

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

División Académica de Ciencias de la Salud



**“Incontinencia urinaria y su asociación con calidad de vida del
adulto mayor de una UMF del IMSS en Tabasco”**

**Tesis para obtener el diploma de la:
Especialidad en Medicina Familiar**

Presenta:

Ixshel Fabiola Alvarez Pino

Director:

Dr. Ricardo González Anoya

Villahermosa, Tabasco.

Febrero 2020



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado

Of. No. 0167/DACS/JAEP
14 de febrero de 2020

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Ixshel Fabiola Álvarez Pino
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Rosario Zapata Vázquez, Dr. Ricardo González Anoya, Dr. Hipólito Garcilano Sánchez, y Dra. Yanet Pérez Méndez el, impresión de la tesis titulada: "Incontinencia urinaria y su asociación con calidad de vida del adulto mayor de una UMF del IMSS en Tabasco", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde funge como Director de Tesis la Dr. Ricardo González Anoya

Atentamente


Dra. Marian Carolina Martínez López
Directora

UJAT



DACS
DIRECCIÓN

C.c.p.- Dr. Ricardo Gonzalez Anoya - Director de Tesis
C.c.p.- Dra. Rosario Zapata Vázquez - Sinodal
C.c.p.- Dra. Yanet Pérez Méndez - Sinodal
C.c.p.- Dr. Hipólito Garcilano Sánchez - Sinodal
C.c.p.- Dr. Ricardo González Anoya - Sinodal
C.c.p.- Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez - Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC/MCML/MO/MACA/lkrd*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 10:30 horas del día 12 del mes de febrero de 2020 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Incontinencia urinaria y su asociación con calidad de vida del adulto mayor de una UMF del IMSS en Tabasco"

Presentada por el alumno (a):

Álvarez Pino Ixshel Fabiola
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

1 7 1 E 5 0 0 1 9

Aspirante al Grado de:

Especialidad En Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dr. Ricardo González Anoya
Directores de Tesis

Dra. Rosario Zapata Vázquez

Dr. Hipólito Garcilano Sánchez

Dra. Yanet Pérez Méndez

Dr. Ricardo González Anoya

Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez

C.c.p. - Archivo
DC/MCML/MO/MACA/lkrd*

Miembro CUMEX desde 2008
Consorcio de
Universidades
Mexicanas
UNA RED DE CALIDAD EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud


Dirección



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 13 del mes de febrero del año 2020, el que suscribe, Ixshel Fabiola Alvarez Pino, alumno del programa de la especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 171E50019 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "Incontinencia urinaria y su asociación con la calidad de vida del adulto mayor de una UMF del IMSS en Tabasco", bajo la Dirección del Dr. Ricardo González Anoya, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: ixshel_alvarez@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Ixshel Fabiola Alvarez Pino

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Ricardo González Anoya por su ayuda en la elaboración de esta tesis.

A la Dra. Rosario Zapata Vázquez por guiarme en la selección del tema, y por estar al pendiente de nuestra formación como médicos familiares.

A la Dra. María Isabel Avalos García por sus asesorías, y dedicación a la investigación.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por formarme como médico familiar, y brindarme el espacio ideal para explotar mi potencial.

A mis compañeros, por las anécdotas vividas, los buenos recuerdos y las amistades que continuarán más allá de la residencia.



DEDICATORIA

A Dios:

Que guía mis pasos todos los días, que me dio el amor por esta carrera, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

A mis padres:

Por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado. Por ser mi apoyo, creer en mí y siempre alentarme a continuar.

A mi hermano, y amigos que siempre me animaron con sus porras y contribuyeron con su granito de arena para que yo no desistiera de este sueño.

A mi esposo:

Por apoyarme en todo momento, por siempre estar a mi lado, motivándome y por recorrer este camino junto a mí, porque aun sabiendo que esto no sería fácil aceptaste este reto, por lo que este logro es de los dos, te amo.



INDICE

| | | |
|------|---|----|
| 1 | Introducción | 1 |
| 2 | Marco teórico..... | 2 |
| 3 | Planteamiento del problema..... | 12 |
| 4 | Justificación | 14 |
| 5 | Objetivos | 16 |
| 5.1 | General..... | 16 |
| 5.2 | Específicos | 16 |
| 6 | Material y métodos..... | 17 |
| 6.1 | Diseño de estudio..... | 17 |
| 6.2 | Población, muestra y muestreo..... | 17 |
| 6.3 | Universo | 17 |
| 6.4 | Muestra | 17 |
| 6.5 | Criterios de inclusión y exclusión | 14 |
| 6.6 | Variables de estudio..... | 18 |
| 6.7 | Hipótesis | 18 |
| 6.8 | Operacionalización de variables..... | 18 |
| 6.9 | Técnicas y procedimientos de la investigación..... | 19 |
| 6.10 | Instrumentos para recolección de la información | 19 |
| 6.11 | Procesamiento y análisis de la información | 20 |
| 6.12 | Consideraciones éticas | 21 |
| 7 | Resultados | 23 |
| 7.1 | Análisis univariado..... | 23 |
| 7.2 | Análisis bivariado..... | 29 |
| 8 | Discusión..... | 32 |
| 9 | Conclusiones | 34 |
| 10 | Recomendaciones..... | 35 |
| 11 | Bibliografía | 36 |
| 12 | Anexos | 40 |



I. INDICE DE TABLAS Y CUADROS

| Tabla | Análisis Univariado | Página |
|----------|---|--------|
| Tabla 1 | Distribución por edad y sexo de encuestados de una UMF del IMSS en Tabasco | 23 |
| Tabla 2 | Patologías asociadas de pacientes de una UMF del IMSS en Tabasco | 23 |
| Tabla 3 | Tipología familiar de acuerdo a demografía | 24 |
| Tabla 4 | Tipología familiar de acuerdo a Ciclo vital | 24 |
| Tabla 5 | Frecuencia de perdida de orina en pacientes con Incontinencia Urinaria | 25 |
| Tabla 6 | Cantidad de orina que pierden pacientes con incontinencia urinaria | 25 |
| Tabla 7 | Tipos de IU en pacientes de una UMF del IMSS en Tabasco | 26 |
| Tabla 8 | Incontinencia Urinaria en pacientes de una UMF del IMSS en Tabasco | 26 |
| Tabla 9 | Tiempo de evolución de IU | 27 |
| Tabla 10 | Calidad de vida de pacientes de una UMF del IMSS en Tabasco | 27 |
| Tabla 11 | Calidad de vida por dimensiones en pacientes de una UMF del IMSS en Tabasco | 28 |



| Tabla | Análisis Bivariado | Página |
|----------|---|--------|
| Tabla 12 | Distribución de incontinencia urinaria po sexo | 29 |
| Tabla 13 | Distribución de incontinencia urinaria por edad | 29 |
| Tabla 14 | Patologías asociadas de pacientes con y sin IU | 30 |
| Tabla 15 | Tipología familiar de acuerdo a su demografía en pacientes con y sin U | 30 |
| Tabla 16 | Tipología familiar de acuerdo al ciclo vital en pacientes con y sin IU | 31 |
| Tabla 17 | Calidad de vida en pacientes con y sin IU | 31 |



RESUMEN

Introducción: La incontinencia urinaria se define como pérdida de orina involuntaria, que involucra un problema que puede afectar la calidad de vida. La proporción de personas mayores de 60 años se ha incrementado drásticamente más que cualquier otro grupo de edad, por lo cual este será un problema de salud más frecuente, que requiere de detección oportuna que permita conocer sus características clínicas y como se asocia con la calidad de vida. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida del adulto mayor asociada con incontinencia urinaria, de una unidad de medicina familiar del IMSS. **Material y métodos:** Diseño observacional, correlacional, prospectivo y de corte transversal. El universo de 9642 pacientes y una muestra de 137 pacientes seleccionados aleatoriamente, mayores de 60 años, que acuden a consulta a una unidad de medicina familiar del IMSS. La incontinencia urinaria se evaluó mediante el cuestionario ICIQ-SF y la calidad de vida mediante el cuestionario SF 36. Se realizó una base de datos en el programa SPSS. Se utilizaron medidas de frecuencia relativa y absoluta, desviación estándar y chi cuadrada. **Resultados:** De marzo a agosto de 2019 se estudió a 137 adultos mayores, el 54% cursa con incontinencia urinaria y 83% manifiestan una mala calidad de vida, en comparación al 16% que manifiesta mala calidad de vida, pero sin incontinencia urinaria. siendo la dimensión mayormente afectada la de percepción del dolor. **Conclusión:** el estudio revela que los adultos mayores con incontinencia urinaria refieren peor calidad de vida en comparación a los adultos mayores sin IU.

Palabras clave: adulto mayor, calidad de vida, incontinencia urinaria.



ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence is defined as involuntary loss of urine, which involves a problem that can affect the quality of life. The proportion of people over 60 has increased dramatically more than any other age group, so this will be a more frequent health problem, which requires timely detection that allows to know their clinical characteristics and how it is associated with quality of life. **Objective:** To determine the quality of life of the elderly associated with urinary incontinence, of a family medicine unit of the IMSS. **Material and methods:** Observational, correlational, prospective and cross-sectional design. The universe of 9642 patients and a sample of 137 randomly selected patients, over 60 years of age, attending a family medicine unit of the IMSS. Urinary incontinence was assessed using the ICIQ-SF questionnaire and the quality of life through the SF 36 questionnaire. A database was created in the SPSS program. Measures of relative and absolute frequency, standard deviation and square chi were used. **Results:** From March to August 2019, 137 older adults were studied, 54% attend urinary incontinence and 83% show a poor quality of life, compared to 16% who show poor quality of life, but without urinary incontinence. being the dimension mostly affected the pain perception. **Conclusion:** the study reveals that older adults with urinary incontinence report worse quality of life compared to older adults without UI.

Keywords: elderly adult, quality of life, urinary incontinence.



ABREVIATURAS

UMF: Unidad de Medicina Familiar

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

AM: Adulto Mayor

IU: Incontinencia Urinaria

INAPAM: Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



GLOSARIO DE TERMINOS

Incontinencia urinaria: Perdida involuntaria de orina

Calidad de vida: Manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales

Adulto mayor: personas mayores de 60 años



1.- INTRODUCCION

La incontinencia urinaria se define como la perdida involuntaria de orina, y se clasifica de acuerdo al momento en que ocurre está perdida, La prevalencia de cualquier tipo varia de 24 a 45%. La evidencia epidemiológica al respecto muestra que en la médica en que la población aumenta de edad, aumenta su prevalencia y severidad, siendo más notorio en pacientes adultos mayores, lo cual se puede deber a cambios anatómicos y fisiológicos del tracto urinario y al deterioro a nivel central de los mandos de control relacionados con la continencia. El conocimiento de los cambios fisiológicos del adulto de la tercera edad, las características de riesgo de algunas enfermedades crónicas, el manejo medico oportuno, son puntos clave para el tratamiento de esta patología. (1)

La incontinencia urinaria incrementa el riesgo de úlceras por presión en el adulto mayor, infecciones de vías urinarias, septicemia, caídas, aislamiento, polifarmacia, dependencia, entre otras. (2)

El poder otorgar solución a este problema frecuente de salud pública implica una mejora en la calidad de vida para los pacientes y su entorno, aminorando ingresos hospitalaria, mortalidad y frecuencia de eventos adversos por un inapropiado tratamiento médico.

Este estudio surge de la importancia que requiere la incontinencia en el adulto mayor y que no es algo que deba considerarse normal, por lo cual debe ser detectado oportunamente y le permitirá al médico familiar establecer un tratamiento oportuno, que le permita al adulto mayor integrarse a la dinámica de familia y con eso tener una calidad de vida óptima.



2.- MARCO TEORICO

2.1 Adulto Mayor

El INAPAM define al adulto mayor a las personas de 60 años y más, y los considera como una población de riesgo relacionados con problemas sociales y de salud. En los últimos años se ha observado una tendencia mundial a una esperanza de vida más prolongada lo que trae como consecuencia un fenómeno de envejecimiento poblacional a una proporción nunca vista. Se estima que para el 2050 más de la quinta parte de la población será de adultos mayores. El cambio de edades en la tabla de población en México traerá consigo retos como aumento de demanda en aspectos de seguridad, salud, económicos, entre otros, por lo cual se deberán adecuar las condiciones necesarias para evitar el deterioro de la calidad de vida durante la vejez. (3)

2.2 Envejecimiento Poblacional

Debido al aumento de la edad de la población y de los números de nacimientos, la proporción de personas mayores de 60 años se ha incrementado drásticamente más que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial con más de 60 años pasara de 900 millones hasta 2000 millones, lo que representa un aumento de 12% al 22%. En el 2050 por cada 5 personas más de uno será un adulto mayor. Los adultos mayores que viven en países de ingresos bajos cursan con mayor morbilidad en comparación con países ricos. Sin importar el lugar donde viven, las principales causas de muerte son cardiopatía, accidente cerebrovascular y neumopatías crónicas. Todos los AM pueden gozar de un envejecimiento saludable y continuar realizando las actividades que les interesan, por lo cual el gasto social para este grupo etario se debe considerar una inversión que les dé la oportunidad de aportar contribuciones positivas. (4)



De acuerdo con el uso de los servicios de acuerdo a la edad, se observa que la población mayor de 70 años es la que más utiliza los servicios ambulatorios, hospitalización (más de 6 días) y cuidado informal. Para el 2028 se estima que el 28.25% de la población corresponderá a los adultos mayores. Actualmente la esperanza de vida es de 75.56 años. (5)

2.3 Incontinencia Urinaria Generalidades

La incontinencia urinaria se define según la International Continence Society como la pérdida involuntaria de orina. (6)

Aspectos físicos y anatómicos del tracto urinario bajo, así como funcional, psicológico, factores ambientales, contribuyen a la fisiopatología de la incontinencia en adultos mayores. El llenado apropiado y vaciamiento de la vejiga está influenciado por centros en el tronco cerebral, corteza cerebral y cerebelo. El tronco cerebral favorece la diuresis y la corteza cerebral predominantemente la inhibe. La pérdida de influencias inhibitorias de la corteza cerebral sobre la micción sacra, debido a enfermedades como el accidente cerebrovascular puede producir incontinencia en pacientes de edad avanzada. Desordenes del tronco cerebral y de la medula supra espinal pueden intervenir en la coordinación de la contracción de la vejiga y relajación de la uretra. Durante el llenado normal de la vejiga, las vías aferentes (a través de los nervios somáticos y autónomos) llevan información sobre el volumen de la vejiga a la médula espinal. El tono simpático cierra el cuello de la vejiga e inhibe el tono parasimpático (relajando así la cúpula de la vejiga); La innervación somática mantiene tono en la musculatura del suelo pélvico (incluyendo músculo estriado alrededor de la uretra). Para el vaciado de la vejiga, los tonos simpáticos disminuyen, y los impulsos parasimpáticos mediados por estímulos colinérgicos causan la contracción de la vejiga. El volumen de la vejiga a la primera necesidad de vaciar es variable, pero generalmente ocurre entre 150 y 350 ml; La capacidad normal de la vejiga es de 300 a 600 ml. Un aumento de la



presión intra abdominal o estornudo puede provocar fugas en alguien con una presión de resistencia baja a la salida o debilidad del esfínter uretral. (7)

2.4 Predisposición Genética

Características étnicas también son muy importantes en el diagnóstico de incontinencia urinaria, mujeres blancas son más propensas a incontinencia urinaria en comparación con mujeres afroamericanas. (4)

2.5 Clasificación

1. Incontinencia urinaria Aguda: se refiere a aquellas situaciones en que la aparición de la incontinencia es súbita, relacionada con una enfermedad aguda o problema iatrogénico y desaparece una vez que se ha resuelto el problema.
2. La incontinencia urinaria crónica se clasifica en por estrés, urgencia, mixta y por rebosamiento.
3. Estrés: pérdida involuntaria de orina, con aumento de la presión intra abdominal como en el momento de toser. Entre las mujeres, la mayoría de las veces se asocia con tejidos de soporte debilitados, y es causada por la falta de estrógenos, obesidad, partos vaginales previos y / o cirugía
4. Urgencia: pérdida de orina, por la incapacidad de retrasar la micción tras la sensación de plenitud de la vejiga. Se caracteriza por un ataque súbito y fuerte, acompañado por un miedo a la fuga y seguido por la pérdida de orina. La cantidad de orina perdida es variable y depende en gran medida de la función del esfínter y la capacidad del paciente para impedir la contracción de la vejiga urinaria
5. Mixta: combinación de ambas.



6. Rebosamiento: se caracteriza porque la vejiga se llena hasta su capacidad máxima, provocando que la presión en su interior aumente y exceda la presión uretral o dicha presión en reposo sea baja, lo que provoque el paso de orina ya que la vejiga no es capaz de almacenarla. (8)

2.6 Condiciones reversibles que pueden causar incontinencia urinaria

Infecciones del tracto urinario, atrofia vaginal, pacientes con prostactectomía, impactación fecal, efectos adversos de fármacos, causas metabólicas de aumento de producción de orina como hiperglicemia, exceso de ingesta de fluidos, incapacidad para llegar a un baño, delirium, enfermedades que interfieran con la movilidad, causas psicológicas. Hay condiciones que en las mujeres las puede predisponer a la incontinencia urinaria como: Números de partos, número de embarazos, número de abortos, infecciones de la vía urinaria durante la gestación, embarazos múltiples, el índice de masa corporal, enfermedades crónicas, prolapso genital, cirugías previas, y cuando se presenta los escapes de orina es cuando se empiezan a limitar a poco líquido y evitar cargar pesado para evitar pérdidas urinarias. (9)

2.7 Fisiopatología

2.7.1 Envejecimiento del sistema urinario

Su envejecimiento se encuentra relacionado con exposición ambiental a cambios que aparecen con la edad y comorbilidades. En mujeres de 70 años o más, los cambios en la composición corporal y la fuerza de agarre se asociaron con los cambios en la frecuencia de IU a lo largo del tiempo. Los hallazgos sugieren que la optimización de la composición corporal y la fuerza muscular es más probable que modifique el riesgo de IU en mujeres mayores. (10)



2.7.2 Cambios Estructurales

Los genitales pueden mostrar una reducción de su tamaño, sin embargo, en aquellos que mantienen una vida sexual activa no experimentan este cambio. Los cambios más frecuentes en la orina son incremento en volumen, aumento de la frecuencia, nicturia y cambios de color. El incremento de volumen puede deberse a ingesta excesiva de líquidos, toma de diuréticos o cafeína. El aumento de la frecuencia es el número de veces sin un incremento en la cantidad total de orina y puede estar originados por presión o irritación de la vejiga. Nicturia ocurre en etapas tempranas de enfermedades renales, diabetes mellitus descontrolada, y puede contribuir a trastornos del sueño. El incorrecto funcionamiento de la vía urinaria inferior en los adultos mayores suele ser multifactorial. Los cambios debidos al envejecimiento, junto con patologías asociadas y la polifarmacia, pueden provocar alteraciones dinámicas. (11)

La vía urinaria sufre cambios derivados del envejecimiento fisiológico, así el volumen vesical en los hombres disminuye, con la edad también el residuo postmiccional y disminución del volumen miccional, sucede tanto en hombres como mujeres. Es de suma importancia destacar que la incontinencia no es solo un problema urológico, ya que quienes la padecen tienen alteraciones en su salud mental y una menor calidad de vida relacionada con la salud. (12)

2.8 Tratamiento

El tratamiento conservador es efectivo para las personas mayores con UI. Las acciones de intervención de modificación del estilo de vida, el ejercicio del músculo pélvico, el entrenamiento físico para la evacuación provocada, adquirir habilidades para mantener la continencia, entonces existen tratamientos conservadores para la IU para las personas mayores y frágiles, se reducen la incontinencia. (13)



2.9 Panorama Epidemiológico

A medida que la población envejece, el número de personas con síntomas de tracto urinario inferior e incontinencia urinaria se incrementa. Afecta principalmente a aquellos con comorbilidades, polifarmacia, física y cognitivamente, su prevalencia puede ser tan alta como 70-80 %. (14, 15)

Debido a lo estigmatizan te de la IU y a la falta de búsqueda intencionada existe un subregistro en la población de la tercera edad, de acuerdo con el Proyecto-Encuesta SABE realizado en Yucatán, la prevalencia es de 13.6%, siendo más común en mujeres que en varones (15.3% y 9.9% respectivamente). (16)

2.10 Calidad de Vida

La Organización Mundial de la salud la define como “Manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. (17)

La aparición del concepto de vida y preocupación por la evaluación sistémica y científica comenzó en la década de los 60. Dicho concepto se utiliza en diferentes ámbitos como son: salud, salud mental, economía, política y servicios en general. Actualmente la cultura de la longevidad a se centra en un intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales. La calidad de vida se define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Resulta evidente que hay muchos condicionamientos que influyen en este aspecto (físicos, psíquicos, sociales,



espirituales, culturales, filosóficos, médicos, etc.), y que tienen mucho que ver con la valoración que la persona haga sobre sí mismo. El sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, La esencia de la calidad de vida es subjetiva en realidad, cada cultura, cada sociedad con sus diferentes valores y las connotaciones socioculturales, evalúan desde sus puntos de vista, diferentes muchas veces, su percepción de calidad de vida. (18)

Los adultos mayores con incontinencia urinaria necesitan un tratamiento multidisciplinario, el manejo conservador es muy útil con intervenciones en cambios en estilo de vida y comportamientos, este siempre debe ser el tratamiento de primera línea, si no se presenta mejoría clínica después de 3 meses, se deberá considerar tratamiento farmacológico. La incontinencia urinaria afecta de forma significativa la calidad de vida de quien lo padece, con un impacto negativo sobre el bienestar y las actividades en relación con los demás, los pacientes presentan pérdida de autoestima, sienten pena y se aíslan, buscando alternativas conductuales para evitar y disminuir los episodios de urgencia, los aspectos que más influyen en la calidad de vida es la IU durante el acto sexual. (19)

Se ha observado la elevada incidencia de IU con la depresión. Se ha demostrado que el mal funcionamiento de los neurotransmisores en los pacientes con depresión puede alterar la inervación de la vejiga y como consecuencia producir incontinencia urinaria. (20)

La nicturia es común y molesta en adultos mayores. Especialmente en aquellos que también cursan con incontinencia urinaria, por lo cual se deben identificar aquellos que posiblemente sean susceptibles de intervención, los pacientes con una mayor diuresis nocturna informaron una duración más corta del sueño ininterrumpido antes de la primera sensación de orinar y empeoraron la calidad del sueño a pesar de pasar un tiempo similar en la cama. (21)



El nivel de angustia en la IU depende de la frecuencia, la cantidad de fugas y de la experiencia subjetiva de estos síntomas. Por ejemplo, el miedo a las fugas o al olor asociado puede llevar al aislamiento social. Por lo tanto, la evaluación inicial y la evaluación del tratamiento deben incluir la severidad de los síntomas. (22)

2.11 Marco Referencial

González (et al) en el artículo Incontinencia urinaria: factores de riesgo y frecuencia en mujeres mayores de 60 años, en el sureste de México. Su objetivo fue determinar la frecuencia, factores de riesgo e impacto en la calidad de vida de la incontinencia urinaria en mujeres mayores. Es un estudio de tipo analítico, observacional, de corte transversal que obtuvo como resultado de 96 mujeres en el estudio, el 56.25% curso con IU, 37% IU de urgencia, 33% IU de esfuerzo, 16% IU mixta. (23)

Aharony (et al), Europa, en el documento de consenso sobre el manejo de la incontinencia urinaria en el adulto mayor, publicado en 2017 por geriatras europeos, menciona que IU, es uno de los gigantes geriátricos, muy común en las personas mayores. Afecta especialmente a aquellos con comorbilidades, polifarmacia y deterioro funcional, tanto físicos como psíquicos, la prevalencia podría ser tan alta como 70 a 80%. La IU produce numerosos efectos negativos en la calidad de vida en personas mayores. Desafortunadamente, la detección para la IU es baja, al igual que el porcentaje de personas mayores que reciban un tratamiento efectivo (alrededor de 30 a 50%). (24)

Jauregui (et al) en el artículo encuesta telefónica de incontinencia Urinaria sintomática en ancianos ambulatorios en argentina en 2016: Se realizó una encuesta telefónica a 236 sujetos. La prevalencia encontrada fue de 9% en el último mes. Se documentó una alta prevalencia de síntomas de incontinencia urinaria en ancianos en esta muestra similar a la publicada en otros contextos.



30% mujeres y 10% en hombres. 6% había afectado su vida social, 5% su vida íntima. (25)

Komesu (et al) en el artículo epidemiología de la incontinencia urinaria mixta, de estrés en mujeres de mediana y tercera edad publicado en 2015: el objetivo fue describir la historia natural y los predictores. De los subtipos de incontinencia estrés, urgencia y mixta, En mujeres estadounidenses de mediana edad y mayores. En comparación con las mujeres blancas, las mujeres negras tenían Disminución de las probabilidades de incontinencia por estrés. El rango de edad 80-90 y la obesidad severa predijeron la incidencia de incontinencia mixta. (26)

Surh (et al) en el estudio multicéntrico de Incontinencia urinaria en cuidados domiciliarios: Estudio sobre prevalencia, severidad, impacto en la calidad de vida y factores riesgo en 2018. El objetivo del estudio fue determinar la Prevalencia y severidad de la incontinencia urinaria y factores asociados en pacientes que reciben atención domiciliaria de enfermería. Se realizó un estudio transversal en 923 pacientes de 102 servicios de asistencia domiciliaria en toda Alemania. El ICIQSF fue utilizado para determinar las características de la interfaz de usuario y su impacto en la calidad de vida. Resultados: La prevalencia de IU fue del 62,5%, las razones más comunes para UI eran antes de llegar al inodoro 27.6% y al toser o estornudar 27.3%. Comorbilidades: incapacidad para caminar, presencia de demencia y sexo femenino. Conclusiones La prevalencia de la IU en la asistencia domiciliaria en Alemania es alta. Dado que la IU es más fuerte asociada con inmovilidad, preservar o recuperar la movilidad de los pacientes debería desempeñar un papel central en la prestación de cuidados para evitar / minimizar la IU. (27)

Stickley (et al) en el artículo Incontinencia urinaria, salud mental y soledad en una comunidad de adultos mayores en Irlanda. Menciona que La (IU) se asocia con un peor estado de salud en los adultos mayores. Pero que poco se sabe sobre su



relación con la soledad o el papel de la salud mental en esta asociación. Se demostró que la IU se asoció con probabilidades significativamente más altas para la soledad. Como conclusión: la IU se asocia con mayores probabilidades de soledad entre los adultos mayores que habitan en la comunidad, pero esta asociación se explica en gran medida por los problemas de salud mental comórbidos, en particular, la depresión. (28)

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según datos del INEGI la población total de adultos mayores corresponde a 2 395 272 habitantes de los cuales 51.1 % son mujeres y 48.9% con hombres, la esperanza de vida para los hombres es de 72.6 años y para las mujeres de 77.8 años, las 3 primeras causas de defunción son enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y tumores malignos. En total los adultos mayores corresponden al 7.2% de la población total, y ya que se prevé que la pirámide poblacional continúe con la tendencia actual de incrementarse la población de adultos mayores, cobra relevancia hacer énfasis en las patologías que más comúnmente afectan a este grupo etario y como esto puede influir en la sociedad. (29)

Problemas derivados de la Incontinencia urinaria Los problemas más frecuentes que reportan las personas que presentan IU, fueron, en su orden, los siguientes: irritación de la piel (29.0%), limitación para hacer deporte (25.8%), infecciones en la piel (19.4%), sentimientos de inferioridad (19.4%), aislamiento social (16.1%), depresión (12.9%) y alteración en la vida sexual (9.7%). (30)

La incontinencia urinaria mixta parece ser la que más impacta en la calidad de vida, y ya que la incontinencia urinaria está asociada a la edad, entonces la calidad de vida de los pacientes con iu se deteriora más si no se evita su progresión. (31)

La incontinencia urinaria es una patología que afecta a distintos aspectos físicos, psicológicos y sociales y afecta a adultos mayores de todo el mundo, sin discriminar nacionalidad, nivel socioeconómico o cultural.

Dada su prevalencia, será útil conocer su impacto sobre la calidad de vida de las personas que la padecen. Lo cual se hará por medio de cuestionarios con lo que se diagnosticará en primera instancia la incontinencia urinaria, posteriormente se aplicará cuestionarios de calidad de vida, para determinar el impacto en la calidad de vida del paciente que la padece.

Es un problema que se presenta de largo evolución en cada paciente, y se detecta muchas veces en momentos que el paciente ya se ha dado por vencido sobre su estado de salud y se ha resignado a vivir con él.



Es un problema social o higiénico y que es objetivamente demostrable. Es una enfermedad mayormente infra diagnosticada, ya que no se le da la importancia que merece debido a que es una patología que no se puede observar a simple vista, y que inconcluso el paciente puede ocultarla relativamente fácil de sus familiares, por lo menos en sus etapas iniciales.

Sin embargo, al ser un padecimiento oculto, no hace más que incrementar sus patologías asociadas, que merma en mayor medida el bienestar del paciente y su percepción de bienestar.

Mediante encuestas para el diagnóstico de incontinencia urinaria y percepción de su estado de salud de los que la presenta podremos exponer, que tan afectada esta su calidad de vida.

Se han hecho estudios relacionados en otros países de Latinoamérica, sin embargo, se enfocan a una patología de específico, por ejemplo, en el caso de los hombres sobre calidad de vida en paciente con incontinencia urinaria post prostactetomía o en mujeres obesas e incontinencia urinaria, pero enfocado en pacientes más jóvenes, siendo de importancia investigarlo en los adultos mayores ya que esta parte de la población se está aumentando rápidamente.

Pregunta de investigación

¿La calidad de vida del adulto mayor está asociada a la incontinencia urinaria?



4.- JUSTIFICACION

La incontinencia urinaria (IU) es una condición prevalente en la población de adultos mayores, afectando a ambos sexos. Con el envejecimiento de la población será un problema de salud de cada vez mayor relevancia. Su patogenia es compleja y multifactorial, por lo que es fundamental conocer los aspectos fisiopatológicos subyacentes para realizar un adecuado diagnóstico en base a la historia clínica, examen físico y exámenes complementarios solicitados de manera adicional.

El tratamiento de la IU para adultos mayores no difiere mayormente de los tratamientos utilizados en población más joven. Sin embargo, debe hacerse particular énfasis en identificar comorbilidades, fármacos, trastornos neurológicos y psiquiátricos que puedan estar contribuyendo a la IU.

Debe sacarse el máximo provecho del manejo conservador, teniendo consideraciones especiales con el uso de algunos fármacos e indicando cuidadosamente tratamiento quirúrgico a pacientes seleccionados. (32)

La asociación entre calidad de vida y presencia de incontinencia urinaria se ha observado que se afecta alguna parte de la esfera de su percepción de calidad de vida, siendo la más mermada en aquellas que cursan con iu mixta y continua. Su prevalencia aumenta con la edad, y se sabe que la iu se presenta más en el sexo femenino y que esto se incrementa con la edad, ya que en nuestro país seguirá aumentando la cantidad de adultos mayores, y se presenta más en mujeres, y la tabla por género en nuestro país se inclina hacia las mujeres es importante tomarlo en cuenta. (33)

Basados en una filosofía preventiva, los servicios integrales basados en la comunidad requieren la focalización y mitigación de los factores de riesgo modificables. Tanto la incontinencia urinaria (IU) e incontinencia fecal (FI) han sido identificadas como condiciones de salud prevalentes entre personas mayores que



tienen un carácter relacionado con la falta de fidelidad de los individuos y las personas mayores relacionadas con la incontinencia. Aumento de las tasas de depresión y ansiedad, y disminución de la interacción social. Además de la carga de los individuos, la IU genera un costo sustancial para la sociedad, con un total de muchos miles de millones de dólares por año. (34)

La importancia de este estudio es la detección oportuna que permita conocer su frecuencia de presentación y características clínicas en nuestro medio, de igual forma como médicos familiares en primer nivel de atención para lograr la detección temprana de incontinencia urinaria que afecta la calidad de vida de los pacientes, lo que permitirá, plantear estrategias dirigidas para el sector de la población que más crece en los últimos años, y que puedan tener una vida más digna.



5.- OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida del adulto mayor con incontinencia urinaria, que acuda a consulta a una UMF del IMSS en de Villahermosa, Tabasco.

5.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Caracterizar al adulto mayor según variables sociodemográficas, clínicas y familiares
- Conocer la incidencia de incontinencia urinaria en el adulto mayor.
- Exponer implicaciones en la calidad de vida del paciente con incontinencia urinaria. (evaluar la percepción de la calidad de vida en el adulto mayor)



6.- MATERIAL Y METODOS

6.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Esta investigación se diseñó con un enfoque observacional, prospectivo, transversal, y correlacional.

6.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

Pacientes adultos usuarios y usuarias del servicio médico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), mayores de 60 años que acuden a la consulta médica externa de una UMF, en el periodo comprendido de mayo a agosto de 2019. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

6.3 UNIVERSO

Se realizó el estudio a pacientes mayores de 60 años de edad que acuden a la Unidad Médica Familiar 39 IMSS, Tabasco, durante el periodo de estudio. Todos los pacientes, hombres y mujeres que acuden a consulta a todos los consultorios de la unidad. El universo consta de 9642 pacientes, de los cuales 4261 son hombres y 5381 son mujeres.

6.4 MUESTRA

Se estimó un tamaño de muestra para el cálculo de una proporción a partir de un universo de pacientes mayores de 60 años, la cual es de 137 pacientes.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

6.6.1 Criterios de Inclusión.

- Pacientes hombres y mujeres mayores de 60 años
- Aquellos que aceptaron participar y contestar el cuestionario de estudio.



6.5 Criterios de Exclusión.

- Pacientes analfabetas
- Pacientes que no puedan describir su estado de salud.
- Pacientes mayores de 60 años de edad que se encuentren con uso de sonda urinaria.
- Pacientes que manifestaron dejar de participar en el estudio, en cualquier momento de la investigación.

6.6 VARIABLES DE ESTUDIO

Variable independiente: Calidad de Vida

Variable dependiente: Incontinencia urinaria

6.7 Hipótesis

H1. Los adultos mayores con incontinencia urinaria tienen una mala calidad de vida.

H0. Los adultos mayores con incontinencia urinaria no tienen mala calidad de vida.

6.8 Operacionalización de variables

Ver anexos



6.9 Técnica y procedimientos de investigación

Se obtendrá la autorización del comité local de investigación de la UMF 39, Villahermosa Tabasco, se solicitará permiso a las autoridades, para realizar el trabajo de investigación.

Se realizará la selección de la población que cumpla con los criterios, a partir del censo nominal de hombres y mujeres mayores de 60 años de edad en el periodo comprendido de marzo 2019 a octubre 2019, se procederá a realizar entrevista directa, previo consentimiento informado firmado, aplicando las encuestas correspondientes para recolección de las variables de estudio, así como instrumentos de detección de incontinencia urinaria y evaluación de calidad de vida.

6.10 Instrumentos de recolección de la información

Para recolectar las variables sociodemográficas, se utilizará una encuesta que incluya los siguientes datos: edad, género, y patologías asociadas.

Para la detección de incontinencia urinaria, se utilizará el cuestionario ICIQ-SF, que consta de 4 preguntas con opciones múltiples para responder, cualquier puntaje superior a uno se considera paciente con incontinencia urinaria. Consta de tres preguntas puntuadas, sobre frecuencia, cantidad de fugas e inconveniente general, una cuarta pregunta se encuentra dirigida a determinar el tipo de incontinencia urinaria. Los tres primeros elementos representan una puntuación de 0 a 21 puntos, donde una puntuación más alta indica mayor gravedad de los síntomas. Puntos de corte, leve 5-8, moderado 9-12, severo 13-18 y muy severo 19 a 21.

El iciq-sf se considera un instrumento totalmente validado con alfa de Cronbach = 0,917. En 1988 se efectuó la primera consulta internacional sobre incontinencia



patrocinada por la OMS, y luego de su análisis y conclusiones un comité de expertos formado por la ICS, 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 elaboró dicho cuestionario validado originalmente en el idioma inglés, el cual ya ha sido traducido según las normas requeridas a 35 idiomas, entre ellos el español.

Para la evaluación de la calidad de vida, se utilizó el cuestionario SF36, que fue desarrollado a principios de los 90, en Estados Unidos, para su uso en el estudio de los resultados médicos. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud para valorar su calidad de vida. Está compuesto por 36 preguntas que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud, cubre 8 escalas que son: función física (10 ítems), rol físico (4 ítems), dolor corporal (2 ítems), salud general (5 ítems), vitalidad (4 ítems), función social (2 ítems), rol emocional (3 ítems) y mental (5 ítems), incluye un ítem adicional para el estado de salud respecto al año anterior. Las escalas están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor el estado de salud.

6.11 Procesamiento y análisis de la información

Se diseñará una base de datos para incluir la información previamente recopilada, mediante cuestionarios de detección de incontinencia urinaria, ICIQ-SF, y calidad de vida SF36. Se realizará estadística y los resultados se expresarán en tablas o gráficos utilizando Excel. Se utilizará el software SPSS, donde se describirán medidas de tendencia central y se correlacionarán las variables de estudio, utilizando medidas de tendencia central, desviación estándar y chi cuadrada. Se presentará los resultados en tablas donde posteriormente se realizó análisis y descripción de cada uno de los datos, posteriormente se buscó la asociación de la calidad de vida del adulto mayor con incontinencia urinaria.



6.12 Consideraciones Éticas

Artículo 4 constitución política de México y artículo 13 de la ley general de salud: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, así mismo a la confidencialidad de sus datos y de la información recolectada ya sea de manera directa con el paciente o a través del documento médico legal que implica el expediente clínico.

Artículo 14 de la ley federal de salud sobre las investigaciones que se realicen en humanos esta investigación se ajusta a los principios científicos y éticos que la justifican.

Artículo 20 de la ley general de salud se cuenta con consentimiento informado y por escrito de los participantes mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 16 de la ley general de salud se mantendrá la confidencialidad de los encuestados es una de los factores primordiales en la investigación, sobre todo tomando en cuenta las directrices que está tomando la mismas, es por ello que no se incluyó algún tipo de información que de forma directa o indirecta pudiera ser factor para identificar a los participantes del estudio, esto protegiendo la confidencialidad del mismo.

Todas las encuestas e instrumentos de recolección de datos están realizadas de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica, así como a La Ley General de Salud y la Norma Oficial Mexicana.

El protocolo de Investigación será presentado al Comité de Investigación Ética para su revisión, evaluación y aprobación.

En esta investigación se solicitará la participación voluntaria de los individuos de manera explícita mediante una invitación formal para obtener la información personal proporcionada por los individuos que acepten participar en el estudio.



Consentimiento Informado

Se considera un procedimiento fundamental para la protección de los derechos de las personas que participan en el estudio.

El estudio se considera de riesgo mínimo para los participantes, ya que se realizará la recolección de información a través de la ficha de identificación sociodemográfica e instrumentos para determinar la calidad de vida y satisfacción sexual, según el artículo 17, fracción II; se solicitará la firma de la carta de consentimiento informado previo a la aplicación de los instrumentos. Los datos de la encuesta serán manejados de manera confidencial, usando folios de identificación.



7.- RESULTADOS

7.1 Análisis Univariado

En la tabla 1 se observa que el grupo de edad más frecuentemente entrevistado corresponde al de 60 a 69 años correspondiendo a un 60%, siendo 54% mujeres y 46% hombres. Con una edad mínima de 60 años, edad máxima de 96 años y media de 68.

Tabla 1. Grupos de edad y Sexo de encuestados

| Grupo de edad | Sexo | | | | Total | |
|---------------|----------|------|-----------|------|-------|-------|
| | Femenino | | Masculino | | f | % |
| | f | % | f | % | | |
| 60 a 69 años | 48 | 35.0 | 35 | 25.5 | 83 | 60.5 |
| 70 a 79 años | 24 | 17.5 | 22 | 16.1 | 46 | 33.6 |
| 80 y más | 2 | 1.5 | 6 | 4.4 | 8 | 5.9 |
| Total | 74 | 54.0 | 63 | 46.0 | 137 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos. n=137

En la tabla 2 se observa que patología asociada más frecuente fue hipertensión arterial en el 43% de los pacientes, y el 13.9% de los encuestados refiere no cursar con ninguna patología asociada.

Tabla 2. Patologías asociadas de encuestados

| Patologías asociadas | f | % |
|-----------------------|-----|-------|
| Ninguna | 19 | 13.9 |
| Diabetes | 25 | 18.2 |
| Hipertensión Arterial | 60 | 43.8 |
| Síndrome Metabólico | 33 | 24.1 |
| Total | 137 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos. n=137.



En la tabla 3 observamos que el 70.1% de los encuestados pertenecían a una familia clasificada como urbana, seguidas de familia urbana en 21%.

Tabla 3. Tipología de familia de acuerdo a demografía

| Tipo de familia de acuerdo a su demografía | f | % |
|--|-----|-------|
| Urbana | 96 | 70.1 |
| Suburbana | 12 | 8.8 |
| Rural | 29 | 21.2 |
| Total | 137 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos. n=137

En la tabla 4 observamos que el 78% de los encuestados pertenecen a una familia en ciclo vital de retiro y muerte y 20.4% pertenecen a una familia en fase de independencia.

Tabla 4. Ciclo vital de las familias

| Ciclo vital de la familia | f | % |
|---------------------------|-----|-------|
| Expansión | 1 | .7 |
| Independencia | 28 | 20.4 |
| Retiro y muerte | 108 | 78.8 |
| Total | 137 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos. n=137



En la tabla 5 se puede observar que la frecuencia más común con que se pierde orina en los pacientes con incontinencia urinaria es de 24.8% que corresponde a escape de orina solo una vez a la semana.

Tabla 5. Frecuencia de escape involuntario de orina

| Frecuencia de pérdida de orina: | N | % |
|---------------------------------|-----|-------|
| Ninguna | 63 | 46.0 |
| Una vez a la semana | 34 | 24.8 |
| 2-3 veces a la semana | 15 | 10.9 |
| Una vez al día | 18 | 13.1 |
| Varias veces al día | 7 | 5.1 |
| Total | 137 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario ICIQ-SF de Incontinencia urinaria. n=137

En la tabla 6 se observa que la cantidad de orina que se pierde más frecuentemente muy poca cantidad que corresponde al 38%, y en segundo lugar es una cantidad moderada con un 13.7%.

Tabla 6. Cantidad de orina que se pierde habitualmente

| Cantidad de orina que pierde habitualmente: | f | % |
|---|-----|-------|
| No se me escapa nada | 63 | 46.0 |
| Muy poca cantidad | 53 | 38.7 |
| Cantidad moderada | 18 | 13.1 |
| Mucha cantidad | 3 | 2.2 |
| Total | 137 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario ICIQ-SF de Incontinencia urinaria. n=137



En la tabla 7 observamos que el tipo de incontinencia urinaria mas frecuente es de tipo de esfuerzo ya que ocurre al toser o estornudar y corresponde al 18.3%, y en segundo lugar de urgencias ya que sucede antes de llegar al baño y corresponde al 11%.

Tabla 7. Tipo de Incontinencia urinaria

| En qué momento pierde orina: | f | % |
|--|-----|-------|
| Nunca | 63 | 46.0 |
| Antes de llegar al baño | 15 | 11 |
| Al toser o estornudar | 23 | 18.3 |
| Mientras duerme | 5 | 3.8 |
| Al realizar esfuerzos físicos | 11 | 8.4 |
| Cuando termina de orinar y se ha vestido | 10 | 7.3 |
| Sin motivo evidente | 6 | 4.4 |
| De forma continua | 1 | .8 |
| Total | 137 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario ICIQ-SF de Incontinencia urinaria. n=137

En la tabla 8 observamos que de los 137 entrevistados, el 54% tiene incontinencia urinaria, y el 46% no tiene incontinencia urinaria.

Tabla 8. Presencia de Incontinencia Urinaria

| INCONTINENCIA URINARIA | f | % |
|----------------------------|-----|-------|
| Con incontinencia Urinaria | 74 | 54.0 |
| Sin incontinencia urinaria | 63 | 46.0 |
| Total | 137 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario ICIQ-SF de Incontinencia urinaria. n=137



En la tabla 9 observamos que el tiempo de evolución de IU más frecuente fue de más de 3 años que corresponde al 19%, y en segundo lugar de dos a 3 años que corresponde al 13.9%.

Tabla 9. Tiempo de evolución de IU

| Tiempo de evolución de IU | f | % |
|---------------------------|-----|-------|
| No cumple | 63 | 46.0 |
| 0 a 11 meses | 15 | 10.9 |
| 12 meses a 23 meses | 14 | 10.2 |
| 2 a 3 años | 19 | 13.9 |
| Más de 3 años | 26 | 19.0 |
| Total | 137 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario ICIQ-SF de Incontinencia urinaria. n=137

En la tabla 10 podemos observar que de los 137 encuestados, el 65% refieren una buena calidad de vida, y el 35% una mala calidad de vida.

Tabla 10. Calidad de Vida

| Calidad de vida | f | % |
|-----------------------|-----|-------|
| Mala calidad de vida | 48 | 35.0 |
| Buena calidad de vida | 89 | 65.0 |
| Total | 137 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario SF 36. n=137.



En la tabla 11 podemos observar que la calidad de vida clasificada por dimensiones. El 68.6% refiere buena funcionalidad física, el 76.6% buen desempeño en rol físico, el 70% refiere presencia de dolores, el 65% buena percepción de salud, el 65% buena vitalidad, el 65% buena socialización, el 65% buen funcionamiento social, el 65% adecuado rol emocional, 65% buen estado de salud, y 65% buena transición en la salud.

Tabla 11. Calidad de vida por dimensiones

| Función física | f | % |
|------------------------------|----------|----------|
| Mala función física | 43 | 31.4 |
| Buena función física | 94 | 68.6 |
| Rol físico | | |
| Mal rol físico | 32 | 23.4 |
| Buen rol físico | 105 | 76.6 |
| Dolor corporal | | |
| Presencia de dolor | 70 | 51.1 |
| Ausencia de dolor | 67 | 48.9 |
| Salud general | | |
| Mala percepción de salud | 48 | 35 |
| Buena percepción de salud | 89 | 65 |
| Vitalidad | | |
| Mala vitalidad | 48 | 35 |
| Buena vitalidad | 89 | 65 |
| Función social | | |
| Mala función social | 48 | 35 |
| Buena función social | 89 | 65 |
| Rol emocional | | |
| Mala función emocional | 48 | 35 |
| Buena función emocional | 89 | 65 |
| Salud mental | | |
| Mala salud mental | 48 | 35 |
| Buena salud mental | 89 | 65 |
| Transición a la salud | | |
| Mala transición a la salud | 48 | 35 |
| Buena transición a la salud | 89 | 65 |
| Total | 137 | 100 |

Fuente: Cuestionario SF 36. n=137.



7.2 Análisis Bivariado

En la tabla 12 podemos observar que en los pacientes con Incontinencia urinaria 31.4% son mujeres, con una χ^2 de 1.086 y una p de 0.192, estadísticamente no significativo.

Tabla 12. Distribución por sexo de pacientes con IU y sin IU

| Sexo | INCONTINENCIA URINARIA | | | | Total | | χ^2 | p |
|-----------|------------------------|------|--------|------|-------|-------|----------|-------|
| | Con IU | | Sin IU | | f | $%$ | | |
| | f | $%$ | f | $%$ | | | | |
| Femenino | 43 | 31.4 | 31 | 22.6 | 74 | 54.0 | | |
| Masculino | 31 | 22.6 | 32 | 23.4 | 63 | 46.0 | 1.086 | 0.192 |
| Total | 74 | 54.0 | 63 | 46.0 | 137 | 100.0 | | |

Fuente: Cuestionario ICIQ-SF de Incontinencia urinaria. $n=137$

En la tabla 13 observamos que el grupo de edad más frecuente de presentación de incontinencia urinaria fue 60 a 69 años de edad, con χ^2 de 1.027 y p de 0.598, estadísticamente no significativo.

Tabla 13. Frecuencia por edad de IU

| Grupo edad | de | INCONTINENCIA URINARIA | | | | Total | | χ^2 | p |
|--------------|----|----------------------------|------|----------------------------|------|-------|-------|----------|-------|
| | | Con incontinencia Urinaria | | Sin incontinencia urinaria | | f | $%$ | | |
| | | f | $%$ | f | $%$ | | | | |
| 60 a 69 años | | 42 | 30.7 | 41 | 29.9 | 83 | 60.6 | | |
| 70 a 79 años | | 27 | 19.7 | 19 | 13.9 | 46 | 33.6 | 1.027 | 0.598 |
| 80 y más | | 5 | 3.6 | 3 | 2.2 | 8 | 5.8 | | |
| Total | | 74 | 54.0 | 63 | 46.0 | 137 | 100.0 | | |

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos. $n=137$



En la tabla 14 observamos que la patología más frecuentemente asociada a incontinencia urinaria fue Hipertensión Arterial con 21.9%, con una χ^2 de 2.456 y una p de 0.483 estadísticamente no significativo.

Tabla 14. Patologías Asociadas más frecuentes a IU

| Patologías asociadas | INCONTINENCIA URINARIA | | | | Total | | χ^2 | p |
|-----------------------|----------------------------|------|----------------------------|------|-------|-------|----------|-------|
| | Con incontinencia Urinaria | | Sin incontinencia urinaria | | f | $\%$ | | |
| | f | $\%$ | f | $\%$ | | | | |
| Ninguna | 10 | 7.3 | 9 | 6.6 | 19 | 13.9 | | |
| Diabetes | 17 | 12.4 | 8 | 5.8 | 25 | 18.2 | | |
| Hipertensión Arterial | 30 | 21.9 | 30 | 21.9 | 60 | 43.8 | 2.456 | 0.483 |
| Síndrome Metabólico | 17 | 12.4 | 16 | 11.7 | 33 | 24.1 | | |
| Total | 74 | 54.0 | 63 | 46.0 | 137 | 100.0 | | |

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos. n=137

En la tabla 15 observamos que el tipo de familia más frecuente en el que se encuentran los pacientes con IU corresponde al 35.5% que demográficamente se clasifica como una familia urbana, con una χ^2 de 0.079, y p de 0.613, estadísticamente no significativo.

Tabla 15. Tipo de Familia

| Tipo familia de acuerdo a su demografía | INCONTINENCIA URINARIA | | | | Total | | χ^2 | p |
|---|------------------------|------|--------|------|-------|-------|----------|-------|
| | Con IU | | Sin IU | | f | $\%$ | | |
| | f | $\%$ | f | $\%$ | | | | |
| Urbana | 50 | 36.5 | 46 | 33.6 | 96 | 70.1 | | |
| Suburbana | 6 | 4.4 | 6 | 4.4 | 12 | 8.8 | | |
| Rural | 18 | 13.1 | 11 | 8.0 | 29 | 21.2 | 0.979 | 0.613 |
| Total | 74 | 54.0 | 63 | 46.0 | 137 | 100.0 | | |

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos. n=137



En la tabla 16 podemos observar que el 43.8% de los pacientes con IU, se encuentran en una familia con ciclo vital de retiro y muerte, con una x^2 de 1.46 y p de 0.482, estadísticamente no significativo.

Tabla 16. Tipología familiar de acuerdo al ciclo vital

| ciclo vital de la familia | INCONTINENCIA URINARIA | | | | Total | | X^2 | p |
|---------------------------|----------------------------|------|----------------------------|------|----------|-------|-------|-------|
| | Con incontinencia Urinaria | | Sin incontinencia urinaria | | | | | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | | |
| Expansión | 0 | 0.0 | 1 | 0.7 | 1 | 0.7 | | |
| independencia | 14 | 10.2 | 14 | 10.2 | 28 | 20.4 | 1.46 | 0.482 |
| retiro y muerte | 60 | 43.8 | 48 | 35.0 | 108 | 78.8 | | |
| Total | 74 | 54.0 | 63 | 46.0 | 137 | 100.0 | | |

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos. n=137

En la tabla 17 podemos observar que el 83% de los pacientes con incontinencia urinaria refieren una mala calidad de vida, con una x^2 de 25.57 y una p de 0.000, estadísticamente significativo.

Tabla 17. Calidad de Vida de pacientes con incontinencia urinaria

| Incontinencia Urinaria | Calidad de Vida | | | | Total | | X^2 | p |
|------------------------|----------------------|-------|-----------------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | Mala calidad de vida | | Buena Calidad de Vida | | | | | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | | |
| Con IU | 40 | 83.3 | 34 | 38.2 | 74 | 54.0 | 25.57 | 0.000 |
| Sin IU | 8 | 16.7 | 55 | 61.8 | 63 | 46.0 | | |
| Total | 48 | 100.0 | 89 | 100.0 | 137 | 100.0 | | |

Fuente: Cuestionario SF 36. n=137.



8.- DISCUSION

El presente estudio revela que la incontinencia urinaria es más frecuente en mujeres, que coincide con y que el tipo más frecuente de incontinencia urinaria es el de tipo de urgencia con una presentación de hasta 20%, que coincide con González-Maldonado et al, estudio observacional analítico realizado en Yucatán, México, con una presentación de 37% para incontinencia de urgencias, 33% incontinencia de esfuerzo y 16% mixta. (23)

La comorbilidad más frecuentemente asociada a IU de los pacientes entrevistados fue la hipertensión arterial y en segundo lugar síndrome metabólico que coincide con Aharony (et al), en el documento de consenso sobre el manejo de la incontinencia urinaria en el adulto mayor, publicado en 2017 por geriatras europeos, menciona que IU, Afecta especialmente a aquellos con comorbilidades, polifarmacia y deterioro funcional. (35)

Jauregui (et al) en el artículo encuesta telefónica de incontinencia Urinaria sintomática en ancianos ambulatorios en argentina en 2016: Se realizó una encuesta telefónica a 236 sujetos. La prevalencia encontrada fue de 9% en el último mes. Se documentó una alta prevalencia de síntomas de incontinencia urinaria en ancianos en esta muestra similar a la publicada en otros contextos. 30% mujeres y 10% en hombres. 6% había afectado su vida social, coincide con este estudio ya que la población estudiada fueron las mujeres más afectadas que los hombres, aunque nuestra investigación el dominio más afectado fue el dominio de percepción de salud. (35)

Komesu (et al) en el artículo epidemiología de la incontinencia urinaria mixta, de estrés en mujeres de mediana y tercera edad publicado en 2015: el objetivo fue describir la historia natural y los predictores. De los subtipos de incontinencia estrés, urgencia y mixta. El rango de edad 80-90 y la obesidad severa predijeron la



incidencia de incontinencia mixta. En el caso de nuestro estudio no coincide ya que la incontinencia urinaria que más frecuentemente se presentó fue de esfuerzo. (36)

Surh (et al) en el estudio multicéntrico de Incontinencia urinaria en cuidados domiciliarios: Estudio sobre prevalencia, severidad, impacto en la calidad de vida y factores riesgo en 2018. Coincide con nuestro estudio con una alta prevalencia de IU, aunque el primer lugar de su estudio fue incontinencia urinaria antes de llegar al inodoro, en nuestro caso fue de esfuerzo, que es este estudio corresponde al segundo lugar. También coincide que el sexo más afectado es el femenino C. (36)

Stickley (et al) en el artículo Incontinencia urinaria, salud mental y soledad en una comunidad de adultos mayores en Irlanda. Menciona que La (IU) se asocia con un peor estado de salud en los adultos mayores, pero esta asociación se explica en gran medida por los problemas de salud mental comórbidos, en particular, la depresión, y aunque en esta investigación no se buscó patologías mentales, si demostró que las personas con IU tienen peor calidad de vida que las que no tienen IU, y que los pacientes con IU cursan con comorbilidades pero de tipo orgánico. (37)



9.- CONCLUSIONES

- Se entrevistaron en total 137 pacientes seleccionados de manera aleatoria, de estos el 74% cursan con incontinencia urinaria. De los pacientes que cursan con incontinencia urinaria 54% son femeninos y 46% con masculinos.
- La patología más frecuentemente asociada fue Hipertensión Arterial.
- El 96% de los pacientes pertenecen a una familia urbana según su demografía, y de acuerdo a su ciclo vital el 78% se encuentra en fase de retiro y muerte de acuerdo al ciclo vital de la familia.
- El 24.8% de ellos sus pérdidas urinarias se presenta una vez a la semana, seguido de una vez al día y el 13.1% pierde orina solo una vez al día.
- La cantidad de orina que se pierde más frecuentemente fue una cantidad de 38.7% que corresponde a muy poca cantidad.
- El tipo de incontinencia urinaria más frecuentemente presentado fue de tipo de de esfuerzo con 18.3%, seguido de urgencias con un 11%.
- En general la mayoría de los pacientes con incontinencia urinaria refiere una mala calidad de vida que corresponde al 83.3%.
- El dominio en el que refiere mejor calidad de vida es rol físico, el dominio en el que refiere peor mala calidad de vida es presencia de dolor.



10.- RECOMENDACIONES

Prevención de la incontinencia urinaria mediante el conocimiento de envejecimiento de la vía urinaria.

Mantener una relación médico familiar-paciente empática para brindar una atención médica de calidad y favorecer intervenciones oportunas.

Realizar diagnósticos precoces de IU mediante historia clínica dirigida a factores de riesgo.

Detección oportuna mediante búsqueda intencionada y valoración por especialidad que corresponda oportunamente.

Dar seguimiento a los pacientes con IU para manejo multidisciplinario que garantice una buena calidad de vida.

Impartir talleres sobre fisiología del envejecimiento de la vía urinaria y calidad de vida del adulto mayor, aclarando mitos y realidades de acuerdo a etiología.



11.- BIBLIOGRAFIA

1. Vallejo G, Guzmán R. Incontinencia urinaria del adulto mayor. Revista Chilena de ginecología y obstetricia. 2019; 84.
2. Guía de práctica clínica. Valoración Geriátrica integral en unidades de atención médica. Consultado marzo 2019. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/190_GP_C_EvaGeriatica/IMSS-190-10-GRR_Evaluacion_geriatrica_integral.pdf
3. Instituto Nacional para el Adulto Mayor. INAPAM. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es> (Consultado Marzo 2019)
4. Organización mundial de la salud. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/detail/30-09-2015-who-number-of-people-over-60-years-set-to-double-by-2050-major-societal-changes-required> (consultado en marzo 2019)
5. Organización Panamericana de la salud. Disponible en <https://www.paho.org>. (consultado marzo 2019).
6. International Continence Society. Disponible en: <https://www.ics.org/glossary/sign/urinaryincontinence?q=incontinence%20urinary> (consultado marzo 2019)
7. J. Halter, J. Ouslander, M. Tinetti. Hazards Geriatric Medicine and Gerontology. Sexta Edición, Editorial McGraw-Hill. 2009.
8. Halter B. J. Medicina Geriátrica y Gerontología. 7 ed. Mc Graw Hill Medical; 2016.
9. Kasikci M, Kilic D, Avsar G, Sirin M. prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres mayores de turkia, factores de riesgo, su efecto en la vida diaria. Archives of Gerontology and Geriatrics 61 (2015) 217-223.
10. Suskind A, Cawthon P, Nakagawa S, Subak L, Reinders I, Satterfield S. Incontinencia urinaria en mujeres mayores: el papel de la composición



- corporal y la fuerza muscular: según el estudio de salud, envejecimiento y composición corporal. JAGS (2017) 65:42-50. DOI 10.1111/jgs.14545
11. Verdejo C, Méndez S, Salinas J. La disfunción del tracto urinario inferior en el paciente mayor. Med Clin (Barc). 2016; 147(10); 455-460.
 12. Gutiérrez Robledo L. Geriátría para el médico familiar. 1era edición. Manual Moderno; 2012
 13. C. Vaughan, A. Markland, P. Smith. Reporte y búsqueda de la sociedad geriátrica americana y el instituto nacional de envejecimiento y conferencia de incontinencia urinaria en el adulto mayor. Búsqueda traslacional de los síndromes geriátricos complejos. JAGS 66:773-782, 2018.
 14. Wagg A, Gibson W, Ostazkiewicz J. Incontinencia urinaria en adultos mayores frágiles: reporte de la quinta consulta internacional de incontinencia. Neurology and Urodynamics 34:398-406 (2015)
 15. L. Aharony, J. de Cock, M.S. Nuotio. Documento de consenso del manejo de la incontinencia urinaria en el adulto mayor. European Geriatric Medicina 8 (2017) 210-215.
 16. Centro nacional de programas preventivos y control de enfermedades. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Guia_primer_nivel_incontinencia_urinaria.pdf. Consultado Mayo 2019
 17. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>. Consultado marzo 2019.
 18. Rubio DY, Rivera L, Borges L, González F. Calidad de Vida en el Adulto mayor. Revista científico metodológico (Cuba). 2015; 192-8238.
 19. Verdejo C, Brenes-Bermúdez F, Valverde-Moyar M, Alcantara-Montero A, Pérez-León N. Documento de consenso sobre vejiga hiperactiva en el paciente mayor. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(5):247-256
 20. García-Estudillo E, Pinto-García M, Laguna-Sáez J. Incontinencia Urinaria: frecuencia y factores asociados. Elsevier. Fisioterapia, 2015; 37(4):145-154



21. Tyagi S, Perera S, Clarkson B, Tadic S, Resnick N. Poliuria nocturna in mujeres mayores con incontinencia urinaria por urgencia, role de la calidad del sueño, tiempo en la cama y uso de medicamentos. The journal of Urology. (USA) Volumen 197, 753-758, March 2017.
22. Nystrom E, Sjostrom M, Stenlund H, Samuelsson E. Los instrumentos de síntomas y calidad de vida de ICIQ miden mejoras clínicamente relevantes en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo. Neurology an Urodynamics (2015). 34;747-751.
23. González L, Eorsa R, Jansse R. Incontinencia urinaria: factores de riesgo y frecuencia en mujeres mayores de 60 años años, en el sureste de México. Revista Mexicana de Urologia. 2019. Vol 79, Num.3.
24. Aharony L, De Cock J, Nuotio M, Pedon C, Rifel J, Vande Walle N. Documento de concenso en el manejo de incontinencia urinaria en el adulto mayor. European Geriatric Medicina 8 (2017) 210-215.
25. Jauregui J, Musso C. Encuesta telefónica de incontinencia urinaria sintomática en ancianos ambulatorios en Argentina. Rev Electron Biomed (Argentina). 2016; 2.
26. Komesu M, Schrader R, Ketai L, Rogers R, Dunivan G. Epidemiologia de incontinencia urinaria de estrés, urgencia y mixta en mujeres de mediana edad y mujeres adultas mayores: la importancia de la historia de incontinencia. Int Urogynecol J (2016) 27:763-722
27. Suhr R, Lahmann N. Incontinencia urinaria en asilos: un estudio multicentrico de prevalencia, severidad, impacto en la calidad de vida y factores de riesgo. Aging Clin Exp Res (2018) 30:589-594.
28. Stickley A, Santini Z, Koyanagi A. Incontinencia urinaria, salud mental y soledad en una comunidad de adultos mayores en Irlanda. BMC Urology (2017) 17:29
29. Instituto nacional de estadística y geografía. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/> (última consulta marzo 2019).



30. Jiménez G, Cortes H. Incontinencia urinaria en un grupo de personas vinculadas con el programa de adultos mayores de municipio de Sabaneta, Colombia. *Med u.p.b.* 2015; 34(1):16-22
31. Wu J, Matthews C, Vhaugan C, Markland A. Incontinencia fecal y urinaria y dualidad en adultos mayores de U.S. *JAGS.* 2015;63:947-953
32. Chiang H, Valdevenito R, Mercado A. Incontinencia Urinaria en el adulto Mayor. *Rev. Med. Clin. Condes (Chile)* 2018; 29 (2) 232-241
33. Rebbasa, M. Taltavull j, Gutierrez C, Ripoll J, Esteva A, Miralles J. Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida. *Actas Urol Esp. (España)* 2013;37(6):354-361
34. Schluter P, Ward C, Arnold E, Scrase R, Jamieson H. Incontinencia urinaria, sin incontinencia fecal, es un factor de riesgo para admisión de una residencia de cuidado de personas mayores en Nueva Zealand. Doi: 10.1002/nau.23160
35. Jauregui J, Musso C. Encuesta telefónica de incontinencia urinaria sintomática en ancianos ambulatorios en Argentina. *Rev Electron Biomed (Argentina).* 2016; 2.
36. Suhr R, Lahmann N. Incontinencia urinaria en asilos: un estudio multicentrico de prevalencia, severidad, impacto en la calidad de vida y factores de riesgo. *Aging Clin Exp Res* (2018) 30:589-594.



12. ANEXOS

| | | | |
|---|--|---|--|
|  | | <p align="center">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</p> | |
| Nombre del estudio: | Incontinencia urinaria y su asociación con la calidad de vida del adulto mayor en una UMF del IMSS en Tabasco. | | |
| Patrocinador externo (si aplica): | Ninguno | | |
| Lugar y fecha: | UMF 39 del IMSS ubicada en colonia Nueva Villahermosa, CP 86070 en Villahermosa, Tabasco a marzo de 2019. | | |
| Número de registro institucional: | | | |
| Justificación y objetivo del estudio: | La incontinencia urinaria es un padecimiento muy frecuente en la población de adultos mayores, pero infra diagnosticado, ya que es relativamente fácil de ocultar y el paciente se resigna a vivir un padecimiento que cree es propio de la vejez, además dicho padecimiento puede deteriorar paulatinamente su calidad de vida. | | |
| Procedimientos: | Se realiza un estudio de tipo: correlacional, transversal y prospectivo, mediante cuestionarios de detección de incontinencia urinaria y calidad de vida del paciente incontinente. | | |
| Posibles riesgos y molestias: | Incomodidad al contestar preguntas | | |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Usted conocerá si tiene incontinencia urinaria, así como si esta afecta su calidad de vida. | | |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Se dará información en cuanto esté disponible sobre los resultados a cada participante, así como las posibles opciones de tratamiento | | |
| Participación o retiro: | Usted puede participar o retirarse en el momento que lo desee sin repercusiones | | |
| Privacidad y confidencialidad: | Salvaguardaremos sus datos de privacidad y confidencialidad | | |
| Declaración de consentimiento: | | | |
| Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio: | | | |
| <input type="checkbox"/> | No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio. | | |
| <input type="checkbox"/> | Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio. | | |
| <input type="checkbox"/> | Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma. | | |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: | | | |
| Investigadora o Investigador Responsable: | Med. Esp. Ricardo González Anoya | | |
| Colaboradores: | M.C. Ixshel Fabiola Álvarez pino | | |
| <p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx</p> <p>Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a: Área de Farmacovigilancia, al teléfono (55) 56276900, ext. 21222, correo electrónico: iris.contreras@imss.gob.mx</p> | | | |
| <p align="center">_____ Nombre y firma del paciente Testigo 1</p> | | <p align="center">_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2</p> | |
| <p align="center">_____ Nombre, dirección, relación y firma</p> | | <p align="center">_____ Nombre, dirección, relación y firma</p> | |
| 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 2. Ficha de identificación sociodemográfica

Cuestionario socio demográfico y variables clínicas de Incontinencia urinaria y calidad de vida del adulto mayor de una UMF del IMSS, Villahermosa, Tabasco.

| | |
|----------------------------|---------------------------------|
| Folio: | |
| Fecha: | |
| Edad: | |
| Sexo: | |
| Enfermedades asociadas: | |
| Tipología familiar: | 1. Urbana 2. Suburbana 3. Rural |
| Ciclo vital de la familia: | |



Anexo 3. Cuestionario de detección de incontinencia urinaria ICIQ-SF

Incontinencia urinaria asociada a calidad de vida del adulto mayor de una UMF del IMSS en Tabasco.

1.- ¿ Con que frecuencia pierde orina?

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

2.- Indique su opinion acerca de la cantidad de orina que usted cree se le escapa, es decir la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva proteccion como si no):

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

3.- ¿ En que medida los escapes de orina que tiene, han afectado su vida diaria ?

| | | | | |
|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

4.- Cuando pierde orina.... Señale lo que le pasa a usted:

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



Anexo 4.- Cuestionario Calidad de Vida SF 36

1.- En general, usted diría que su salud es:

| | | | | |
|--------------|--------------|----------|------------|---------|
| a. Excelente | b. Muy buena | c. Buena | d. Regular | e. Mala |
|--------------|--------------|----------|------------|---------|

2) ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- a. Mucho mejor ahora que hace un año
- b. Algo mejor ahora que hace un año
- c. Más o menos igual que hace un año
- d. Algo peor ahora que hace un año
- e. Mucho peor ahora que hace un año

3) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

| | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Sí , me limita mucho | b. Sí, me limita un poco | c. No, no me limita nada |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|

4) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

| | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Sí , me limita mucho | b. Sí, me limita un poco | c. No, no me limita nada |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|

5) Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

| | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Sí , me limita mucho | b. Sí, me limita un poco | c. No, no me limita nada |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|

6) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

| | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Sí , me limita mucho | b. Sí, me limita un poco | c. No, no me limita nada |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|

7) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

| | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Sí , me limita mucho | b. Sí, me limita un poco | c. No, no me limita nada |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|

8) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

| | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Sí , me limita mucho | b. Sí, me limita un poco | c. No, no me limita nada |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|

9) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

| | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Sí , me limita mucho | b. Sí, me limita un poco | c. No, no me limita nada |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|

10) Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

| | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Sí , me limita mucho | b. Sí, me limita un poco | c. No, no me limita nada |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|

11) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

| | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Sí , me limita mucho | b. Sí, me limita un poco | c. No, no me limita nada |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|

12) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

| | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Sí , me limita mucho | b. Sí, me limita un poco | c. No, no me limita nada |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|



13) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

| | |
|-------|-------|
| a. Sí | b. No |
|-------|-------|

14) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

| | |
|-------|-------|
| a. Sí | b. No |
|-------|-------|

15) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

| | |
|-------|-------|
| a. Sí | b. No |
|-------|-------|

16) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

| | |
|-------|-------|
| a. Sí | b. No |
|-------|-------|

17) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

| | |
|-------|-------|
| a. Sí | b. No |
|-------|-------|

18) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

| | |
|-------|-------|
| a. Sí | b. No |
|-------|-------|

19) Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

| | |
|-------|-------|
| a. Sí | b. No |
|-------|-------|

20) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

| | | | | |
|---------|------------|------------|-------------|----------|
| a. Nada | b. Un poco | c. Regular | d. Bastante | e. Mucho |
|---------|------------|------------|-------------|----------|

21) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

| | | | | | |
|----------------|-----------------|----------------|-----------------|--------------|------------------|
| a. No, ninguno | b. Sí, muy poco | c. Sí, un poco | d. Sí, moderado | e. Sí, mucho | f. Sí, muchísimo |
|----------------|-----------------|----------------|-----------------|--------------|------------------|



22) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

| | | | | |
|---------|------------|------------|-------------|----------|
| a. Nada | b. Un poco | c. Regular | d. Bastante | e. Mucho |
|---------|------------|------------|-------------|----------|

23) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

| | | | | | |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|
| a. Siempre | b. Casi siempre | c. Muchas veces | d. Algunas veces | e. Sólo alguna vez | f. Nunca |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|

24) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

| | | | | | |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|
| a. Siempre | b. Casi siempre | c. Muchas veces | d. Algunas veces | e. Sólo alguna vez | f. Nunca |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|

25) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

| | | | | | |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|
| a. Siempre | b. Casi siempre | c. Muchas veces | d. Algunas veces | e. Sólo alguna vez | f. Nunca |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|

26) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

| | | | | | |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|
| a. Siempre | b. Casi siempre | c. Muchas veces | d. Algunas veces | e. Sólo alguna vez | f. Nunca |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|

27) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

| | | | | | |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|
| a. Siempre | b. Casi siempre | c. Muchas veces | d. Algunas veces | e. Sólo alguna vez | f. Nunca |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|

28) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

| | | | | | |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|
| a. Siempre | b. Casi siempre | c. Muchas veces | d. Algunas veces | e. Sólo alguna vez | f. Nunca |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|

29) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

| | | | | | |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|
| a. Siempre | b. Casi siempre | c. Muchas veces | d. Algunas veces | e. Sólo alguna vez | f. Nunca |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|

30) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

| | | | | | |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|
| a. Siempre | b. Casi siempre | c. Muchas veces | d. Algunas veces | e. Sólo alguna vez | f. Nunca |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|



31) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

| | | | | | |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|
| a. Siempre | b. Casi siempre | c. Muchas veces | d. Algunas veces | e. Sólo alguna vez | f. Nunca |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|

32) Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

| | | | | | |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|
| a. Siempre | b. Casi siempre | c. Muchas veces | d. Algunas veces | e. Sólo alguna vez | f. Nunca |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|----------|

33) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas:

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-------------|-------------------|---------------------|
| a. Totalmente cierta | b. Bastante cierta | c. No lo sé | d. Bastante falsa | e. Totalmente falsa |
|----------------------|--------------------|-------------|-------------------|---------------------|

34) Estoy tan sano como cualquiera:

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-------------|-------------------|---------------------|
| a. Totalmente cierta | b. Bastante cierta | c. No lo sé | d. Bastante falsa | e. Totalmente falsa |
|----------------------|--------------------|-------------|-------------------|---------------------|

35) Creo que mi salud va a empeorar:

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-------------|-------------------|---------------------|
| a. Totalmente cierta | b. Bastante cierta | c. No lo sé | d. Bastante falsa | e. Totalmente falsa |
|----------------------|--------------------|-------------|-------------------|---------------------|

36) Mi salud es excelente:

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-------------|-------------------|---------------------|
| a. Totalmente cierta | b. Bastante cierta | c. No lo sé | d. Bastante falsa | e. Totalmente falsa |
|----------------------|--------------------|-------------|-------------------|---------------------|



Anexo 5.- Operacionalización de variables

| Variable | Tipo de variable | Definición conceptual | Definición operacional | Escala de medición | Categorías | Estadístico |
|---------------------------|---|---|--|--------------------|--|--|
| Edad | Cuantitativa discreta | Tiempo desde que se nace | Ficha de identificación sociodemográfica | Razón | Numérica | Medidas de tendencia central y de dispersión |
| Sexo | Cualitativa nominal | <u>Condición biológica del sexo de la persona que contesta.</u> | Ficha de identificación sociodemográfica | Razón | 1. Mujer 2. Hombre | Tabla de contingencia Distribución de <u>frecuencias.</u> |
| Comorbilidad | Presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad | <u>Enfermedades adicionales</u> | Ficha de identificación sociodemográfica | Razón | 1. Diabetes mellitus 2. Hipertensión arterial 3. Síndrome metabólico | Frecuencia y porcentaje |
| Tipología Familiar | Cualitativa nominal | Tipo de familia de acuerdo a su lugar de vivienda | Ficha de identificación sociodemográfica | Razón | 1. Urbana 2. Suburbana 3. Rural | Frecuencia y porcentaje |
| Ciclo vital | Cualitativa nominal | | Ficha de identificación sociodemográfica | Razón | 1. Matrimonio 2. Expansión 3. Dispersión 4. Independencia 5. Retiro y muerte | Frecuencia y porcentaje |



| Variable | Tipo de variable | Definición conceptual | Definición operacional | Escala de medición | Categorías | Estadístico |
|-----------------|---------------------|--|------------------------------------|--------------------|--|-------------------------|
| Calidad de vida | Cualitativa ordinal | Percepción individual de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en que ellos viven en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones | Cuestionario SF36. 36 reactivos | Ordinal | 8 escalas: rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional | Frecuencia y porcentaje |
| IU | Cualitativa | Problema en el control de la micción por diversas etiologías | Iciq-sf | Ordinal | 1 Si 2 No | Frecuencia y porcentaje |