



BUAP

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

Facultad de Medicina

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Unidad de Medicina Familiar No. 6

**“FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y CALIDAD DE VIDA EN
MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA”**

No. de registro ante el SIRELCIS: R-2018-2104-037

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Christian María Victoria Vidal Dajui

Directores de Tesis

Dra. Yenni Espinosa Gómez

Dr. Armando Pérez Rosete



PUEBLA, PUEBLA. FEBRERO 2020.

ÍNDICE

| | | |
|-------|--|----|
| 1. | RESUMEN..... | 3 |
| 2. | INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| 3. | ANTECEDENTES..... | 6 |
| 3.1. | ANTECEDENTES GENERALES | 6 |
| 3.2. | ANTECEDENTES ESPECÍFICOS | 12 |
| 4. | JUSTIFICACIÓN..... | 16 |
| 5. | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 17 |
| 6. | OBJETIVO | 18 |
| 6.1 | OBJETIVO GENERAL..... | 18 |
| 6.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 18 |
| 7. | HIPÓTESIS DE TRABAJO | 19 |
| 7.1 | HIPÓTESIS NULA..... | 19 |
| 7.2 | HIPÓTESIS ALTERNA..... | 19 |
| 8. | MATERIALES Y MÉTODOS..... | 20 |
| 8.1 | DISEÑO DEL ESTUDIO..... | 20 |
| 8.2 | UBICACIÓN ESPACIO TIEMPO..... | 20 |
| 8.3 | MUESTREO | 20 |
| 8.4 | CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO | 20 |
| 8.4.1 | CRITERIOS DE INCLUSIÓN | 20 |
| 8.4.2 | CRITERIOS DE EXCLUSIÓN..... | 20 |
| 8.4.3 | CRITERIOS DE ELIMINACIÓN | 21 |
| 8.5 | DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO..... | 21 |
| 8.6 | TAMAÑO DE LA MUESTRA | 21 |
| 8.7 | DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN | 22 |
| 8.7.1 | DEFINICIÓN OPERACIONAL | 22 |
| 8.8 | VARIABLES Y ESTILOS DE MEDICION | 25 |
| 8.9 | MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 26 |
| 8.10 | ANÁLISIS DE DATOS | 28 |
| 8.11 | ÉTICA..... | 28 |
| 9. | RESULTADOS | 29 |
| 10. | DISCUSIÓN..... | 42 |
| 11. | CONCLUSIONES | 45 |
| 12. | PROPUESTAS | 46 |
| 13. | ANEXOS..... | 47 |
| 14. | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 56 |

1. RESUMEN

“FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA”

Dr. Pérez Rosete Armando¹, Dra. Vidal Dajui Christian María Victoria², Dra. Espinosa Gómez Yenni³
Médico Familiar U.M.F. No. 6¹, Residente de tercer año de Medicina Familiar², Médico Familiar U.M.F. No. 58³.

Introducción. La Sociedad Internacional de Continencia la define como la manifestación de cualquier escape involuntario de orina, puede aparecer en ambos sexos, pero es más frecuente en las mujeres, con una relación 20:1. Es una enfermedad altamente prevalente, afecta entre 16.1-68.8% de las mujeres adultas sin embargo, sigue siendo una enfermedad infradiagnosticada por atribuirse a la edad, vergüenza o falta de información. Deteriora significativamente la calidad de vida, limita la autonomía y reduce la autoestima, puede generar un profundo impacto psicológico, físico, mental, social, y económico para la sociedad, es necesaria también su evaluación en el contexto familiar, y en la relación de pareja.

Objetivo. El objetivo de este estudio fue determinar cómo afecta la incontinencia urinaria la funcionalidad de pareja y la calidad de vida de las mujeres de 30-74 años de edad que la padecen en la U.M.F. No. 6 IMSS Puebla.

Material y métodos. Es un estudio observacional, transversal, descriptivo, relacional, prospectivo y ambilectivo. El tamaño de la muestra es de 286 mujeres. Dicho estudio se llevó a cabo con mujeres con incontinencia urinaria que cumplieron con los criterios de selección. Se realizó en la U.M.F. No. 6 IMSS Puebla, durante el período del 01 de junio de 2018 al 31 de agosto de 2018. Las variables a estudiar fueron edad, estado nutricional, escolaridad, ocupación, estado civil, número de hijos, tipo de incontinencia urinaria, tiempo de evolución, funcionalidad de pareja y calidad de vida. Se les aplicaron dos encuestas, la primera para evaluar la calidad de vida mediante el King's Health Questionnaire, en su versión validada al español y la segunda, para evaluar la funcionalidad de pareja mediante la escala del Subsistema Conyugal. El análisis de datos se realizó con el programa estadístico SPSS v25.

Resultados. Se determinaron las características sociodemográficas, se encontró una edad promedio de 59.15 años DE \pm 9.77. En la valoración del estado nutricional se encontró Sobrepeso en 39.9% y Obesidad Grado I en 36.6% de las pacientes. El 39.2% de las mujeres están pensionadas. La incontinencia urinaria de esfuerzo es el tipo más predominante, con un 66%. La media de tiempo de evolución con incontinencia urinaria fue 3.24 años. Resultaron moderadamente disfuncionales 35% de las mujeres estudiadas y 62% con buena calidad de vida. En cuestión de funcionalidad del Subsistema Conyugal y tipo de incontinencia urinaria se obtuvo una Chi cuadrada de 5.773^a y una p de 0.21. Al relacionar calidad de vida y tipo de incontinencia urinaria mediante la prueba estadística H de Kruskal-Wallis, se encontró un valor de 20.367 y una p de 0.000.

Conclusión. Los resultados de este estudio muestran que la incontinencia urinaria mixta si afecta negativamente la calidad de vida, es decir, si una paciente padece incontinencia urinaria mixta, tiene peor calidad de vida; sin embargo, la funcionalidad del subsistema conyugal no tiene relación con esta patología. Por lo tanto se rechazó la hipótesis nula.

2. INTRODUCCIÓN

El estudio de la incontinencia urinaria se remonta a épocas antiguas, cuando los sumerios la describen por primera vez, sin embargo, fue hasta el siglo XIX, cuando se concluye que la continencia dependía del tono del esfínter vesical. Actualmente, la Sociedad Internacional de Continencia define la define como la manifestación de cualquier escape involuntario de orina.

La incontinencia urinaria es una enfermedad altamente prevalente, la población más afectada es la femenina, su prevalencia aumenta con la edad, a partir de la menopausia y por la paridad. Afecta a casi una de cada 5 mujeres de 30 a 50 años, y al 43% de las mujeres mayores de 70 años. Para su estudio, se han identificado factores de riesgo dentro de los que destacan los de carácter obstétrico-ginecológico. Clínicamente puede clasificarse en incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia y mixta. Fundamentalmente el diagnóstico es clínico y se cuenta con herramientas que apoyan el diagnóstico. El tratamiento se divide en 3 tipos: el manejo conservador, el tratamiento farmacológico y el tratamiento quirúrgico. Se realiza de forma escalonada, reservando el tratamiento quirúrgico a aquellos casos en que la incontinencia no responde al tratamiento médico.

La incontinencia urinaria no es un proceso de riesgo vital, sin embargo, deteriora la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce su autoestima, incluso en mayor medida que en algunas enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión. Pese al impacto negativo que tiene esta enfermedad en la calidad de vida, muchas mujeres no consultan directamente al médico. Se estima que solo una 25% de las mujeres con IU consultan por este problema. Por tanto, sigue siendo una enfermedad infradiagnosticada por atribuirse a la edad, vergüenza o incluso falta de información; partiendo de la concepción arraigada durante generaciones que estigmatizan la incontinencia urinaria como una condición normal de la mujer perimenopaúsica, en el proceso del envejecimiento normal.

Es tal la afectación sobre la calidad de vida, que se recomienda ampliamente incluir parámetros de ésta en la evaluación de los tratamientos de la incontinencia urinaria. No obstante, no solo es útil identificar el impacto de la IU en la calidad de vida, sino cuantificarlo a través de cuestionarios de calidad de vida; aunado a esto, también existe una asociación entre disfunción sexual femenina y una pobre salud física, mental y un deterioro de la calidad de vida.

Por lo tanto, en éste contexto es imprescindible evaluar la calidad de vida y el impacto de la incontinencia urinaria en la esfera social y familiar de la mujer desde el primer nivel de atención médica.

3. ANTECEDENTES

3.1. ANTECEDENTES GENERALES

Históricamente el estudio de la incontinencia urinaria se remonta a épocas antiguas, que datan del año 2000 A.C. donde dicha patología ya había sido descrita por los sumerios: “Si la orina de un hombre gotea de forma constante, y es incapaz de controlarla, su vejiga se hincha y se llena de aire, y el conducto de la orina se llena de ampollas. La manera de curarlo es introduciendo por su pene una sustancia a base de aceite prensado a través de un tubo de bronce”. No obstante, no fue sino hasta el siglo XIX, cuando Heidenhain de Breslau fue el primero en medir la presión intravesical en animales de laboratorio y concluyó que la continencia dependía del tono del esfínter vesical (1).

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) define la incontinencia urinaria (IU) como la manifestación de cualquier escape involuntario de orina (2,3). Forma parte, de los trastornos anatomofuncionales encontrados en la disfunción del suelo pélvico (DSP), que se manifiestan como incontinencia urinaria o fecal, síndrome doloroso de la región pélvico perineal y disfunción sexual por debilidad de la musculatura de la región (3).

La IU es una disfunción altamente prevalente en mujeres, afecta entre 16.1-68.8% de las mujeres adultas (4). Otras series reportan una prevalencia entre 3 y 55%, dependiendo de la definición utilizada y el rango de edad de la población (5). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que unos 200 millones de personas sufren IU, la población más afectada es la femenina, la prevalencia aumenta con la edad, a partir de la menopausia y por la paridad, en especial por los segundos nacimientos, sobre todo en personas mayores de 40 años (2,6). Afecta a casi una de cada 5 mujeres de 30 a 50 años, y al 43% de las mujeres mayores de 70 años sufren este padecimiento (7).

Se han identificado diversos factores de riesgo asociados a la IU, la edad es el más frecuentemente asociado, con un pico de máxima frecuencia entre los 50 y 60 años de edad. Además existen factores de carácter obstétrico-ginecológico como embarazo y parto, histerectomía (2,5,7), se ha asociado a enfermedades generales como cardiopatía e hipertensión en tratamiento con diuréticos (5,6,7); enfermedades del sistema nervioso central como demencias, accidentes cerebrovasculares, obesidad y algunos factores de carácter laboral como trabajos con grandes esfuerzos físicos y deportes de impacto (5,6). También se le ha asociado a la ingesta de café, y a la historia de estreñimiento (3,8).

Clínicamente puede clasificarse en incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), urgencia (IUU) y mixta (IUM). La forma clínica más frecuente es la IUE, seguida de la IUM y menos frecuente, la IUU (2,3,7).

Un componente fundamental para el diagnóstico de la IU es la historia clínica, que debe documentar antecedentes personales y tratamientos farmacológicos de la paciente,

con especial interés en enfermedades neurológicas y antecedentes obstétricos, que podrían orientar a la etiología de la IU; así como definir el tipo de presentación clínica predominante. Se debe explorar el abdomen y los flancos, la región genital y perineal, realizar un tacto vaginal para valorar la existencia de prolapso de órganos pélvicos (9).

Existen maniobras específicas para evaluar IU. Entre los que destacan el Q-tip test, el test de Marshall-Marchetti-Krantz, el pad Test y el diario miccional. El primero consiste en introducir un hisopo a través del meato urinario y realizar una maniobra de Valsalva. En caso de que el hisopo se movilice $> 30^\circ$ se considera hipermovilidad uretral. El segundo, consiste en, previa maniobra de Valsalva, apoyar el dedo índice sobre el borde inferior de la uretra, en la cara anterior de la vagina y realizar la maniobra de Valsalva para comprobar el efecto que tendría la colocación de una cinta suburetral sobre la pérdida previa. Ambas maniobras son útiles para evaluar IUE. El pad test, permite la detección y cuantificación de la pérdida de orina. Puede ser de corta o de larga duración: 1 o 24 horas, siendo la más empleada actualmente la de corta duración. Esta se considera positiva si el peso del absorbente aumenta en 1,3 g. En el caso del de larga, el incremento debe ser de 8 g. Respecto al diario miccional, es una herramienta sencilla que recoge la información de todas las micciones y líquidos ingeridos durante 3 días, incluyendo los episodios de urgencia (9).

El tratamiento de la IU se divide en 3 tipos: el manejo conservador, el tratamiento farmacológico y el tratamiento quirúrgico.

El tratamiento conservador está basado en la realización de intervenciones clínicas simples que incluyen el manejo del estreñimiento, la contención de la orina mediante dispositivos o almohadillas; intervenciones en el estilo de vida como la reducción del consumo de cafeína, la práctica de ejercicio físico, y la pérdida de peso en mujeres obesas; y terapias conductuales y físicas, que incluyen la terapia muscular del suelo pélvico en la mujer, la estimulación eléctrica y la estimulación magnética (10).

El tratamiento farmacológico se emplea sobre todo en IUU y en IUM, y existen diversos grupos de fármacos que pueden emplearse. Los anticolinérgicos son el pilar fundamental del tratamiento farmacológico. Inhiben acción de acetil colina, suprimiendo contracciones involuntarias vesicales y aumentando la capacidad vesical. Todos tienen una eficacia similar. La gran mayoría son comprimidos por vía oral, pero actualmente existe una nueva forma de administración en parches con una duración de 72 horas y con pocos efectos secundarios (9).

Existen otros grupos de fármacos como los agonistas adrenérgicos, los antidepressivos tricíclicos y los agonistas de calcio, los dos primeros actúan produciendo relajación del detrusor, y el tercer grupo, del que el verapamilo es el prototipo, es menos eficaz que un anticolinérgico, pero que en combinación con éste, tiene una acción sinérgica, por lo que se considera parte del tratamiento farmacológico (9).

Sin embargo, las guías europeas sostienen que no hay evidencia consistente para demostrar la superioridad del tratamiento farmacológico frente a la terapia conductual (10).

El tratamiento quirúrgico es el tratamiento de elección en incontinencias que no respondan a otras medidas y en incontinencias moderadas a severas. Se emplean mallas o *sling* de monofilamento y material irreabsorbible, generalmente polipropileno. Existen diferentes tipos, cabestrillos suburetrales sin tensión, cabestrillos suburetrales sin tensión ajustable, minicabestrillos, etcétera (9).

En los últimos años, el éxito de las cirugías de las disfunciones del suelo pélvico se ha evaluado utilizando instrumentos de medición de calidad de vida.

La IU no es un proceso de riesgo vital, sin embargo, deteriora la calidad de vida (CV) de los pacientes, limita su autonomía y reduce su autoestima, incluso en mayor medida que en algunas enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión (2,8,11).

Según la OMS, la CV es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Es un concepto muy amplio, complejo que está influido por la salud física del individuo, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (8).

La CV tiene su máxima expresión en la CV relacionada con la salud, reconociéndose en ella 3 dimensiones: la dimensión física, la dimensión psicológica y la social. La primera dimensión es la percepción del estado físico o de salud, y se entiende como la ausencia de la enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento. La dimensión psicológica es entendida como la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo, como el miedo, la ansiedad, la comunicación, la pérdida de autoestima y la incertidumbre. Por último, la dimensión social, es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y rol social en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral, principalmente (8).

La IU restringe paulatinamente la autonomía de las personas que la padecen, les impide llevar una vida con normalidad, altera el sueño, limita poder realizar trabajos que supongan un esfuerzo físico, deteriora la autoestima, provoca aislamiento, y reduce sus actividades cotidianas (5,7). El alto costo que implican los cuidados por IU supera el 2% de los gastos en salud en los Estados Unidos, lo que se traduce en un importante problema de salud pública (8).

Dado que la mayor frecuencia de IU es en la población anciana, es muy importante realizar el diagnóstico y tratamiento oportuno para prevenir y retrasar la discapacidad funcional (7). Pese al impacto negativo que tiene la IU en la CV, muchas mujeres no

consultan directamente al médico. Se estima que solo una 25% de las mujeres con IU consultan por este problema (4).

Por tanto, la IU sigue siendo una enfermedad infradiagnosticada por atribuirse a la edad, vergüenza o falta de información (3,8). Dicho suceso parte de la concepción arraigada durante generaciones sobre la IU como una condición normal de la mujer perimenopáusicas, en el proceso del envejecimiento (3). El propio paciente estigmatiza la enfermedad, eso aunado a la escasa sensibilización de los profesionales de salud, que no es grave, sí autolimita de forma importante la vida de éstos pacientes. Por esto, la IU posee un gran impacto negativo en lo económico, social y psicológico (3,8). En relación al impacto, se ha encontrado que la mujer joven y adulta minimiza el impacto de la IU en su vida, pero sí a la frecuencia y cantidad de las pérdidas añadimos el impacto, 1 de cada 5 mujeres tiene una IU severa, la mitad una IU moderada, representando la leve solo el 25% (11).

Es tal la afectación sobre la CV, que la ICS recomienda incluir parámetros de la CV en la evaluación de los tratamientos de la IU (2). No obstante, no solo es útil identificar el impacto de la IU en la calidad de vida, sino cuantificarlo a través de cuestionarios de calidad de vida, actualmente, existen varios instrumentos para evaluar la CV en IU (8).

Aunado a esto, también existe una asociación entre disfunción sexual femenina y una pobre salud física, mental y un deterioro de la calidad de vida. La comorbilidad de las mujeres con disfunción sexual es muy común, por lo tanto, en éste contexto es imprescindible evaluar factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento (12).

Los factores que influyen en la satisfacción sexual son múltiples: el bienestar psicológico, la relación de pareja, la salud física, las experiencias sexuales previas, las creencias y pensamientos, las influencias culturales y religiosas, la autoimagen sexual, las enfermedades y medicaciones (13).

El papel de la IU y prolapso de órganos pélvicos (POP) en la función sexual no debe ser subestimado en relación con otros factores que consideremos más relacionados como la edad o la menopausia. La actividad sexual en las mujeres es importante por muchas razones, incluyendo la fuerte necesidad de intimidad emocional. El modelo lineal sexual de Basson reconoce que el funcionamiento sexual femenino es más complejo y que no es lineal como en el caso del hombre, este modelo integra la intimidad emocional, los estímulos sexuales y la satisfacción de la relación (12,13).

La disfunción sexual afecta al 50% de las mujeres posmenopáusicas, y muchas de éstas no están diagnosticadas. La frustración, el estrés y la rabia en la mujer influyen en el bienestar de la pareja (13). Por tanto, un componente importante en la evaluación integral de la mujer incontinente no sólo involucra su calidad de vida, sino la funcionalidad familiar de pareja.

La ICS publicó una revisión exhaustiva de instrumentos para la evaluación de IU en 2009, dicha revisión, concluyó con la presentación de un gabinete de herramientas que integraba y medía varios aspectos de la IU en una variedad de poblaciones (14).

El King's Health Questionnaire (KHQ) fue desarrollado inicialmente para medir específicamente el impacto de la IU en la calidad de vida de dichas mujeres. Desde entonces se ha utilizado en hombres con vejiga hiperactiva e hiperplasia prostática benigna. Actualmente su uso está recomendado su uso en ambos, hombres y mujeres, con síntomas de tracto urinario inferior (14).

El KHQ original ha sido modificado a través del tiempo. Fue desarrollado por Kelleher y colaboradores, fue adaptado culturalmente al español y ha citado ampliamente en estudios internacionales (15).

La versión más reciente comprende 22 ítems agrupados en 3 bloques. Los ítems del primer bloque, evalúan el estado general de salud y síntomas urinarios. El segundo bloque incluye múltiples ítems que evalúan varios aspectos de la calidad de vida que se ven afectados en la IU tales como roles, factores físicos, sociales y personales; el estado emocional, el sueño y la actividad diaria, y la severidad de los síntomas del tracto urinario inferior. En el tercer bloque evalúa los síntomas de la incontinencia urinaria y su impacto en la severidad de ésta (14). El KHQ posee una buena fiabilidad y validez. El valor para cada ítem va de 3 a 5 puntos, con una escala tipo Likert, las puntuaciones más altas indican una mayor severidad de IU y peor calidad de vida. La puntuación total va de 0 a 100, 0 es mejor calidad de vida y 100, peor calidad de vida (14,15).

Sin embargo, la versión validada en español, que utilizaremos consta de 21 ítems, agrupados en 9 dimensiones: Percepción del Estado de Salud General (ESG), 1 ítem; Afectación de 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 en la Incontinencia Urinaria (ImIU) 5 ítems. Cada ítem tiene una escala de respuesta tipo Likert con 4 posibles respuestas que van de 0-4 puntos, y de 0-3 puntos, respectivamente. El rango de puntuación para cada dimensión varía de 0 a 100, siendo 0 menor impacto de la IU y mejor calidad de vida y 100 mayor impacto de la IU y peor calidad de vida (15,16).

Este cuestionario nos permite obtener dos valores: un valor global de la CV en la IU y un valor específico para cada dimensión. Para calcular el valor global en una escala de 0 a 100 tenemos que de 0-50 puntos representan una mejor calidad de vida posible y de 51 a 100 una peor calidad de vida. Para los valores específicos de cada dimensión, el rango de puntuación para cada dimensión varía de 0 a 100, siendo 0 a 50 menor impacto de la IU y mejor calidad de vida y de 51 a 100 mayor impacto de la IU y peor calidad de vida. Esta versión cuenta con un grado de recomendación A, y fue validada en España en 1993 (16).

Otro beneficio de este cuestionario, es que nos permite evaluar el tipo de IU en un apartado específico que no cuenta para la calificación de la puntuación global y de las dimensiones específicas. En dicho apartado, la paciente debe señalar solo los síntomas de la IU que presenta y la intensidad con la que le afectan como poca, moderada o mucha. Con base a esto, se clasifica a los pacientes según sus síntomas teniendo en cuenta los siguientes criterios: se consideran síntomas sugestivos de IUE si señala alguna de las respuestas de la pregunta 4 de este apartado, y no señala alguna de las respuestas de la pregunta 3 que se refiere a un escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar. Se consideran síntomas sugestivos de IUU si señala alguna de las respuestas de la pregunta 3 del mismo apartado y no señala alguna de las respuestas de la pregunta 4 que se refiere a escape de orina por actividad física. Finalmente, se consideran síntomas de IUM si señala alguna de las respuestas de las preguntas 3 y 4 (16).

Referente a la funcionalidad de pareja, se sabe que la IU afecta la sexualidad de las pacientes. Las pacientes pueden presentar dispareunia y laxitud vaginal, y con esto, una disminución en la satisfacción sexual o incluso anorgasmia que asociado a una percepción en la que se sientan menos atractivas sexualmente, menos deseadas, puede generar rechazo por su pareja (17). Por esto, evaluaremos la funcionalidad de pareja mediante el subsistema conyugal.

El Subsistema Conyugal, es un instrumento de funcionalidad familiar que evalúa exclusivamente la funcionalidad de pareja. Dicha evaluación consta de 13 ítems y comprende las siguientes funciones: comunicación 3 ítems, asunción y adjudicación de roles 3 ítems, satisfacción sexual 2 ítems, afecto 1 ítem y toma de decisiones 4 ítems.

A cada función se le agrega un valor cuantitativo, se califica con una escala de 0, 2.5, 5, 7.5 y 10 puntos respectivamente. Las funciones de comunicación y satisfacción sexual con una escala de 0, 5 y 10 puntos. Las funciones de adjudicación y asunción de roles y afecto con una escala de 0, 2.5 y 5 puntos. Y finalmente, la función de toma de decisiones con una escala de 0, 7.5 y 15 puntos.

Se suman los puntajes obtenidos, y se clasifica a la pareja de la siguiente manera: 0-40 puntos, pareja severamente disfuncional; 41-70 pareja moderadamente disfuncional y; 71-100 pareja funcional. La escala de subsistema conyugal fue validada por el Dr. Víctor Chávez Aguilar en 2008, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (16).

3.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

En Salamanca, España se realizó un estudio prospectivo a una muestra de 310 pacientes entre 2005-2012, hombres y mujeres con distintos tipos de IU, tratados con 20 sesiones de electromiografía biofeedback, realizadas dos veces a la semana, para evaluar su respuesta al tratamiento y su calidad de vida. La edad media fue 57.3 años, con un predominio del 83.6% mujeres, donde la IUE fue el tipo más frecuente. Se concluyó que con el tratamiento con electromiografía mejoró la IU y la CV, encontrándose una mejoría en los valores de las medianas con significancia estadística de los cuestionarios empleados, ICIQ-SF e IQOL (2).

En Mallorca, España se realizó un estudio descriptivo, transversal, poblacional de una muestra aleatoria de 673 mujeres mayores de 30 años, para evaluar prevalencia de incontinencia urinaria y su repercusión en la calidad de vida. Las pacientes fueron evaluadas con un cuestionario que incluía las versiones españolas de dos instrumentos ICIQ-SF y EuroQol-5D. Los resultados arrojaron que un 24% de éstas sufría incontinencia, que la prevalencia aumentaba con la edad, el tipo de IU más frecuente fue la IUE con un 45%, seguido de la IUM 29% , de urgencia 19.4%, y continúa 6.5%. En las mujeres incontinentes, un 25.2% correspondía a IU moderada a severa. Y la calidad de vida fue peor en las mujeres incontinentes, en todas las dimensiones del EuroQol-5D, observando mayor afectación en quienes presentaron IUM y continúa (7).

En Bucaramanga, Colombia, se realizó un estudio analítico, transversal de marzo-mayo de 2012, con una muestra aleatoria de 63 mujeres con una edad media de 46 años, edad mínima de 18 años y máxima 65 años, para determinar la asociación entre IU y CV en una población con exceso de peso; de las cuales 76% presentaba sobrepeso y 24% obesidad. Se evaluaron a estas pacientes con el cuestionario ICIQ-FLUTSqol e ICIQ-IU SF. La prevalencia de IU global fue de 39.7%, 28.6% para IUE y 11.1% para IUM. El puntaje del ICIQ-IU SF obtuvo una mediana de 27, con un mínimo de 20 y máximo 52. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con exceso de peso al compararlas con mujeres con y sin IU (18).

En un estudio transversal basado en Internet en la población general, que incluyó hombres y mujeres, >18 años de edad se evaluó el impacto de la incontinencia urinaria de urgencia (IUU) en el bienestar de los pacientes no institucionalizados con vejiga hiperactiva (VH). Los pacientes con probable VH se identificaron utilizando un algoritmo validado junto con una puntuación ≥ 8 en la escala OAB-V8. Se determinó bienestar individual a través de una batería de instrumentos cuyos resultados fueron comunicados por el paciente (PRO). Se incluyó la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (EQ-5D), alteraciones del sueño (sueño MOS) y satisfacción con la vida (LISAT-8). De una muestra de 2.035 sujetos participantes de la población general un total de 396 pacientes de los cuales 52,5% fueron mujeres, con una media de edad 55 años cumplieron los criterios de VH: 203 (51,3%) con 0 episodios; 119 (30,1%) con 1; 52 (13,1%) con 2 o 3 y 22 (5,6%) con >4 episodios. Los participantes con más episodios

tenían peores perfiles de salud y calidad de autoevaluación de la vida, peor satisfacción con la vida, más trastornos del sueño y menos horas de sueño por noche (19).

En Portugal, se realizó un estudio a la población adulta para analizar el impacto de la IU en la calidad de la vida sexual, identificando el papel que juega el género, la duración y severidad de la IU, tipo de IU y el impacto en la calidad de vida. Con una muestra de 55 pacientes, en quienes se utilizaron varios instrumentos, IIQ7, UDI-6, SQoI-F, SQoI-M. Los resultados mostraron que la IU tiene un impacto negativo en la calidad de vida y en la vida sexual, especialmente en pacientes con mayor tiempo de evolución de la IU, también se encontró un impacto negativo que afecta las relaciones personales y sociales de estos pacientes (20).

En Sevilla y Málaga, España se realizó un estudio descriptivo sobre la repercusión de la IU en las pacientes de un servicio de Urología. La muestra corresponde a 34 pacientes atendidas durante 2008-2009 con IU. Se evaluó la severidad de la IU y su calidad de vida, mediante 2 cuestionarios. La edad media fue 52.3 años, con 7.5 años de evolución, el tipo de IU más frecuente fue IUE. Se encontró una correlación baja entre la CV y los datos de severidad de IU. Las dimensiones más afectadas de la CV son las relacionadas con la percepción de la salud general, el impacto de la IU y la esfera física de las pacientes (21).

Un estudio retrospectivo, transversal con información obtenida del Programa de Enfermedades específicas de Adelphi sobre vejiga hiperactiva e IU (OAB/UI), realizado de noviembre de 2010 a febrero de 2011 evaluó el impacto de IU en la utilización de recursos para el cuidado de la salud, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la productividad de las medidas en pacientes con vejiga hiperactiva en 1730 pacientes. De los cuales, el 77% fueron mujeres, 84.2% raza blanca no hispanos y 71% pacientes incontinentes, con una media de edad de 60.7 años. Se encontró que la IU se asoció con un aumento significativo en la utilización de recursos para el cuidado de la salud y una baja calidad de vida y productividad en pacientes con vejiga hiperactiva de 5 países diferentes (22).

En un estudio realizado por el hospital Brigham y la escuela de Medicina de Harvard, se estudió la severidad de la IU y su repercusión en la calidad de vida según el tipo de IU. Se determinó la prevalencia de los casos de IU según la información obtenida del Nurses Health's Study, que incluyó mujeres de 41-83 años de edad. En dicho estudio se clasificó a las mujeres con IU según sus síntomas en: IUE, IUU e IUM. La severidad de IU fue evaluada mediante el índice de severidad de Sandvik, y se documentó en 102,418 mujeres. Se reportó una prevalencia de 51% de IUE, 27% IUU y 22% para IUM. Aproximadamente la mitad de estas pacientes presentó IU leve, 26% moderada y 23% severa. La IU severa fue más común en pacientes con IUM en un 37%, seguida de IUU en un 27% y en IUE en un 15%. Se concluyó que las mujeres que presentaron IUM tuvieron un cuadro más severo de IU y una peor calidad de vida (23).

Otro estudio realizado en el Hospital Zeynep Kamil de Turquía y la Universidad de Texas evaluó a los pacientes que se presentaron de marzo de 2011 a agosto del mismo

año, y los clasificaron en 3 grupos: aquellos con IUE diagnosticado con pruebas urodinámicas, con IUU, y aquellos con IUM con pruebas urodinámicas y evaluación clínica. Se compararon los resultados del cuestionario de Beck, cuestionario de calidad de vida que incluye vida sexual PISQ-12, el inventario de angustia urogenital UDI-6, y el cuestionario del impacto de IU IIQ-7 fueron comparados entre los subtipos de IU. Según la evaluación clínica y los estudios de urodinámica de 111 pacientes con IU, 53% presentaron IUE, 32% IUU, y 15% IUM (24).

El Instituto Urológico Bristol, el Hospital Southmed, Bristol, la Escuela de Psicología y la Universidad Cardiff en Reino Unido realizaron una encuesta de mujeres con IU a través de internet en Reino Unido, Francia, Alemania y Estados Unidos con edades comprendidas entre 45 y 60 años, entre el 1 y 30 de septiembre del año 2013, que evaluó síntomas y el impacto de la IU en las actividades de la vida diaria, calidad de vida y bienestar mental. La encuesta fue completada por 1203 mujeres con IU con una edad promedio de 52.7 años. Con base a las respuestas a la ICIQ-UI Short Form sobre la cantidad de orina que se pierde los encuestados fueron categorizados como leve 87%, medio 11% o IU grave 2%. Los puntajes en el ICIQ-UI aumentaron con la severidad al igual que el impacto en la CVRS, evaluada mediante las puntuaciones ICIQ-LUTSqol: IU ligera 30.6 (7.3), IU media 41.0 (11.2) e IU grave 56,9 (17,6)]. El bienestar mental disminuyó con la gravedad de la IU, los puntajes fueron: IU ligera 48.3 (10.1), UI media 44.5 (9.5) y UI grave 39.9 (25).

Se realizó un estudio en un hospital público de Turquía con el fin de determinar el efecto de la presencia de incontinencia urinaria en la calidad de vida sexual en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas. La muestra del estudio transversal y comparativo consistió en 283 pacientes hospitalizadas, de las cuales 67.5% (n = 191) tenían IU y 32.5% (n =92) pacientes no. Los datos fueron recolectados usando el formulario de identificación del paciente, el ICQ-S para IU y para la calidad sexual el cuestionario Life Scale for Women. La puntuación promedio que las mujeres con incontinencia urinaria (61.50 ± 19.10) fue menor que la puntuación promedio de mujeres sin incontinencia urinaria (77.19 ± 18.75) ($p \leq 0.01$) en la escala de calidad de vida sexual. Como resultado, en mujeres con enfermedades físicas crónicas e incontinencia urinaria, la calidad de vida sexual se ve afectada en un nivel peor en comparación con aquellos que no tienen incontinencia urinaria (26).

En Taiwán se realizó un estudio cuyo objetivo fue investigar la asociación entre la incontinencia urinaria y femenina función sexual en una población no clínica. Se distribuyó un cuestionario autoadministrado a 2159 empleadas de dos hospitales. De los 883 participantes sexualmente activos, la IUE pura se presentó en 18.3%, IUU pura en 6.8%, IUM en 15.1% y sin IU en 59.8%. La prevalencia de la dificultad sexual femenina, definido por el puntaje total del Índice de Función Sexual Femenina ≤ 26.55 , fue del 52.0%, 56.1%, 54.3% y 42.2%, respectivamente ($P < 0.05$). Después del ajuste de la edad, el estado menstrual, la duración del matrimonio, tener hijos y relación con la pareja, todos los tipos de IU mostraron una asociación significativa con la dificultad sexual femenina con una odds ratio de 1.6-1.8. Teniendo en consideración de los dominios individuales, la IUU pura fue un factor de riesgo para disminución de la lubricación sexual

y más dolor sexual, y la IUM fue un factor de riesgo para una menor satisfacción sexual, mientras que la IUE pura no era relacionada con una dificultad en dominios individuales (27).

En Italia, se realizó un estudio cuyo objetivo fue evaluar el impacto de la IU en calidad de vida. El método de investigación se basó en una búsqueda bibliográfica en PubMed, Biblioteca Cochrane y artículos relevantes de 1977 a 2012. Cuarenta y ocho trabajos fueron encontrados. La literatura mostró que la IU afecta a un gran porcentaje de los pacientes ancianos y que las mujeres con UI son más propensas a informar una peor calidad de vida. La vergüenza provocada por la fuga y el olor de la orina puede perjudicar la capacidad de una mujer para participar en sus actividades cotidianas, vida social, rendimiento sexual y conducir a problemas relacionales. Por lo tanto, se concluye que la IU debe ser tratada porque tiene un impacto fisiológico y psicológico sobre aspectos de la vida del paciente (28).

En Estados Unidos, en la Universidad de California se realizó un análisis de cohorte longitudinal de 338 mujeres con sobrepeso y obesas con IU inscritas en un ensayo clínico aleatorizado que comparó una intervención conductual de pérdida de peso y una condición de control educativo. Se utilizaron el Health Utilities Index Mark 3 (HUI3), y la puntuación estimada de la Calidad del Bienestar (eQWB). En un período de 6 y 18 meses, en modelos multivariados ajustados, la pérdida de peso fue asociado con la mejora en HUI3, SF-6D y eQWB a los 6 y 18 meses ($P < 0.05$). Aumentos en la actividad física también se asociaron de forma independiente con la mejora en las puntuaciones HUI3 ($P = 0.01$) y SF-6D ($P = 0.006$) en 18 meses. Por el contrario, la reducción en la frecuencia de UI no predijo mejoras en la CVRS a los 6 o 18 meses (29).

En Irán, se realizó un estudio de correlación transversal de marzo a mayo de 2012; los pacientes fueron seleccionados por el método de muestreo de varias etapas de varias zonas de la ciudad de Rasht. Los datos fueron recolectados usando el formulario de datos personales, cuestionario para diagnóstico de incontinencia urinaria (QUID), Índice de gravedad de incontinencia (ISI) y cuestionario de calidad de vida de incontinencia (I-QoL), los datos fueron analizados por SPSS en el nivel significativo de $P < 0.05$ y luego fueron comparados por pruebas paramétricas y no paramétricas. Trescientas trece mujeres con menopausia de 45-60 años (media 52,9) fueron reclutadas en el estudio. Su nivel educativo en la mayoría de ellos fue escuela primaria (55%). La mayoría de ellos estaban desempleados (68.1%). Del total de pacientes 34.7% y tuvieron bajos ingresos. La mayoría de ellos no tenían antecedentes de cirugía ginecológica (88.8%). La mayoría de las mujeres (48,6%) informó una IU mixta, seguida de una IU de urgencia (27,2%) y IU de estrés (24.3%). Con respecto a la gravedad de la IU, el 46.6% de las mujeres reportó IU leve, 37.1% moderada y 16.3% severa. En este estudio, el 27.2% de los sujetos buscaron ayuda médica. Las mujeres con IUM tenían el puntaje de QoL más bajo. La puntuación media de QoL fue de 46.18 19.91. Solo el 27.3% de los sujetos buscan atención para la IU. No hubo correlación significativa entre la CdV y la búsqueda de ayuda (30).

4. JUSTIFICACIÓN

La incontinencia urinaria (IU) afecta entre el 10-50% de las mujeres a lo largo de su vida, afecta fundamentalmente al sexo femenino sin mortalidad asociada, pero con gran impacto en la calidad de vida. El alto costo en cuidados por IU supera el 2 % de los gastos en salud en los Estados Unidos, lo que hace de ésta enfermedad un problema de salud pública. Se estima que solo una cuarta parte de las mismas consultan a su médico por este motivo a pesar de que se considera un problema de salud frecuente. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es cada vez más relevante como una manera de estudiar la salud de la población y de analizar la eficacia y efectividad de las intervenciones.

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) defiende que el impacto de la IU no debe valorarse solo por la presencia o no de determinados síntomas, sino también por el grado de afectación de la calidad de vida de las pacientes. Por lo anterior, propone una evaluación integral de la IU en la que se integren los síntomas asociados a la IU, la gravedad de los mismos y el grado de afectación en la calidad de vida que produce dependiendo de las características individuales de cada paciente.

Partiendo de que la IU puede generar un profundo impacto psicológico, físico, mental, social, y económico para la sociedad, es necesaria su evaluación en el contexto familiar, y en la relación de pareja. Existen pocos estudios que evalúen la funcionalidad del subsistema conyugal, a pesar de las repercusiones que pueden sufrir las mujeres con incontinencia urinaria en su vida sexual.

Por lo tanto, en la identificación de mujeres con incontinencia urinaria es imprescindible la evaluación de la calidad de vida y la funcionalidad del subsistema conyugal como componente del tratamiento integral en el primer nivel de atención médica.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incontinencia urinaria es un problema de salud que afecta principalmente a mujeres. Es una patología del suelo pélvico muy frecuente, que se encuentra infradiagnosticada a pesar de su alto impacto en la calidad de vida. La clínica de ésta patología se asocia a cambios en el estilo de vida que condicionan limitación de las actividades diarias en las mujeres que la padecen, y esto puede verse reflejado no sólo en su estado de salud, en su calidad de vida o en su autoestima, sino también en su relación de pareja. Por lo que la evaluación integral de la IU debería involucrar la evaluación de la calidad de vida y la funcionalidad de pareja. Sin embargo, éste último aspecto ha sido pobremente estudiado.

Por lo anterior, nos surge la siguiente pregunta:

¿Cómo afecta la incontinencia urinaria la funcionalidad de pareja y la calidad de vida de las mujeres de 30 a 74 años de edad que la padecen?

6. OBJETIVO

6.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar cómo afecta la incontinencia urinaria la funcionalidad de pareja y la calidad de vida en las mujeres de 30-74 años de edad que la padecen.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las características sociodemográficas (edad, estado nutricional, escolaridad, ocupación, estado civil, número de hijos) de las mujeres con incontinencia urinaria.
- Identificar el tipo de incontinencia urinaria más frecuente que presentan éstas pacientes y su tiempo de evolución.
- Evaluar la funcionalidad de pareja en mujeres con incontinencia urinaria mediante el instrumento de Subsistema conyugal.
- Evaluar la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria mediante el King's Health Questionnaire.

7. HIPÓTESIS DE TRABAJO

7.1 HIPÓTESIS NULA

La incontinencia urinaria no afecta la calidad de vida ni la funcionalidad de pareja de las mujeres de 30 a 74 años de edad que la padecen.

7.2 HIPÓTESIS ALTERNA

Las mujeres de 30 a 74 años de edad con incontinencia urinaria tienen una peor calidad de vida y además presentan disfuncionalidad de pareja.

8. MATERIALES Y MÉTODOS

8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, relacional, prospectivo y ambilectivo.

8.2 UBICACIÓN ESPACIO TIEMPO

La presente investigación se llevó con la población derechohabiente de mujeres de 30 a 74 años de edad con incontinencia urinaria de la U.M.F. No. 6 IMSS Puebla, durante el período del 01 de agosto de 2018 al 31 de octubre de 2018.

8.3 MUESTREO

La población fuente corresponde a mujeres adscritas a la U.M.F. No. 6 IMSS Puebla, durante el periodo comprendido entre el 01 de agosto de 2018 al 31 de octubre de 2018. Se eligieron a todas las mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria de 30 a 74 años de edad, adscritas a la U.M.F. No. 6 IMSS Puebla, durante el periodo comprendido entre el 01 de agosto de 2018 al 31 de octubre de 2018, que acudieron a la consulta externa de esta unidad en ambos turnos (matutino y vespertino). Se estudiaron a todas las mujeres con incontinencia urinaria de 30 a 74 años de edad, adscritas a la U.M.F. No. 6 IMSS Puebla, durante el periodo comprendido entre el 01 de agosto de 2018 al 31 de octubre de 2018, que acudieron a la consulta externa de esta unidad en ambos turnos (matutino y vespertino) y que reunieron los criterios de selección.

8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres de 30 a 74 años de edad.
- Mujeres con incontinencia urinaria que acudieron a consulta en la U.M.F. No.6 IMSS Puebla y aceptaron participar en el estudio.
- Mujeres casadas o en unión libre.

8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Embarazadas.
- Mujeres que presentaron algún tipo de discapacidad auditiva u otra que les impidiera hablar o comunicarse.

8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Mujeres que una vez iniciada la encuesta no desearon seguir participando.
- Mujeres que no contestaron las encuestas completas.

8.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

No probabilístico, muestreo por cuotas.

8.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Siendo la población de Mujeres de 30 a 74 años de edad de la U.M.F. No. 6 IMSS Puebla de 33,873 y de acuerdo a las características de nuestra investigación, se requirió estimar una proporción, con un nivel de confianza al 95% ($Z_{1-\alpha}$) con un valor de 1.96, una precisión del 5% y una proporción esperada del 25.0% de "Incontinencia Urinaria en mujeres en la zona metropolitana", según el artículo: Velázquez MM, Aguirre RG, Álvarez VR, Méndez GJ, González CJ, Incontinencia Urinaria en mujeres del Distrito Federal, Anales Médicos México. 2007; 52 (1): 14-21 obtenemos un tamaño de muestra de 286 individuos. Con la fórmula siguiente:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- a) N: universo de trabajo (33873)
- b) $Z_{1-\alpha}^2 = 1.96$ (valor tipificado)
- c) p= proporción: 0.25
- d) q= 1- p (0.75)
- e) d= 0.05 (poder de precisión)

f) **Resultado = 285.70 =**

286

8.7 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

8.7.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL

Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento que será expresada en años e indicada por la encuestada.

Estado nutricional: Condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos, será resultado de calcular el Índice de Masa Corporal de la paciente con base a su peso y talla. Y se clasificará de la siguiente manera:

18-24.9= Normal

25-29.9= Sobrepeso

>30= Obesidad

30-34.9= Obesidad Clase I

35-39.9= Obesidad Clase II

>40= Obesidad Clase III

Escolaridad: Período de tiempo que uno asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria. Estará representada por el último grado de estudio terminado que indique la encuestada al momento en que se realice la encuesta y será englobada en: primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura y posgrado.

Ocupación: La acción o función que se desempeña para ganar el sustento. Será señalada por la encuestada y clasificada de acuerdo a los siguientes rubros: estudiante, obrera empleada, ama de casa, profesionista, y pensionada.

Estado civil: Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto, para fines de este estudio expresado como casada o unión libre.

Número de hijos: Número de hijos que al momento se procrearon, expresados como a)1, b)2, c)3 y d) mayor a 4 hijos.

Tipo de incontinencia urinaria: Clasificación de la incontinencia urinaria según su presentación clínica: de esfuerzo, de urgencia o mixta de acuerdo a resultados de la encuesta King's Health Questionnaire,

Tiempo de evolución de incontinencia urinaria: Número de años con el diagnóstico de incontinencia urinaria, expresados por la encuestada.

Funcionalidad de pareja: Resultado de un proceso dinámico e interactivo de la pareja. Obtenido mediante la aplicación del cuestionario de Funcionalidad del

Subsistema Conyugal. El Subsistema Conyugal, es un instrumento de funcionalidad familiar que evalúa exclusivamente la funcionalidad de pareja. Dicha evaluación consta de 13 ítems y comprende las siguientes funciones: comunicación 3 ítems, asunción y adjudicación de roles 3 ítems, satisfacción sexual 2 ítems, afecto 1 ítem y toma de decisiones 4 ítems.

A cada función se le agrega un valor cuantitativo, se califica con una escala de 0, 2.5, 5, 7.5 y 10 puntos respectivamente. Las funciones de comunicación y satisfacción sexual con una escala de 0, 5 y 10 puntos. Las funciones de adjudicación y asunción de roles y afecto con una escala de 0, 2.5 y 5 puntos. Y finalmente, la función de toma de decisiones con una escala de 0, 7.5 y 15 puntos.

Se suman los puntajes obtenidos, y se clasifica a la pareja de la siguiente manera: 0-40 puntos, pareja severamente disfuncional; 41-70 pareja moderadamente disfuncional y; 71-100 pareja funcional. La escala de subsistema conyugal fue validada por el Dr. Víctor Chávez Aguilar en 2008, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Calidad de vida: Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Fue obtenida mediante la aplicación del cuestionario King's Health Questionnaire. El King's Health Questionnaire (KHQ) fue desarrollado inicialmente para medir específicamente el impacto de la IU en la calidad de vida de dichas mujeres.

El KHQ original ha sido modificado a través del tiempo. Fue desarrollado por Kelleher y colaboradores, fue adaptado culturalmente al español y ha citado ampliamente en estudios internacionales.

La versión más reciente comprende 22 ítems agrupados en 3 bloques. Los ítems del primer bloque, evalúan el estado general de salud y síntomas urinarios. El segundo bloque incluye múltiples ítems que evalúan varios aspectos de la calidad de vida que se ven afectados en la IU tales como roles, factores físicos, sociales y personales; el estado emocional, el sueño y la actividad diaria, y la severidad de los síntomas del tracto urinario inferior. En el tercer bloque evalúa los síntomas de la incontinencia urinaria y su impacto en la severidad de ésta. El KHQ posee una buena fiabilidad y validez. El valor para cada ítem va de 3 a 5 puntos, con una escala tipo Likert, las puntuaciones más altas indican una mayor severidad de IU y peor calidad de vida. La puntuación total va de 0 a 100, 0 es mejor calidad de vida y 100, peor calidad de vida.

Sin embargo, la versión validada en español, que utilizamos consta de 21 ítems, agrupados en 9 dimensiones: Percepción del Estado de Salud General (ESG), 1 ítem; Afectación de 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 en la Incontinencia Urinaria (ImIU) 5 ítems. Cada ítem tiene una escala de respuesta tipo Likert con 4 posibles respuestas que van de 0-3 puntos, el rango

de puntuación para cada dimensión varía de 0 a 100, siendo 0 menor impacto de la IU y mejor calidad de vida y 100 mayor impacto de la IU y peor calidad de vida.

Este cuestionario nos permite obtener dos valores: un valor global de la CV en la IU y un valor específico para cada dimensión. Para calcular el valor global en una escala de 0 a 100 tenemos que de 0-50 puntos representan una mejor calidad de vida posible y de 51 a 100 una peor calidad de vida. Para los valores específicos de cada dimensión, el rango de puntuación para cada dimensión varía de 0 a 100, siendo 0 a 50 menor impacto de la IU y mejor calidad de vida y de 51 a 100 mayor impacto de la IU y peor calidad de vida. Esta versión cuenta con un grado de recomendación A, y fue validada en España en 1993.

8.8 VARIABLES Y ESTILOS DE MEDICION

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| Variable | Tipo de variable | Escala de medición | Indicadores | Parámetros |
|--------------------------------|------------------|--------------------|---|--|
| Edad | Cuantitativa | Intervalo | La referida por la paciente en la encuesta | Años cumplidos |
| Estado nutricional | Cualitativa | Ordinal | Clasificación de IMC según la OMS | Normal Sobrepeso Obesidad Obesidad Clase I Obesidad Clase II Obesidad Clase III |
| Escolaridad | Cualitativa | Nominal | La referida por la paciente en la encuesta | Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado |
| Ocupación | Cualitativa | Nominal | La referida por la paciente en la encuesta | Estudiante Obrera Empleada Ama de casa Profesionista Pensionada |
| Estado civil | Cualitativa | Nominal | La referida por la paciente en la encuesta | Casada Unión libre |
| Número de hijos | Cualitativa | Nominal | Los referidos por la paciente en la encuesta | a)1 b)2 c)3 d)>4 |
| Tipo de incontinencia urinaria | Cualitativa | Nominal | De acuerdo con resultados del King's Health Questionnaire | IU esfuerzo IU urgencia IU mixta |
| Tiempo de evolución IU | Cuantitativa | Intervalo | El referido por la paciente en la encuesta | Años de evolución |
| Funcionalidad de pareja | Cualitativa | Ordinal | De acuerdo a resultados del Subsistema conyugal | Pareja severamente disfuncional Pareja moderadamente disfuncional Pareja funcional |
| Calidad de vida | Cualitativa | Ordinal | De acuerdo con resultados del King's Health Questionnaire | Buena calidad de vida Mala calidad de vida |

8.9 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez revisado y aprobado el protocolo de tesis por parte de los asesores (metodológico y experto) y previo registro ante SIRELCIS, se identificaron a las pacientes de 30 a 74 años de edad con incontinencia urinaria que se encontraban adscritas a la U.M.F. No. 6 IMSS Puebla, durante el periodo del 01 de agosto al 31 de octubre de 2018, se les informó sobre el objetivo del estudio y se les propuso participar en el mismo. A las pacientes que aceptaron, se les proporcionó el consentimiento informado, lo firmaron y se procedió a contestar las encuestas.

Se entrevistó y se aplicaron tanto la encuesta de datos sociodemográficos como los instrumentos de estudio: King's Health Questionnaire y Funcionalidad del Subsistema Conyugal. Al contar con todas las encuestas contestadas se analizaron los datos y se determinaron los resultados que permitieron llegar a las conclusiones de esta investigación.

El KHQ fue desarrollado por Kelleher y colaboradores, y adaptado culturalmente al español en 1993. Ha sido citado ampliamente en estudios internacionales. Consta de 21 ítems, agrupados en 9 dimensiones: Percepción del Estado de Salud General (ESG), 1 ítem; Afectación de 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 en la Incontinencia Urinaria (ImIU) 5 ítems. Cada ítem tiene una escala de respuesta tipo Likert con 4 posibles respuestas que van de 0-3 puntos, el rango de puntuación para cada dimensión varía de 0 a 100, siendo 0 menor impacto de la IU y mejor calidad de vida y 100 mayor impacto de la IU y peor calidad de vida ^{15,16}. Este cuestionario nos permite obtener dos valores: un valor global de la CV en la IU y un valor específico para cada dimensión.

Para calcular el valor global en una escala de 0 a 100 tenemos que de 0-50 puntos representan una mejor calidad de vida posible y de 51 a 100 una peor calidad de vida. Para los valores específicos de cada dimensión, el rango de puntuación para cada dimensión varía de 0 a 100, siendo 0 a 50 menor impacto de la IU y mejor calidad de vida y de 51 a 100 mayor impacto de la IU y peor calidad de vida. Ésta versión cuenta con un grado de recomendación A, y fue validada en España en 1993, cuenta con un grado de recomendación A, con un alfa de Cronbach de 0.911.

A su vez, nos permite evaluar el tipo de IU en un apartado específico que no cuenta para la calificación de la puntuación global y de las dimensiones específicas. En dicho apartado, la paciente debe señalar solo los síntomas de la IU que presenta y la intensidad con la que le afectan como poca, moderada o mucha. Con base a esto, se clasifica a los pacientes según sus síntomas teniendo en cuenta los siguientes criterios: se consideran síntomas sugestivos de IUE si señala alguna de las respuestas de la pregunta 4 de este apartado, y no señala alguna de las respuestas de la pregunta 3 que se refiere a un escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar. Se consideran síntomas sugestivos de IUU si señala alguna de las respuestas de la pregunta 3 del mismo apartado y no señala alguna de las respuestas de la pregunta 4 que se refiere a

escape de orina por actividad física. Finalmente, se consideran síntomas de IUM si señala alguna de las respuestas de las preguntas 3 y 4.

Para evaluar la funcionalidad de pareja aplicamos Subsistema Conyugal, la escala fue validada por el Dr. Víctor Chávez Aguilar en 2008, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Consta de 13 ítems y comprende las siguientes funciones: comunicación 3 ítems, asunción y adjudicación de roles 3 ítems, satisfacción sexual 2 ítems, afecto 1 ítem y toma de decisiones 4 ítems.

A cada función se le agrega un valor cuantitativo, se califica con una escala de 0, 2.5, 5, 7.5 y 10 puntos respectivamente. Las funciones de comunicación y satisfacción sexual con una escala de 0, 5 y 10 puntos. Las funciones de adjudicación y asunción de roles y afecto con una escala de 0, 2.5 y 5 puntos. Y finalmente, la función de toma de decisiones con una escala de 0, 7.5 y 15 puntos. Se suman los puntajes obtenidos, y se clasifica a la pareja de la siguiente manera: 0-40 puntos, pareja severamente disfuncional; 41-70 pareja moderadamente disfuncional y; 71-100 pareja funcional.

Al término de la aplicación de ambas encuestas, se procedió a concentrar y codificar la información, para finalmente procesar y analizar los datos.

8.10 ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó análisis univariado de las variables de investigación y de las sociodemográficas; con medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y medición de frecuencias (proporciones) para las variables categóricas. Para el análisis bivariado (Nivel de investigación relacional), el objetivo estadístico fue asociar, con Chi cuadrada de independencia, la Calidad de Vida y Funcionalidad del subsistema conyugal aceptando H_0 si p fue menor de 0.5. Además se utilizó la prueba H de Kruskal-Wallis para asociar calidad de vida e incontinencia urinaria, con un valor de 20.367 y una p de 0.000. Este análisis se realizó con el programa estadístico SPSS v25.

8.11 ÉTICA

El presente estudio está sujeto a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

De acuerdo con el manual de operación y funcionamiento del fondo de investigación en salud I.M.S.S establece en el punto 5.31 protocolo en investigación en salud establece un conjunto de actitudes, principios y valores que emana de los ideales morales inherentes a la profesión médica, y de la observancia y respeto a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas que requieren de atención médica. El médico familiar adquiere así el compromiso moral de cumplir con deberes y responsabilidades con el individuo sano o enfermo, la familia y la sociedad; con la formación de profesionales de la Medicina Familiar; con el desarrollo del conocimiento propio de esta especialidad, así como con sus colegas y demás profesionales de la atención a la salud, en el marco de un auténtico humanismo.

El presente estudio observa los principios enunciados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) adoptada por la 18ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea de la AMM, Tokio, Japón, Octubre 1975, 35ª Asamblea de la AMM, Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea general de la AMM, Hong Kong, Septiembre 1989, 48ª Asamblea Somerset West, República de la Ciudad África, Octubre 1996, 52ª asamblea de la AMM, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000; 53ª asamblea general de la WMA, Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 29); 55ª asamblea General de la AMM, Tokio, Japón 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Octubre 2008. La cual es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos y establece que el deber del médico es promover y velar por la salud de las personas, y los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

9. RESULTADOS

La investigación se realizó en una población femenina adscrita a la Unidad Médico Familiar No. 6 de 30 a 74 años de edad con incontinencia urinaria. La muestra incluyó a 286 mujeres que cumplieron con los criterios de selección.

La edad promedio de la población fue 59.15 DE 9.77.

CUADRO 1. ESTADÍGRAFO DE LA EDAD

| <i>Edad</i> | |
|----------------------------|-------|
| Media | 59.15 |
| Mediana | 61 |
| Moda | 66 |
| Desviación estándar | 9.77 |
| Rango | 44 |
| Mínimo | 30 |
| Máximo | 74 |
| Cuenta | 286 |

Fuente: Calidad de vida e Incontinencia urinaria. 2018

Referente al estado nutricional, se encontró Sobrepeso con un 39.9% (n= 114) y Obesidad Grado I con 36.1% (n=103), en las mujeres estudiadas.

CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO NUTRICIONAL

| Estado nutricional | n | % |
|--------------------|------------|------------|
| Normal | 29 | 10.1 |
| Sobrepeso | 114 | 39.9 |
| Obesidad Grado I | 103 | 36.1 |
| Obesidad Grado II | 29 | 10.1 |
| Obesidad Grado III | 11 | 3.8 |
| Total | 286 | 100 |

Fuente: Calidad de vida e Incontinencia urinaria. 2018

Abreviaturas: n: muestra

%; porcentaje

En relación a la escolaridad, 29.7% (n=85) de las mujeres estudiadas culminó el bachillerato. El 0.7% (n=2) estudió un posgrado.

CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD

| Escolaridad | n | % |
|--------------|------------|------------|
| Primaria | 78 | 27.3 |
| Secundaria | 79 | 27.6 |
| Bachillerato | 85 | 29.7 |
| Licenciatura | 42 | 14.7 |
| Posgrado | 2 | 0.7 |
| Total | 286 | 100 |

Fuente: Calidad de vida e Incontinencia urinaria. 2018

Abreviaturas: n: muestra

%; porcentaje

Del total de la muestra, el 39.2% (n=112) están pensionadas, seguido de 35% (n=100) que se dedican a labores del hogar. Ninguna participante se encontraba estudiando.

CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN

| Ocupación | n | % |
|----------------------|----------|----------|
| Pensionada | 112 | 39.2 |
| Ama de casa | 100 | 35 |
| Empleada | 40 | 14 |
| Profesionista | 25 | 8.7 |
| Obrera | 9 | 3.1 |
| Estudiante | 0 | 0 |
| Total | 286 | 100 |

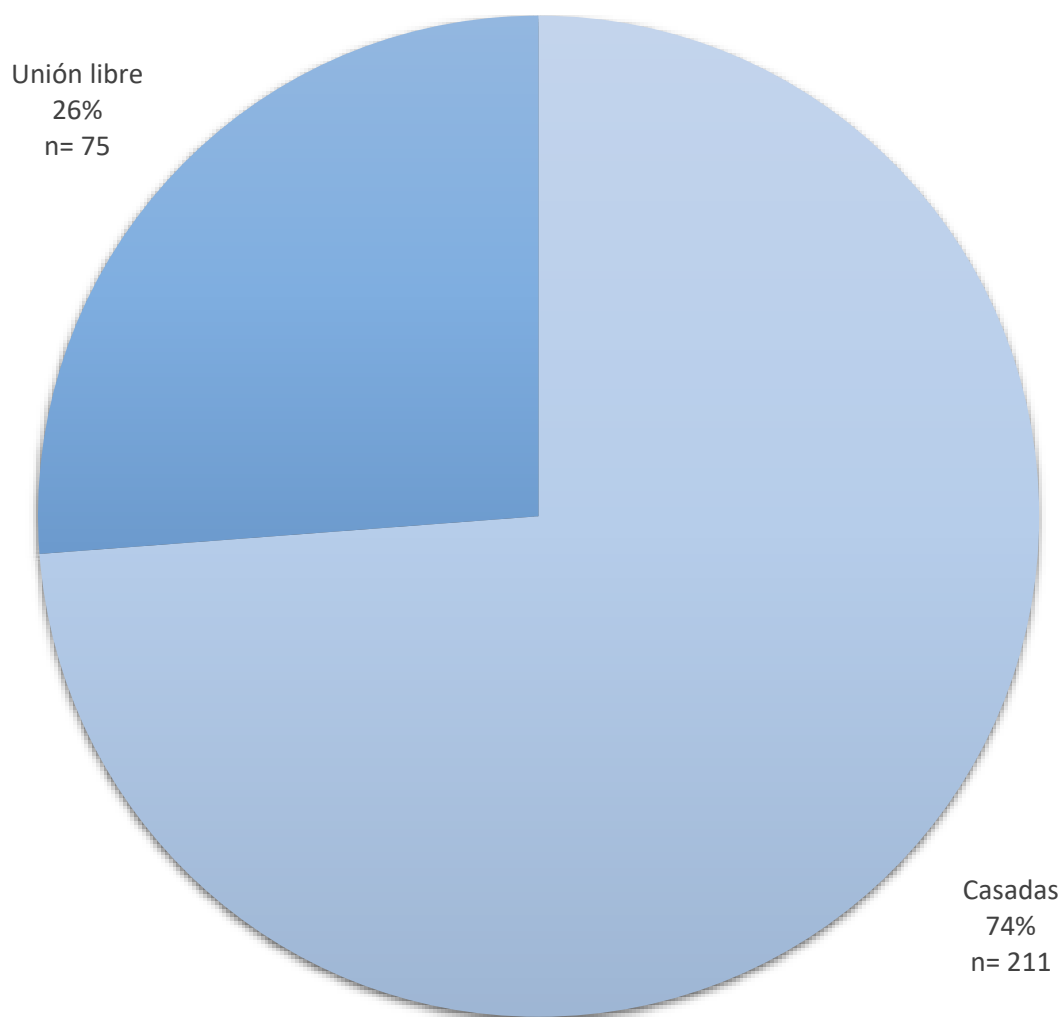
Fuente: Calidad de vida e Incontinencia urinaria. 2018

Abreviaturas: n: muestra

%; porcentaje

En relación al estado civil, las mujeres casadas, representan el 74% (n=211) de la muestra.

GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL



Fuente: Calidad de vida e Incontinencia urinaria. 2018
Abreviaturas: n: muestra
%: porcentaje

De acuerdo a la paridad, se encontró que el 41.3% (n=118) de las participantes procrearon a 3 hijos, y el 30.1% (n=86) a más de 4.

CUADRO 5. DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE HIJOS

| Número de hijos | n | % |
|------------------------|----------|----------|
| 1 | 9 | 3.1 |
| 2 | 73 | 25.5 |
| 3 | 118 | 41.3 |
| >4 | 86 | 30.1 |
| Total | 286 | 100 |

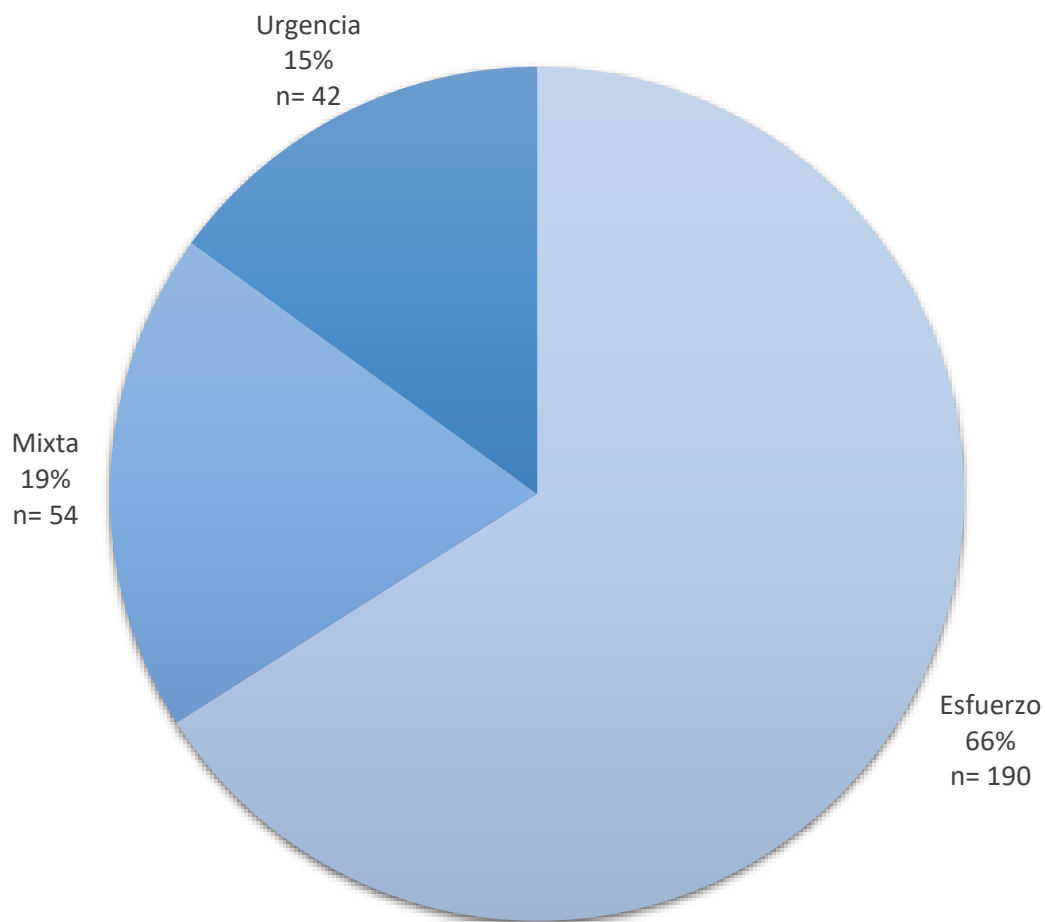
Fuente: Calidad de vida e Incontinencia urinaria. 2018

Abreviaturas: n: muestra

%; porcentaje

La incontinencia de esfuerzo se presentó en 66% (n=190), seguida de la incontinencia urinaria mixta con 19% (n=54).

GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA



Fuente: Calidad de vida e Incontinencia urinaria. 2018

Abreviaturas: n: muestra

#: porcentaje

La media que se registró del tiempo de evolución de incontinencia urinaria en las participantes de la investigación fue de 3.24 años DE 1.71 años. La moda que se encontró fue de 2 años.

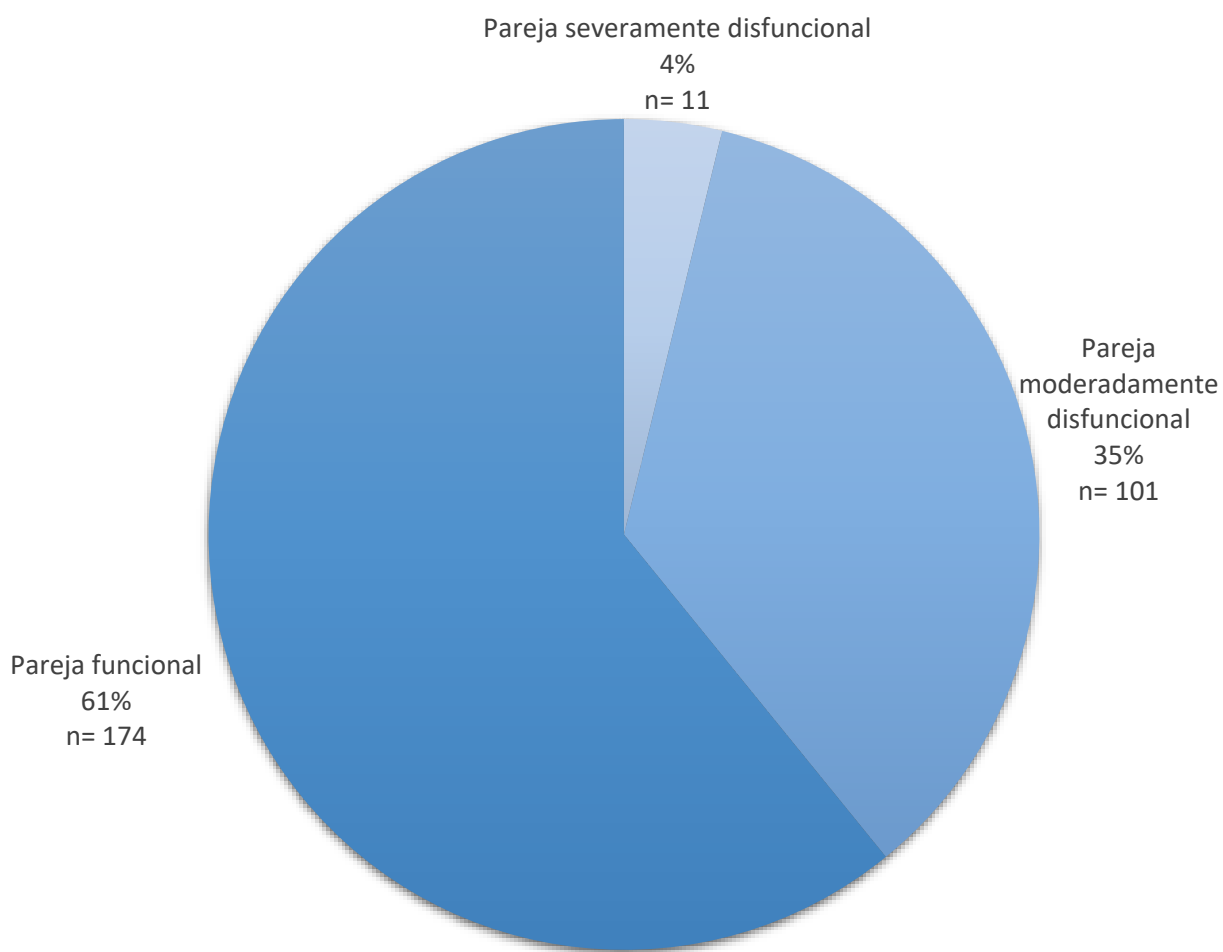
CUADRO 6. ESTADÍGRAFO DE TIEMPO DE EVOLUCIÓN

| <i>Tiempo de evolución</i> | |
|----------------------------|------|
| Media | 3.24 |
| Mediana | 3 |
| Moda | 2 |
| Desviación estándar | 1.71 |
| Rango | 7 |
| Mínimo | 1 |
| Máximo | 8 |
| Cuenta | 286 |

Fuente: Calidad de vida e Incontinencia urinaria. 2018

En cuestión de funcionalidad del subsistema conyugal, la investigación mostró que el 35% (n=101) de las parejas fueron moderadamente disfuncionales, y el 4% (n=11) severamente disfuncionales.

GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN POR FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL



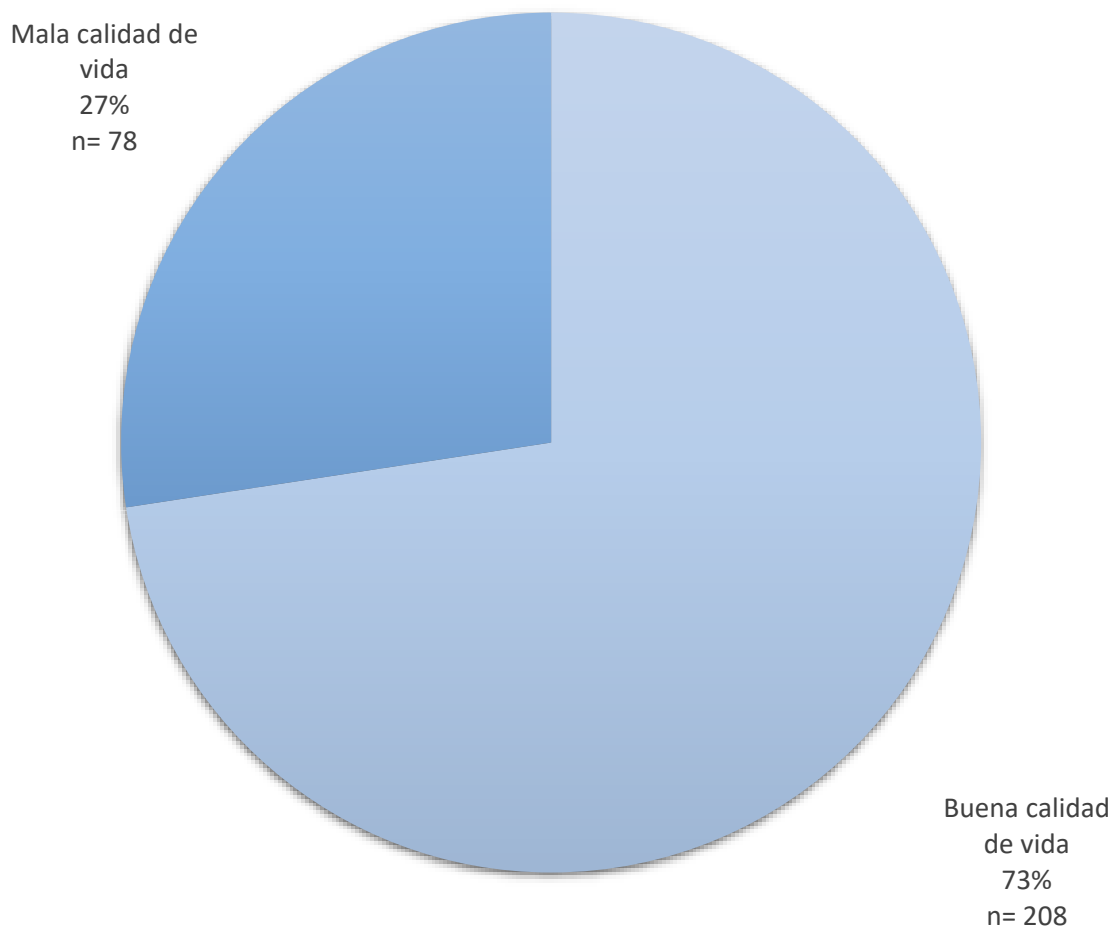
Fuente: Calidad de vida e Incontinencia urinaria. 2018

Abreviaturas: n: muestra

%; porcentaje

Como se puede observar, en calidad de vida, hubo buena calidad de vida en el 73% (n= 208) de las participantes.

GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN POR CALIDAD DE VIDA



Fuente: Calidad de vida e Incontinencia urinaria. 2018
Abreviaturas: n: muestra
%: porcentaje

Respecto a calidad de vida y funcionalidad del subsistema conyugal, se encontró que las participantes con buena calidad de vida y funcionales en la relación de pareja fueron el 70.2% (n= 146), mientras que las participantes con mala calidad de vida y disfunción moderada del subsistema conyugal fueron el 50% (n= 39).

CUADRO 7. DISTRIBUCIÓN POR CALIDAD DE VIDA y FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

| Funcionalidad del Subsistema Conyugal | Calidad de vida | | | | | |
|--|-----------------------|------|----------------------|------|-------|------|
| | Buena calidad de vida | | Mala calidad de vida | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Pareja funcional | 146 | 70.2 | 28 | 35.9 | 174 | 60.9 |
| Pareja moderadamente disfuncional | 62 | 29.8 | 39 | 50 | 101 | 35.3 |
| Pareja severamente disfuncional | 0 | 0 | 11 | 14.1 | 11 | 3.8 |
| Total | 208 | 100 | 78 | 100 | 286 | 100 |

Fuente: Calidad de vida e Incontinencia urinaria. 2018

Abreviaturas: n: muestra

#: porcentaje

En cuestión de la funcionalidad de pareja y el tipo de incontinencia urinaria, en este estudio no se encontró asociación entre estas.

CUADRO 8. FUNCIONALIDAD DE PAREJA Y TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA

| Funcionalidad del Subsistema Conyugal | Tipo de Incontinencia Urinaria | | | |
|--|---------------------------------------|-----|-----|-------|
| | IUE | IUU | IUM | Total |
| Pareja funcional | 8 | 0 | 3 | 11 |
| Pareja moderadamente disfuncional | 67 | 11 | 23 | 101 |
| Pareja severamente disfuncional | 115 | 31 | 28 | 174 |
| Total | 190 | 42 | 54 | 286 |

Fuente: Calidad de vida e Incontinencia urinaria. 2018
 Abreviaturas: IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo
 IUU: Incontinencia urinaria de urgencia
 IUM: Incontinencia urinaria mixta

χ^2 : 5.773^a
 p: 0.217

Al tratar de asociar las variables funcionalidad del Subsistema Conyugal y tipo de incontinencia urinaria mediante la prueba estadística Chi cuadrada, se encontró un valor de 5.773^a y una p no significativa de 0.217, lo que demuestra que no hay relación.

En esta investigación, se encontró que la calidad de vida si está relacionada con el tipo de incontinencia urinaria. Y la incontinencia urinaria mixta es la que menor calidad de vida tiene.

CUADRO 9. TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA

| | Tipo de Incontinencia Urinaria | n | Rango promedio |
|------------------------|--------------------------------|-----|----------------|
| Calidad de vida | IUE | 190 | 150.89 |
| | IUU | 42 | 155.26 |
| | IUM | 54 | 108.35 |
| | Total | 286 | |

Fuente: Calidad de vida e Incontinencia urinaria. 2018
 Abreviaturas: IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo
 IUU: Incontinencia urinaria de urgencia
 IUM: Incontinencia urinaria mixta
 n: muestra

H de Kruskal-Wallis: 20.367
 p: 0.000

Al relacionar calidad de vida y tipo de incontinencia urinaria mediante la prueba estadística H de Kruskal-Wallis, se encontró un valor de 20.367 y una p de 0.000, lo que demuestra que si hay relación significativa. Ya que las medias poblacionales no son iguales, siendo menor la media para incontinencia urinaria mixta, por lo tanto, menor calidad de vida.

10. DISCUSIÓN

En un estudio realizado en Salamanca, España con una muestra de 310 pacientes: hombres y mujeres, entre 2005-2012, con distintos tipos de IU, se evaluó la utilidad de la electromiografía- biofeedback para el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en la IU, 83.6% de los pacientes fueron mujeres con una edad media de 57.3 años, la IUE fue el tipo más frecuente, resultados similares a los encontrados en este estudio y en la estadística internacional. En esta investigación, la edad promedio fue 59.15 años DE ± 9.77 , con 61% de IUE, en una muestra de población femenina exclusivamente. La similitud de los resultados obtenidos puede atribuirse al mestizaje, a las características físicas y las expresiones culturales que comparten ambos países.

Con respecto al estado nutricional, en Bucaramanga, Colombia, se llevó a cabo una investigación en 2012 con una muestra aleatoria de 63 mujeres, para determinar la asociación entre IU y CV en una población con exceso de peso; de las cuales 76% presentaba sobrepeso y 24% obesidad. El 28.6 % presentó IUE, 11.1 % IUM, y ninguna participante presentó IUU. Se concluyó que la CV en las mujeres con exceso de peso evaluadas no se vio significativamente afectada por la IUE o IUU, $p= 0.05$. En este trabajo, se reporta que las mujeres con sobrepeso representan el 39.9% y con obesidad 36.1%, respectivamente; sin embargo, no se evaluó la relación del exceso de peso con la calidad de vida. No obstante, la IUE fue el tipo de incontinencia más frecuente.

En relación a la escolaridad y ocupación, en Irán, se realizó un estudio en 2012 con 313 mujeres menopaúsicas con IU para determinar la relación de la calidad de vida y la búsqueda de atención médica. La media de la edad fue 52.9 años, su nivel educativo en la mayoría fue primaria (55%). Y 68% estaban desempleadas, el resto trabaja en granjas. Lo reportado en este trabajo, contrasta ya que 57.3% de las mujeres estudiadas tuvieron acceso a educación de nivel medio y superior, y el 27.3% terminó la primaria. El 39.2% están pensionadas y 35% son amas de casa, es decir, en ambos estudios la población económicamente activa representó 20-30%, lo que puede atribuirse al promedio de edad de las pacientes, alrededor de la sexta década de la vida. Por otra parte, en el estudio iraní se encontró que la incidencia de IU aumentó a partir de los 50 años, y la IUM se presentó en 48.6%, seguida de IUU en 27.2%. Así mismo, las mujeres con IUM tenían el menor puntaje de calidad de vida, $p < 0.001$. Esto coincide con esta investigación, que concluye que la IUM se relaciona con menor calidad de vida con una $p= 0.000$.

Acercas del estado civil y el número de hijos, el Instituto Urológico Bristol, el Hospital Southmed, Bristol, la Escuela de Psicología y la Universidad Cardiff de Reino Unido realizaron una encuesta de mujeres con IU a través de internet en la que se evaluaron síntomas y el impacto de la IU en las actividades de la vida diaria, calidad de vida y bienestar mental. La encuesta fue completada por 1203 mujeres con IU con una edad promedio de 52.7 años. 62% estaban casadas o vivían con una pareja. En términos de paridad, el 80% de las mujeres eran nulíparas, y menos del 1% tuvieron más de 4 hijos, resultado que se contrapone a lo reportado en este estudio, primero porque al evaluar funcionalidad del subsistema conyugal, un criterio de inclusión consistió en ser

casada o vivir en unión libre, y en segundo lugar, ninguna mujer fue nulípara, por el contrario, 30.1% tuvieron más de 4 hijos. Esta información puede relacionarse directamente con las diferencias socioculturales y los estilos de vida de la población europea en contraste con la latinoamericana.

Referente al tipo de IU más frecuente, en diversos estudios como el realizado en Mallorca, España por Rebassa y cols.; en Salamanca, España por Geanini y cols.; Bucaramanga, Colombia por Carreño y cols.; el realizado en el Hospital Brigham y la escuela de Medicina de Harvard en 2013, en los que evaluaron la prevalencia de IU, reportan a la IUE como la más frecuente con porcentajes que oscilan desde 28-45%, seguido de la IUM, IUU 19.4%, con una $p < 0.05$. Similar a lo reportado en la literatura internacional y la realizada en esta investigación, con IUE 66%, seguida de IUM 19% y de urgencia con 15%, $p=0.000$. Cabe señalar que la prevalencia cambia en la población asiática, que posiciona a la IUU por arriba de la IUM, tanto en estudio iraní realizado por Pakgozar y cols. ya comentado; como el realizado en el Hospital Zeynep Kamil de Turquía y la Universidad de Texas en 2011, en el que según la evaluación clínica y los estudios de urodinámica de 111 pacientes con IU, 53% presentaron IUE, 32% IUU, y 15% IUM. La diferencia de este último puede relacionarse a que la clasificación de la IU se realizó con estudios de urodinámica, la media de edad fue 54.1 años, que si coincide con esta investigación, no obstante, la clasificación se realizó mediante el instrumento para CV.

Hablando de CV, en un estudio realizado en Asturias, España en 2016, con mujeres mayores de 45 años se analizó la prevalencia de IU y su repercusión en CV. El 90% de las mujeres con IU percibieron la afectación de su CV por debajo de 5 en una escala del 0 al 10 y sólo el 10% consultó el problema en Atención Primaria, que tradujo que la IU es muy frecuente, entendida como “algo normal”, afectando levemente la calidad de vida, en dicho estudio se incluyeron únicamente aquellas variables que tuvieron un valor de $p < 0.1$ en el análisis bivariado, y en todos los test estadísticos se consideró un nivel de significación estadística de 0.05. Dicha información refuerza los resultados obtenidos en este estudio, donde de forma global, el 73% de las mujeres percibe una buena calidad de vida, lo que se relaciona directamente con el tiempo de evolución de la IU, media de 3.24 años DE 1.71; y la limitante de esta investigación fue que no se midieron las pérdidas de orina. A pesar de eso, las mujeres que presentaron IUM tuvieron menor calidad de vida, H de Kruskal-Wallis 20.367, $p= 0.000$.

En el mismo estudio, se encontró que la percepción de la afectación de la CV era superior en mujeres con menor nivel de estudios, mientras que en los grupos con niveles secundarios y superiores disminuyó la percepción, encontrando valores de $p= 0.05$, resultados que empatan con este trabajo, en el que 57.3% de las mujeres estudiadas tuvieron acceso a educación de nivel medio y superior, y percibieron buena calidad de vida, $p= 0.000$.

En Cuba, la IU y su relación con la CV han sido estudiadas desde 2014. En una investigación realizada en La Habana, se estudiaron a 168 mujeres en edades entre 40 y 59 años que acudieron con el diagnóstico de IU a la consulta de Suelo pélvico del

Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, de 2007 a 2012, se encontró que las pacientes inicialmente obtuvieron puntajes bajos para CV, entre 22 y 63 puntos el 63,29 %, independientemente del tipo de IU, sin embargo, al menos se encontraban afectadas 3 dimensiones de CV en los grupos de IUE, IUU e IUM, con significación estadística $p=0.000$. Cabe señalar que en IUM y en IU permanente ninguna mujer alcanzó más de 105 puntos, es decir, fueron los tipos de IU con peor calidad de vida. Dichos resultados son consistentes con esta investigación, en la que la IUM tiene menor calidad de vida, H de Kruskal-Wallis 20.367, $p=0.000$ y es que este tipo de IU, representa más pérdidas de orina, al desencadenarse tanto por un esfuerzo como por urgencia de orinar, e interfiere con mayor número de actividades básicas de la vida diaria.

En este mismo país, en 2018, se analizaron los efectos de la IU en la CV de las mujeres climatéricas y encontró que la sintomatología que presentan es variada, resaltando la esfera social y particularmente el aislamiento social, que está asociado a una percepción de que esta sintomatología forma parte del envejecimiento. Si bien, una gran mayoría de las mujeres de este estudio están en climaterio, estos efectos se podrían correlacionar con su funcionalidad no solo de pareja sino también familiar.

En la encuesta realizada por el Instituto Urológico Bristol, el Hospital Southmed, Bristol, la Escuela de Psicología y la Universidad Cardiff en Reino Unido anteriormente citada, se encontraron correlaciones notables entre la gravedad de la IU y las limitaciones en la vida social, la capacidad de visitar amigos y el impacto de la vida familiar ($p \geq 0.40$). Sin embargo, para el impacto en la vida familiar, la relación con la gravedad de la IU fue similar tanto para IU grave, media o leve. Lo anterior, coincide con los resultados de este estudio que muestran que no hay relación entre incontinencia urinaria y funcionalidad del subsistema conyugal con una Chi cuadrada de 5.773^a y $p=0.217$.

Como limitantes en este estudio, se encontró que en las pacientes estudiadas no se estimaron las pérdidas de orina, lo que pudo afectar su evaluación de la calidad de vida, es decir, la afectación en actividades diarias, esfera social, familiar, o autonomía no es la misma en escapes de orina mínimos (goteo) a pérdidas que condicionen uso de pañal.

11. CONCLUSIONES

Bajo las condiciones del estudio se puede concluir lo siguiente:

Se determinaron las características sociodemográficas, se encontró una edad promedio de 59.15 años DE \pm 9.77.

En la valoración del estado nutricional predominó el Sobrepeso y la Obesidad Grado I en tres cuartos de la población estudiada.

Referente a la escolaridad, 3 de 10 mujeres estudiaron el bachillerato. No hubo diferencia significativa entre los niveles de estudio primaria y secundaria.

De acuerdo a la ocupación, un tercio de las mujeres son pensionadas, y otro tercio amas de casa.

Con base al estado civil 7 de 10 mujeres están casadas.

La incontinencia urinaria de esfuerzo es el tipo más predominante, en 6 de 10 mujeres.

Resultaron funcionales dos tercios de las mujeres estudiadas.

En relación a calidad de vida, 7 de 10 mujeres tienen una buena calidad de vida.

Los resultados de este estudio muestran que la incontinencia urinaria mixta si afecta negativamente la calidad de vida, sin embargo, la funcionalidad del subsistema conyugal no tiene relación con la incontinencia urinaria. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

12. PROPUESTAS

- Promover la educación en salud por parte de los pasantes de servicio social de Medicina y Enfermería de la U.M.F. No. 6 para difundir el tema de incontinencia urinaria mediante mantas, folletos, y pláticas a la población derechohabiente semestralmente.
- Capacitación del personal médico de la U.M.F. No. 6 a través de cursos en línea, cursos presenciales en el servicio de Ginecología y Obstetricia anualmente sobre incontinencia urinaria, diagnóstico y tratamiento.
- Identificación oportuna de la sintomatología urinaria en mujeres con factores de riesgo para incontinencia urinaria y con incontinencia urinaria mediante el cuestionario King's Health Questionnaire por parte de los médicos familiares de la U.M.F. No. 6.
- Fortalecer la referencia y diagnóstico oportuno de mujeres con incontinencia urinaria en los primeros 6 meses tras el diagnóstico en la consulta externa de Medicina Familiar de U.M.F. No. 6 a los servicios de Ginecología y Obstetricia.
- Promover y favorecer estilos de vida saludables en mujeres con incontinencia urinaria con sobrepeso u obesidad a fin de que sean candidatas a tratamiento quirúrgico oportunamente, con la intervención del servicio de Nutrición y Dietética.
- Evaluar depresión mediante el inventario de depresión de Beck en las mujeres con incontinencia urinaria con mala calidad de vida en el servicio de consulta externa de Medicina Familiar con el propósito de mejorar la calidad de vida.
- Como segunda línea de investigación y extensión a este trabajo asociar la polifarmacia con incontinencia urinaria en población geriátrica. Ya que este grupo etario fue predominante en este estudio, y sería importante relacionar qué fármacos podrían condicionar incontinencia en esta población.

13. 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: | | "FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA" | |
| Patrocinador externo (si aplica): | | No aplica | |
| Lugar y fecha: | | Puebla, Puebla. Mayo del 2018. | |
| Número de registro: | | R-2018-2104-037 | |
| Justificación y objetivo del estudio: | | Los escapes involuntarios de orina afectan a muchas mujeres, es una enfermedad que pasa desapercibida por vergüenza o falta de información a pesar de que no les permite llevar una vida normal, altera su sueño, afecta su estado de ánimo y la imagen que tienen de sí misma, por lo que es importante conocer cómo afecta esta enfermedad a su vida y a su relación de pareja. El objetivo de este estudio es conocer de qué manera la salida de orina puede llegar a limitar sus actividades diarias, su trabajo, su descanso, su estado de ánimo y como se lleva con su pareja. | |
| Procedimientos: | | Primero usted llenará una hoja con datos personales como su edad, hasta qué grado estudió, cuántos hijos tiene, su estado civil, entre otros. Después contestará dos cuestionarios: El primero nos servirá para ver si los escapes de orina afectan como se comunica y convive con su esposo o pareja. El segundo nos servirá para medir cómo está su salud, como se ven afectadas sus actividades, sus emociones y su higiene personal por ésta enfermedad. | |
| Posibles riesgos y molestias: | | Puede llegar a sentirse incomoda o molestarle porque se le pregunten cosas de su vida, si eso sucediera nos lo puede decir para que le ayudemos a tomar la mejor decisión. | |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | | Usted probablemente entienda de mejor manera si su enfermedad está afectando su relación de pareja y podrá saber que tanto le está afectando la enfermedad su vida diaria. | |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | | Los resultados de la investigación se darán a conocer de manera privada y confidencial, únicamente a usted. En caso necesario se le enviará a los servicios de la clínica como puede ser trabajo social, psicología o ginecología o urología. | |
| Participación o retiro: | | Puede retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto. | |
| Privacidad y confidencialidad: | | Los datos que nos dé serán respetados y usados siempre con privacidad. Toda información otorgada será de carácter confidencial y solamente utilizada para este estudio según las pautas éticas internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos y los citados en los artículos 100 en los incisos I al VII y en el artículo 101 de la Ley General de Salud. | |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): | | En la unidad contamos con servicios como trabajo social, psicología que pueden apoyarlo para su tratamiento. Si lo necesitara, será enviado a otros servicios como ginecología o urología. | |
| Beneficios al término del estudio: | | Usted podrá saber si la salida de orina le esta causando afectacion en su relacion de pareja y en su vida diaria y recibir la ayudadisponible en su UMF. | |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: | | | |
| Investigador Responsable: | | DRA. CHRISTIAN MARÍA VICTORIA VIDAL DAJUI. MATRÍCULA 98229877. TEL 2223232755 | |
| Colaboradores: | | DR. ARMANDO PÉREZ ROSETE. MATRÍCULA 12163996. TEL 2225247728. CORREO: roseteor72@hotmail.com DRA. YENNI ESPINOSA GÓMEZ. MATRÍCULA 98225272. TEL 2224485685; | |
| En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx | | | |
| _____ Nombre y firma del sujeto | | _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento | |
| _____ Testigo 1 | | DRA. CHRISTIAN MARÍA VICTORIA VIDAL DAJUI. MATRÍCULA 98229877. TEL 2223232755 Testigo 2 | |
| _____ Nombre, dirección, relación y firma | | _____ Nombre, dirección, relación y firma | |
| | | CHRISTIAN MARÍA VICTORIA VIDAL DAJUI. MATRÍCULA 98229877. TEL 2223232755 | |
| 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

NOMBRE:

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:

EDAD:

PESO:

TALLA:

ESCOLARIDAD: (Por favor marque con una X)

- Primaria
- Secundaria
- Bachillerato
- Licenciatura
- Posgrado

OCUPACIÓN: (Por favor marque con una X)

- Estudiante
- Empleada
- Obrera
- Ama de casa
- Profesionista
- Pensionada
- Jubilada

ESTADO CIVIL:

- Casada
- Unión libre

NÚMERO DE HIJOS:

- 1
- 2
- 3
- Más de 4

TIEMPO DE EVOLUCIÓN:

ANEXO 3.

**VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO
KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE 1993**

Por favor, marque una respuesta.

1. ¿Cómo describiría actualmente su estado de salud?

- | | | |
|-----------|--------------------------|---|
| Muy bueno | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Bueno | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Regular | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Malo | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Muy malo | <input type="checkbox"/> | 5 |

2. ¿Hasta qué punto usted piensa que sus problemas urinarios afectan su vida?

- | | | |
|---------------|--------------------------|---|
| En absoluto | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Un poco | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Moderadamente | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Mucho | <input type="checkbox"/> | 4 |

Por favor, pase a la siguiente página.

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 todas las preguntas. Marque con una X el cuadro que corresponda a su caso.

3. LIMITACIONES EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS

| | No, en absoluto | Un poco | Moderadamente | Mucho |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. ¿Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domésticas?(ejem. limpiar, hacer las compras, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. ¿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"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

4. LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. ¿Sus problemas urinarios afectan sus actividades físicas (ej. Ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasio, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. ¿Sus problemas urinarios afectan su capacidad para viajar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. ¿Sus problemas urinarios limitan su vida social? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. ¿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"/> |

5. RELACIONES PERSONALES

| | No procede | No, en absoluto | Un poco | Moderadamente | Mucho |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. ¿Sus problemas urinarios afectan a su relación con su pareja? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida sexual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida familiar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

6. EMOCIONES

| | No, en absoluto | Un poco | Moderadamente | Mucho |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse deprimida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse angustiada o nerviosa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse mal consigo misma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. SUEÑO/ENERGÍA

| | Nunca | A veces | A menudo | Siempre |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. ¿Sus problemas urinarios afectan a su sueño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse agotada o cansada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. ¿Lleva compresas para sentirse seca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. ¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. ¿Se cambia la ropa interior cuando está mojada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. ¿Está preocupada por si huele? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

PARTE 3.

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Se siente incómoda con los demás por sus problemas urinarios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 0 | 1 | 2 | 3 |

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

¿Hasta qué punto le afectan?

Para contestar marque con una X.

| | Un poco | Moderadamente | Mucho |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| FRECUENCIA: ir al baño muy a menudo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.NICTURIA: levantarse en la noche para orinar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.URGENCIA: un fuerte deseo de orinar difícil de controlar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.INCONTINENCIA POR URGENCIA: escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.INCONTINENCIA POR ESFUERZO: escape de orina por actividad física, ejemplo toser, estornudar, correr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.ENURESIS NOCTURNA: mojar la cama durante la noche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.INCONTINENCIA EN EL ACTO SEXUAL: escape de orina durante el acto sexual (coito) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.INFECCIONES RECURRENTE EN LAS VÍAS URINARIAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.DOLOR EN LA VEJIGA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.Dificultad al ORINAR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.OTRO PROBLEMA URINARIO (ESPECIFIQUE:) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| USO INTERNO | 1 | 2 | 3 |

GRACIAS, AHORA COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS.

PARA CALCULAR EL PUNTAJE

PARTE 1.

1. Percepción del estado de salud general

| | |
|-----------|---|
| Muy bueno | 1 |
| Bueno | 2 |
| Regular | 3 |
| Malo | 4 |
| Muy malo | 5 |

$$\text{Puntaje} = ((\text{Puntaje Pregunta 1} - 1)/4) \times 100$$

2. Afectación de los problemas urinarios

| | |
|---------------|---|
| En absoluto | 1 |
| Un poco | 2 |
| Moderadamente | 3 |
| Mucho | 4 |

$$\text{Puntaje} = ((\text{Puntaje Pregunta 2} - 1)/3) \times 100$$

PARTE 2.

3. Limitaciones en sus actividades diarias

$$\text{Puntaje} = (((\text{Puntaje Preguntas 3A} + \text{3B}) - 2)/6) \times 100$$

4. Limitaciones físicas

$$\text{Puntaje} = (((\text{Puntaje Preguntas 4A} + \text{4B}) - 2)/6) \times 100$$

5. Limitaciones sociales

$$\text{SI } 5C \text{ es } \geq 1: \text{Puntaje} = (((\text{Puntaje Preguntas 4C} + \text{4D} + \text{5C}) - 3)/9) \times 100$$

$$\text{SI } 5C \text{ es } = 0: \text{Puntaje} = (((\text{Puntaje Preguntas 4C} + \text{4D}) - 2)/6) \times 100$$

6. Relaciones personales

$$\text{SI } 5A + 5B \text{ es } \geq 2: \text{Puntaje} = (((\text{Puntaje Preguntas 5A} + \text{5B}) - 2)/6) \times 100$$

SI 5A + 5B = 1: Puntaje= (((Puntaje Preguntas 5A + 5B) – 1)/3) x 100
SI 5A + 5B = 0: Se toma como valor perdido

7. Emociones

Puntaje= (((Puntaje Preguntas 6A + 6B + 6C) – 3)/9) x 100

8. Sueño/ Energía

Puntaje= (((Puntaje Preguntas 7A + 7B) – 2)/6) x 100

9. Impacto de la IU

Puntaje= (((Puntaje Preguntas 8A + 8B + 8C + 8D) – 4)/12) x 100

PUNTAJE GLOBAL

Suma de todas las dimensiones entre el número de dimensiones.

| PUNTAJE | INTERPRETACIÓN |
|---------|-----------------------|
| 0-50 | Buena calidad de vida |
| 51-100 | Mala calidad de vida |

PUNTAJE POR DIMENSIÓN

Lo obtenido en cada dimensión.

| PUNTAJE | INTERPRETACIÓN |
|---------|-----------------------|
| 0-50 | Buena calidad de vida |
| 51-100 | Mala calidad de vida |

ANEXO 4.

| ESCALA DE EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL | | | |
|---|--------------|------------------|----------------|
| ESCALA EVALUATIVA | | | |
| FUNCIONES | NUNCA | OCASIONAL | SIEMPRE |
| 1) COMUNICACION | | | |
| 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 |
| 2) ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES | | | |
| 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 |
| 3) SATISFACCIÓN SEXUAL | | | |
| a) Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales | 0 | 5 | 10 |
| b) Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual | 0 | 5 | 10 |
| 4) AFECTO | | | |
| 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 |
| 5) TOMA DE DECISIONES | | | |
| a) Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente | 0 | 10 | 15 |

CALIFICACIÓN:

0-40 PUNTOS: PAREJA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL

41-70 PUNTOS: PAREJA CON DISFUNCIÓN MODERADA

71-100 PUNTOS: PAREJA FUNCIONAL

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castaño BJ. Desarrollo de la urología funcional. *Urol Colomb* 2015;24:1-2.
2. Geanini YA, Fernández CM, Nieto BJ, et al. EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. *Rehabilitación* 2014;48:17-24.
3. Martínez TJ, García DJ, Rodríguez AD. Incontinencia urinaria en pacientes atendidos en consulta con disfunciones del suelo pélvico. Prevalencia y factores de riesgo. *Rev Cub Med Fís y Reh* 2016;8:1-12.
4. Ros C, Espuña PM, Ortega JA, et al. La incontinencia urinaria en consultas de ginecología. ¿Todas las mujeres con síntomas deben tratarse?. *Actas Urol Esp* 2015;39:628-634.
5. García AE, Pinto GM, Laguna SJ. Incontinencia urinaria: frecuencia y factores asociados. *Fisioterapia* 2015;37:145-154.
6. Castañeda BI, Martínez TJ, García DJ, et al. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria. Revisión bibliográfica. *Rev Cub Med Fís y Reh*. 2016;8:88-98.
7. Rebassa M, Taltavull JM, Gutiérrez C, et al. Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida. *Actas Urol Esp* 2013;37:354-361.
8. Rodríguez A, Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. *Rev Cub Gin y Obs* 2014;40:119-135.
9. González RC, Pérez HM, Jalón MA, et al. Actualización en Incontinencia Urinaria femenina. *Semergen* 2017;43:578-584.
10. Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, et al. Guía clínica de la asociación europea de urología sobre la evaluación y el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp* 2013;37:199-213.
11. Gavira PA, Walker CC, Rodríguez RN, et al. Prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria en mujeres que consultan por dolor lumbopélvico: estudio multicéntrico. *Aten Primaria* 2014;46:100-108.
12. Mestre M, Lleberia J, Pubill J, et al. Los cuestionarios en la evaluación de la actividad y función sexual en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos. *Actas Urol Esp* 2015;39:175-182.
13. López OJ, Diferencias en disfunciones sexuales y depresión entre mujeres premenopáusicas (de 40-50 años) y mujeres posmenopáusicas (de 50-60 años). Estudio prospectivo de un año. *Clin Invest Gin Obst* 2016;43:50-57.

14. Emmons RK, Robinson PJ, Urinary incontinence severity and quality-of-life instruments. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 2013;40:350-354.
15. Rodríguez AE, Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. *Rev Cub Gin y Obs* 2014;40:119-135.
16. Nevares I, Funcionalidad del subsistema conyugal y calidad de vida en mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria Unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS Toluca México de 2011 a 2012. Tesis para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar. Universidad Autónoma del Estado de México 2013;26-29.
17. Ramon ME, Borges SR, Cuestionarios de calidad de vida en las mujeres con disfunción del suelo pélvico. *Rev Cub Gin y Obs* 2016;42:372-385.
18. Carreño LM, Angarita A, Pinto AL, et al. Calidad de vida relacionada con salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso de Bucaramanga, Colombia. *Rev Cienc Salud* 2015;13:63-76.
19. Angulo CJ, Brenes JF, Lizarraga I, et al. Impacto de número de episodios diarios de incontinencia de urgencia en los resultados descritos por el paciente con vejiga hiperactiva. *Act Uro Esp* 2016;40:173-182.
20. Pereira H, Menezes J. Impact of urinary incontinence on sexual quality of life in Portuguese adults. *International Journal of Urological Nursing* 2014;8:97-105
21. Suárez SC, Medrano SE, Díaz ME, et al. Afectación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. *Fisioterapia* 2013;35:18-23.
22. Tang D, Colayco D, Khalaf K, et al. Impact of urinary incontinence on healthcare resource utilization, health-related quality of life and productivity in patients with overactive bladder. *BJU International* 2014;113:484-491.
23. Minassian AV, Devore E, Hagan K, et al. Severity of urinary incontinence and effect on quality of life in women by incontinence type. *Obstetrics & Gynecology* 2013;121:1083-1090.
24. Resit AM, Selcuk S, Cam C, et al. Effects of urinary incontinence subtypes on women's quality of life (including sexual life) and psychosocial state. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2014;176:187-190.
25. Abrams P, Smith PA, Cotterill N. The impact of urinary incontinence on health-related quality of life (HRQoL) in a real-world population of women aged 45–60 years: results from a survey in France, Germany, the UK and the USA. *BJU Int* 2015;115:143–152.

26. Taskin YF, Karakoc KA, Demirel G, et al. The effect of urinary incontinence on sexual quality of life in women with chronic physical diseases. *Sex Disabil* 2016;34:403- 415.
27. Cheng CS, Beth YS, Bang PJ. Association of urinary incontinence and sexual function in women. *International Journal of Urology* 2015;22:109–113.
28. Leanza V, Passasini A, Leanza G. Urinary incontinence: quality of life and psychological aspects. *Urogynaecology* 2013;27:6-8.
29. Marinilli PA, Leslee LS, Sanae N, et al. The effect of weight loss on changes in health-related quality of life among overweight and obese women with urinary incontinence. *Qual Life Res* 2012;21:1685-1694.
30. Pakgohar M, Sabetghadam S, Vasegh RS, et al. Quality of life (QoL) and help-seeking in postmenopausal women with urinary incontinence (UI): A population based study. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2014;59:403–407.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 2104 con número de registro 17 CI 21 114 137 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 21 CEI 005 2017102.
U MED FAMILIAR NUM 6

FECHA Lunes, 17 de septiembre de 2018.

**M.E. ARMANDO PEREZ ROSETE
P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es A U T O R I Z A D O, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-2104-037

ATENTAMENTE


DR. JOSE DOMINGUEZ NARANJOS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2104

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 6
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
 DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



PUEBLA, PUEBLA, DE AGOSTO DE 2019

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES:

DR. ARMANDO PÉREZ ROSETE

DRA. YENNI ESPINOSA GÓMEZ

DE LA TESIS TITULADA:

“FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA”

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE:

DRA. CHRISTIAN MARÍA VICTORIA VIDAL DAJUI

DE LA ESPECIALIDAD DE **MEDICINA FAMILIAR**

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTÍFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO EN EL SIRELCS CON NUMERO DE REGISTRO NACIONAL: R-2018-2104-037

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN

Dr. Armando Pérez Rosete
 MEDICO FAMILIAR
 MAT. 1 2 1 6 3 9 9 6
 IMSS CEN. PUEB. 2530054

DR. ARMANDO PÉREZ ROSETE

Dra. Yenni Espinosa
 Gómez
 Mat 98225672

DRA. YENNI ESPINOSA GÓMEZ

DR. JOSÉ DAVID LOPEZ BORBOLLA
 PRESIDENTE DEL CLIS 2104

DR. EDUARDO VÁZQUEZ CRUZ
 SECRETARIO DEL CLIS 2104