de los síntomas en el 50% de los pacientes.

Los utilizados actualmente no muestran selectividad por los receptores muscarínicos vesicales, aunque su efecto parece más pronunciado en la vejiga que en otros órganos. Son estas reacciones las que limitan su utilización por los efectos secundarios, fundamentalmente sequedad de boca, ojos secos, estreñimiento, reflujo esofágico, visión borrosa, mareo y palpitaciones.(31)

Por ello, se están desarrollando nuevos agentes más selectivos para la vejiga, los últimos de los cuales son la darifenacina y la solifenacina, de reciente aparición en el mercado. Ambas han demostrado ser eficaces y bien toleradas, reduciendo significativamente la urgencia y los episodios de escape, con una baja incidencia de efectos secundarios, acompañándose de una baja tasa de abandonos de tratamiento, mejorando el cociente eficacia/tolerancia.(32)

Fármacos usados en el tratamiento de la incontinencia urinaria.

Anticolinérgicos: Oxibutinina, Propiverina, Tolterodina, Trospio.

Antagonistas  $\alpha$ -adrenérgicos: Alfuzosina, Doxazosina, Prazosin, Tamsulosina, Terazosina

Estrógenos: Cremas vaginales

Otras: Imipramina, Desmopresina.

Por otro lado, las monoaminas serotonina y noradrenalina están claramente implicadas en el mantenimiento del tono muscular y en los mecanismos de la continencia uretral. Los agonistas serotoninérgicos suprimen la actividad parasimpática y aumentan la actividad simpática y somática en el tracto urinario inferior, facilitando el llenado vesical. Basados en estas potenciales propiedades como promotoras de la continencia tanto de la serotonina como de la noradrenalina se han desarrollado varios estudios experimentales con inhibidores selectivos de la recaptación de ambos, a la cabeza de los cuales se sitúa la duloxetina. Este fármaco es el primero de los aprobados para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer, y de los datos actuales se deduce que ocasiona un descenso en los episodios de incontinencia de 50- 60%, con un 56-74% de las mujeres tratadas que se sienten mejor tras el tratamiento. El efecto adverso más significativo son las náuseas, aunque de intensidad leve a moderada, transitorias y no progresivas, que suelen desaparecer en un corto periodo de tiempo. De momento está pendiente su aprobación en España con esta indicación.

Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria: La cirugía se considera el tratamiento adecuado en las pacientes en las que el tratamiento conservador ha fracasado o en aquellas con incontinencia urinaria de esfuerzo moderada-severa. Su propósito es incrementar la resistencia uretral para evitar el escape de orina por la uretra durante los aumentos de la presión intraabdominal, preservando el vaciamiento vesical completo a baja presión. Existen en torno a 200 procedimientos quirúrgicos diferentes para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo, pero, pueden agruparse en tres tipos básicos: colposuspensiones, cabestrillos suburetrales e inyectables uretrales.(33)

Inyectables uretrales: Son el procedimiento menos invasivo y puede efectuarse con anestesia local. Inicialmente este procedimiento fue descrito para incontinencia urinaria de esfuerzo por deficiencia esfinteriana intrínseca, aunque también puede ser eficaz en pacientes con hipermovilidad uretral. Una gran variedad de instancias se han utilizado, incluyendo colágeno, politetrafluoroetileno, silicona, semillas de carbón, dextranómero y ácido hialurónico, e incluso tejidos autólogos como grasa, cada uno de ellos con diferentes propiedades biofísicas que afectan a la compatibilidad, tendencia a la migración, durabilidad y seguridad.

La mayor parte de ellos se inyectan de forma retrógrada vía transuretral o transvaginal, bajo control endoscópico, en el tejido periuretral y alrededor del cuello vesical.(34)

En la actualidad, los datos disponibles sugieren, pero no prueban, su eficacia en cuanto a mejoría subjetiva y objetiva a corto plazo de la incontinencia urinaria de esfuerzo, con tasas variables de éxito (curación más mejoría) de 30-80%, pero que disminuyen significativamente con el tiempo. En mujeres con importantes comorbilidades puede ser una opción útil teniendo en cuenta que serán necesarias 2 ó 3 inyecciones en 12 meses para obtener un resultado satisfactorio.

Cabestrillos suburetrales: Pueden subdividirse en cabestrillos “clásicos” y mallas “libres de tensión” tipo TVT. En los “clásicos” se han utilizado tanto materiales autólogos (fascia lata, duramadre) como sintéticos (Mersilene, Gore-Tex). Su indicación esencial son aquellas pacientes con deficiencia esfinteriana intrínseca. Asimismo, están indicados en mujeres con cirugía previa para incontinencia urinaria fracasada.

Un lazo se pasa por completo bajo la uretra o el cuello vesical y se ancla luego anteriormente en algún lugar de la pared abdominal o de las estructuras pélvicas para estabilizar la uretra. Las tasas de curación (definida como continencia completa) se sitúan en 73-95% y las de éxito (mejoría o continencia) en el 64-100%. Los resultados parecen ser mejores en pacientes no tratadas previamente y las complicaciones más frecuentes son la disfunción de vaciado vesical con retención (1-4% de las pacientes), hiperactividad vesical “de novo” (6-14% de las pacientes) y erosión del cabestrillo (sobre todo los sintéticos) en vejiga, uretra y vagina. En general, los materiales autólogos parecen estar asociados con una mayor tasa de éxito y con menor número de complicaciones.

La malla suburetral libre de tensión TVT se ha convertido en el procedimiento más popular en el tratamiento de la incontinencia urinaria. Es menos agresivo que cualquiera de los otros procedimientos de cabestrillo, pudiendo incluso realizarse bajo anestesia local. Su propósito es restablecer la adecuada fijación de la uretra media al pubis, reforzando los ligamentos pubouretrales. Una cinta de polipropileno se inserta vía vaginal alrededor de la uretra distal, dejándola sin tensión bajo ella de manera que ejerza la suficiente presión sobre la uretra durante los incrementos de la presión abdominal para prevenir el escape de orina. Las tasas de curación se sitúan alrededor de 66-91%, con eficacia mantenida más allá de 5 años y una satisfacción del 85% de las pacientes intervenidas. Los datos disponibles indican también que estas tasas de curación son similares a las obtenidas con procedimientos de colposuspensión abiertos. La complicación intraoperatoria más frecuente es la perforación vesical (en torno a 9% de los pacientes), aunque también se aprecian disfunciones de vaciado vesical (3-5% de las pacientes), infecciones urinarias (6-22%) e hiperactividad vesical “de novo” (3-9%). Son raras, no obstante, las erosiones de la malla.

Recientemente se ha introducido una modificación técnica según la cual la malla suburetral es introducida en un plano horizontal por debajo de la uretra entre ambos agujeros obturadores de forma percutánea con un tunelizador. Los resultados preliminares son prometedores.(35)

Colposuspensiones: son indicadas en pacientes con IU secundaria a hipermovilidad uretral, se han considerado como el patrón de referencia en el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Su propósito es estabilizar la uretra estirando los tejidos de la proximidad del cuello vesical y la uretra proximal hacia la cavidad pélvica, detrás de la sínfisis púbica. Se utilizan abordajes tanto abdominales como vaginales y actualmente laparoscópicos. La colposuspensión de Burch ha sido la más ampliamente estudiada, con tasas de



curación (restablecimiento completo de la continencia) de 73-92%, con unas tasas de éxito (curación o mejoría) de 81-96%. Además estas tasas se mantienen en el tiempo ya que a los 5-10 años el 70% de las pacientes continúan continentas.(36)

Las complicaciones más frecuentes son la disfunción de vaciado vesical (en 2-27% de las pacientes) y la hiperactividad vesical “de novo” (8-27%). El grado de satisfacción de las pacientes es alto (82%). Una reciente revisión sistemática sobre la efectividad de la colposuspensión laparoscópica(51) puso de manifiesto que las pacientes sometidas a este procedimiento tenían un 8% más de riesgo de IU que las tratadas mediante colposuspensión abierta.

Las tasas de curación subjetivas (85-100%) fueron comparables a 6-18 meses de seguimiento, al igual que las complicaciones.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **II.1 Argumentación**

Existen estudios que demuestran que la calidad de vida y la funcionalidad del subsistema familiar se ven afectados en gran medida ante la presencia de incontinencia urinaria demostrando una prevalencia alta sobre todo en la población femenina.

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y constituye un problema social y familiar para la persona que lo padece, reflejando en la actualidad un problema importante de salud en sus aspectos médicos, sociales y económicos, afectando a la calidad de vida de las personas que la padecen así como su funcionalidad conyugal, demostrándose un impacto negativo notable sobre múltiples áreas de la vida diaria. Más de la mitad de las pacientes que padecen Incontinencia Urinaria no consultan al médico a pesar de experimentar el problema, pues pueden aceptar su situación y aprender a vivir con su padecimiento formando parte de su vida cotidiana, aunado a la falta de pericia médica para su diagnóstico en primer nivel.

De esto deriva la importancia de un diagnóstico oportuno ante esta patología a fin de evitar disfunciones a nivel familiar, personal, en la calidad de vida y a nivel de salud evitando así complicaciones y llevar a cabo un tratamiento más adecuado.

Por lo que resulta importante para el médico familiar conocer esta patología para que tanto el tratamiento como el diagnóstico se realicen oportunamente.

### **II.2 Pregunta de Investigación**

¿Cuál es la funcionalidad del subsistema conyugal y la calidad de vida en mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria en la Unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS Toluca México en el periodo 2011 al 2012 ?

## **II. JUSTIFICACIÓN**

La Incontinencia Urinaria constituye un problema social y familiar para la persona que lo sufre, propiciando un problema importante de salud en el aspecto médico, social y económico afectando la calidad de vida de las personas que la padecen.

### **III.1 Epidemiológica**

La prevalencia de la Incontinencia Urinaria varía, en estudios epidemiológicos desde un 2% a un 55% debido fundamentalmente a la diferencia de criterios utilizados.

### **III.2 Familiar**

Considerando que la Incontinencia Urinaria constituye un problema familiar, es necesario que el subsistema conyugal presente una comunicación clara y bien definida dentro de la totalidad de la estructura familiar y pueda ofrecer una protección a los otros subsistemas familiares. La comunicación de pareja debe ser abierta y directa y la calidad de las interacciones en la pareja debería dibujar una relación interdependiente de apoyo. Contrariamente en un subsistema conyugal afectado los límites son difusos y negativos, por lo tanto es importante que exista un subsistema conyugal adecuado manteniéndose un equilibrio ante cualquier eventualidad o enfermedad.

### **III. 3 Social**

El médico familiar en el primer nivel de atención debemos realizar el diagnóstico de Incontinencia Urinaria para poder determinar el tipo y el tratamiento adecuado para así evitar complicaciones posteriores y afectación de la funcionalidad conyugal y familiar. Por la importancia y la elevada presentación de esta patología en la población femenina.

### **III.4 Académica**

El siguiente estudio se realiza con la finalidad de obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar.

### **III. HIPÓTESIS**

Existe disfunción moderada del subsistema conyugal y mala calidad de vida en pacientes de 36 a 65 años de edad con diagnóstico de incontinencia urinaria

#### **IV.1 Elementos de la hipótesis**

##### **IV 1.1 Unidades de observación**

Mujeres de 36 a 65 años con diagnóstico de incontinencia urinaria

##### **IVI.2 Variables**

**IVI.2.1 Dependiente:** Calidad de vida, Funcionalidad conyugal

**IVI.2.2 Independiente:** Incontinencia Urinaria

##### **IVI.3 Elementos lógicos de relación.**

Existe, y, la, en, pacientes.

## **IV. OBJETIVOS**

### **V.1. Objetivo general**

- Conocer la funcionalidad en el subsistema conyugal y la calidad de vida en mujeres con diagnóstico de Incontinencia Urinaria en la Unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS Toluca México en el periodo 2011 al 2012.

### **V.2. Objetivos específicos**

- 1) Clasificar por edad a las pacientes con Incontinencia Urinaria.
- 2) Identificar el tipo de Incontinencia Urinaria más frecuente.
- 3) Determinar la funcionalidad conyugal en pacientes con Incontinencia Urinaria.
- 4) Identificar la función conyugal más afectada de acuerdo al tipo de disfunción conyugal en mujeres con incontinencia urinaria.
- 5) Conocer el área más afectada de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria.
- 6) Conocer el área más afectada de la calidad de vida en pacientes de acuerdo al tipo de incontinencia urinaria.

## **V. MÉTODO**

### **VI.1 Tipo de estudio**

Prospectivo, descriptivo, transversal, observacional

### **VI.2 Diseño del estudio**

Es un estudio de tipo encuesta descriptiva transversal.

Se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia para seleccionar a 100 mujeres con Incontinencia Urinaria que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 220 Toluca México en el periodo de 2011 a 2012 las cuales cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

### VI.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ITEM
<b>Funcionalidad conyugal</b>	Resultado de un proceso dinámico e interactivo de la pareja.	Resultado de la interacción marital en una familia.	Cualitativa nominal	0-40 puntos: Pareja severamente disfuncional.  41-70 puntos: Pareja con disfunción moderada.  71-100 puntos: Pareja funcional	Anexo 3
<b>Calidad de vida</b>	Percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive, en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones.	Sensación global de satisfacción que una persona experimenta en su vida.	Cualitativa nominal	0-50 puntos: Buena calidad de vida  60- 100 puntos: Mala calidad de vida	Anexo 4
<b>Incontinencia Urinaria</b>	Cualquier pérdida involuntaria de orina	Pérdida involuntaria de orina	Cualitativa nominal	Diagnóstico de Incontinencia Urinaria cualquier valor superior a cero en la suma de los ITEMS 3,4,5	Anexo 2
<b>Edad</b>	Tiempo cronológico desde la fecha de nacimiento, hasta la actualidad.	Número de años hasta el momento del estudio.	Cuantitativa discreta	Mujeres de 36 a 65 años.	1

#### **VI.4 Universo de trabajo**

100 Mujeres de 36 a 65 años con diagnóstico de Incontinencia Urinaria que acuden a la consulta de medicina familiar con criterios positivos para incontinencia urinaria posterior a aplicación del cuestionario de Incontinencia Urinaria ICIQ- SF.

##### **VI.4.1 Criterios de inclusión**

- Mujeres de 36 a 65 años con diagnóstico de incontinencia urinaria .
- Mujeres que pertenezcan a un subsistema conyugal.
- Pacientes que acepten participar en la investigación previo consentimiento informado.

##### **VI.4.2 Criterios de exclusión**

- Mujeres embarazadas.
- Mujeres que ya cuenten con tratamiento médico o quirúrgico para incontinencia urinaria.

##### **VI.4.3 Criterios de eliminación**

- Pacientes que no concluyeron el cuestionario en forma adecuada.



## **VI.5 Instrumentos de investigación**

### **VI.5.1 Descripción**

Se aplicaron los siguientes cuestionarios, previa firma de consentimiento informado.

#### **1) Cuestionario de incontinencia URINARIA ICIQ-SF**

El cuestionario ICIQ-UI SF consiste en 3 ítems (Frecuencia, Cantidad e Impacto) y 8 preguntas más relacionadas con los síntomas orientativos del tipo de Incontinencia Urinaria. Estas últimas preguntas no se contemplan a la hora de obtener un índice global del ICIQ-UI SF sino que su valor radica en la descripción de las circunstancias que pueden provocar la Incontinencia Urinaria a la paciente. De esta forma, la puntuación total de cada paciente se calcula con la suma de los 3 primeros ítems con un rango que oscila entre 0 y 21 puntos. La versión española de este cuestionario ha demostrado tener unos índices de fiabilidad, consistencia interna y validez no sólo en la descripción del impacto de la Incontinencia Urinaria en la vida de los pacientes sino también para poder hacer una orientación del tipo de Incontinencia Urinaria, en la práctica clínica. Para este último propósito, el cuestionario incluye, como en el caso de KHQ, un apartado específico. Las pacientes en este caso deben señalar todos aquellos síntomas relacionados con la Incontinencia Urinaria que sean aplicables a su caso en particular. A partir de las respuestas obtenidas, se procedió a su clasificación diagnóstica siguiendo los siguientes criterios:

- Se considera que un paciente tiene síntomas sugestivos de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo si se contemplan como afirmativas al menos una de las siguientes preguntas: pérdida de orina mientras tose o estornuda, pérdida de orina cuando se realiza un esfuerzo físico o ejercicio. Además de señalar al menos una de las anteriores, la pregunta referida a las pérdidas de orina antes de llegar al baño no debe ser señalada.
- Se considera que una paciente tiene síntomas sugestivos de Incontinencia Urinaria de Urgencia cuando refiere problemas de pérdida de orina antes de llegar al baño y no señala ningún ítem específico de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.
- Se considera que un paciente sufre Incontinencia Urinaria Mixta cuando indica problemas de pérdida de orina antes de llegar al baño y alguna de los síntomas asociados a Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.

#### **2) Evaluación del subsistema familiar (Dr. Chávez-Aguilar)**

Este instrumento evalúa la funcionalidad de la pareja y aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. Las funciones a evaluar son: 1) Comunicación (3 ítems), 2) Adjudicación y asunción de roles (3 ítems), 3) Satisfacción sexual (2 ítems), 4) Afecto (4 ítems), 5) Toma de decisiones (1

ítem). A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores, valora a través de una escala cuali-cuantitativa.

Para la calificación de este instrumento se utiliza un valor numérico de 0,5 y 10, según el grado de satisfacción para cada pregunta, al final se suman los puntos y se compara con una escala preestablecida en la cual se encuentran los siguientes valores:

- 0-40 Pareja severamente disfuncional.
- 41-70 Pareja con disfunción moderada
- 71-100 Pareja funcional

### **3) King's Health Questionnaire ( evalúa calidad de vida)**

El KHQ es un instrumento autoadministrado de evaluación específico de la calidad de vida en mujeres con Incontinencia Urinaria. Consta de 21 ítems distribuidos en 9 dimensiones: Percepción del Estado de Salud General-ESG (1 ítem), Afectación por Problemas Urinarios-APU (1 ítem), Limitaciones en las Actividades Cotidianas-LAC (2 ítems), Limitaciones Sociales-LS (2 ítems), Limitaciones Físicas-LF (2 ítems), Relaciones Personales-RP (3 ítems), Emociones-E (3 ítems), Sueño/Energía- SE (2 ítems) e Impacto de la Incontinencia Urinaria-ImIU (5 ítems). Cada ítem tiene una escala de respuesta tipo Likert con 4 posibles respuestas. 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 Incontinencia Urinaria (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.

La versión española de este cuestionario ha demostrado tener adecuados índices de validez y fiabilidad para evaluar la calidad de vida de las mujeres con diferentes tipos de Incontinencia Urinaria. Para poder orientar el tipo de incontinencia que padece cada participante, este cuestionario cuenta con un apartado específico de síntomas urinarios (apartado 3) que no es tenido en cuenta para el cálculo de la puntuación global y la de las dimensiones pero que sí es de interés para la clasificación de la Incontinencia Urinaria. En este apartado, la paciente debe señalar sólo aquellos síntomas asociados a la Incontinencia Urinaria que padece y también, valorar la intensidad de esta afectación como poca, moderada o mucha. De esta forma, a partir de las respuestas de los sujetos a este apartado, se procede a la clasificación de las pacientes según los síntomas, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Se considera que una paciente tiene síntomas sugestivos de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo si señala alguna de las respuestas (cualquiera de los grados de afectación) de la pregunta 4 de este apartado (“escape de orina por actividad física”) y no indica alguna de las respuestas de la pregunta 3 (“escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar”).

2. Se considera que una paciente tiene síntomas de Incontinencia Urinaria de Urgencia si señala alguna de las respuestas (cualquiera de los grados de afectación) de la pregunta 3 de este apartado (“escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar”) y no indica alguna de las respuestas de la pregunta 4 (“escape de orina por actividad física”).

3. Se considera que una paciente tiene síntomas de Incontinencia Urinaria Mixta si señala alguna de las respuestas (en cualquiera de los grados de afectación) de las preguntas 3 y 4 de este apartado (escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar y escape de orina por actividad física).

### **VI.5.2 Validación**

En 1998 se efectuó la primera consulta internacional sobre incontinencia (International Consultation on Incontinence) patrocinada por la Organización Mundial de la Salud y luego de su análisis y conclusiones un comité de expertos formado por la International Continence Society decidió desarrollar un cuestionario breve y simple que evaluando los síntomas y el impacto de la incontinencia urinaria– pudiera ser aplicado en la práctica clínica y en la investigación por la comunidad científica internacional. En este contexto se elabora el cuestionario denominado ICIQ-SF” (“International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form”) validado originalmente en el idioma inglés. Las condiciones para la validación de un cuestionario de este tipo en el contexto cultural y social en que se va a utilizar es una traducción adecuada y cumplir con criterios de validez (de contenido, de constructo y de criterio), de confiabilidad (precisión, reproducibilidad) y de sensibilidad. El cuestionario ICIQ-SF ha sido ya traducido conforme a las normas requeridas a 35 idiomas, entre ellos el español, y puesto a disposición de los grupos de estudio para su validación con la condición de realizar las pruebas primarias esenciales destinadas a establecer la validez de contenido y la confiabilidad mediante los coeficientes de Cronbach y de Kappa (prueba re-prueba). El cuestionario ICIQ-SF se ha validado en poblaciones de idioma portugués, italiano, árabe, japonés y esloveno.

E King’s health Questionnaire. Existe una versión validada y adaptada al español, teniendo un grado de recomendación A, y siendo posible su aplicación para hombres y mujeres.

Este cuestionario, evalúa el impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida y analiza de forma objetiva la sintomatología urinaria.

Fue realizado por el comité de expertos de la segunda reunión de la International Consultation Incontinence (ICI). Validado en España en 1993.

La escala de evaluación del subsistema conyugal fue validado por el doctor Víctor Chávez Aguilar en el año 2008 en estudios realizados en el Instituto Mexicano del Seguro Social en México.

### **VI.5.3 Aplicación**

Las encuestas fueron aplicadas por el tesista en el área de consulta externa de la UMF 220 IMSS.

### **VI.6 Desarrollo del proyecto**

Una vez que el estudio fue aprobado por el comité local de investigación de este hospital, previo consentimiento informado, en donde se especifica su participación libre y voluntaria, así como la confiabilidad de los datos obtenidos, se invitó a mujeres con Incontinencia Urinaria que acudieron a la UMF 220 IMSS Toluca, Estado de México, y se encontraban en espera de consulta médica para participar en este estudio previa ponencia sobre Incontinencia Urinaria y funcionalidad conyugal, posteriormente se aplicaron 2 cuestionarios, en forma directa a las pacientes que aceptaron participar en la investigación.

El primero para establecer la posibilidad del diagnóstico de Incontinencia urinaria, posteriormente de resultar positivo, aplicar un segundo cuestionario para determinar la calidad de vida y finalmente aplicación de un último cuestionario para conocer la funcionalidad del subsistema conyugal en cada paciente.

### **VI.7 Límite de espacio**

El estudio se realizó en el servicio de consulta externa de la UMF 220 del IMSS Toluca México a todas las pacientes que cumplieron con criterios de Incontinencia Urinaria.

### **VI.8 Límite de tiempo**

En el periodo comprendido de 2011 a 2012.

### **VI.9 Diseño de análisis**

Una vez obtenida la información se clasificó y tabuló para posterior elaboración de cuadros y gráficas.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos determinando porcentajes.

## **VII. IMPLICACIONES ÉTICAS**

El presente estudio se apega a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que ha promulgado como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el presente estudio se clasifica como categoría I, en base en el título segundo, artículo 17, que lo clasifica como una investigación sin riesgo debido a que los individuos participantes en el estudio, solo aportan datos a través de encuestas, lo que no provoca daños físicos ni mentales.

## **VIII. ORGANIZACIÓN**

Tesista: MC. Itzhel Nevares Roldán

Director de tesis: E.M.F. Blanca Arizmendi Mendoza

## IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se realizó un tamizaje a pacientes en edades entre 36 a 65 años de edad que acudieron a la consulta externa de medicina familiar de la UMF 220 en el periodo de 2011 a 2012, a fin de realizar diagnóstico de incontinencia urinaria de las cuales se seleccionaron únicamente a 100 pacientes con sintomatología positiva para diagnosticar esta patología posterior a la aplicación del cuestionario ICIQ-SF para incontinencia urinaria, una vez confirmado el diagnóstico se aplicó un segundo cuestionario para evaluar la funcionalidad conyugal y finalmente el cuestionario King Health Questionnaire para evaluar su calidad de vida.

Los resultados concluyeron los siguientes datos:

Del total de población estudiada que correspondió a 100 pacientes con Incontinencia Urinaria se encontró que en el subsistema conyugal existió una disfunción severa en un 16%, una disfunción moderada en un 39% y predomina la funcionalidad conyugal en un 45%. En cuanto a la calidad de vida se encontró que del total de pacientes con el diagnóstico de Incontinencia urinaria 41% presentan una buena calidad de vida y el 59% una mala calidad de vida. (Ver cuadro y gráfico 1)

De 100 pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria la edad más frecuente se presentó en el rango de 41 a 45 años en un 24%, el rango de menor correspondió al de 36 a 40 años en un 3%. (Ver cuadro y gráfico 2)

En cuanto al tipo de incontinencia urinaria predominó la de tipo mixta en un 40%, seguida de la incontinencia de esfuerzo con un 38%, y la incontinencia de urgencia en un 22%. Observándose que en la incontinencia mixta predominaron pacientes en el rango de 36 a 50 años, en la de esfuerzo pacientes de mayores de 60 años y en la incontinencia de urgencia pacientes de entre 51 y 55 años. (Ver cuadro y gráfico 3)

Con respecto a la funcionalidad conyugal se encontró que en pacientes con incontinencia urinaria el 45% son parejas funcionales, el 39% parejas con disfunción moderada y solo 16% presentaron una disfunción severa. Observando que en la pareja funcional predominan mujeres de 50 años, en la disfunción moderada mujeres de 40 años, y en la disfunción severa mujeres mayores de 60 años. (Ver cuadro y gráfico 4)

En la funcionalidad conyugal el área más afectada en la disfunción severa es la comunicación en un 6%, con respecto a la disfunción moderada la más afectada fue la satisfacción sexual en un 14% y en parejas funcionales encontramos que en un 13% se ve afectada la satisfacción sexual al igual que la toma de decisiones en un mismo porcentaje 13%. (Ver cuadro y gráfico 5)

En cuanto a la evaluación de la calidad de vida el área con mayor afectación son las limitaciones físicas y sociales en un 47%, seguida de las relaciones personales en un 44% y finalmente el área emocional en un 9%. (Ver cuadro y gráfico 6)

De acuerdo al tipo de incontinencia urinaria se observa que en la de tipo mixta que correspondió a 40 pacientes (40%), donde el área más afectada son las limitaciones físicas y sociales en un 20% seguida de las relaciones personales en un 17% y finalmente el área emocional en un 3%. En la incontinencia de esfuerzo correspondiente a 38 pacientes (38%), encontramos que el área más afectada son las limitaciones físicas y sociales y las relaciones personales cada una de ellas en un 18% y el área emocional en un 2%. Y en la incontinencia de urgencia que correspondió al 22% se vio afectada el área de limitaciones físicas y sociales en un 9% al igual que en las relaciones personales en un 9%, mientras que en el área emocional solo se obtuvo un 4% de afectación. (Ver cuadro y gráfico 7).

Un estudio realizado en España en 2001 publicado por Madroño Freire y cols. en 2007 sobre prevalencia de incontinencia urinaria se encontró que ésta se presenta en una edad media de 43.4 años, lo cual es similar a este estudio en donde la edad de mayor frecuencia fue de 45 años.

Otro estudio realizado también en España de 2001 al 2005 publicado por Martínez Corolesb y cols. en las actas urológicas españolas en 2008 acerca de calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria se encontró que el área más afectada respecto a su calidad de vida corresponde a la limitación de su actividad física y social al igual que en este estudio.

La disfunción conyugal según estudios realizados y publicados por E. Salazar y cols. en 2005 realizado en población abierta sin exclusión de patologías puede ascender hasta en el 48% de la población estudiada siendo el 9% correspondiente a una disfunción severa. En este estudio se encontró que existe una disfunción del 55% en proporción de la población estudiada de la cual un 16% representa una disfunción severa lo cual se muestra mayor a la de la población abierta.

## X. CUADROS Y GRÁFICOS

**Cuadro 1.**

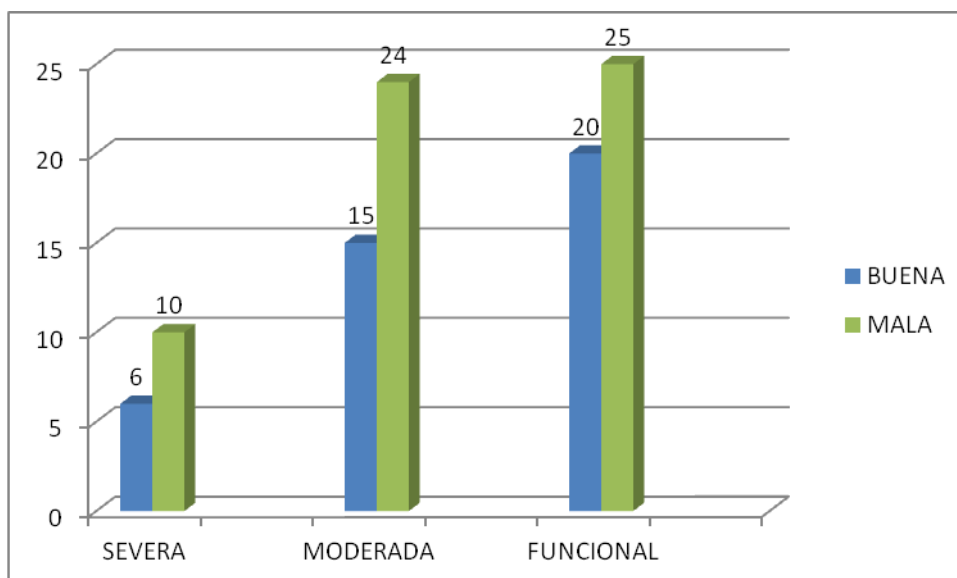
Grado de disfunción del subsistema conyugal y evaluación de calidad de vida en mujeres con diagnóstico de Incontinencia Urinaria en la Unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS Toluca México de 2011 a 2012.

C. DE V.	BUENA		MALA		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
<b>FUNCIONAL.</b>						
<b>D. SEVERA</b>	6	6	10	10	16	16
<b>D.MODERADA</b>	15	15	24	24	39	39
<b>FUNCIONAL</b>	20	20	25	25	45	45
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>41</b>	<b>59</b>	<b>59</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: King's Health Questionnaire 1993  
Cuestionario Evaluación del subsistema familiar Chávez Aguilar

**Gráfico 1.**

Grado de disfunción del subsistema conyugal y evaluación de calidad de vida en mujeres con diagnóstico de Incontinencia Urinaria en la Unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS Toluca México de 2011 a 2012.



Fuente: Cuadro 1



## Cuadro 2

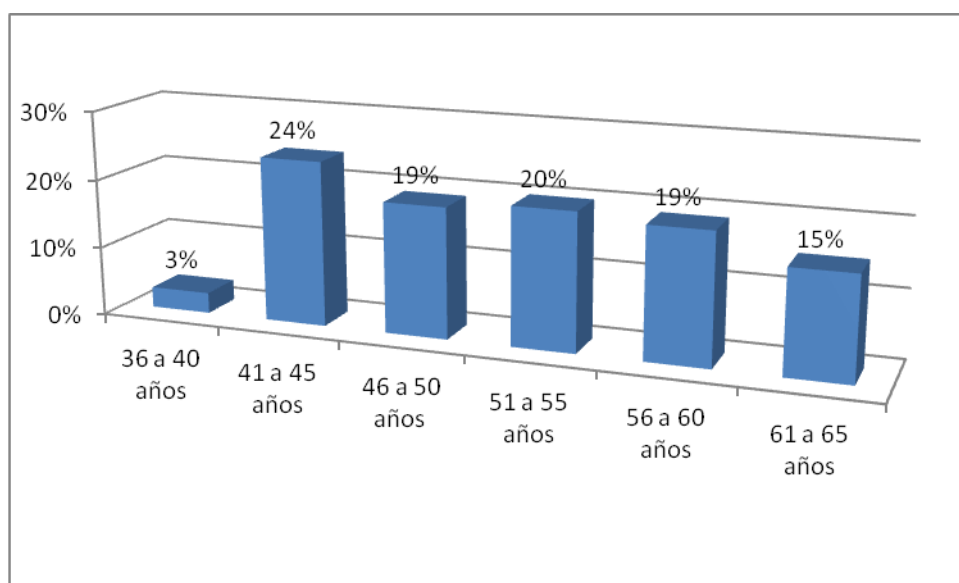
Clasificación por edad de pacientes con Incontinencia Urinaria en la Unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS Toluca México de 2011 a 2012.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
36 a 40 años	3	3
41 a 45 años	24	24
46 a 50 años	19	19
51 a 55 años	20	20
56 a 60 años	19	19
61 a 65 años	15	15
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario ICIQ-SF

## Gráfico 2.

Clasificación por edad de pacientes con Incontinencia Urinaria en la Unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS Toluca México de 2011 a 2012.



Fuente: Cuadro 2

**Cuadro 3.**

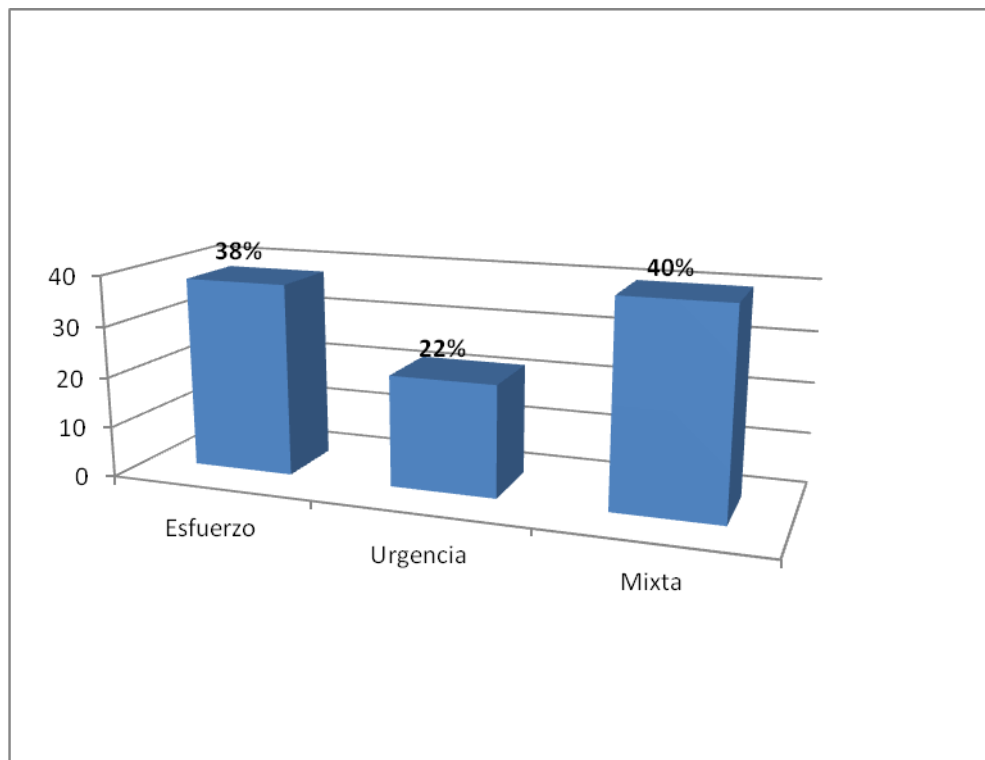
Tipo de Incontinencia más frecuente en mujeres con diagnóstico de Incontinencia Urinaria en la Unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS Toluca México de 2011 a 2012.

<b>TIPO DE INCONTINENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>ESFUERZO</b>	38	38
<b>URGENCIA</b>	22	22
<b>MIXTA</b>	40	40
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: King's Health Questionnaire 1993

**Gráfica 3.**

Tipo de Incontinencia más frecuente en mujeres con diagnóstico de Incontinencia Urinaria en la Unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS Toluca México de 2011 a 2012.



Fuente: Cuadro 3.

**Cuadro 4.**

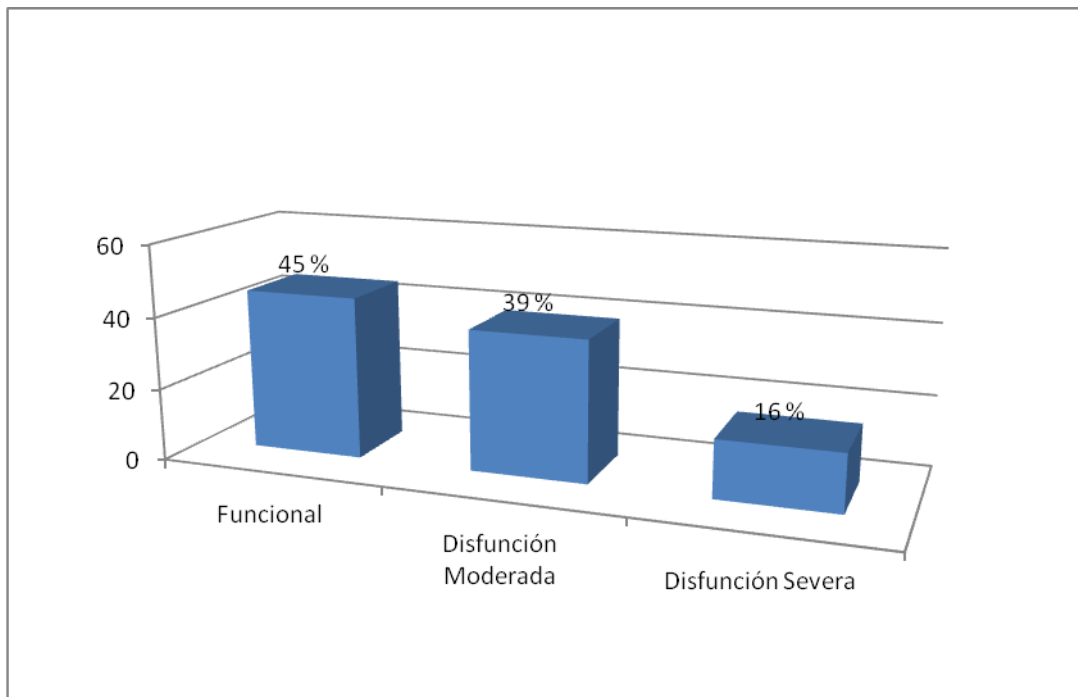
Funcionalidad Conyugal en pacientes con Incontinencia Urinaria en la Unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS Toluca México de 2011 a 2012.

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>FUNCIONAL</b>	45	45
<b>DISFUNCION MODERADA</b>	39	39
<b>DISFUNCION SEVERA</b>	16	16

Fuente: Cuestionario Evaluación del subsistema familiar Chávez Aguilar

**Gráfica 4.**

Funcionalidad Conyugal en pacientes con Incontinencia Urinaria en la Unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS Toluca México de 2011 a 2012.



Fuente: Cuadro 4

**Cuadro 5.**

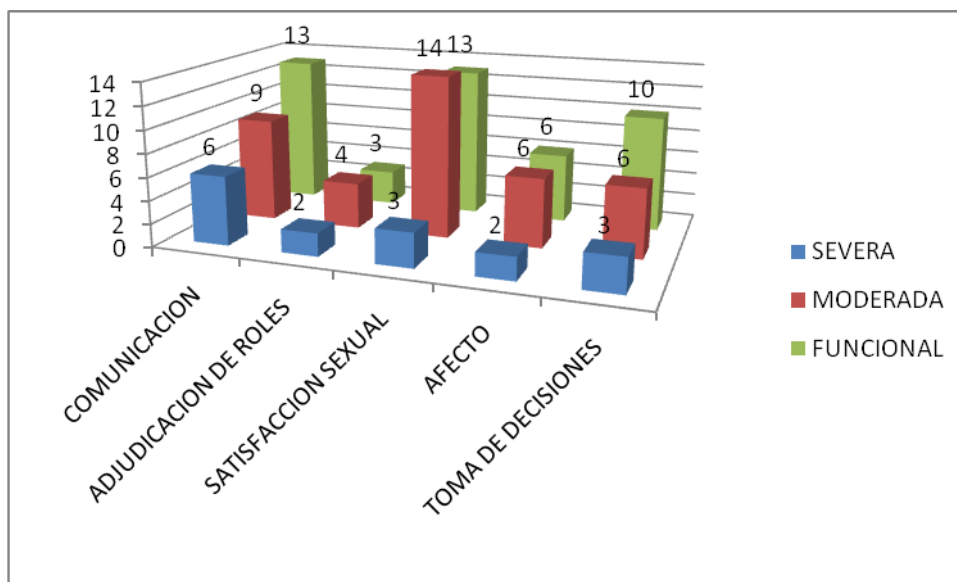
Función conyugal más afectada de acuerdo al tipo de disfunción conyugal en mujeres con Incontinencia Urinaria en la Unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS Toluca México de 2011 a 2012.

FUNCION. TIPO DE DISF.	COMUNICACION		ADJUDICACION DE ROLES		SATISFACCION SEXUAL		AFECTO		TOMA DE DECISIONES		TOTAL
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	
SEVERA	6	21.4	2	22.2	3	10	2	14.2	3	15.7	16
MODERADA	9	32.1	4	44.4	14	46.6	6	42.8	6	31.5	39
FUNCIONAL	13	46.4	3	33.3	13	43.3	6	42.8	10	52.6	45
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario Evaluación del subsistema familiar Chávez Aguilar

**Gráfico 5.**

Función conyugal más afectada de acuerdo al tipo de disfunción conyugal en mujeres con Incontinencia Urinaria en la Unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS Toluca México de 2011 a 2012.



Fuente: Cuadro 5

**Cuadro 6.**

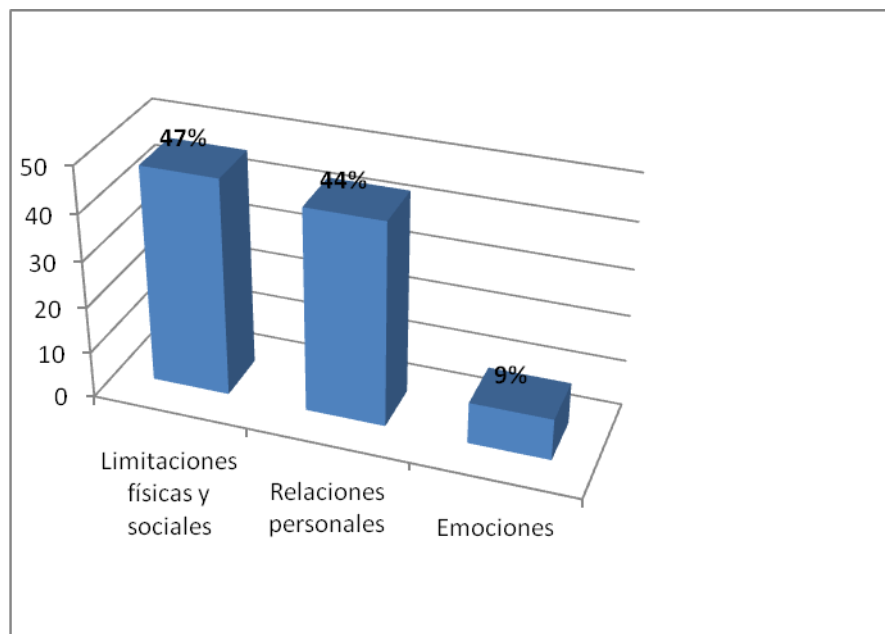
Área con mayor afectación en la calidad de vida en pacientes con Incontinencia Urinaria en la Unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS Toluca México de 2011 a 2012.

ÁREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Limitaciones físicas y sociales	47	47
Relaciones personales	44	44
Emociones	9	9
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: King's Health Questionnaire 1993

**Gráfico 6.**

Área con mayor afectación en la calidad de vida en pacientes con Incontinencia Urinaria en la Unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS Toluca México de 2011 a 2012.



Fuente: Cuadro 6

**Cuadro 7.**

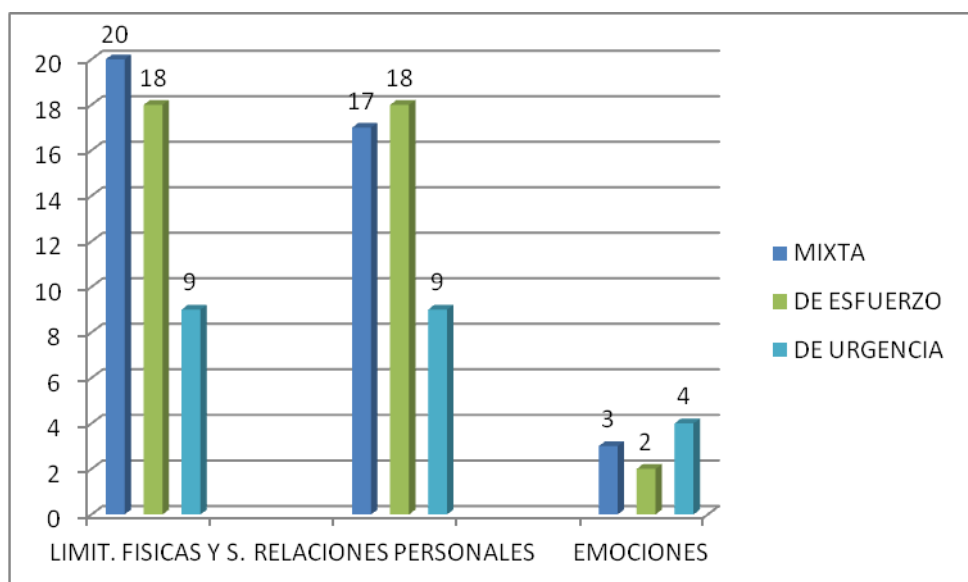
Área con mayor afectación de la calidad de vida en mujeres con Incontinencia Urinaria de acuerdo al tipo de incontinencia en la Unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS Toluca México de 2011 a 2012.

AREA DE C. DE V. TIPO DE INCONTINENCIA	LIMITACIONES FISICAS Y SOCIALES		RELACIONES PERSONALES		EMOCIONES		TOTAL
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	
MIXTA	20	42.5	17	38.6	3	33.3	40
DE ESFUERZO	18	38.2	18	40.9	2	22.2	38
DE URGENCIA	9	19.1	9	20.4	4	44.4	22
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: King's Health Questionnaire 1993

**Gráfico 7.**

Área con mayor afectación de la calidad de vida en mujeres con Incontinencia Urinaria de acuerdo al tipo de incontinencia en la Unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS Toluca México de 2011 a 2012.



Fuente: Cuadro 7

## **XI. CONCLUSIONES**

Una vez realizado este estudio se observó que la Incontinencia Urinaria es un problema muy frecuente en mujeres jóvenes y sobre todo conforme aumenta la edad de las mismas. En este estudio se observa que la edad más frecuente de presentación es de 45 años.

Dentro de éstas podemos observar que en este estudio la más frecuente es la incontinencia urinaria mixta la cual afecta a pacientes en un rango de edad mayor a los 60 años.

La funcionalidad conyugal global se encuentra conservada en la mayoría de estas pacientes sobre todo en pacientes con menor edad y se deteriora conforme la edad, la enfermedad y la sintomatología de la misma se incrementan.

De las 5 áreas evaluadas en el subsistema conyugal por el cuestionario de Chávez Aguilar el área de adjudicación y asunción de roles es la menos afectada de manera global, mientras que el área más afectada es la de satisfacción sexual, lo cual va en conjunto con el tipo de patología tratada en este estudio.

Al establecer si existe alguna afectación en la calidad de vida de las mujeres que la padecen encontramos que el área en la que mayor se ve afectada son las limitaciones físicas y sociales, seguida de las relaciones personales y finalmente el área emocional.

## **XII. RECOMENDACIONES**

Siendo la incontinencia urinaria una patología frecuente en mujeres mayores de 40 años la cual afecta diferentes áreas de su vida, así como su estado físico y de salud y tomando en cuenta que lo consideran como algo normal debido a su edad y género es importante que el médico familiar lleve a cabo las siguientes acciones;

- 1) Como médico familiar realizar un diagnóstico oportuno por medio de un interrogatorio directo e intencionado y dirigido a ésta patología desde el primer nivel de atención.
- 2) Dar información sobre el padecimiento a la paciente y a su pareja sobre esta patología.
- 3) Trabajar en conjunto con otras áreas como son trabajo social y psicología para promover la formación de grupos de autoayuda y terapias de pareja.
- 4) Elaborar la referencia al servicio correspondiente (ginecología o urología) en caso de requerir tratamiento quirúrgico.
- 5) Fomentar la salud no solo individual sino en lo familiar para mejorar la calidad de vida y la atención en el primer nivel de atención.



### XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. La familia como sistema/ revista Papeña de Medicina Familiar 2007 4(6) 111-114 Temas de medicina familiar. Dr.Juan Max Gonzales Gallegos.
2. Tratamiento sistémico e problemas familiares. Revista electrónica psicología Vol.13, No.3 Septiembre 201087-104.
3. Conjugality and parenting dimensions: A correlational Model. Clarisse Mosmann Psicóloga. Universidad católica de Rio Grande do Sul (Brasil). España.
4. Impacto de la Incontinencia Urinaria en la funcionalidad del subsistema conyugal. Archivos de Medicina Familiar Vol.10 (2) 42-46 2008.
5. ABRAMS P, CARDOZO L, FALL M, GRIFFITHS D, ROSIER P, ULMSTEN U et al. The standardization of terminology in lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn 2006; 21:167-178.
6. L. RESEL ESRÉVEZ, G. BOCMWO, JI. MORENO, E. REDONDO, JI. CORRAL,Cátedra y Servicio de Urología Hospital Clínico San carlos Madrid. Tratamiento quirúrgico de la Incontinencia Urinaria femenina de esfuerzo. Artículo original 2006.
7. HUNSKAAR S, BURGIO K, DIOKNO AC, HERZOG AR, HJALMAS K, LAPITAN MC. Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence (UI). En: Incontinence 2nd Edition. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (Eds). Chp 3, pp. 165-202.Plymbridge Distributors Ltd., United Kingdom 2005.
8. MODROÑO FREIRE, MJ; SANCHEZ COUGIL, MJ; GAYOSO DIZ, P; VALERO PATERNAIN, M; BLANCO RAMOS,M; CUÑA RAMOS, FO. "Estudio de Prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida". Atención primaria 2007;34:134-149 vol. 34 num. 03.
9. MARTINEZ COROLESB., SALINAS SANCHEZ A.S., GIMENEZ BACHS J.M.,DONATE MORENOM.J., PASTOR NAVARROH., VIRSEDA RODRIGUEZ J.A. "Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria" Actas Urol. Esp. v.32 n.2 Madrid Feb. 2008.
- 10.M.PEREZ LORENTE, P. MORIANO BEJAR, V. DAVILA ALVAREZ, M.P. LEDO GARCIA, L. SERRANO MOLINA, E. NIETO BLANCO, B. FONSECA REDONDO, J. CAMACHO PEREZ. "Repercusión de la Incontinencia Urinaria en la calidad de vida de las mujeres de 40 a 65 años en un área sanitaria de Madrid" ISSN 1130-8621 VOL. 14, No.3, 2006, pags. 129-135.
- 11.MAURICIO VELAZQUEZ-MAGAÑA, GUSTAVO AGUIRRE-RAMOS, ROLANDO ALVAREZ-VALERO, JOSE ANTONIO MENDEZ-GONZALEZ, JULIO GONZALEZ-COFRADES. "Prevalencia de Incontinencia Urinaria en el Distrito Federal" Rev. Medigraphic Vol. 52, No.1, Ene-Mar 2007 pp 14-21.
- 12.Grupo Español de Urodinámica y de SINUG. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior. Actas Urol Esp 2006; 29: 16-30.
- 13.ESPUÑA PONS M. Incontinencia de orina en la mujer. Med Clin (Barc) 2007; 120: 464-472..

14. HUNSKAAR S, LOSE G, SYKES D, VOSS S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int* 2007; 93: 324-330.
15. MINASSIAN VA, DRUTZ HP, AL-BADR A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 82: 327-338.
16. HANNESTAD YS, RORTVEIT G, DALTVEIT AK, HUNSKAAR S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *BJOG* 2006; 110: 247-254.
17. RORTVEIT G, HANNESTAD YS, DALTVEIT AK, HUNSKAAR S. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Obstet Gynecol* 2006; 98: 1004-1110.
18. GRADY D, BROWN JS, VITTINGHOFF E, APPLGATE W, VARNER E, SNYDER T. Postmenopausal hormones and incontinence: the heart and Estrogen/Progestin Replacement Study. *Obstet Gynecol* 2007; 97: 116-120.
19. SUBAK LL, JOHNSON C, WHITCOMB E, BOBAN D, SAXTON J, BROWN JS. Does weight loss improve incontinence in moderately obese women? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 13: 40-43.
20. RORTVEIT G, DALTVEIT AK, HANNESTAD YS, HUNSKAAR S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2008; 348: 900-907.
21. CONTRERAS ORTIZ O. Stress urinary incontinence in the gynecological practice. *Int J Gynecol Obstet* 2006; 86 (Suppl. 1): S6–S16.
22. VIKTRUP L, LOSE G. Lower urinary tract symptoms 5 years after the first delivery. *Int Urogynecol J* 2009; 11: 336-340.
23. PASCUAL MA. Prevalencia y calidad de vida. *Prog Obstet Ginecol* 2010; 45 (Supl. 1):2-9.
24. 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)* 2007; 114: 654-652.
25. ESPUÑA M, REBOLLO P. Validación de la versión española del ICIQ-SF. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2007; 122: 288-292.
26. DWYER PL. Differentiating stress urinary incontinence from urge urinary incontinence. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 86 (Suppl. 1): S17-S24.
27. ZUDAIRE-BERGERA JJ, ROBLES-GARCIA JE, SAIZSANSI 230 An. Sist. Sanit. Navar. 2006, Vol. 29, Nº 2, mayo-agosto nina: evaluación urodinámica. *Rev Med Univ Navarra* 2007 48: 32-36.
28. ESPUÑA PONS M. Incontinencia urinaria de urgencia. Vejiga hiperactiva en la mujer. *Prog Obstet Ginecol* 2006; 45 (Supl. 1): 41-51.
29. BERGHMANS LC, HENDRIKS HJ, DE BIE RA, VANWAALWIJK VAN DOORN ES, BO K, VAN KERREBROECK PE. Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *BJU Int* 2006; 85: 254-263.
30. BO K. Urinary Incontinence, Pelvic Floor Dysfunction, Exercise and Sport. *Sports Medicine* 2008; 34: 451-464.
31. ANDERSSON KE. Antimuscarinic treatment of overactive bladder. *Lancet Neurol* 2007; 3; 46-53.

32. ROBLES GARCÍA JE, ZUDAIRE BERGERA JJ, ROSELL COSTA D, BERIAN POLO JM. Nuevos fármacos en el tratamiento de la incontinencia urinaria. *Rev Med Univ Navarra* 2006; 48: 43- 49.
33. BEZERRA CA, BRUSCHINI H, CODY DJ. Suburethral sling operations for urinary incontinence in women (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2007. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
34. PICKARD R, REAPER J, WYNESS L, CODY DJ, MCCLINTON S, N'DOW J. Periurethral injection therapy for urinary incontinence in women (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2008. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
35. MOEHRER B, CAREY M, WILSON D. Laparoscopic colposuspension: a systematic review. *BJOG* 2008; 110: 230-235.
36. LAPITAN MC, CODY DJ, GRANT AM. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

## XIV. ANEXOS

### Anexo 1



**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: \_\_\_\_\_

Patrocinador externo (si aplica): \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Número de registro: \_\_\_\_\_

Justificación y objetivo del estudio: \_\_\_\_\_

Procedimientos: \_\_\_\_\_

Posibles riesgos y molestias: \_\_\_\_\_

Posibles beneficios que recibirá al participar  
en el estudio: \_\_\_\_\_

Información sobre resultados y alternativas de  
tratamiento: \_\_\_\_\_

Participación o retiro: \_\_\_\_\_

Privacidad y confidencialidad: \_\_\_\_\_

En caso de colección de material biológico (si aplica):

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

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): \_\_\_\_\_

Beneficios al término del estudio: \_\_\_\_\_

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

Investigador Responsable: \_\_\_\_\_

Colaboradores: \_\_\_\_\_

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](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

**Clave: 2810-009-013**



## Anexo 3

### ESCALA DE EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

ESCALA EVALUATIVA			
FUNCION	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
<b>1) COMUNICACION</b>			
a) Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente	0	5	10
b) La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
<b>2 ) ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES</b>			
a) La pareja cumple los papeles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
b) Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
c) Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
<b>3) SATISFACCIÓN SEXUAL</b>			
a) Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
b) Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
<b>4) AFECTO</b>			
a) Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b) El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante	0	2.5	5
c) Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d) Perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
<b>5) TOMA DE DESICIONES</b>			
a) Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

Anexo 4

(Version española del King's Health Questionnaire 1993)

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

Por favor, marque una respuesta

Muy bueno

 0

Bueno

 1

Regular

 2

Malo

 3

Muy malo

 4

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

Por favor, marque una respuesta

En absoluto

 0

Un poco

 1

Moderadamente

 2

Mucho

 3

Por favor, pase a la página siguiente

Nos gustaría saber cuáles son sus problemas urinarios y hasta qué punto le afectan. De la lista siguiente elija SÓLO AQUELLOS PROBLEMAS que usted tenga en la actualidad. DEJE SIN CONTESTAR los que no correspondan a su caso.

¿Hasta qué punto le afectan?  Un poco Moderadamente Mucho

Para contestar, marque con una cruz

	Un poco	Moderadamente	Mucho	
FRECUENCIA: ir al baño muy a menudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NICTURIA: levantarse durante la noche para orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
URGENCIA: un fuerte deseo de orinar difícil de controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INCONTINENCIA POR URGENCIA: escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INCONTINENCIA POR ESFUERZO: escape de orina por actividad física, ej. toser, estornudar, correr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENURESIS NOCTURNA: mojar la cama durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INCONTINENCIA EN EL ACTO SEXUAL: escape de orina durante el acto sexual (coito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFECCIONES FRECUENTES EN LAS VIAS URINARIAS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR EN LA VEJIGA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad AL ORINAR:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRO PROBLEMA URINARIO (ESPECIFIQUE):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso interno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1 + 2 + 3

Por favor, pase a página siguiente



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. Simplemente marque con una cruz el círculo que corresponda a su caso.

LIMITACIONES EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS

	No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho
¿Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domésticas (ej. limpiar, hacer la compra, etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES

	No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho
¿Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (ej. ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sus problemas urinarios afectan a su capacidad para viajar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sus problemas urinarios limitan su vida social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sus problemas urinarios limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELACIONES PERSONALES

	No procede	No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho
¿Sus problemas urinarios afectan a su relación con su pareja?	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
¿Sus problemas urinarios afectan a su vida sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sus problemas urinarios afectan a su vida familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Uso interno</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, pase a la página siguiente

<u>EMOCIONES</u>	No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho
¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse deprimida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse angustiada o nerviosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse mal consigo misma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>SUEÑO/ENERGÍA</u>	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
¿Sus problemas urinarios afectan a su sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse agotada o cansada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Con qué frecuencia hace o siente alguna de estas cosas?

	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
¿Lleva compresas para mantenerse seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se cambia la ropa interior cuando está mojada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está preocupada por si huele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se siente incómoda con los demás por sus problemas urinarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Uso interno*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3

**GRACIAS, AHORA COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS.**