



UNIVERSIDAD DE JAÉN

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD**
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL

**LA INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES
DE JAÉN, ESTUDIO DE PREVALENCIA E
IMPACTO EN SU CALIDAD DE VIDA**

**PRESENTADA POR:
CARMEN CRUZ LENDÍNEZ**

**DIRIGIDA POR:
DR. D. MANUEL LINARES ABAD
DR. D. ALFONSO J. CRUZ LENDÍNEZ
DRA. D^a. MARÍA JOSÉ CALERO GARCÍA**

JAÉN, 4 DE FEBRERO DE 2016

ISBN 978-84-9159-046-0

A mis hermanos: Ana, Alfonso, Francisco Javier y Juan Miguel.

Agradecimientos

En primer lugar quisiera agradecer a mis padres Juan y Ana, su cariño y su confianza... siempre.

A mis directores de tesis, por estar siempre disponibles, ayudándome y enseñándome todo cuanto he necesitado para el desarrollo de este trabajo.

A los enfermeros de los centros de salud que han colaborado en la investigación, gracias.

A mis compañeras, Paqui y Antonia que me han animado y sufrido desde el comienzo de este trabajo.

Un agradecimiento muy especial merece mi marido Javi, sin su apoyo incondicional nada hubiera sido posible. Y, por supuesto, a mis hijas Irene y Silvia.

ÍNDICE

CAPÍTULO PRIMERO. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.

I. INTRODUCCIÓN	9
I.1. MUJERES Y SALUD.....	11
I.2. SALUD Y CALIDAD DE VIDA.....	16
II. INCONTINENCIA URINARIA EN LAS MUJERES	26
II.1. FISIOLÓGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA.	26
II.2. FACTORES DE RIESGO.....	33
II.3. CLASIFICACIÓN DE LA IU SEGÚN LA NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA).....	35
II.4. SÍNDROMES QUE PUEDEN ESTAR RELACIONADOS CON LA IU.	40
II.5. PROCESO ENFERMERO EN LA INCONTINENCIA URINARIA.....	41
II.6. TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER.	59
III. SITUACIÓN ACTUAL DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA IU EN JAÉN.	70
III.1. ATENCIÓN PRIMARIA	70
III.2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA.	70
IV. ESTADO DE LA CUESTIÓN.	72
V. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	79
CAPITULO SEGUNDO. MARCO EMPÍRICO	
VI. HIPÓTESIS PLANTEADA.	81
VII. OBJETIVOS.	81
VIII. METODOLOGÍA	82
VIII.1. TIPO DE ESTUDIO	82
VIII.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	82
VIII.3. INSTRUMENTOS PARA LA RECOGIDA DE LOS DATOS	82
VIII.4. SUJETOS DE ESTUDIO.....	84
VIII.5. VARIABLES.	85

VIII.6. TIPO DE ANÁLISIS.....	87
IX. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.	88
X. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	88
CAPÍTULO TERCERO. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	
XI. RESULTADOS.	89
XI.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	89
XI.2. RESULTADOS POR OBJETIVOS.....	92
XI.3. CORRELACIONES.....	110
XI.4. ANÁLISIS INFERENCIAL.....	116
XI.5. ANÁLISIS DE REGRESIÓN.....	124
CAPITULO CUARTO. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	
XII. DISCUSIÓN.	128
XIII. CONCLUSIONES.	134
XIII.1. APORTACIONES PARA LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN Y NUEVAS INVESTIGACIONES.	136
BIBLIOGRAFIA.....	139
ÍNDICES DE FIGURAS, GRÁFICOS Y TABLAS.....	151
FIGURAS	151
GRÁFICOS	152
TABLAS	153
ANEXOS	
ANEXO I CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA (ICIQ-IU-SF).....	155
ANEXO II INSTRUMENTO PARA LA CALIDAD DE VIDA CON INCONTINENCIA (I-QOL).....	156
ANEXO III CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.	157
ANEXO IV CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE.	160
ANEXO V TABLAS DEL MODELO DE REGRESIÓN LINEAL.....	161

CAPÍTULO PRIMERO. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.

I. INTRODUCCIÓN

La International Continent Society (ICS) define la incontinencia urinaria (IU) como «la pérdida involuntaria de orina que se puede demostrar de forma objetiva y que ocasiona un problema social y de higiene». (Abrams et al. 2002a).

La IU es un grave problema en nuestra sociedad por su frecuencia, repercusión y magnitud. Es una situación de salud que afecta, en mayor o menor grado, a alrededor de 100 millones de personas en el mundo (Gerber y Brendler, 2007). De ellos el 50% vive en asilos de ancianos y entre el 15 y el 30% son mujeres mayores de 65 años. Se gastan entre 12 y 15 millones de dólares al año por este problema (González Carmona et al. 2013). En España se estima un gasto de 262 euros anuales por sujeto con sintomatología urinaria (Martínez Agulló et al. 2010). Suele ser más frecuente en ancianos y mujeres, de dos a cuatro veces, (Robles, 2006), pero afecta a todos los grupos de población, edades y sexos. Uno de los síntomas geriátricos más frecuentes es la incontinencia urinaria, constituyendo un importante problema sanitario entre los ancianos (Morilla Herrera et al. 2007). El envejecimiento en sí mismo no es causa de incontinencia urinaria (Rodríguez Rivera, 2005), pero sí determinante de una serie de cambios anatómicos y funcionales que pueden influir, en mayor o menor medida conjuntamente con patologías asociadas, en el control de la continencia.

La IU tiene graves repercusiones sociales y psicológicas, deteriora la calidad de vida, limita la autonomía personal, predispone para una mayor morbilidad y mortalidad y provoca un enorme gasto en el presupuesto sanitario.

En medicina la incontinencia urinaria es un síntoma que se asocia a muchas patologías y para la enfermería es un diagnóstico enfermero, pues constituye una respuesta humana que pone de manifiesto una alteración en la necesidad de eliminación. Esto lleva asociados problemas higiénicos y sociales que contribuyen a deteriorar la calidad

de vida del individuo, con influencia en el entorno familiar o de relación, en el grado de independencia, y abocando a una situación de aislamiento por la sensación de vergüenza, con pérdida de la autoestima e incremento de la dependencia de terceras personas. (Morilla Herrera et al. 2007)

Las consecuencias y complicaciones de esta enfermedad, si no se tratan adecuadamente, deterioran significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce la autoestima, incluyendo aislamiento social y depresión.

La IU aparece alrededor de los 40 años y se acentúa de forma paulatina con la edad (Nieto Blanco et al. 2004) y (Espuña Pons, 2003). Se asocia con el climaterio, con determinadas enfermedades y con otros factores de riesgo, como número de partos vaginales, estreñimiento, cirugía pélvica, obesidad, tipo e intensidad de ejercicio practicado y ciertos fármacos.

En los últimos años se han añadido encuestas de calidad de vida junto con la evaluación clínica y la exploración física, pretendiendo reflejar el impacto que tiene la incontinencia en la percepción de salud de las personas. Estos sistemas de medida de calidad de vida son recomendados hoy en día para una correcta evaluación, no sólo diagnóstica, sino también para valorar los resultados de los tratamientos. (Guillén de Castillo et al. 2008).

El tratamiento puede ayudar a mejorar o eliminar los síntomas de muchos pacientes, lo que lleva a una mejor calidad de vida y una mejoría del estado funcional.

Muchas mujeres consideran el problema como un hecho inevitable, propio de la edad o, como una cuestión de la esfera privada, lo que hace que no demanden atención sanitaria por este motivo, permaneciendo como una dolencia oculta. (Gavira et al. 2001)

Uno de los principales problemas asociados a la IU es que solamente entre el 25% y el 50% de las personas afectadas buscan ayuda profesional, y menos del 10% lo consulta a su enfermera (Minassian et al. 2012). Un alto porcentaje de mujeres que la padecen

no consulta el problema a su médico (Harward et al. 2004), los médicos no preguntan de forma sistemática a la mujer y las afectadas viven este problema de forma íntima, como algo vergonzante.

La problemática asociada a la IU se podría resumir en un escaso reconocimiento de esta enfermedad como problema; una falta de concienciación por parte de la mujer en cuanto a las soluciones existentes y una insuficiente implicación de los profesionales de la salud en su detección.

I.1. MUJERES Y SALUD.

A partir de la década de los 70 la definición de salud de la mujer ha ido evolucionando desde un concepto basado en el modelo biomédico y centrada fundamentalmente en la salud reproductiva, hasta definiciones más actuales que tratan de abarcar todo el ciclo vital de la mujer.

Suele aceptarse en la actualidad como marco de referencia la definición propuesta en 1994 por la *National Academy on Women's Health Medical Education* de Estados Unidos (NAWHIME,1996), que establece que el concepto de "Salud de la Mujer" comprende tanto la preservación del bienestar como la prevención de la enfermedad de la mujer, lo que incluye el estudio, el diagnóstico y el manejo de las condiciones que son específicas y más importante en la mujer y tienen manifestaciones, factores de riesgo o intervenciones que son diferentes para las mujeres.

Esta definición de Mujer y Salud apuesta por un enfoque multidisciplinar, que reconozca, no solo las necesidades diferenciales de las mujeres a lo largo de su ciclo vital, sino las diferencias interindividuales entre las mujeres relacionadas con aspectos tales como raza/etnia, cultura, niveles de educación, preferencias sexuales, acceso a los cuidados de salud, etc. (Sánchez López, 2003).

“Mujeres y hombres afrontan muchos problemas de salud semejantes, pero las diferencias son de tal magnitud que la salud de las mujeres merece que se le preste una atención particular”. (OMS, 2009).

Las diferencias orgánicas, tanto morfológicas como de funcionamiento, que existen entre mujeres y hombres producen variaciones en el estado de salud y en el modo de enfermar y morir de unas y otros. La mayoría de los problemas que afectan a la salud de las mujeres no se han estudiado suficientemente, dando lugar a desigualdades en la salud con graves consecuencias para las mujeres.

Los resultados de estudios de investigación realizados fundamentalmente con población masculina se han aplicado a las mujeres, ya que se ha asumido desde las ciencias biomédicas, durante mucho tiempo, que entre mujeres y hombres no hay diferencias desde el punto de vista biológico, con excepción de sus sistemas reproductivos, cuando lo que hay son similitudes.

Incorporar la visión de género para tratar los problemas de salud necesita tener en cuenta las diferencias que se dan entre hombre y mujer en el ámbito social, pues esto condiciona el comportamiento, la escala de valores, las actitudes, la división por sexos del trabajo, el desequilibrio en el ejercicio del poder y el acceso a los recursos.

La incorporación de la perspectiva de género en estudios de determinantes sociales de la salud, por lo general, ha tomado como muestra solamente a mujeres. Sin embargo el género y el sexo determinan también la salud de los varones (Courtenay, 2000) y (Doyal, 2001). Los hombres deben demostrar su superioridad física y exponerse a sufrir riesgos en la salud para justificar el sistema de patriarcado, consistente en la dominación sobre la mujer.

La población masculina suele educarse para demostrar fuerza y salud. Esto implica que nunca debe mostrar las flaquezas o debilidades. Esta idea es parte de la formación de la masculinidad, es decir, del concepto de género masculino. Es por esto que para describir e investigar sobre las diferencias (teniendo en cuenta el sexo) y las

desigualdades (teniendo en cuenta el género) en el ámbito de la salud, debe darse la misma importancia tanto al sexo femenino como al masculino; realizando analíticas separadas por sexo siempre que sea factible. Así se podrá ver el género como un concepto con múltiples dimensiones. (Borrel y Artazcoz, 2008).

Sería un error realizar un análisis conjunto de mujeres y hombres, pues esto implicaría tener en cuenta esta variable como un factor que puede confundir, dado que no se tendría en cuenta la posibilidad de que exista interacción. (Kundel et al. 1996). Esto llevaría a aceptar que los determinantes relacionados con la salud son iguales tanto para el sexo masculino como para el femenino, a pesar de las grandes diferencias en los aspectos biológicos y de género. Diferencias que explican que la salud de hombres y mujeres poseen múltiples dimensiones que no siempre coinciden.

Es frecuente hallar informes y estudios donde no se suele hacer la distinción en los resultados para mujeres y hombres; a veces sucede incluso en el estudio de temas donde es importante tener en cuenta la diferencia de género como es el caso del consumo de drogas, como queda patente en el Informe Anual del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías del 2007.

Esta práctica debe erradicarse si tenemos en cuenta el texto de la Ley de Igualdad de mujeres y Hombres de marzo de 2007: “el tratamiento de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas...deben permitir el análisis de género, incluyendo, siempre que sea posible, su desagregación por sexo”. Conviene igualmente desechar esta forma de tratar la información en bien del rigor científico.

La clase social es otro factor a tener en cuenta en lo referente a la desigualdad según género. Se ha empezado a analizar cómo influye la salud en las distintas clases sociales y en las necesidades materiales que sufren las mujeres (Arber et al. 2002). En la última década se han publicado estudios que integran estos dos aspectos de desigualdad. Se han realizado investigaciones sobre la salud de hombres y mujeres según su nivel social, analizando grupos en diferentes situaciones laborales, demandas familiares, estado civil, etc. (Artazcoz et al. 2001) y (Borrel et al. 2004).

Las mujeres suelen vivir más que los hombres porque tienen ventajas biológicas y de comportamiento, pero desarrollan más enfermedades crónicas y experimentan más incapacidad de forma prolongada que los hombres, porque tienen ventajas biológicas y de comportamiento. Las mujeres enfermas viven más con síntomas antes de ser diagnosticadas, los hombres tardan menos tiempo en acudir al médico, son institucionalizadas antes, quizás porque, cuando es el hombre el que enferma, la mujer está más preparada para cuidarle o porque cuando enferman ya están solas, pasan más tiempo ingresadas en el curso de la enfermedad y viven más tiempo enfermas. (Sánchez López, 2003). Podemos, sin embargo, encontrar excepciones en algunas partes del planeta, por ejemplo, en Asia, en donde la discriminación hacia la mujer conlleva la desaparición de estas ventajas, ya que al nacer su esperanza de vida es igual o inferior a la de los hombres.

Al sexo femenino no afectan de igual modo las enfermedades que al masculino. A través de la historia se han adquirido conocimientos logrados a partir del estudio del hombre y esto no siempre es extrapolable a la mujer; pues estos conocimientos pueden no servir para saber el origen en ella de la enfermedad, ni para realizar un diagnóstico y conocer los efectos del tratamiento.

En la actualidad, la salud de la mujer se explica en términos amplios. Ya no se tienen en cuenta las condiciones que siempre le afectan o que predominan en la mujer. También se ha llegado a reconocer que es necesario entender el papel del sexo y del género en todo lo que tenga que ver con el cuidado de la salud y con la investigación sobre este tema.

El factor que más se asocia a la esperanza de vida en todo el mundo es el nivel educativo de las mujeres por ser transmisoras de salud, de estilos de vida, de actitudes que perjudican o son saludables para la salud. (OMS, 2009)

Avanzando en este sentido para justificar lo aportado hasta ahora, según Sánchez López (2003). "Mujer y salud. Familia, trabajo y sociedad", podemos elaborar una lista

de ejemplos donde se manifiesta mayor morbilidad en la mujer y también se demuestra que las mujeres:

- Presentan mayor tasa de enfermedades crónicas y agudas.
- Son más proclives a tener enfermedades renales.
- Tienen dos veces más tasas de depresión que los hombres.
- Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte a escala mundial, tanto en hombres como en mujeres
- La prevalencia de la hipertensión aumenta en las mujeres con la edad,
- La salud reproductiva y la sexualidad siguen siendo fuentes importantes de morbilidad, mayor riesgo de trastornos músculo esqueléticos, incluyendo artritis y osteoporosis
- Las tasas de trastornos mentales son similares para las mujeres y para los hombres, pero los tipos de trastornos difieren.
- La depresión y la ansiedad afectan a las mujeres casi dos veces más que a los hombres.
- Los factores de riesgo pueden ser también diferenciales, para los hombres siguen el orden siguiente; edad, colesterol, ser fumador, peso y tensión arterial, para las mujeres, los riesgos más importantes son la edad y la capacidad vital (Sánchez López, 2003).

Podemos así concluir basándonos en los propios planteamientos de la OMS del (2009), que a pesar de que la vida de las mujeres es más prolongada no quiere decir que ésta sea más saludable. Hay también situaciones que sólo les afecta a las mujeres y que repercuten concretamente en ellas, como, por ejemplo, el embarazo y el parto que, aunque no podemos clasificarlas evidentemente como enfermedades, sí podemos considerar que afectan a su salud y requieren una asistencia sanitaria específica; evidentemente la desigualdad de género, en materia de educación o de recursos

económicos en cuanto a ingresos o empleo se refiere, trae como consecuencia la limitación a la protección de la salud de las mujeres.

I.2. SALUD Y CALIDAD DE VIDA.

Desde la época de los antiguos griegos ha existido el interés por la calidad de vida. La aparición del concepto como tal es relativamente reciente y también su utilización del concepto de salud. La idea comienza a popularizarse en los años 60 hasta convertirse hoy en un concepto polivalente y multidisciplinario utilizado en disciplinas muy diversas, como son la salud, la educación, la economía, la política, la filosofía y el mundo de los servicios en general.

El concepto aparece en relación al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana durante los años 50 y comienzo de los 60. Surge la necesidad en ese momento de medir esta realidad a través de datos objetivos y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población.

Estos indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, se desarrollan y perfeccionan y provocan el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos.

Gómez-Vela (2000) definen la calidad de vida de una persona , como «la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales , como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales».

I.2.1. Calidad de vida relacionada con la salud. (CVRS).

En el último tercio del siglo XX hemos asistido a un creciente interés en la sociedad y en la ciencia médica por la calidad de vida desde la perspectiva de la salud de las personas. Como evidencia de este interés creciente basta observar la tabla siguiente, que recoge la evolución casi exponencial entre los años 1970 y 1995, del número de artículos que incluían entre sus palabras clave el término «quality of life» en la base de datos Medline, según Arostegui-Madariaga (2008):

Este interés se demostró especialmente intenso en los pacientes con cáncer (Ruiz y Pardo, 2005).

Tabla 1. Evolución del número de artículos que tratan sobre quality of life.

Base de datos Medline					
Período	1970-75	1975-80	1980-85	1985-90	1990-95
Nº artículos	5	195	273	490	1.252

Fuente: Base de datos Medline (2015)

En 2015, los artículos encontrados en Medline referentes a la calidad de vida han aumentado hasta llegar a 134.305, aunque estas cifras pueden ser mayores si la búsqueda es en Pubmed, donde los artículos encontrados referentes a quality of life es de 258.771.

Nos encontramos ante el nacimiento de un nuevo paradigma en medicina, evolucionado desde el modelo tradicional, en el que la salud se aborda desde la perspectiva médica enfocada a la «detección y tratamiento de las enfermedades, el alivio del dolor y la curación» (Ruiz y Pardo, 2005) hasta el modelo «biosocial» (Sanz, 1991) que, con un nuevo enfoque holístico del paciente, apunta a su bienestar, es decir, tiene en cuenta aspectos como sus relaciones sociales y con el entorno, y su comportamiento; en definitiva, se dirige a la totalidad de la vida del paciente, no sólo a sus manifestaciones biológicas.

En este sentido, el término calidad de vida (CV) no sólo hace referencia al bienestar físico, emocional y social de las personas, sino también a su capacidad para desenvolverse y desarrollar las tareas típicas de la vida cotidiana.

De entre las muchas definiciones de calidad de vida destacamos, por su capacidad integradora, la proporcionada por Cabrera, Agostini y García-Viniegas en 1998 “la calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad; los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida”

Desde el enfoque de los factores objetivos, es evidente la correlación existente entre niveles elevados de ingresos, educativos, etc. y niveles altos de calidad de vida relacionada con la salud. Las personas situadas en niveles superiores, tanto económicos como educativos, tienen más fácil acceso a los servicios de salud, y mejor capacidad para la adquisición de estilos y hábitos de vida saludables. De esta forma, se integra en la percepción de una mejor calidad de vida el propio estado de salud física, entendido como la ausencia de limitaciones atribuibles a enfermedades.

Cuando un individuo está mal, o enfrenta una enfermedad crónica, se “siente enfermo”, infeliz, y esto afecta al resto de dimensiones de la calidad de vida. Cuanto más limitante sea la enfermedad en aquellas áreas de su vida más significativas para el individuo, tanto mayor será el sentimiento de “enfermedad”, puesto que afecta directamente a la consecución de sus metas, a sus aspiraciones dentro de la etapa concreta en que se encuentre en su ciclo vital. Este factor evidencia la importancia que la óptica personal, la percepción del propio paciente, tiene en la evaluación de su calidad de vida.

Sin embargo, no siempre es fácil diferenciar entre unos factores y otros. La percepción del propio paciente sobre su calidad de vida es también, en sí misma, un factor subjetivo. De aquí la importancia del estudio del bienestar psicológico como dimensión subjetiva de la calidad de vida (García-Viniegas, 2005)

La calidad de vida en enfermos crónicos a veces puede ser buena a pesar de la enfermedad y depende mucho de factores subjetivos, no solamente por su estado objetivo de salud. Sin embargo, a veces, pacientes con trastornos más benignos sienten tener peor calidad de vida por los mismos factores subjetivos (Grau, García-Viniegas y Hernández, 2006). Para que se dé este proceso hay que estudiar y comprender los procesos que hacen que una persona acepte e interiorice los factores que están haciéndole perder calidad de vida y los mecanismos que hacen que esos mismos factores en otra persona aumenten su angustia y le hagan sentirse más enfermo.

Partiendo de estas evidencias se puede asegurar que la calidad de vida en el estado de salud es una percepción general del propio paciente, que fabrica esta idea a partir de su estado de salud o de enfermedad, comparándose con lo que a su edad (en la etapa vital en que se encuentra) corresponde a determinados estándares que puede alcanzar. (Calero, 2012)

Se deben valorar aspectos relacionados con la enfermedad que tengan que ver con la consecución de las necesidades básicas del individuo en su día a día, la manera en que estas necesidades están influenciadas por la enfermedad y las consecuencias que esta acarrea al enfermo (estancias hospitalarias, tratamientos...) La evaluación debe ser integral y multidimensional, en ella se deben tener en cuenta diferentes aspectos de la persona: físico, psicológico, social, funcional, etc. (Yanguas, 2006).

Calidad de Vida:

- Física: en esta dimensión hay que tener en cuenta el estado de salud: dolor, limitaciones funcionales, síntomas y función cognitiva
- Social: se refiere a las relaciones con el mundo externo, redes sociales, contactos, participación en actividades sociales
- Perceptiva: es la idea subjetiva que se tiene de la calidad de vida (social, familiar, amistades, seguridad económica.)

- Psicológica: todo lo relacionado con el mundo afectivo y las necesidades personales

La vejez es la etapa de la vida en la que la idea de calidad de vida relacionada con la salud tiene mayor importancia. En este grupo de población las categorías antes definidas aparecen alteradas, por esto en la gerontología actual es una meta el que en la vejez se tenga una calidad de vida aceptable.

Para conseguirlo hay que hacer una evaluación en este grupo de población de su calidad de vida, partiendo siempre de lo que ellos opinan y utilizando herramientas para medir esa calidad que incluyan todos los aspectos de este concepto, con el fin de dar continuidad y de mejorar la calidad de vida de esta franja de población cuando haya situaciones que la pongan en riesgo, como puede ser la enfermedad y la hospitalización.

De esta forma podrían identificarse problemáticas que no se evalúan con otros medios, chequeando regularmente el grado de competencia física y mental del anciano (con el objetivo de mantenerla o de mejorarla) y las consecuencias de las intervenciones sociales y sanitarias, proporcionando medidas de resultado en prácticas clínicas y en investigación (Reig y Cabrero, 1996).

A modo de síntesis, concluimos que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) agrupa tanto los elementos que conforman al individuo, como aquellos externos a éste, pero que interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud (Badía, 1995). Está enfocada a los aspectos de la vida con dominio o influencia significativa de la salud personal, así como a todas aquellas actividades realizadas para mantenerla o mejorarla (Ruiz y Pardo, 2005).

Para finalizar este epígrafe comentaremos algunos aspectos relativos a la medición de la calidad de vida (CV). El alcance de la evaluación de la calidad de vida deberá comprender todas las áreas de la vida del individuo que han sido afectadas por la enfermedad o por su tratamiento (física, psicológica, social, espiritual,...) La falta de una

herramienta única y global que equilibrara todas las componentes del concepto de CV ha sido un gran reto en la materia. No obstante, desde mediados del siglo XX, disponemos de pruebas psicométricas objetivas que abordan las diferentes categorías funcionales de los pacientes y proporcionan el cálculo de una medida global para la calidad de vida (Arostegui-Madariaga, 2008).

I.2.2. Algunos aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud.

Para abordar este punto, nos hemos basado en el artículo de la revista *PharmacoEconomics Research Articles*, de los profesores Ruíz y Pardo (2005) de la Universidad Autónoma de Madrid titulado “Calidad vida relacionada con la Salud: definición y utilización en la práctica médica”. Para ellos la Calidad de vida relacionada con la salud, a partir de ahora, CVRS: “es un concepto construido a partir de múltiples facetas de la vida y la situación del paciente, a las que denominamos dimensiones”. Por tanto, la CVRS “es un concepto multidimensional. Estas dimensiones se encuentran normalmente relacionadas entre sí en mayor o menor medida, pero miden aspectos diferentes de la vida y la autonomía del paciente”. A continuación, estos autores describen las dimensiones que según ellos, son más utilizadas en la investigación sobre CVRS y que extraemos de este artículo:

Funcionamiento físico

Incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físico, y con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la salud. No se debe confundirla presencia o no de sintomatología debida a una enfermedad con la repercusión que dicha sintomatología tiene sobre la calidad de vida. Se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria.

Bienestar psicológico

Algunos autores llaman a esta dimensión salud mental. Recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo. La capacidad para evocar recuerdos a corto y largo plazo, y la capacidad de pensar con claridad son conceptos típicos de esta dimensión. También

recoge la vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento.

Estado emocional

Recoge evaluación de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico. También suele incluir la medición de las preocupaciones.

Dolor

Determina el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y la interferencia del dolor con la vida cotidiana.

Funcionamiento social

Evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral.

Percepción general de la salud

Incluye evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la persona y de las creencias relativas a la salud. Esta dimensión refleja las preferencias, los valores, las necesidades y las actitudes en relación con la salud.

Otras dimensiones

Otras áreas particulares de la CVRS exploradas por algunos instrumentos son: la función sexual, el grado de satisfacción con la vida, el impacto sobre la productividad laboral y las actividades de la vida diaria. También se han utilizado frecuentemente como indicadores de CVRS el número de visitas al médico por enfermedad o problemas médicos y la necesidad de utilizar fármacos. No deben confundirse las dimensiones de la CVRS con otras medidas informadas por el paciente y utilizadas en IRS (investigación de resultados de salud), como: la satisfacción con el tratamiento médico y la medicación, la preferencia por el tratamiento, la adherencia y el cumplimiento terapéutico o las expectativas respecto al tratamiento, si bien es cierto que algunos de estos conceptos comparten dimensiones con la CVRS. (Ruiz y Pardo, 2005).

I.2.3. Calidad de vida en mujeres con Incontinencia Urinaria.

En el boletín epidemiológico de Murcia publicado en el 2003 queda recogido que “El bienestar y la capacidad de actuación son fenómenos, ante todo, valorables por el propio enfermo que es quien los vive y no para quien desde fuera los contempla. Esto convierte a la medición del estado de salud o de la percepción de la calidad de vida en una novedosa tecnología comunicativa que toma en cuenta el punto de vista del paciente en el proceso terapéutico”.

El tradicional modelo biomédico no considera el hecho de que, en la mayor parte de las enfermedades, el estado de ánimo influye significativamente en el estado de salud, y no sólo el estado de ánimo sino también los mecanismos para afrontar las situaciones diversas y el soporte social. Estos aspectos, considerados de máxima importancia por los individuos, son los que más se ponderan cuando los pacientes evalúan su calidad de vida (Schwartzmann, 2003).

Según Ganz (1994) los siguientes son los factores fundamentales que constituyen la estructura multidimensional que nos permite percibir la calidad de vida:

- **Estado y funcionamiento a nivel físico:** estado funcional, morbilidad, actividad física, etc.
- **Enfermedad y síntomas relacionados con el tratamiento:** síntomas específicos de la enfermedad o efectos secundarios de la terapia, tales como náuseas, vómitos, etc.
- **Funcionamiento psicológico:** ansiedad o depresión que pueden ser secundarios tanto a la enfermedad como al tratamiento.
- **Funcionamiento social:** alteraciones en la actividad social normal.

A estos factores fundamentales suelen agregarse otros, tales como los que hacen referencia al estado espiritual o existencial, al funcionamiento sexual, a la imagen corporal, así como el relacionado con la satisfacción percibida por la paciente por los cuidados sanitarios recibidos.

Diversos estudios han abordado la medición de la calidad de vida relacionada con la salud, para el caso concreto de las mujeres, con problemas de incontinencia. Todos ellos con distintos diseños y metodologías, con diferentes criterios de diagnóstico de la incontinencia urinaria, incluso con diferencias en sus definiciones de la calidad de vida. No obstante, todos coinciden en señalar que la IU impacta notablemente sobre múltiples facetas de la vida cotidiana (Robles, 2006):

- a) En el **entorno social**, siendo consecuencia de una menor interacción social y de un mayor aislamiento, del abandono de aficiones, etc.
- b) En el **entorno físico**, por ejemplo causando limitaciones en la actividad deportiva
- c) En la **faceta sexual**, provocando situaciones de evitación de la pareja
- d) En el **aspecto laboral**, siendo causa de absentismo y de una menor relación en entorno de trabajo
- e) En el **ámbito doméstico**, originando precauciones especiales con la ropa de vestir y en la cama, etc.

Siendo, por tanto fundamentales los aspectos relacionados con el bienestar físico y emocional, no podemos dejar de valorar otros (Martínez Córcoles, 2008) que tienen que ver con el sueño, la ansiedad, la fatiga, la depresión, la comunicación, las relaciones de pareja, las relaciones sociales, etc. Facetas todas que se ven sin duda claramente afectadas en las pacientes con incontinencia urinaria.

La IU ha llevado a las mujeres que la padecen a desarrollar hábitos de comportamiento dirigidos a paliar parcialmente el problema, como por ejemplo el aislamiento social, el uso de absorbentes, la reducción de la ingesta de líquidos y la adopción de una determinada frecuencia miccional, así como otros hábitos miccionales voluntarios. Se ha contrastado que las mujeres jóvenes ven más afectada su CVRS como consecuencia de padecer IU, y que el grado de afectación varía con el tipo de IU sufrida.

Para la evaluación de los tratamientos de la IU, la International Continence Society (ICS) recomienda incluir parámetros relacionados con la calidad de vida, utilizando para

ello cuestionarios mixtos de síntomas y CV. Los estudios manifiestan que el impacto provocado por la IU sobre la CVRS depende tanto más del estilo de vida, la edad, el nivel sociocultural y las experiencias personales, que la gravedad de los síntomas (Robles, 2006).

II. INCONTINENCIA URINARIA EN LAS MUJERES

II.1. FISIOLÓGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA.

El reflejo de la micción permite el vaciamiento de la vejiga urinaria cuando ésta alcanza su límite de llenado y almacena progresivamente la orina en la vejiga hasta que ésta alcanza su umbral, desencadenando un reflejo nervioso llamado reflejo de micción; la orina fluye a través de la uretra y la vejiga se contrae. (Quintana, 2009)

La continencia, es el resultado de una perfecta función y coordinación del tracto urinario inferior así como de la integridad del sistema nervioso, responsable de su actividad. (Morilla Herrera et al. 2007). El control voluntario de la micción, supone mecanismos neurológicos de gran complejidad y aún no perfectamente conocidos del todo. La micción y la continencia son el resultado de la magnitud de dos fuerzas coordinadas y contrapuestas: la presión intravesical y la presión intrauretral.

Es condición necesaria que la presión intrauretral sea mayor que la presión intravesical para que se mantenga la IU. Durante la fase de llenado vesical, la continencia se mantiene por el músculo liso y estriado de la uretra proximal, que mantiene una presión más elevada que la existente en la vejiga. (Rexach Cano et al. 1999)

II.1.1. Estructuras Responsables de la Continencia

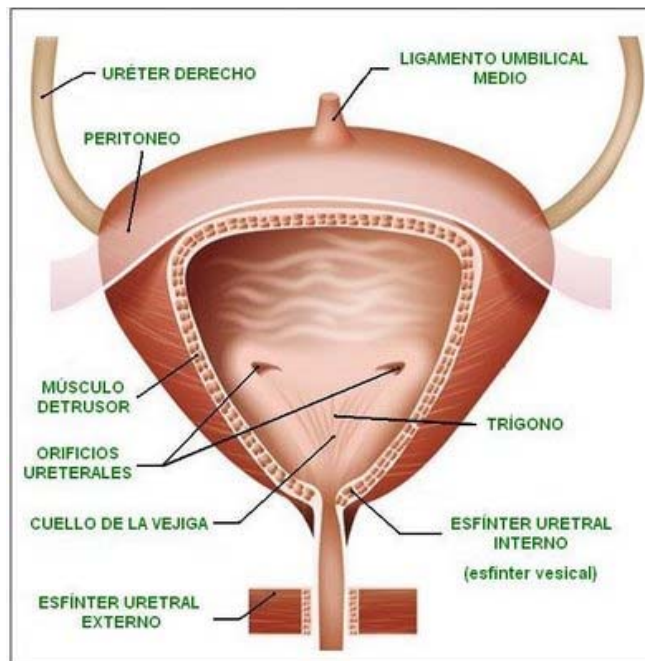
El tracto urinario inferior está constituido por la vejiga, que es una cavidad de composición muscular con función de almacenamiento de la orina y por la uretra o conducto de drenaje al exterior. La musculatura pelviana ayuda a la continencia urinaria fortaleciendo el mecanismo esfinteriano.

Vejiga

La vejiga urinaria es una bolsa muscular elástica que se localiza detrás de la sínfisis del pubis y por delante del recto. En las mujeres se asienta sobre la vagina en su parte anterior y se encuentra delante del útero. La pared de la vejiga está formada principalmente por tejido muscular liso. El llamado músculo detrusor o capa muscular

está formada por una red de haces entrecruzados de fibras musculares lisas, el detrusor está formado por un 70% de fibras elásticas y un 30% de fibras colágenas. (Thibodeau et al. 2007). Los haces se cruzan en todas las direcciones, circular, oblicua y longitudinalmente. La vejiga (Figura 1) está tapizada por epitelio mucoso de transición que forman unas rugosidades llamadas pliegues. Gracias a ellos y a la elasticidad del epitelio de transición, la vejiga se puede distender de forma extraordinaria. Hay tres aberturas en el suelo de la vejiga, dos para los uréteres y una para la uretra. Las aberturas para los uréteres se abren en los vértices posteriores de una estructura triangular denominada trigono, y la de la uretra en el vértice anterior.

Figura 1. Vejiga urinaria



Tomado de biblioteca de investigaciones wordpress.com

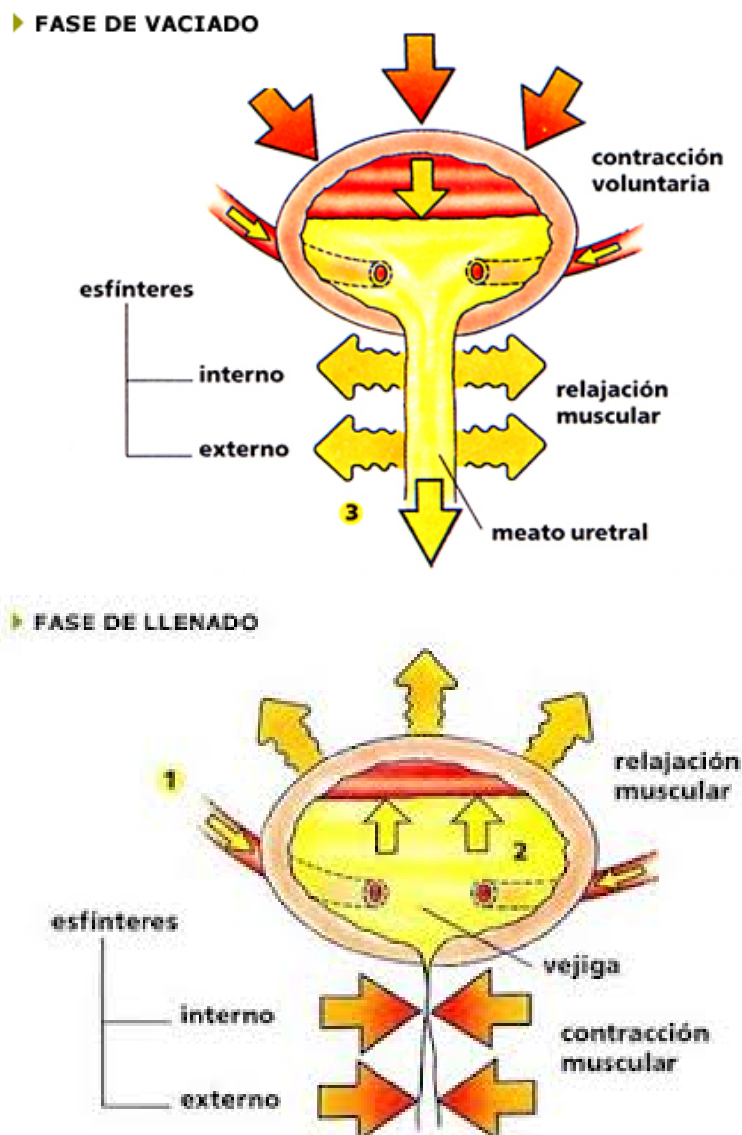
La vejiga lleva a cabo dos importantes funciones:

- 1- Reservorio de la orina antes de que ésta abandone el organismo.
- 2- Ayudada por la uretra, expulsa la orina del organismo.

Durante la fase de llenado, la orina se acumula en la vejiga a un promedio de 20ml/min. La capacidad vesical varía según los individuos, se considera normal 350-500ml. Al

inicio de ésta, en la fase de almacenamiento, la vejiga se distiende manteniendo una presión baja de llenado debido a la relajación del músculo detrusor (Figura 2). En la fase final de la misma, la presión aumenta produciendo sensación de plenitud y deseos de orinar. En la fase de vaciado, se produce la contracción del detrusor gracias al estímulo del parasimpático.

Figura 2. Fase de llenado y vaciado



Tomado de: cuidadodelsuelopelvico.blogspot.com

Uretra

La uretra es un pequeño tubo tapizado por membrana mucosa que se extiende desde el suelo de la vejiga (trígono) hasta el exterior del organismo. (Thibodeau et al. 2007). En la mujer, se sitúa justo detrás de la sínfisis del pubis y anterior a la vagina cuando atraviesa el suelo muscular (músculo elevado del ano) de la pelvis. Se dirige hacia abajo y hacia adelante de la vejiga hasta una distancia de unos 3 cm y termina en el meato urinario externo.

Tiene una doble función: de control del vaciado y de su conducción. Está constituida por un esfínter interno formado por fibras musculares lisas y rodeado en su capa más externa, por una capa de músculo estriado que constituye el esfínter externo, el cual tiene un papel muy importante en el mantenimiento de la continencia. Durante el llenado vesical la presión intrauretral permanece más alta que la intravesical asegurando la continencia, la diferencia de presión entre uretra y vejiga, recibe el nombre de presión uretral de cierre. En la fase de vaciado se produce la apertura del esfínter interno y la relajación voluntaria del esfínter externo con una caída de la presión intrauretral que favorece la micción.

Suelo pélvico

Está constituido por un conjunto de músculos cuya función es dar un soporte flexible a los órganos de la pelvis (Figura 3); vejiga urinaria, útero y ovarios y porción final del intestino. La función correcta de estos órganos depende de la integridad y fortaleza de los músculos que los mantienen.

Los Trastornos del Suelo Pélvico, incluyen un grupo de procesos entre los que se encuentran:

- 1) La incontinencia urinaria, y los cuadros de Urgencia Frecuencia Miccional, que se caracterizan por episodios de deseos miccionales intensos que no pueden controlarse voluntariamente y que conducen a una elevada frecuencia de micciones durante el día y episodios de escapes de orina.

2) Otro grupo lo forman los celes o prolapsos. Constituyen descensos de los órganos de la pelvis por insuficiencia del soporte muscular e incluyen los cistoceles, prolapsos de vejiga, prolapsos uterinos, cuando lo que se desprende es la matriz o útero, y prolapsos rectales o rectoceles.

3) En un último grupo encontramos los dolores pélvicos no filiados o algias pélvicas y disfunciones sexuales. Estos son algunos de los problemas más importantes que tienen relación directa con las anomalías del suelo pélvico.

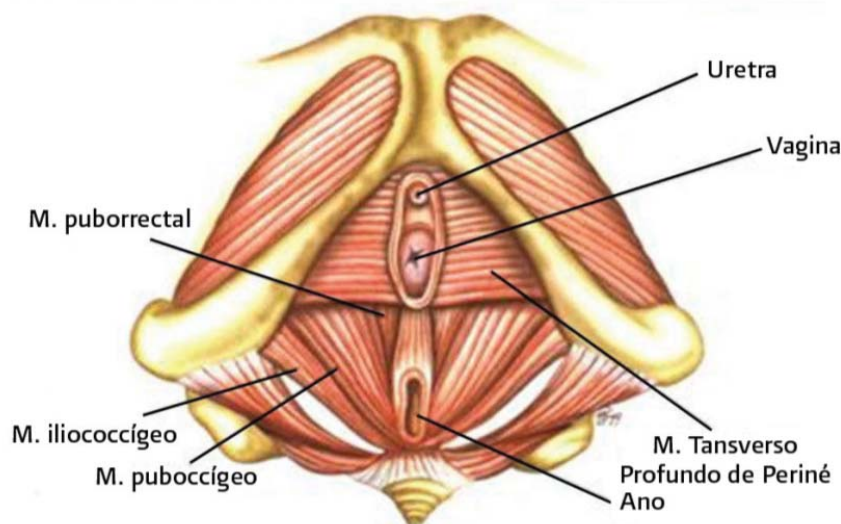
Hay muchas situaciones que debilitan la musculatura pélvica y es conveniente conocer:

- Los embarazos y partos repetidos, en especial si se trata de niños de elevado peso al nacer o son partos prolongados.
- Los desgarros perineales durante el parto
- La recuperación postparto insuficiente y/o mal dirigida, etc.
- Una preparación y/o recuperación insuficiente en las intervenciones efectuadas sobre los órganos pélvicos por intervenciones quirúrgicas como en histerectomías, cirugías de colon y recto, intervenciones para el tratamiento de la incontinencia urinaria, cirugías de vejiga, etc.

Existen situaciones cotidianas en las que estos músculos se deterioran gravemente. La realización de ejercicio físico incontrolado o excesivo es una de ellas; la realización de abdominales, aeróbic, saltos etc., incrementan considerablemente el riesgo de padecer incontinencia urinaria.

Los cambios que acontecen durante la menopausia y el envejecimiento normal, la influencia hereditaria y la presencia de determinados hábitos; retener mucho tiempo la orina, hacer presión con el abdomen, utilizar fajas o prendas muy ajustadas, la obesidad, el estreñimiento, la tos crónica, el tabaquismo, etc. aumentan considerablemente la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y los trastornos derivados de la debilidad de los músculos pélvicos. (Morilla Herrera et al. 2007).

Figura 3. Suelo pélvico. Plano profundo



Tomada de: efisioterapia.net

Inervación

El sistema nervioso (Figura 4) es el encargado del control de la micción. Dentro de la dinámica funcional del tracto urinario inferior, la fase de llenado involuntaria e inconsciente se produce gracias a la regulación del sistema nervioso parasimpático y del sistema nervioso simpático. Solo ante la eventualidad de un escape de orina se pondrá en acción el sistema nervioso somático y voluntario, para contraer el esfínter externo y así evitar la incontinencia. El sistema nervioso voluntario y somático es el que utilizamos cuando cortamos el chorro de la orina.

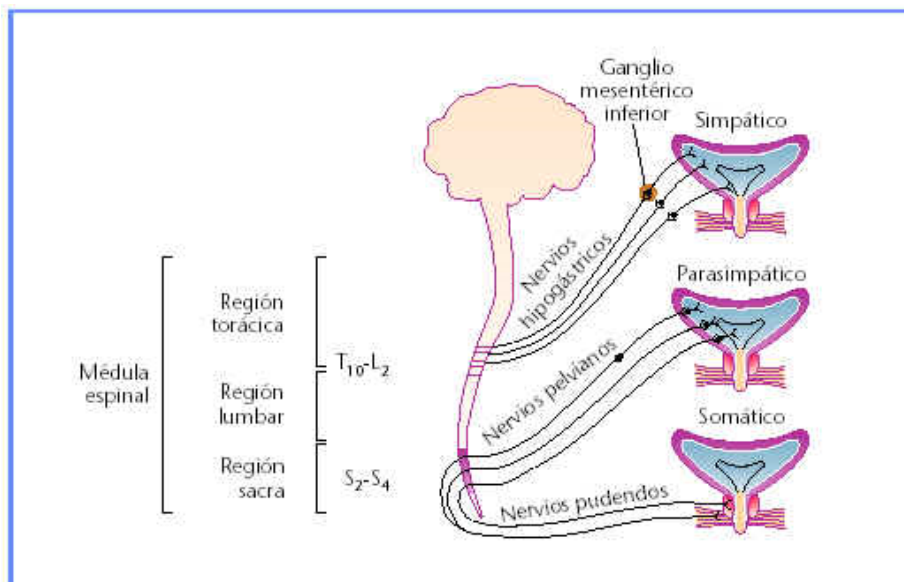
El detrusor es inervado por el sistema nervioso parasimpático que asegura el vaciado vesical por contracción. El trígono y el esfínter interno son inervados por el sistema nervioso simpático y aseguran la continencia manteniendo el cuello vesical cerrado durante el llenado de la vejiga.

El sistema nervioso somático, con el nervio pudendo, inerva el esfínter externo de la uretra y el esfínter anal. Así se asegura la continencia pudiendo cerrar la uretra y el ano.

Sobre la micción actúan los siguientes centros medulares:

- Núcleo simpático: nervio hipogástrico (metámera D10-L1)
- Núcleo parasimpático: nervio erecto pélvico (metámera S2-S3_S4)
- Núcleo somático: nervio pudendo (metámera S3-S4)
- Núcleo de la micción: es el auténtico núcleo de la micción, coordina los núcleos medulares.

Figura 4. Inervación.



Carretero Colomer, M. (2004) *Offarm*; 23: 149

Orinar es una acción consciente y voluntaria que se realiza debido al control de los centros superiores sobre el núcleo pontino. Este informa a la corteza cerebral de que hay llenado vesical. Las ganas de orinar se controlan por inhibición del reflejo miccional y se aguanta hasta que se pueda evacuar en un sitio adecuado. Se puede interrumpir la micción contrayendo el esfínter puriuretral e inhibiendo de la contracción del detrusor. (Morillas Herrera et al. 2007)

II.2. FACTORES DE RIESGO.

Son diversos los factores que pueden contribuir a aumentar el riesgo de padecer incontinencia:

La edad: la incontinencia urinaria en la mayoría de los estudios está correlacionada con la edad. La prevalencia aumenta regularmente con la edad (Madroño Freire et al. 2004), (Rebassa et al. 2013). La IU no se debería considerar normal en la vejez, sin embargo, hay cambios en la vejiga y en las estructuras pélvicas que ocurren con la edad y que contribuyen con la IU (Locher et al. 2002). La incontinencia urinaria aumenta con la edad pero no es consecuencia directa de ella. (Nieto Blanco et al. 2004).

Parto: Algunos estudios evidencian relación entre el número de partos y la incontinencia urinaria (González Carmona et al. 2013). Esto se debe a: primero, el parto produce laxitud del piso pélvico, como consecuencia del debilitamiento y estiramiento de los músculos y tejido conectivo durante el parto. Segundo, el daño puede ocurrir como resultado de las laceraciones espontáneas que sufren los tejidos, y la tercera posibilidad es que durante el parto vaginal, se dañen el nervio pudendo y los nervios pélvicos, lo cual interferiría en la habilidad para contraerse de modo eficiente del esfínter uretral estriado en respuesta al aumento de la presión intraabdominal o de las contracciones del detrusor. (Abrams et al. 2002)

Menopausia: Los cambios que se producen en la menopausia aumentan la posibilidad de contraer infecciones urinarias y pueden aparecer síntomas de retención de la orina. La disminución o ausencia de estrógenos durante el climaterio puede conllevar una debilidad en los músculos que sirven de soporte físico de la vejiga impidiendo un cierre uretral adecuado. Pero a pesar de estos datos no está totalmente demostrada la relación entre menopausia e incontinencia. Mujeres con estado premenopaúsico reportaron menos casos de incontinencia urinaria. (Velázquez Magaña et al. 2007).

Obesidad: La obesidad puede ser un factor que puede causar IU o ayudar en la gravedad de esta condición. Esto se debe a la sobrecarga del piso pélvico debido al

peso extra que conlleva la obesidad. Esta sobrecarga produce un estiramiento y un debilitamiento de los músculos, nervios y demás estructuras del suelo pélvico.

Existen muchos estudios que corroboran que la IU en mujeres está ligada a un mayor peso y un superior índice de masa corporal. (Martínez Córcoles et al. 2008). (Velázquez Magaña et al. 2007). Podría afirmarse que en mujeres con ganancia de peso podría aumentar la susceptibilidad de IU y que la pérdida de peso puede ayudar a disminuir la incontinencia. (Abrams et al. 2002a)

Forma de vida: Hay factores que pueden tener importancia en la etiología de la incontinencia por esfuerzo (estreñimiento crónico, tabaquismo, diabetes mellitus) aunque existen pocos datos que confirmen esta teoría (Thüroff et al. 2011). Tabaquismo, dieta, depresión, infecciones de las vías urinarias (IVU) y ejercicio no constituyen factores de riesgo. La diabetes mellitus es un factor de riesgo en la mayoría de los estudios. (Thüroff et al. 2011).

Tabla 2. Factores etiológicos.

GRADO DE EVIDENCIA: A	GRADO DE EVIDENCIA: B
Edad	Episiotomía
Parto	Parto instrumental
Diabetes Mellitus	Fase expulsiva prolongada
Multiparidad	Tabaco
IMC>25	Tos frecuente
Estreñimiento	Dolor articular
Menopausia	Infecciones urinarias
IU durante embarazo	
IU durante 3 meses post parto	

Fuente: KNGF Guideline for Physical Therapy in Patients with Stress Urinary Incontinence (2011).

Tabla 3. Fármacos y otras sustancias que pueden provocar incontinencia urinaria

Tipo de sustancia	Mecanismo y síntomas de IU que puede desencadenar
Antidepresivos	Disminuyen la contracción vesical: retención, IU por rebosamiento
Diuréticos	Contracciones por diuresis aumentada: IUU-vejiga hiperactiva
Sedantes e hipnóticos	Depresión central: IUU-vejiga hiperactiva
Antipsicóticos	Disminuyen la contracción vesical: retención, IU por rebosamiento
Agonistas alfa adrenérgicos	Aumento del tono del esfínter: retención, IU por rebosamiento
Antagonistas alfa adrenérgicos	Relajación del esfínter: IUE
Agonistas beta adrenérgicos	Disminuyen la contracción vesical: retención, IU por rebosamiento
Alcohol	Depresión central y efecto diurético: IUU-vejiga hiperactiva
Cafeína	Contracciones: IUU-vejiga hiperactiva

IU: incontinencia urinaria; IUU: incontinencia urinaria de urgencia; IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo.

Fuente: Espuña Pons, M. (2003). Incontinencia de orina en la mujer.

II.3. CLASIFICACIÓN DE LA IU SEGÚN LA NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA).

Podemos encontrar multitud de clasificaciones sobre IU en la práctica clínica que varían su nomenclatura según el autor, aunque en la mayoría de los casos se trata de variaciones de nombre sobre un mismo concepto.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), (2001) selecciona las incontinencias en nuestros días utilizando cinco etiquetas diagnósticas que se corresponderían con la nomenclatura que se utiliza en la clínica médica. En enfermería interesa la respuesta, en términos conductuales, que la pérdida de orina involuntaria provoca en los pacientes más que la etiología.

Incontinencia transitoria.

En un 50% de ancianos ingresados en centros hospitalarios que tienen incontinencia, ésta suele ser de tipo reversible, sin embargo el 33% de los que están en una comunidad presenta pérdidas de orina pasajeras. Abarca aquellas circunstancias en que la pérdida de la continencia urinaria se estima funcional sin que por ello haya una modificación estructural causante de la misma. Los motivos que originan la incontinencia aguda son muchas, las más importantes son: infecciones del tracto urinario, vaginitis o uretritis atrófica, alucinación, medicamentos (diuréticos, antagonistas del calcio, sedantes, anticolinérgicos, infecciones del tracto urinario), disfunción psicológica, trastornos endocrinos (hiperglucemia e hipercalcemia), inmovilidad e imputación fecal.

Incontinencia de urgencia.

La IU unida a sucesos de urgencia miccional está provocada por contracciones del músculo detrusor de la vejiga durante la fase de llenado vesical, que sucede de forma espontánea o de manera provocada, en el momento en que la paciente intenta contener la orina. A esta clase de incontinencia se le llama también vejiga hiperactiva, hiperreflexia del detrusor o inestabilidad del mismo.

Cuando el detrusor se contrae, algunas veces de forma enérgica, sobrepasa sobradamente el aguante de la uretra y se produce la incontinencia. Este tipo de problema suele darse más frecuentemente en mujeres mayores, siendo el grado de pérdida de orina cambiante. El diagnóstico puede intuirse por la historia clínica y se confirma realizando una valoración urodinámica. Multitud de motivos pueden originar esta clase de IU, aunque pueden reducirse a las pacientes que presentan un defecto de inhibición del sistema nervioso central (SNC) para la micción o a las que determinan un incremento del estímulo sensorial aferente de la vejiga.

Entre las personas mayores es el tipo de incontinencia más frecuente (65% de los casos), pues suelen tener unas repentinas ganas de orinar y un residuo postmiccional con una frecuencia menor de 50 ml.

La taxonomía de la NANDA la llama Incontinencia urinaria de urgencia: el estado en que una persona experimenta una emisión de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar.

Incontinencia por rebosamiento.

Sucedde cuando el empuje de llenado vesical supera al del uretral, pero sin que se dé actividad en el detrusor, sólo con cantidades elevadas de orina. Suele afectar a la última fase de la oclusión del tracto inferior urinario y se distingue por un residuo post miccional superior a 100ml. Hay dos dispositivos de producción:

A) *Por obstrucción* (al haber un obstáculo en la salida de la orina):

- Las fibras musculares del detrusor se hipertrofian y van perdiendo su capacidad de contracción
- Se produce un vaciado insuficiente de orina y un residuo vesical.
- Se da en ambos sexos, pero se da con más asiduidad en el varón (por hipertrofia benigna de próstata)

B) *Los fármacos:*

- Antihipertensivos
- Antagonistas del calcio
- Inhibidores de prostaglandinas (AINEs) que disminuyen la contractibilidad del detrusor.
- Clínicamente aparece con síntomas obstructivos, aunque algunos pacientes pueden describir polaquiuria.

La taxonomía de la NANDA la llama Incontinencia urinaria refleja: al estado en que la persona experimenta una pérdida involuntaria de orina, que ocurre con intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen determinado en la vejiga.

Incontinencia de estrés:

Este tipo de incontinencia es descubierta cuando la presión de la vejiga es mayor que la fuerza uretral de cierre, sin que exista contracción del detrusor. El enfermo refiere

pérdidas de orina al realizar actividades que están asociadas a una elevación de la presión abdominal (tos, esfuerzos físicos, estornudos, risa, carreras, etc.). La pérdida puede deberse a una disminución del tono muscular de la uretra (de los esfínteres interno y externo). Suele presentarse este tipo de IU en mujeres menores de 60 años.

En el sexo femenino, el origen de la incontinencia urinaria de estrés se asocia a la distensión de las estructuras de apoyo de la pelvis, como resultado del envejecimiento, sobrepeso y embarazos/partos. No hay conclusiones de que el anquilosamiento de los tejidos genitourinarios como resultado del menor nivel de estrógenos esté relacionado con los síntomas. Este cambio anatómico y funcional del suelo de la pelvis puede implicar prolapso uterino y cistocele, con la subsiguiente hipermovilidad uretral y descolgamiento del ángulo uretrovesical.

La taxonomía NANDA la define como "el estado en que la persona experimenta una pérdida de orina de menos de 50 ml que se produce al aumentar la presión abdominal".

Incontinencia funcional.

Es una clase de incontinencia que aparece cuando el paciente continente con tracto urinario sano no quiere o no puede llegar al baño para orinar. Hay muchas circunstancias que aportan a esta clase de incontinencia como pueden ser: poca o nula iluminación en el dormitorio, animadversión, alteraciones del aparato músculo esquelético, abatimiento, desánimo, etc.

La taxonomía NANDA la llama incontinencia urinaria funcional: "estado en que la persona experimenta una emisión de orina involuntaria e impredecible".

La taxonomía NANDA explica **la incontinencia urinaria total** como la "situación en que una persona sufre una pérdida de orina constante e impredecible". Esta clase de IU no está relacionada con ninguna de las ya conocidas y presentes en la literatura médica aunque es una solución probable en algunas de ellas.

Incontinencia neurógena.

Puede ser:

Hiperrefléxica. Por afectación de la primera motoneurona. Se explica como hiperactividad del detrusor y aparece en traumatismos craneoencefálicos, ACV, en tumores del cerebro, esclerosis múltiple en sus inicios, Párkinson, enajenación, etc. Se manifiesta clínicamente como una IU de urgencia.

Arrefléxica. Por afectación de la segunda motoneurona. Se presenta una carencia de contracciones del detrusor y se presenta en paraplejia, tetraplejia, espina bífida y esclerosis múltiples en etapas avanzadas. Se manifiesta clínicamente como una IU por derrame.

Modificaciones de la inervación pelviana: Se da una disfunción de los esfínteres a raíz de lesiones traumáticas o por cirugías del nervio pudendo, pélvico o hipogástrico, o por neuropatía autonómica (como en la diabetes) (Morilla Herrera et al. 2007).

Si nos centramos en la sintomatología, las clases más habituales de IU en la mujer son: IU de esfuerzo o estrés, IU de urgencia e IU mixta.

Añadimos, aunque no está recogida en la clasificación o en la taxonomía NANDA, la incontinencia mixta.

Incontinencia mixta

La IU Mixta (IUM) es definida como la molestia derivada de la pérdida involuntaria de orina asociada a urgencia y también a esfuerzo. (Arañó et al. 2009) por lo que intervienen más de un tipo fisiopatológico en su desencadenamiento, asociándose síntomas de pérdida involuntaria de orina con los esfuerzos (incontinencia urinaria de esfuerzo) con síntomas de incontinencia de urgencia. (Abrams et al. 2002). Se estiman en 30-40% las mujeres con IU que tienen síntomas de IUM (Robles ,2006).

Es la más frecuente en mujeres mayores. El diagnóstico diferencial y el del patrón predominante y su tratamiento es difícil de realizar.

II.4. SÍNDROMES QUE PUEDEN ESTAR RELACIONADOS CON LA IU.

La ICS, en su último informe sobre terminología, (Abrams et al. 2002a) recoge el concepto de síndromes indicativos de disfunción del tracto genitourinario, se consideran alteraciones funcionales sin causa precisa y que pueden dar como resultado una IU.

– **El síndrome de vejiga hiperactiva**, también se denomina síndrome de urgencia o síndrome de urgencia-frecuencia, con o sin incontinencia de urgencia, a menudo asociada a aumento de frecuencia o nicturia. Esta combinación de síntomas es indicativa de hiperactividad del músculo detrusor, demostrable por urodinámica, pero puede deberse a otras formas de disfunción uretrovesical. El término «vejiga hiperactiva» sólo puede utilizarse si no hay infección probada u otra enfermedad demostrable.

– **Síndrome de disfunción de vaciado vesical** está relacionado con síntomas como:

- a) la dificultad al inicio de la micción
- b) la necesidad de ayudar la micción con maniobra de Valsalva
- c) flujo miccional intermitente
- d) sensación de vaciado incompleto
- e) goteo post miccional.

Poco frecuentes en la mujer, en algunos casos pueden ir asociados a los de IU. En las pacientes sin infección urinaria, y en ausencia de prolapso genital o de cirugía pélvica reciente, los síntomas de vaciado hacen pensar normalmente en actividad deficitaria del músculo detrusor durante la micción voluntaria más que en obstrucción de salida.

– La ICS incluye también **el síndrome de dolor genitourinario**, que se refiere al conjunto de síntomas de las pacientes cuya molestia principal es el dolor asociado a otros síntomas genitales y urinarios. Incluye diversos síndromes dolorosos que afectan a distintas partes del aparato genitourinario, como el síndrome de vejiga

urinaria dolorosa (dolor suprapúbico relacionado con el llenado vesical, acompañado de aumento de frecuencia miccional y nicturia, sin evidencia de infección urinaria), **el síndrome de dolor uretral**(dolor uretral recurrente habitualmente en la micción, aumento de frecuencia miccional y nicturia en ausencia de infección u otra enfermedad) y los **síndromes de dolor vulvar, vaginal o perineal**, que se definen como la presencia de dolor persistente o recurrente (vulvar, vaginal o perineal) relacionado o no con el ciclo miccional o con una disfunción sexual. (Espuña Pons, 2003)

II.5. PROCESO ENFERMERO EN LA INCONTINENCIA URINARIA.

El proceso enfermero es el método de trabajo que utiliza la enfermería para proporcionar cuidados, es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. (Alfaro LeFevre, 2003). Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos centrados en unos objetivos (resultados) eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo. Consta de cinco etapas: la etapa de valoración, la de diagnóstico, la de planificación, la de ejecución y, por último, la de evaluación.

II.5.1. Valoración por patrones funcionales de salud.

Valoración inicial de la IU en las mujeres.

Patrón 3: Eliminación

Definición: evalúa la función excretora intestinal, urinaria, de la piel y todos los aspectos que tienen que ver con ella, es decir, también describe rutinas personales y características de las excreciones.

Nosotros nos centraremos en la valoración inicial de la incontinencia urinaria en las mujeres. La valoración enfermera es la primera etapa del proceso que los profesionales de enfermería utilizan para atender a las personas, conocer su situación, identificar sus problemas de salud, sus capacidades y recursos. A partir de la valoración, estos profesionales elaboran y realizan un plan de cuidados con las intervenciones

necesarias para alcanzarlas mejores condiciones posibles de salud y calidad de vida. La valoración del paciente incontinente puede llegar a ser compleja. La valoración debe de incluir una buena historia clínica, un examen físico y un análisis de orina.

La mayoría de los métodos diagnósticos más simples pueden ser usados con éxito por enfermeras (Martin et al. 2006). Una historia clínica minuciosa es crucial y su combinación con pruebas simples como el PAD (test que consiste en pesar en seco una compresa que la paciente va a utilizar para realizar unas pruebas estandarizadas como toser 10 veces, recoger un objeto del suelo 10 veces, etc. Posteriormente, se vuelve a pesar la compresa y se mide la diferencia de peso, obteniendo el peso de la pérdida de orina) o el diario miccional, aportarán información suficiente para iniciar las intervenciones de cuidados.

El procedimiento se inicia preguntando a los pacientes si sufren escapes involuntarios de orina o si padecen algún problema en la vejiga; en caso afirmativo, se preguntará si éstos repercuten en su vida cotidiana y si son motivo de preocupación. Conocemos que un porcentaje muy elevado de pacientes que experimentan problemas de IU no lo manifiestan, por ello, el simple hecho de haber detectado una posibilidad de existencia de IU y haber conseguido motivar a la paciente para continuar con el procedimiento de diagnóstico contiene en sí mismo un importante valor.

Ante una respuesta positiva en esta primera etapa, el siguiente paso consiste en determinar el tipo de IU.

A. Aplicación de test de aproximación al diagnóstico, validados (Vila 1997)

Tabla 4. Aproximación al diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer.

a) ¿Tiene sensación de peso en la zona genital?	Sí / No
b) ¿Al subir o bajar escaleras se le escapa la orina?	Sí / No
c) ¿Cuando ríe se le escapa la orina?	Sí / No
d) ¿Si estornuda se le escapa la orina?	Sí / No
e) ¿Al toser se le escapa la orina?	Sí / No
<i>Fuente: Vila Coll et al. (1997). Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. At. Prim.</i>	

La respuesta afirmativa de al menos 4 de estas preguntas tiene un valor predictivo en la mujer para **incontinencia de esfuerzo** del **77,2%**

Tabla 5. Aproximación al diagnóstico de incontinencia urinaria de urgencia en la mujer.

f) Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿entra en un bar y si el servicio está ocupado, se le escapa la orina?	Sí / No
g) Cuando abre la puerta de casa ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?	Sí / No
h) Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?	Sí / No
i) Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina?	Sí / No
<i>Fuente: Vila Coll et al. (1997). Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. At. Prim.</i>	

La respuesta afirmativa de al menos 3 de estas preguntas tiene un valor predictivo positivo en la mujer para **incontinencia de urgencia** del **57,6%**.

B. - Realizar la historia urinaria y de otros eventos de salud relacionados:

La IU se diagnostica mediante dos tipos de procedimientos: *básicos* y *especializados*.

Los procedimientos básicos son:

- i. La historia clínica, enfocada a la búsqueda de factores de riesgo o desencadenantes conocidos,
- ii. La analítica urinaria,
- iii. Los cuestionarios de síntomas y de CVRS,
- iv. El diario miccional y
- v. La exploración física, neurológica, pélvica y ginecológica.

Los procedimientos especializados son (Abrams et al. 2012a):

- i. La exploración urodinámica,
- ii. Los estudios electrofisiológicos,
- iii. Las técnicas de imagen (ecografía, cistografía y resonancia magnética) y
- iv. La uretrrocistoscopia.

España Pons (2003) define los objetivos del proceso de diagnóstico inicial de una paciente con síntomas de IU: en primer lugar, identificar los factores reversibles, que serán tratados antes de continuar con el proceso diagnóstico, y, en segundo lugar, identificar a las pacientes que requerirán una evaluación especializada, antes de aplicar cualquier intervención terapéutica.

A. Historia Clínica.

La anamnesis permite identificar factores o hábitos que pudieran predisponer a la IU. Algunos factores podrían ser reversibles, de forma que la aplicación en ciertos casos de medidas sencillas puede hacer desaparecer o mejorar los síntomas de IU.

Adicionalmente, la anamnesis ha de permitir comprobar la existencia de enfermedades asociadas que pudieran predisponer a la IU (ginecológicas, neurológicas, urológicas, diabetes, esclerosis múltiple, limitaciones de la movilidad, deterioro de la memoria,

lesiones o cirugía de la médula espinal, etc.) así como determinar la existencia de antecedentes de tratamientos previos para la IU.

La información básica que ha de ser obtenida por la enfermera en el proceso de evaluación del paciente deberá estar referida a los siguientes ítems:

- Historia urinaria
- Duración de la IU
- Severidad: cantidad de escapes
- Frecuencia de IU diurna
- Nicturia
- Enuresis nocturna
- Presencia de infección urinaria
- Tratamientos previos, cirugía o tratamientos por otros problemas urinarios

B. Análisis de orina

Posee un doble objetivo en la paciente con síntomas de IU, por un lado, descartar la infección urinaria y por otro la hematuria. En el caso de infección urinaria será necesario el tratamiento previo adecuado al inicio del estudio de la IU.

La hematuria se ha de considerar un signo de enfermedad orgánica (renal, de vías urinarias o intravesical) y deberá ser estudiada por el urólogo derivando a la paciente a otro nivel especializado.

C. Cuestionario de síntomas

El primer paso, y el más importante, para el diagnóstico diferencial es investigar las características de los escapes de orina y su intensidad mediante un cuestionario de síntomas. Se trata de obtener, a través de un interrogatorio rápido, la información de cuándo ocurren los escapes, con qué frecuencia, si la paciente tiene necesidad de llevar protección, etc. El objetivo del cuestionario de síntomas es conocer los síntomas urinarios y también evaluar la gravedad de la incontinencia. Esta información permitirá

orientar el diagnóstico del tipo de IU y detectar qué pacientes deben ser derivadas a un nivel de atención especializada.

Existen varios cuestionarios de síntomas que tienen por objetivo orientar acerca del tipo de incontinencia que padece la mujer y que son de ayuda en este momento del proceso diagnóstico. Entre los más conocidos figura el Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms (Jackon et al. 1996).

Determinar el tipo de IU a tratar es esencial. Mediante un diagnóstico diferencial se ha de concretar en los pacientes bien una incontinencia urinaria secundaria aun fallo de los mecanismos de resistencia uretral (**IUE**), a una hiperactividad del detrusor (**IUU**/síndrome de vejiga hiperactiva) o a una asociación de ambas (**IU mixta**).

Tabla 6. Síntomas fundamentales de la incontinencia urinaria

Tipo de IU	Síntoma fundamental
IUE	1. Pérdida involuntaria de orina por un aumento de la presión abdominal como consecuencia de una actividad física. Ej.: toser, reír, andar.
IUU	2. La urgencia 3. Aumento de la frecuencia miccional

Fuente: Creación propia. (2014)

En el diagnóstico de la **IUU** se diferencia entre las pacientes que sólo presentan como síntoma la urgencia, y las que presentan incontinencia urinaria de urgencia.

Frecuentemente, la urgencia y la frecuencia miccional aumentada aparecen asociadas, generando una especie círculo de influencia entre ambas, de forma que la persona afectada se anticipa al deseo miccional acortando de forma voluntaria los intervalos miccionales con el propósito de no tener que experimentar la sensación de urgencia.

Calificar una frecuencia miccional determinada como anormal no es fácil, al depender de variables como el volumen de ingesta líquida o el tipo de alimentación; por ello es de suma importancia el control de este síntoma mediante el diario miccional.

El Comité de Estandarización de Terminología del tracto urinario inferior de la International Continence Society (ICS) en su última actualización (ICS, Abrams, 2002b), acepta que un individuo sufre una frecuencia miccional aumentada (Increased day time frequency) cuando considera que evacúa más veces de lo que venía siendo habitual.

El cuestionario de síntomas ha de interesarse, además de por los síntomas de incontinencia, por los que puedan evidenciar disfunción del vaciado vesical, prolapso genital dolor.

– **Presencia de síntomas de disfunción del vaciado vesical**

Bien como síntomas principales o bien asociados a síntomas de incontinencia. En este caso, la evaluación ha de completarse con la exploración física y con la medición del residuo post miccional.

Confirmada la presencia de disfunción del vaciado vesical, la paciente deberá derivarse a una unidad especializada para realizar un diagnóstico etiológico.

– **Presencia de síntomas prolapso genital**

Esta asociación de síntomas, urinarios y de prolapso genital, es muy frecuente. En tal caso, las pacientes se someterán a una exploración pélvica que permita determinar el tipo y el grado de prolapso. Confirmada su existencia con afectación a la calidad de vida de la paciente, ésta será remitida a una unidad especializada que complete su estudio y determine la posibilidad de tratar quirúrgicamente ambas enfermedades.

– **Presencia de síntomas de dolor**

Una vez descartada la infección urinaria o vaginal, la confluencia de síntomas de dolor asociados a los síntomas urinarios motiva en todo caso la derivación de la paciente.

El cuestionario de síntomas ha de incluir, finalmente, la consulta sobre problemas de continencia de heces o gases en pacientes. En torno al 105 de las mujeres que acuden a consulta en una unidad especializada por síntomas de incontinencia urinaria presentan también incontinencia anal asociada.

Si se detecta esta asociación, se derivará a la paciente para una valoración global de su disfunción urinaria y ano-rectal.

D. Manejo del diario miccional

De los instrumentos disponibles el diario miccional es el más simple y rentable (Martin et al. 2006) junto con la historia clínica.

Siguiendo a Abrams (2002a) definimos el diario miccional como: «el registro en una hoja de todos los acontecimientos relacionados con la micción y los síntomas urinarios durante un período de tiempo determinado, normalmente entre dos y siete días, y en períodos de veinticuatro horas.». El diario miccional (Figura 5) ha de recoger:

- Número de micciones (frecuencia miccional)
- Episodios de urgencia y su gravedad
- Datos sobre la ingesta de líquidos
- Número y tipo de compresas y pañales utilizados como protección.

Con la información detallada se podrán confirmar los síntomas referidos por la paciente, como aumento de la frecuencia miccional o presencia de poliuria. A estos efectos, se considera una frecuencia miccional normal a la inferior a ocho micciones diarias con una ingesta de líquido no superior a 1.500 ml/día. La ICS define la poliuria como la producción de más de 2.800 ml/día de orina.

E. Realizar el examen físico

La exploración física se basará en una exploración general sola o asociada a una exploración pélvica.

Objetivos fundamentales de la exploración general:

- 1) Valorar el estado general de salud de la paciente y descartar procesos que puedan tener relación con los síntomas urinarios, como las demencias y ciertas neuropatías.
- 2) Realizar una exploración neurológica básica para descartar patología neurológica que afecte al área lumbo-sacra
- 3) Objetivar la pérdida de orina con el esfuerzo
- 4) Descartar la retención urinaria por palpación abdominal.

Objetivos de la exploración pélvica:

- 1) Valorar si existe prolapso de vísceras pélvicas (el tipo y grado)
- 2) Evaluar la capacidad contráctil de los músculos del suelo pélvico. El examen digital anal o vaginal es adecuado para medir la intensidad y resistencia de la contracción muscular del suelo pélvico. En el tacto vaginal se pide a la mujer que intente apretar con fuerza los dedos del explorador (Almirall et al. 1998) y se observan diferentes parámetros según la escala usada, existen muchas escalas que se pueden utilizar, las más conocidas son las de Brink, la escala de Worth y la de Laycock
- 3) Descartar la presencia de masas pélvicas y aplicar los métodos de diagnóstico temprano de cáncer genital (citología para el de cérvix y ecografía para valoración del endometrio y de los ovarios) si no han sido realizados recientemente.

F. Medición del volumen residual.

Si bien la palpación abdominal o el examen pélvico pueden proporcionar indicios sobre la existencia de retención urinaria, la medida exacta de la cantidad de orina residual se puede realizar mediante sondaje o bien por ecografía. (Granados et al. 1998)

Especialmente indicada para pacientes con síntomas de disfunción del vaciado vesical.

Se considera que el volumen de orina residual es normal cuando es inferior a 50 ml. Volúmenes superiores (100/200 ml), y de manera repetida, son considerados anormales (Méndez Rubio et al. 2011).

Un residuo miccional elevado (>100ml) o equivalente al 20% del volumen miccional, puede ser indicador de una obstrucción del tracto urinario de salida o de una alteración contráctil del detrusor. (Bristow et al. 2000)

II.5.2. Diagnósticos de enfermería.

El diagnóstico enfermero surge de la necesidad de etiquetar las respuestas que las enfermeras identifican y tratan.

Podemos decir que el diagnóstico es una aproximación al problema del sujeto, un supuesto basado en la información obtenida por la enfermera, en la valoración, en los conocimientos derivados de su formación y en su experiencia.

El diagnóstico enfermero consiste en analizar los datos de la valoración para enunciar un juicio clínico sobre las necesidades de cuidados del paciente. El proceso diagnóstico recoge las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad ante sus problemas de salud reales o potenciales así como las respuestas ante determinadas situaciones o crisis en el proceso vital. La clasificación de diagnósticos enfermeros de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) es la más utilizada a nivel mundial. Actualmente se incorporado 16 nuevas etiquetas a su clasificación de diagnósticos enfermeros, existiendo en la actualidad 216 diagnósticos enfermeros vigentes en la clasificación 2012-2014.

Dominio: 3. Eliminación e intercambio Clase: 1 Función urinaria

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema)

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. (00017).

Factores relacionados (causas)

Debilidad de los músculos y soportes pélvicos.

Presión intra-abdominal alta.

Características definitorias (signos y síntomas)

Goteo de orina al aumentar la presión abdominal.

Urgencia Urinaria.

Intervalo entre micciones inferior a dos horas.

Informes de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina al toser, reír, estornudar o hacer ejercicio.

A) RESULTADO. Nursing Outcomes Classification. (NOC)

Continencia Urinaria (0502). Control de la eliminación de orina de la vejiga.

INDICADOR

- 050201. Reconoce la urgencia miccional.

- 050208. Capaz de comenzar a interrumpir el chorro de orina.

ESCALA DE MEDICIÓN

5. Siempre demostrado

4. Frecuentemente demostrado

3. A veces demostrado

2. Raramente demostrado.

1. Nunca demostrado.

INDICADOR

- 050207. Ausencia de pérdidas de orina entre micciones.

- 050211. Pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, reír, levantar pesos).

ESCALA DE MEDICIÓN

1. Siempre demostrado

2. Frecuentemente demostrado
3. A veces demostrado
4. Raramente demostrado.
5. Nunca demostrado.

B) RESULTADO (NOC)

Movimiento coordinado (0212). Capacidad de los músculos para trabajar juntos voluntariamente con propósito de movimiento.

INDICADOR

- 021201. Resistencia de la contracción muscular.
- 021202. Tono muscular.
- 021210. Movimiento muscular en el tiempo deseado.

ESCALA DE MEDICIÓN

1. Gravemente comprometido.
2. Sustancialmente comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido

C) RESULTADOS (NOC)

Estado nutricional (1004). Capacidad para que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas.

INDICADOR

- 100405. Relación peso/talla.

ESCALA DE MEDICIÓN

1. Desviación grave del rango normal.
2. Desviación sustancial del rango normal.
3. Desviación moderada del rango normal.
4. Desviación leve del rango normal.
5. Sin desviación del rango normal.

INTERVENCIONES. Nursing Interventions Classification. (NIC)

- Ejercicio del suelo pélvico (0560). Fortalecimiento y entrenamiento de los músculos elevador del ano y urogenital, mediante la contracción voluntaria y repetida para disminuir la incontinencia por estrés, de urgencia o tipos mezclados de de incontinencia urinaria.

- Asesoramiento nutricional (5246). Utilización de procesos de ayuda interactivos centrados en la necesidad de modificación de la dieta.

- Cuidados de la incontinencia urinaria (0610). Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.

- Entrenamiento del hábito urinario (0600). Establecer un esquema predecible de vaciado de la vejiga para evitar la incontinencia en personas con la capacidad cognitiva limitada, que padecen incontinencia de urgencia, de estrés o funcional.

Dominio: 3 Eliminación e intercambio Clase: 1 función urinaria

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema)

INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA. (00019).

Factores relacionados (causas)

Disminución de la capacidad vesical (historia de enfermedad inflamatoria pélvica, cirugía abdominal, catéter urinario permanente).

Deterioro de la contractilidad vesical, hiperreflexia del detrusor: cálculos renales, tumores, trastornos del sistema nervioso central, relajación esfinteriana involuntaria.

Aumento de la ingesta de líquidos.

Efecto de medicamentos.

Irritación de los receptores de la tensión vesical provocando espasmos (por ejemplo infección de orina)

Impactación fecal.

Ingesta de cafeína o alcohol.

Características definitorias (signos y síntomas)

Urgencia urinaria

Incapacidad para llegar al WC a tiempo de evitar la pérdida de orina.

Micciones de cantidad inferior a 100 cc

Micciones de cantidad superior a 550 cc

Contractura o espasmo vesical.

Frecuencia superior a una micción cada dos horas.

Nicturia (más de dos micciones por noche)

A) RESULTADO (NOC)

Continencia Urinaria (0502)

INDICADOR

- 050201. Reconoce la urgencia miccional
- 050202. Patrón predecible del paso de orina.
- 050203. Responde de forma adecuada a la urgencia.

- 050205. Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de la orina. (050205)
- 050206. Micción > 150 ml cada vez.
- 050208. Capaz de comenzar a interrumpir el chorro de orina.

ESCALA DE MEDICIÓN

1. Nunca demostrado
2. Raramente demostrado
3. A veces demostrado
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

B) RESULTADO (NOC)

Conducta terapéutica (1609). Enfermedad o lesión. Acciones personales para paliar o eliminar patología.

INDICADOR

- 160906. Evita conductas que potencian la patología

ESCALA DE MEDICIÓN

1. Nunca manifestado.
2. Raramente manifestado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

C) RESULTADO (NOC)

Conocimiento: régimen terapéutico (1813). Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico.

INDICADOR

- 181301. Justificación del régimen terapéutico.
- 181305. Dieta prescrita.

ESCALA DE MEDICIÓN

1. Ningún conocimiento.
2. Conocimiento escaso.

3. Conocimiento moderado.

4. Conocimiento sustancial.

5. Conocimiento extenso.

INTERVENCIONES (NIC).

- Entrenamiento del hábito urinario (0600). Establecer un esquema predecible de vaciado de la vejiga para evitar la incontinencia en personas con la capacidad cognitiva limitada, que padecen incontinencia de urgencia, de estrés o funcional.

- Entrenamiento de la vejiga urinaria (0570). Mejoría de la función de la vejiga en aquellas personas afectadas de incontinencia de urgencia aumentando la capacidad de la vejiga para mantener la orina y la capacidad del paciente para suprimir la micción.

- Cuidados de la incontinencia urinaria (0610). Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.

Dominio: 3 Eliminación e intercambio Clase: 1 función urinaria

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema)

INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL (00209)

Factores relacionados (causas)

Deterioro de la visión, limitaciones neuromusculares, limitaciones físicas (amputación), alteraciones de los factores ambientales, debilidad de las estructuras pélvicas de soporte, deterioro de la cognición, etc.

Características definitorias (signos y síntomas)

Pérdida de orina antes de llegar al inodoro, percepción de la necesidad de miccionar, el tiempo requerido para llegar hasta el inodoro excede el tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada, etc.

RESULTADO (NOC)

Continencia Urinaria (0502). Control de la eliminación de orina de la vejiga.

INDICADOR

- 050201. Reconoce la urgencia.
- 050205. Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de la orina.
- 050209. Vacía la vejiga completamente.
- 050218 Uso independiente del inodoro sin barreras ambientales.

ESCALA DE MEDICIÓN

1. Nunca demostrado
2. Raramente demostrado
3. A veces demostrado
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

RESULTADO (NOC)

Control de síntomas (1608). Acciones personales para minimizar los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional.

INDICADOR

- 160801. Reconoce el comienzo del síntoma.
- 160802. Reconoce la persistencia del síntoma.
- 160806. Utiliza medidas preventivas.

ESCALA DE MEDICIÓN

1. Nunca demostrado
2. Raramente demostrado
3. A veces demostrado
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

INTERVENCIONES (NIC).

- Cuidados de la incontinencia urinaria (0610). Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.
- Manejo ambiental (64809). Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.
- Ayuda con los autocuidados: aseo (1804). Ayuda a otra persona en la eliminación.
- Entrenamiento del hábito urinario (0600). Establecer un esquema predecible de vaciado de la vejiga para evitar la incontinencia en personas con la capacidad cognitiva limitada, que padecen incontinencia de urgencia, de estrés o funcional.

II.6. TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER.

II.6.1. Tratamiento conservador de la incontinencia urinaria.

Las estrategias de actuación según Juarranz Sanz (2002) en su artículo sobre el tratamiento de la incontinencia urinaria, varían en función del tipo de incontinencia.

El tratamiento conservador para la IU incluye las siguientes opciones:

A. MEDIDAS GENERALES.

A toda persona incontinente se le debe recomendar una ingesta moderada de líquidos (1-1,5 l/día), evitar cafeína y alcohol, tratar la obesidad y el estreñimiento aumentando la fibra en la dieta y la tos crónica, eliminar barreras físicas haciendo una adaptación

arquitectónica del entorno y la vivienda, llevar prendas holgadas y realizar una mayor actividad física. (Schröder et al. 2009)

B. FORTALECIMIENTO DE LA MUSCULATURA PÉLVICA A TRAVÉS DE:

▪ Ejercicios de potenciación del suelo pélvico de Kegel:

Sin lugar a dudas se trata del método más importante para tratar la incontinencia de esfuerzo leve-moderada, además de ser útil en el tratamiento de la vejiga hiperactiva.

Consiste en contraer vigorosamente los músculos pubococcígeos sin utilizar los músculos del abdomen o glúteos. Su eficacia es máxima si se realizan entre 40 y 80 contracciones al día con intervalos de 5 segundos entre ellas para permitir la re-oxigenación del músculo. Se ha de formar al paciente para que tense su suelo pélvico antes de toser o de levantar pesos. Se estima que es necesario un entrenamiento entre 15 a 20 semanas para que se consigan beneficios (Moore, 2000). Sin embargo, los rendimientos obtenidos no se diferencian si el tratamiento de la IU se hace en grupo o individualmente (Oliveira et. al. 2009), solamente se vieron desigualdades en relación a la fuerza del suelo pélvico, que aumentó en mayor grado en el tratamiento individual. De esta forma se llega a la conclusión de que las dos variedades son prácticas. Lo mismo que Oliveira et al., en el estudio de Janssen et al. (2001), equiparan intervenciones en grupo o individualmente siendo los resultados muy parecidos, es decir, en ambos grupos las enfermas aliviaron su incontinencia con la misma efectividad, de manera que cotejando con el inicio los dos grupo acortaron a la mitad la continuidad de pérdidas de orina. Por consiguiente en el estudio se deduce que no hay desigualdad en la medicación individual o en grupo, y por este motivo, a la hora de poner el tratamiento en práctica habría que tener en cuenta otras circunstancias como el número de pacientes que podrían participar y el horario de disponibilidad de estas personas. También se han comprobado unos mejores resultados con un tratamiento realizado bajo supervisión, ya que en ellos el profesional en fisioterapia valora la correcta contracción de los músculos de la pelvis (Konstantinidou et al. 2007). Para terminar, el estudio llevado a cabo por Zanetti et al. (2007) percibió que las pacientes estudiadas aumentaban significativamente su calidad de vida.

- Terapia física-biofeedback.

Se trata de técnicas desarrolladas para que el paciente pueda regular la función del suelo de la pelvis y monitorizar sus progresos. Para facilitar la información al paciente se usan el perineómetro, consiste en un dispositivo vaginal con manómetro que mide los cambios en la presión intravesical cuando la mujer realiza los ejercicios de Kegel, y el EMG biofeedback, que utiliza electrodos de superficie (sondas vaginales o anales).

Esta terapia requiere personal fisioterapeuta experimentado, siendo un tratamiento complementario a los ejercicios del suelo pélvico.

- Conos vaginales de distintos pesos (20 a 100 g).

La contracción sostenida de los músculos de la pelvis para mantener el cono en el interior de la vagina fortalece la musculatura del suelo pélvico. Parecen ser útiles en el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo, pero no sustituyen a los ejercicios de Kegel, sino que su papel es sólo ayudar a realizarlos correctamente.

- Electroestimulación.

Se ha utilizado para el tratamiento de la IU de esfuerzo, IU de urgencia, IU mixta y los síndromes dolorosos vesicales. Consiste en la estimulación de los nervios pudendos o sacros utilizando electrodos vaginales o anales. Aunque se han comunicado tasas de éxito de un 35- 65% para mujeres con diferentes tipos de incontinencia, todavía existe controversia sobre la utilidad de esta terapia. La mayor parte de los ensayos clínicos concluyen que la electroestimulación es eficaz en el tratamiento de la IU y el Síndrome de la Vejiga Hiperactiva en mujeres. (Jerez Roig et al. 2002).

- Terapia conductual:

- Entrenamiento vesical.

Su objetivo es ayudar al paciente con córtex cerebral intacto a recuperar el control de su vejiga, y se usa fundamentalmente en el tratamiento de la IU de urgencia. Consiste en enseñar al paciente a orinar en períodos fijos. Cuando se ha alcanzado el objetivo inicial, los intervalos se aumentan gradualmente hasta que el paciente logre orinar cada

2-3 h. Resulta muy útil basarse en la tabla de frecuencia/volumen durante todo el tratamiento para monitorizar el éxito del mismo. El éxito de esta terapia varía entre un 75 y un 90% de curaciones o una mejoría notable.

– Otras técnicas.

Puede optarse por dispositivos oclusivos (pesarios), dispositivos conductivos (sondas) o por dispositivos absorbentes (pañales de incontinencia), los cuales han de considerarse únicamente una medida temporal o complementaria a otros tratamientos; además, su uso ayuda a manejar el problema pero no lo modifica y, por tanto, la calidad de vida no mejora. Su empleo puede suponer una forma de tratamiento inicial o paliativo hasta una solución definitiva. (Juarranz, 2002).

II.6.2. Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria en la mujer.

El almacenamiento de la orina en la vejiga y su evacuación va a depender principalmente de la actividad de la musculatura lisa de la vejiga y uretra, de la musculatura estriada del suelo pélvico y abdominal, y del esfínter uretral externo. Si se produce alguna alteración en cualquiera de estos niveles va a determinar problemas en el vaciado y en el almacenamiento vesical.

En ocasiones los efectos secundarios de la medicación o del tratamiento utilizado son mayores que la tolerancia de los síntomas, por lo que antes de iniciar tratamiento farmacológico, es importante conocer el grado de aceptación por parte del paciente de su problema de incontinencia.

Se debe elegir un fármaco de acción única y que tenga escasos efectos secundarios, se debe evitar la polifarmacia revisando la medicación que previamente esté utilizando el paciente para simplificar y asegurar el cumplimiento del tratamiento. (Brenes et al. 2013)

II.6.3. Tratamiento farmacológico de la Incontinencia urinaria de esfuerzo.

Recogido en el manual de algoritmos diagnóstico-terapéutico de Urología en atención primaria, en su apartado 6, actualiza el tratamiento farmacológico de la incontinencia

urinaria en mujeres realizados por López Gronzo et al.(2012) y editado por Sánchez Merino y Chantada Abal en (2012).

No se ha demostrado con certeza la eficacia del tratamiento farmacológico en la IUE. El uso clínico de los fármacos se encuentra limitado por su baja eficacia y por los efectos secundarios asociados a éstos, por lo que tienen un escaso papel en este tipo de incontinencia.

Los **agonistas alfa-adrenérgicos** fueron retirados en el año 2000 por provocar casos de hemorragia cerebral; la **imipramina** (antidepresivo tricíclico) también dejó de utilizarse por sus efectos secundarios como sedación, hipotensión postural, etc. La **duloxetina** es un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina que puede producir mejoras en la calidad de vida de estas pacientes. Fue aprobada por la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos en el 2008 en dosis de 40 mg cada 12 horas para la incontinencia urinaria moderada a severa, pero su uso no está aprobado en España. De cualquier manera, no se recomienda como tratamiento de primera línea para las mujeres con incontinencia de esfuerzo predominante, excepto para aquellas que prefieren el tratamiento farmacológico al quirúrgico o no son adecuadas para éste. Si se prescribe duloxetina, las mujeres deben recibir consejo sobre sus efectos adversos.

El tratamiento hormonal con estrógenos ha sido un tema controvertido y contradictorio, varios estudios en mujeres con este tratamiento han concluido (Espuña et al. 2004) que no se evidenció ninguna mejoría objetiva en la IUE, hasta la publicación de los resultados del reanálisis de los estudios WHI (Women Health Initiative), (Hendrix et al. 2005) y HERS (Heart Estrogen/progestin Replacement Study), (Grady et al. 1998). Se concluye que la terapia oral con estrógenos solos o asociados a progesterona aumenta el riesgo de IU en las mujeres postmenopáusicas continentales y empeora las características de la IU entre las sintomáticas, motivo por el cual no se recomienda su utilización en la IU. (Steinauer et al. 2005).

Se debe informar del aumento de este riesgo a las mujeres que estén en tratamiento con terapia hormonal o vayan a iniciarlo.

II.6.4. Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria de urgencia.

En el tratamiento farmacológico de la IUU, se nos plantea dirigir nuestros objetivos en disminuir la actividad contráctil involuntaria de la vejiga y mejorar su capacidad (Rexarch et al. 1999).

Al comenzar con el tratamiento se deben valorar los posibles efectos secundarios que produce la medicación ya que estos pueden ser peor tolerados que los propios síntomas de la Incontinencia.

Se debe elegir un fármaco de acción única y que tenga escasos efectos secundarios. Se debe evitar la polifarmacia, sobre todo en ancianos, revisando los fármacos que previamente esté utilizando el paciente para simplificar y asegurarnos el cumplimiento del tratamiento.

Los **estrógenos locales**, en mujeres menopáusicas, pueden revertir los síntomas y los cambios citológicos de la atrofia genitourinaria, pero no deben utilizarse para tratar la incontinencia urinaria, ya que no se ha demostrado que ejerzan efecto directo sobre las vías urinarias inferiores (Thüroff et al. 2011).

Se está empleando de forma experimental la **toxina botulínica**, inyectada en el músculo detrusor de la vejiga, pero no ha sido aprobada todavía para su uso en la práctica habitual, salvo en la hiperactividad del detrusor neurógena. Esteban et al. (2014), en su artículo sobre este tema, recoge como conclusión que el tratamiento médico de la vejiga hiperactiva (VH) debe ser individualizado, escalonado y progresivo. OnabotA (Botox®) podría implicar ventajas con respecto a otros tratamientos, y se posiciona como una alternativa segura y eficaz para tratar la VH refractaria a fármacos.

Los anticolinérgicos relajan el músculo detrusor, hacen que las contracciones se reduzcan, consiguen que la tensión intravesical baje y ayudan a aumentar la capacidad

vesical para que haya retención de la orina. Sin embargo también tienen efectos secundarios como la boca seca, la capacidad de retener la orina, la visión puede volverse borrosa, astricción, hipotensión en la postura y desconcierto. No están indicados en el glaucoma no controlado, uropatía obstructiva baja, miastenia gravis, insuficiencia hepática y colitis severa. Interactúan con inhibidores potentes del CYP3A4 (antifúngicos, macrólidos, vinblastina y ciclosporina). En la utilización de los anticolinérgicos hay que subir de forma progresiva la dosis, dejando un mes como límite para evaluar la respuesta y la tolerancia a cada nueva dosis.

En el supuesto de que no se tolere se debe sustituir el fármaco por otro más adecuado, dejando un periodo de lavado que puede variar según la presencia media de cada medicamento, pero que rondará una semana. Es adecuado analizar el volumen de orina residual de los enfermos que agravan su incontinencia urinaria después de recibir los anticolinérgicos o que presentan peligro de obstrucción urinaria baja.

No existe ningún anticolinérgico de uso frecuente que sirva como medicación de primera línea para pacientes con la vejiga hiperactiva o con hiperactividad del detrusor. La medicación óptima para un paciente debe ser personalizada, teniendo en cuenta siempre la comorbilidad del enfermo, la toma de otros medicamentos concomitantes y las propiedades farmacológicas de los distintos medicamentos. (Thüoff et al. 2001).

Si se deben usar anticolinérgicos se pueden elegir por vía oral varias opciones. La **oxibutinina** (5 mg/8 h) suele ser muy eficaz, aunque tiene muchos efectos secundarios. Se tolera mejor la forma retardada, que no hay en el mercado de nuestro país. El **cloruro de trospio** (20 mg/12 h) presenta menor cantidad de efectos secundarios, pero es pobremente metabolizado. Se puede usar con más certeza en ancianos ya que no atraviesa la barrera hematoencefálica, teniendo por esto menos efectos secundarios a nivel cognitivo. Es recomendable tomarlo en horario diferente al de las comidas.

La mala tolerancia a los medicamentos para este tipo de enfermedad ha hecho que se realicen ensayos de forma continua, de forma que se pueda encontrar un fármaco sin tantos efectos secundarios y más efectivo. Este es el caso de la **tolterodina** (1-2 mg/12

h o 2-4 mg/24 h en formulación retard) que es mejor aceptada; se encuentra disponible en una dosis única diaria de 2 y 4 mg, que según estudios clínicos tiene menos riesgo de sequedad bucal. La **solifenazina** (5-10 mg/24 h) es más selectiva y presenta menos efectos adversos, y está recomendada sobre todo cuando no hay tolerancia o no hay respuesta positiva a diferentes anticolinérgicos.

La **fesoterodina** (4-8 mg/24 h) tiene un perfil fármaco-cinético diferente ya que la activación no se da en el hígado y se puede tomar coincidiendo o no con las comidas. (López Gonzo et al. 2012)

II.6.5. Tratamiento de la incontinencia urinaria mixta.

Para tratar cada tipo de incontinencia urinaria se debe administrar el tratamiento que sea más adecuado en cada caso, tratando así el componente más importante. (Vila Coll et al. 2000) Se recomienda ejercicios de Kegel, conos vaginales, estimulación eléctrica y entrenamiento de hábitos. Si se requiere tratamiento farmacológico, se intentará con anticolinérgicos. Si fracasa el tratamiento, debe remitirse al especialista para estudio urodinámico y valoración de tratamiento quirúrgico. (Rodríguez Reina et al. 2003)

II.6.6. Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria.

La cirugía se considera el tratamiento adecuado en las pacientes en las que el tratamiento conservador ha fracasado, en aquellas con IUE moderada-severa o las pacientes que solicitan un tratamiento definitivo. Su propósito es incrementar la resistencia uretral para evitar el escape de orina por la uretra durante los aumentos de la presión intraabdominal, preservando el vaciamiento vesical completo a baja presión.

Existen gran variedad de procedimientos quirúrgicos diferentes para tratar la IUE, sobre 200, pero, pueden agruparse en tres tipos básicos: inyectables uretrales, colposuspensión y cabestrillo suburetrales. Robles (2006) en su artículo sobre incontinencia urinaria presenta estos procedimientos:

Inyectables uretrales

Se considera el procedimiento menos invasivo y se puede llevar a cabo con anestesia local. Este método fue descrito en un principio para IUE en casos de deficiencia esfinteriana intrínseca, pero también puede dar buen resultado en enfermos con hipermovilidad uretral. Se han utilizado diferentes productos: colágeno, politetrafluoroetileno, silicona, dextranómero, ácido hialurónico, semillas de carbón y hasta tejidos autólogos (como la grasa); debiendo producir una respuesta inflamatoria y fibrótica mínima, teniendo cada uno distintas características biofísicas que perjudican a la compatibilidad, persistencia, confianza y tendencia a la migración. (Robles, 2006).

Las partículas que componen el agente deben ser del tamaño suficiente como para prevenir la migración fuera del sitio de inyección (diámetro mayor de 80 μm) pero de la suficiente durabilidad como para mantener su efecto con el tiempo. En general, los materiales disponibles en la actualidad constan de partículas suspendidas en excipiente de gel biodegradable. (Keegan et al. 2008)

La mayoría se inyectan vía transuretral de forma retrógrada o transvaginal, alrededor del cuello vesical y en el tejido periuretral utilizando control endoscópico.

Actualmente, se dispone de datos que recomiendan, pero no demuestran, su validez en lo que se refiere al alivio subjetivo y objetivo de la IUE a corto plazo (Pickard et al. 2004) con índices variables de consecución (curación más mejoría) de 30-80 %, pero se acortan de forma significativa con el tiempo. En pacientes de sexo femenino con comorbilidades importantes podría ser una buena opción teniendo en cuenta que necesitarán 2 o 3 inyecciones en un año para conseguir un rendimiento eficaz.

Cabestrillos suburetrales

Este apartado puede subdividirse en cabestrillos “clásicos” y mallas “libres de tensión” tipo TVT. En cabestrillos clásicos se han usado tanto materiales sintéticos (Mersilene, Gore Tex) como autólogos (fascia lata, duramadre).

Están indicados especialmente en pacientes que presentan deficiencia esfinteriana intrínseca. También se sugiere en mujeres con cirugía previa para IU fracasada. Consiste en pasar un lazo bajo el cuello vesical o uretra y fijar luego en algún espacio de las estructuras pélvica so pared abdominal para poder afianzar la uretra (Lapitan et al. 2004). Los niveles de curación (continencia total) están situados en 73-95% y las de éxito (continencia o mejoría) en el 64-100% (Chartier et al. 2005).

Las consecuencias suelen ser mejores en mujeres que no han sido tratadas con anterioridad y las dificultades más usuales son la disfunción de vaciado vesical con retención (1-4 % de las pacientes), hiperactividad vesical novo (6-14% de las enfermas), y erosión del cabestrillo (se da más en los sintéticos) en vejiga, vagina y uretra (Pesce, 2004). Los materiales autólogos parecen tener un mayor nivel de consecución y una tasa menor de problemas y complicaciones.

La malla suburetral libre de tensión TVT ha llegado a ser el método más extendido para tratar la IU. Es el menos agresivo y puede ser realizado con anestesia local. Su objetivo es restaurar la sujeción de la uretra media al pubis, fortaleciendo los ligamentos pubouretrales. Se introduce una cinta de polipropileno por la vagina alrededor de la uretra distal, quedando sin tirantez de forma que ejerza la necesaria fuerza sobre la uretra mientras acrecienta la presión abdominal para evitar el escape de orina. Los niveles de sanación están alrededor de 66-91%, con eficiencia mantenida después de cinco años y satisfacción del 85% de las pacientes intervenidas.

Los números disponibles señalan también que estos niveles de curación son parecidos a los que se obtienen por métodos de colposuspensión abiertos. La dificultad intraoperatoria más común es la perforación vesical (un 9% de pacientes), también pueden aparecer disfunciones de vaciado vesical (3-5% de las pacientes), infecciones de orina (6-22%) e hiperactividad vesical "de novo" (3-9%) (Bezerra et al. 2004). Suele ser inusual el deterioro de la malla.

Últimamente se ha incluido un cambio técnico según el cual la malla suburetral es insertada en un plano apaisado por debajo de la uretra entre ambos agujeros

obturadores de forma percutánea con un tunelizador. (Delorma et al. 2004). Los primeros resultados son esperanzadores.

Colposuspensión

Las colposuspensiones convenientes en pacientes con IU secundaria a hipermovilidad uretral, se han cogido como pauta de referencia en el procedimiento quirúrgico de la IUE. Su objetivo es consolidar la uretra alargando los tejidos de la proximidad del cuello vesical y la uretra proximal hacia la cavidad pélvica, detrás de la sínfisis púbica. Se usan abordajes tanto por el abdomen como por la vagina y en la actualidad laparoscópicos (Pesce, 2004)

La colposuspensión de Burch es la más exhaustivamente estudiada, con niveles de curación (recuperación completa de la incontinencia) de 73-92% con tasas de consecución (curación o mejoría) de 81-96% (Kershen et al. 2004) (Becerra et al. 2004).

Además las tasas se conservan en el tiempo ya que a los 5-10 años el 70% de las enfermas tratadas siguen continentales (Lapitan et al. 2004). Los problemas más comunes son la disfunción de vaciado vesical (en 2-27% de las pacientes) y la hiperactividad vesical de novo (8-27%). El nivel de satisfacción de las pacientes es alto (82%).

Una verificación sistemática actual sobre la eficacia de la colposuspensión laparoscópica (Moehrer et al. 2003) ha detectado que las pacientes tratadas con este procedimiento tenían un 8% más de riesgo de IU que las que fueron tratadas mediante colposuspensión abierta. Las tasas de curación subjetivas (85-100%) fueron semejantes a 6-18 meses de seguimiento, lo mismo que las complicaciones.

III. SITUACIÓN ACTUAL DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA IU EN JAÉN.

La situación actual en nuestra provincia viene recogida a continuación tanto en el ámbito de atención primaria como a nivel hospitalario.

III.1. ATENCIÓN PRIMARIA

No existe en la actualidad ningún proceso ofertado por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) que incluya la atención a la incontinencia urinaria como tal, en el trabajo día a día los profesionales de atención primaria trabajan con los tratamientos antes descritos y derivan a la atención especializada, al urólogo o ginecólogo, cuando existe incontinencia urinaria más síndrome miccional obstructivo, IU con posible causa neurológica, IU de esfuerzo grave e IU acompañada de bacteriemia crónica recurrente.

III.2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

En el Complejo Hospitalario de Jaén, actualmente, la consulta nº 8 de ginecología atiende a mujeres con este tipo de problemas y las deriva si es necesario a un programa de preservación del suelo pélvico realizado desde hace un año por una matrona, con la intención de reducir la prevalencia en nuestro medio y poner en marcha un programa de reeducación del suelo pélvico haciendo una educación sanitaria, basada en procedimientos conservadores para que la mujer pueda realizar su rehabilitación.

La reeducación del suelo pélvico se orienta a través de la entrevista inicial, la valoración funcional de la esfera abdominal, información, educación sanitaria, prevención de riesgos, entrenamiento, toma de conciencia, hábitos, valoración de calidad de vida.

Estas actividades están contenidas en un amplio programa distribuido de la siguiente forma; iniciación del programa de ejercicios prácticos distribuido en seis sesiones con una duración de dos horas, una frecuencia quincenal y desarrollado con una exposición teórica en la primera hora y ejercicios en la segunda.

El objetivo de la primera sesión es el conocimiento del periné y suelo pélvico, funcionamiento del mismo e identificar expectativas individuales y del grupo.

La segunda sesión tiene como objetivo el aprendizaje de elaboración de un diario miccional, conocimiento del diafragma, evaluación del tono muscular del suelo pélvico y de los abdominales, evaluar el grado de laxitud o depresión de las paredes vaginales al esfuerzo, valoración de la estática de los órganos de la pelvis.

En la tercera sesión el objetivo es conocer el funcionamiento de la vejiga, el objetivo de la cuarta sesión es la prevención de las disfunciones del suelo pélvico, identificación de la perimenopausia, evaluación de los músculos de la vagina, evaluación de las procidencias o celes, si las hubiera. La quinta sesión se dedica a identificar las distintas formas de IU y evaluar la calidad de vida.

En la última sesión tiene como objetivo volver a evaluar el suelo pélvico y la estática de los órganos pelvianos, enseñar la autoevaluación del suelo pélvico, reconocer hábitos higiénicos y de forma de vida, adquirir conocimientos alimenticios y realizar la evaluación final del programa.

Las clases son dinámicas y participativas, donde las mujeres aprenden: a autoevaluarse, a elaborar el diario miccional, a realizar los ejercicios oportunos para cada caso, reconocen la ubicación, el funcionamiento de los músculos del suelo pélvico y su manejo, reconocen el funcionamiento de los músculos abdominales, perciben las sensaciones propioceptivas y aprenden a corregir errores en el mal uso del suelo pélvico.

IV. ESTADO DE LA CUESTIÓN.

Las tasas de prevalencia de la incontinencia urinaria varían en función de las áreas estudiadas y de la edad. Estudios en nuestro país, que a continuación se detallan, indican que aproximadamente un 20% de la población femenina, entre 18 y 65 años, la padece en grados variables, con un 79,2% de ellas con más de un año de evolución. La prevalencia aumenta con la edad, de manera que si a los 35 años ya el 21% la padece, este porcentaje crece muy ligeramente hasta los 60 años, alcanzando entonces el 25% y llegando hasta el 34% a los 65 y al 61% a los 90 años.

Estos datos contrastan con el hecho del bajo porcentaje de pacientes que consultan con su médico. En el estudio comparativo de Papanicolaou, Hunskaar et al. (2005), comparando cuatro países europeos (España, Francia, Alemania, Reino Unido), en los que participaron 1573 mujeres. Reportó que el 80% de las cuales sentía los síntomas de la incontinencia urinaria como molestos, el mayor efecto negativo era en la actividad física, la confianza, la auto percepción y las actividades sociales, del mismo modo un impacto negativo en la calidad de vida se asoció a un aumento de la severidad de la IU, como dato comparativo sólo el 24% de las españolas habían consultado por su incontinencia frente al 40% de las alemanas.

Si bien disponemos de amplios datos sobre la prevalencia, los de incidencia son escasos. En un estudio realizado por Martínez Córcoles et al. (2008) en Albacete con una muestra de 126 pacientes, obtuvieron que hay una afectación de la calidad de vida, una limitación de la actividad física y una afectación de la imagen corporal y que todo esto empeora con la edad.

En otro estudio realizado por Araño et al. (2009) con una muestra de 1100 mujeres con síntomas de IU Mixta se detectó un deterioro de la calidad de vida. Velázquez Magaña et al. (2007) en un estudio realizado en Méjico en una población de 800 pacientes obtuvo una prevalencia del 46,5% y una menor calidad de vida en pacientes con IU.

En el año 2004, Madroño Freire et al. realizaron en Orense un estudio de 1000 mujeres, en 2004, obtuvieron una prevalencia de IU del 20 %. El 56,8% de las mujeres

no lo habían consultado. Se detectó alta prevalencia de IU en las mujeres en edad laboral con una baja tasa de consulta, probablemente debido a que afecta de manera leve a la CV en la mayor parte de las mujeres.

Sánchez de Enciso Ruiz et al. (2004) realizó un estudio en 354 pacientes en el que la prevalencia global de la IU es de 39,8%, el 56,4% no consideraba la incontinencia como un problema de salud y no lo habían consultado. La calidad de vida se vio afectada en el 51,7%: cuatro de cada 10 que visitan a su médico padecen IU, siendo la más frecuente la mixta. La mitad de las mujeres con IU tienen reducida su calidad de vida.

En un estudio realizado en la Isla de Pascua por Harwardt et al. (2004) en 236 mujeres entre 30 y 80 años el 77,1% referían episodios de IU, de estas el 50,4% manifestaron tener IU que afectaban a su calidad de vida. El 39% sabía que este problema tiene tratamiento. El 27% había consultado, afectando a todos los grupos de edad.

La prevalencia de un estudio realizado en Galicia por Dios-Diz et al. (2003) en 350 mujeres mayores de 64 años es de 35,1%. Otro estudio realizado por Martínez Escoriza et al. (2006) en Alicante a 639 pacientes muestra una prevalencia del 40%.

Espuña-Pons en un estudio realizado en Cataluña en el 2009, obtuvo una prevalencia de 7,9% de la población, el 12,2% de las mujeres y el 3,6% de los hombres, lo que supone que más de medio millón de personas tienen pérdidas involuntarias de orina, de las cuales el 77,8% son mujeres. La prevalencia aumenta con la edad, la franja de edad en la que la prevalencia es más alta en mujeres es de 65 a 74 años (26,6%), la franja de edad en los hombres es en los mayores de 75 años.

Minassian et al. (2008) hace una revisión de estudios en inglés sobre la prevalencia de la incontinencia urinaria femenina media fue de 27,6% (rango: 4,8-58,4%) y la prevalencia de la incontinencia aumentaba con la edad. Minassian et al. (2012) realizó un estudio cuyo objetivo era estimar la prevalencia de la IU en las mujeres de una población hasta la atención especializada. Se utilizó The General Longitudinal Overactive Bladder Evolution- IU (GLOBE-IU) que es un estudio poblacional sobre la

historia natural de la IU en mujeres mayor o igual a 40 años. Participaron 3316 mujeres de ellas 1366 presentaba IU por lo que la prevalencia fue de del 41% de estas solo 339 (25%) solicitaron atención.

Hannestad et al. (2000) realizaron un estudio en 27936 mujeres en Noruega obteniendo una prevalencia del 25%.

En cuanto a los motivos por los que las mujeres no consultan encontramos un artículo de Lígia de Silva en 2009 en el cual fueron estudiadas 213 mujeres que comparecieron al servicio para realizar el examen de citología oncológica, siendo incluidas apenas 35 que eran incontinentes. Gran parte de los sujetos (45,7%) no conocía ninguna forma de tratamiento para la IU y más de la mitad (65,7%) no buscó tratamiento para el problema; siendo las principales razones apuntadas, el hecho de encontrar normal la pérdida de orina, no considerarla algo importante y la afirmación del médico de que no era necesario. El desconocimiento sobre los tipos de tratamiento puede contribuir para no buscar ayuda profesional.

En un estudio realizado por Simeonova et al., (1999) solo el 6% de las mujeres de su población de estudio había buscado atención médica para la incontinencia urinaria.

Ferri Morales et al. (2003) en un estudio realizado en Toledo obtuvo que los motivos por los que las mujeres no consultan su problema de incontinencia al profesional sanitario son:

- Por considerar que es normal en la mujer.
- Por vergüenza, relacionada sobre todo con el olor, y el pudor
- Porque el sistema sanitario, en general, no ofrece solución distinta a las que ellas aplican por su cuenta
- Porque la solución que se ofrece (farmacología, cirugía) no es satisfactoria.

En 2010, de Souza Santos en varias poblaciones de Brasil con adultos de la población urbana, permitió concluir que la prevalencia según el sexo y edad, en una muestra de 519 personas, fueron 20,1% en la población general, 32,9% entre las mujeres y 6,2%

entre los hombres. Entre los factores de predicción más importantes se identificaron: diabetes mellitus, tiempo de pérdida y cistocele.

En un estudio realizado en Sudáfrica por Altaweel et al. (2012) a mujeres con incontinencia, la prevalencia de la incontinencia urinaria fue del 29%. La prevalencia de la incontinencia urinaria de acuerdo con el tipo fue; 50% la incontinencia urinaria de esfuerzo, 28% incontinencia urinaria de urgencia y 22% de incontinencia urinaria mixta. La edad avanzada, la obesidad, gran peso del nacimiento del bebé, la paridad elevada, parto por cesárea, parto vaginal, y la diabetes fueron factores de riesgo significativos. Menos del 10% de las mujeres del estudio informó un efecto significativo de la incontinencia urinaria en su CVRS. En la población estudiada, el 9% buscó atención médica.

Coyne et al. (2012), realizó un estudio entre hombres y mujeres de Suecia, Reino Unido y Estados Unidos, de los 14.140 hombres y 15.860 mujeres, 6.479 hombres (45,8%) y 10.717 mujeres (67,6%) informaron de incontinencia urinaria, se evidencia en el estudio también que la presencia de incontinencia urinaria afecta a su calidad de vida.

La prevalencia global encontrada en el estudio realizado por Orna Esteban et al. (2011) en la población de Zaragoza, en dos centro de salud, fue de 33%, en una muestra de 356 mujeres y hombres, siendo del 44% en mujeres y un 14% en los hombres, en el 62% de los casos el diagnóstico no era conocido por el médico de atención primaria. El 63% de los pacientes con incontinencia urinaria refirieron alguna limitación en su calidad de vida.

Basak et al. (2012) realizó en Turquía un estudio en mujeres sobre factores de riesgo de la incontinencia urinaria y calidad de vida. Las mujeres informaron síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo (21,8%), de síntomas de IU de urgencia (23,6%), y los síntomas de IU mixta (45,5%).

El sesenta por ciento declaró que habían experimentado episodios de IU varias veces al día, el 38,2% con experiencia en grandes cantidades, y el 21,8% había experimentado IU durante 11 años o más.

Las mujeres que sufren IU obtuvieron una puntuación media de 46,36 en el test I-QOL, se encontró que la IU afecta moderadamente a la calidad de vida en las mujeres turcas. La incontinencia urinaria tiene una influencia importante en la salud relacionada con la calidad de vida en mujeres afectadas. La IU Mixta se asoció con el mayor nivel de vergüenza social evaluado por el cuestionario I-QOL.

La prevalencia de la IU fue del 31,9% en un estudio realizado a 288 mujeres turcas por Kocaöz et al. (2012). Noventa y dos mujeres de las 288 mujeres participantes en el estudio (31,9%) declararon que la incontinencia urinaria tenía un impacto negativo en su calidad de vida y solo cuarenta de las noventa y dos (43,5%) habían pedido ayuda médica. Concluyeron que el deterioro de la calidad de vida se relaciona con el tipo de incontinencia urinaria y que la IU es común en las mujeres turcas, que afecta a su calidad de vida de forma leve o moderada.

Ojengbede et al. (2011), realizó un estudio sobre la prevalencia y los factores desencadenantes de IU en 5000 mujeres subsaharianas. La proporción de mujeres que actualmente experimentaban fugas fue del 2,8%. Los tipos de incontinencia reportados por las mujeres con IU de esfuerzo era del 2,3%, IU de urgencia del 1% y mixta del 0,6%. Refieren IU grave el 0,5% de las mujeres, el 0,1% IU moderada mientras que el 2,2% tenía IU leve. Entre los factores de riesgo destacan los partos vaginales frente a las mujeres nulíparas.

En 2013 Suarez Serrano realizó un estudio sobre 34 mujeres que acudían un centro urológico en Sevilla, diagnosticadas de cualquier tipo de incontinencia, para valorar la repercusión en la calidad de vida, para valorar este aspecto se utilizó el cuestionario de King's Health Questionnaire. El 60% de estas mujeres tenían IU de esfuerzo. Las dimensiones: salud general, gravedad e impacto de la incontinencia son las más

afectadas. La correlación entre la calidad de vida y los parámetros de severidad de los síntomas son bajos.

En 2014, Ortuño Esparza y Lozano Alcaraz realizaron un estudio en mujeres mayores de 45 años en Murcia sobre la repercusión de la incontinencia urinaria en estas mujeres, de 50 mujeres que participaron en el estudio realizaron el cuestionario ICIQ-SF y el I-QOL, obteniendo un porcentaje de incontinencia del 32 %, el 20% IU de esfuerzo, el 6% IU mixta y el 6% IU de urgencia. La calidad de vida aparece afectada, siendo de peor calidad cuando el tipo se de urgencia, se hallan relaciones significativas entre la frecuencia de las pérdidas con; la repercusión psicosocial, los sentimientos de vergüenza en las relaciones sociales así como problemas con la depresión.

En un estudio realizado por Geanini Yagüez et al. (2014) en la población de 314 pacientes de Salamanca sobre hombres y mujeres encontraron una significación estadística entre incontinencia urinaria y antecedentes de embarazo, parto, menopausia y cirugía ginecológica en mujeres, el tipo de IU más frecuente en ambos sexos fue de esfuerzo.

En el estudio de Gavira Pavón et al. (2014) multicéntrico en mujeres con que consultaban por dolor lumbopélvico, encontró IU en 155 mujeres de un total de 364, y una prevalencia del 43%, siendo en su mayoría de esfuerzo con un bajo impacto en la calidad de vida.

En el grupo de mujeres del estudio de Cortés Gálvez et al., de 145 mujeres realizado en 2014, encontró una prevalencia del 60% y en los hombres un 15,51% en un grupo de 58 hombres. La IU más frecuente fue la IU de esfuerzo con un 44, 8% seguidos de la mixta y la de urgencia. La calidad de vida se vio afectada de forma escasa en un 55,17%, media en 32,18% e importante en 10,34%.

García Astudillo et al. (2005) ha realizado un estudio sobre 506 sujetos en los que se utilizó el cuestionario ICIQ-IU-SF, validado para diagnosticar la IU y sus tipos, obteniendo que la frecuencia de IU en hombres fue del 15,6% y de 55,6% en mujeres,

los factores asociados a la IU en mujeres fueron el sobrepeso, la obesidad, el estreñimiento crónico, las infecciones urinarias de repetición, los desgarros durante el parto y la menopausia. En los hombres los factores asociados son la edad y los problemas con la próstata. El tipo de IU más frecuente en mujeres es la IU de esfuerzo y en los hombres la IU de urgencia.

V. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Son muchos los factores y circunstancias que han influido en la puesta en marcha de esta tesis. La conjunción de todas ellas nos ha llevado a considerar el tema tratado en esta tesis como interesante y digno de un estudio pormenorizado y minucioso.

La causa principal que ha impulsado este trabajo es la de contribuir a conocer y ahondar en esta cuestión de la incontinencia urinaria. Esto será una aportación a la comunidad científica y a todos los profesionales sanitarios que inciden en este problema, ayudándoles a tratar con mayor eficacia los problemas que se dan en su resolución. Realmente hay estudios que han realizado un acercamiento a este tema pero creemos que no han llegado a profundizar ni se han circunscrito a la población femenina de Jaén.

Como ya hemos comentado en la introducción, la incontinencia urinaria es un problema que afecta a un amplio sector de la población y que causa un deterioro significativo en la calidad de vida, afectando a sus hábitos diarios, quehaceres, relaciones y hasta a su autoestima. Además de los problemas que trae a las personas que sufren esta enfermedad, no pueden subestimarse las consecuencias relacionadas con los ámbitos sanitarios y socio-sanitarios. Dándose una mayor petición de cuidados y de atención entre las personas afectadas por este trastorno. Debemos tener en cuenta también que el sistema sanitario no siempre está preparado para dar respuestas correctas y satisfactorias.

En muchos casos los profesionales sanitarios minimizan y banalizan en exceso este problema, atribuyéndolo a “cosas normales de la edad”, por lo que no le dan la suficiente importancia con la consecuente sensación de desatención y poco interés de parte de los profesionales en los pacientes. Éstos ignoran en muchos casos que existe una tipología de la incontinencia y la llaman siempre “incontinencia habitual”, sin preocuparse de la situación mental y física de cada paciente; ofreciendo en consecuencia soluciones iguales para todos los casos en vez de diversificar los tratamientos. No tienen en cuenta las necesidades de cada sujeto ni las opciones de

planteamiento individualizadas. Debe verse a cada paciente y su problemática, teniendo en cuenta sus peculiaridades y dando un tratamiento individualizado a cada uno.

El trabajo actual persigue conocer la prevalencia de incontinencia urinaria. Las tasas de prevalencia publicadas en la literatura especializada son altas, alcanzando en algunos estudios hasta un 69% en la población femenina. Queremos conocer como éste problema afecta a su calidad de vida. La alta prevalencia de la incontinencia urinaria implica que el gasto sanitario que se genera es importante. En la época que vivimos de crisis, donde los recursos son escasos y hay que optimizarlos intentando que lleguen al máximo posible de población, debemos tener presente el principio de la eficacia. En el sistema sanitario de salud público, el proceso quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo conlleva, para un paciente, un coste superior a mil euros, sin tener en cuenta los rubros del diagnóstico ni los gastos originados del error en la administración de medicación. Hay que tomar en cuenta también el elevado desembolso para el sistema sanitario que supone el uso diario de absorbentes, así como el gasto que resulta de su eliminación.

Como dato de referencia de este gasto podemos señalar el aportado en la guía de uso adecuado de absorbentes de incontinencia del distrito de Málaga del 2011 en el que refleja que hubo un consumo total de envases, en 2010 en este distrito, de 97.920 y 3.212.054 euros solo en pacientes no institucionalizado. En cuanto a nivel nacional, los absorbentes para incontinencia de orina, fueron los de mayor consumo en envases (6,8 millones) y en importe (264,6 millones de euros) reflejado en el informe anual del sistema nacional de salud del 2013. Deseamos que la difusión de este estudio aporte a un tema que afecta a una gran parte de la población. Así mismo esperamos que los profesionales que atienden la IU lo tengan en cuenta, desde cualquier especialidad o ámbito desde el que sea afrontado. De esta forma se podrá dar un cuidado más integral y apropiado a cada caso y paciente.

CAPITULO SEGUNDO. MARCO EMPÍRICO

VI. HIPÓTESIS PLANTEADA.

Las hipótesis planteadas en este trabajo son:

- 1.^a La prevalencia real de la IU es más alta de la estimada, al ser un problema de salud infravalorado y oculto.
- 2.^a Las mujeres con incontinencia urinaria tienen una menor calidad de vida.
- 3.^a Existe una baja consulta de las pacientes, por negación, vergüenza o por considerar a la incontinencia urinaria como algo natural, propio de la edad.

VII. OBJETIVOS.

- 1º. Conocer la prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres de 30 a 80 años de la ciudad de Jaén.
- 2º. Identificar el tipo de incontinencia urinaria en las mujeres que la padecen.
- 3º. Cuantificar la frecuencia de consulta sanitaria de las mujeres por incontinencia urinaria.
- 4º. Describir las causas por la que no consultan más a menudo.
- 5º. Determinar la afectación en el nivel de la calidad de vida en las mujeres que padecen incontinencia urinaria.

VIII. METODOLOGÍA

VIII.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio correlacional descriptivo.

VIII.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Para la realización de la investigación se diseñó un estudio correlacional descriptivo, analítico y transversal y se circunscribió la población objeto de análisis a las mujeres de la ciudad de Jaén que acuden a consulta de Enfermería. Para la obtención de los datos necesarios para la investigación, se contó con la colaboración de las enfermeras de los centros de salud seleccionados y la utilización de cuestionarios administrados a las participantes (Anexo I), procediendo posteriormente a su análisis y obtención de resultados.

VIII.3. INSTRUMENTOS PARA LA RECOGIDA DE LOS DATOS

El comité de expertos de la Second International Consultation on Incontinence en 2002b, ante la gran diversidad de cuestionarios, hacía difícil la comparación de los resultados de los estudios, por lo que era necesario disponer de un instrumento que pudiera utilizar el mayor número de investigadores. Este comité de expertos creó un nuevo cuestionario que incorporaba todos los aspectos de la incontinencia: el International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ), (Donovan) y además desarrolló una versión más corta del cuestionario **ICIQ Short Form (ICIQ-SF)** con el objetivo de que pudiera utilizarse tanto en los estudios de investigación como en la práctica clínica. Validado al español por Espuña Pons et al. (2004). El cuestionario consta de cuatro apartados que evalúan la frecuencia y la cantidad de las pérdidas, como afecta a la calidad de vida de las pacientes e identifica el tipo de incontinencia que padecen. El ICIQ-IU-SF tiene altos niveles de validez, confiabilidad y sensibilidad. Además, tiene la recomendación grado A de la Consulta Internacional de Incontinencia (ICI) que mide la prevalencia del padecimiento, el cuestionario consta de cuatro

apartados que evalúan los síntomas y su efecto en las actividades diarias de los pacientes.

El International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-UI SF), es un cuestionario diseñado para evaluar la presencia de síntomas de incontinencia urinaria y su impacto en la vida del paciente. Ha sido formalmente validado en España. El ICIQ-UI SF consta de dos grupos de preguntas:

1) Tres preguntas, sobre frecuencia, cantidad y afectación de la calidad de vida, con cuyas respuestas se calcula la puntuación del cuestionario que puede variar entre 0 (continente) y 21 puntos (máximo grado de IU);

2) Ocho preguntas que se refieren a las situaciones en las que se produce la IU y que permiten orientar el diagnóstico del tipo de IU (de esfuerzo, de urgencia o mixta).

Para la valoración de la calidad de vida, se utilizó el cuestionario Incontinence Quality of Life Instrument (**I-QOL**), (Patrick et al. 1999). Se eligió este cuestionario debido a que los autores habían realizado una adaptación cultural de la versión en inglés americano a diversos países europeos, entre ellos España, y además es específico para valorar la afectación de la calidad de vida en personas con IU.

El I-QOL es autoadministrado y consta de 22 ítems con cinco posibles respuestas (mucho, bastante, regular, un poco o nada). Para su interpretación, el resultado se transforma en una escala del 0 al 100 y los resultados más altos indican mejor calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria. Están divididos en 3 subescalas que reflejan variaciones en la conducta de la mujer en 3 esferas: comportamiento de evitación y limitación de la conducta (8 ítems), repercusión psicosocial (9 ítems) y sentimiento de vergüenza en la relación social (5 ítems). Las respuestas están ordenadas según una escala tipo Likert de 5 puntos, que da como resultado una puntuación entre 0 y 100, en la que la mayor puntuación corresponde a la mejor calidad de vida.

VIII.4. SUJETOS DE ESTUDIO

Para la realización del estudio se han incluido mujeres que viven en la ciudad de Jaén, de entre 30 y 80 años, y pertenecientes a los centros de salud de la capital.

VIII.4.1. Criterios de inclusión:

Mujeres de 30 a 80 años que aceptaron participar en el estudio y dieron su consentimiento expreso.

VIII.4.2. Criterios de exclusión:

Mujeres embarazadas, mujeres en puerperio, mujeres con problemas neurológicos, mujeres con infección de orina, mujeres con cirugía pélvica radical ocasionada por enfermedad pélvica, mujeres en programas de rehabilitación de la pelvis, pacientes con tratamiento médico o quirúrgico y en espera de alguna intervención quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia urinaria.

VIII.4.3. Criterios de selección de la muestra

Se ha realizado un muestreo por cuotas entre las pacientes que acuden a los centros de salud de la Ciudad de Jaén durante el periodo de estudio, se eligen siguiendo los criterios de selección hasta completar la muestra a razón de 24 mujeres por semana (8 de cada centro de salud, elegidos de forma aleatoria, Centro de Salud del Valle, Centro de Salud de Peñamefecit y Centro de Salud Virgen de la Capilla).

VIII.4.4. Tamaño de la muestra

El estudio se realizó entre los meses de Febrero y Mayo del 2012 y han participado 393 mujeres. Se descartaron 14 encuestas por no cumplir los criterios de inclusión o por defecto en la cumplimentación.

- 1) El *tamaño total de la población* objeto de estudio es de aproximadamente 36.000 mujeres (INE datos de enero del 2012)

- 2) para conseguir una **precisión del 5,00%** en la estimación, mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95,0%, asumiendo que la proporción esperada es del 40% y la población es de 36000 mujeres, será necesario incluir **365** mujeres en el estudio.

VIII.5. VARIABLES.

INDEPENDIENTES:

Estado Nutricional: Índice de masa corporal (IMC) se determinará con el peso y estatura (peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la estatura en metros), según la siguiente clasificación; Normal 18 a 24,9 de IMC, sobrepeso 25 a 29,9 de IMC, obesidad grado I 30 a 34,9 de IMC, obesidad grado II 35 a 39,9 de IMC y obesidad mórbida o grado III >40 de IMC. Variable cuantitativa de escala; no obstante, se estratificó en cinco categorías en el análisis descriptivo de la muestra:

Valor	Intervalo IMC
1	[18-24,9]
2	[25-29,9]
3	[30-34,9]
4	[35-39,9]
5	>40

Edad: en años completos en el momento del estudio. Con nivel de medida numérico. Variable cuantitativa de escala discontinua; no obstante, se estratificó en cinco categorías en el análisis descriptivo de la muestra:

Valor	Intervalo EDAD
1	[30-39] años
2	[40-49] años
3	[50-59] años
4	[60-69] años
5	>69 años

Antecedentes obstétricos: número de partos, nº de embarazos, nº de cesáreas. Las tres variables son cuantitativa.

Estado menstrual: premenopáusico, postmenopáusico. El estado menstrual se determinara por la fecha de la última menstruación. El estado menopáusico se considerará como la ausencia de menstruación durante un año, en relación con la fecha de realización de las encuestas y la última fecha de menstruación referida por la paciente. Por tanto es una variable cualitativa dicotómica (Sí=1; No=0)

Ocupación: trabaja a tiempo parcial, trabaja tiempo completo, ama de casa, jubilada, estudiante, desempleada. Variable cualitativa con seis categorías.

Nivel de estudios: ninguno, primarios, bachiller, universitarios medios, universitarios superiores. Variable cualitativa con seis categorías.

Mostramos en la tabla siguiente la clasificación de las variables que intervienen en el estudio.

Tabla 7 Clasificación de las variables

Variables Cuantitativas	Variables Cualitativas	
	Variables nominales	Variables ordinales
Peso	Menopausia (Sí/No)	Frecuencia de la pérdida
Talla	Ocupación	Grado de afectación
IMC	Estudios	Todas las cuestiones Test
Nº Partos	Consulta (Sí/No)	ICIQ
Nº Abortos	Motivo de no consultar	Cantidad pérdida
Nº Cesáreas	Protección utilizada	
Nº Embarazos	Medidas adoptadas	
ICIQ-SF	Situaciones de pérdida	
IQOL (Variable dependiente)	Tipo de Incontinencia	
	IU (variable dependiente)	

Fuente: elaboración propia (2015)

DEPENDIENTES

Las variables dependientes del estudio son dos, correspondientes con los dos momentos del análisis realizado, la primera de ellas es la presencia de incontinencia urinaria en la encuestada (**IU: Sí/No**), que es por tanto cualitativa dicotómica (**0**: no padece incontinencia; **1**: sí sufre incontinencia). La segunda variable dependiente es la puntuación del test **IQOL**, para el análisis de afectación de la calidad de vida de la paciente con incontinencia urinaria, variable cuantitativa.

VIII.6. TIPO DE ANÁLISIS.

Se ha realizado un análisis univariante descriptivo simple, las variables cuantitativas presentaron como método de reducción estándar y las cualitativas como frecuencias y porcentajes. Las relaciones entre las diferentes variables se han explorado utilizando el coeficiente de correlación de Spearman o el producto momento de Pearson, según eran categorías o índices numéricos. Para comprobar la existencia de diferencias significativas se realizaron contrastes de medias (ANOVA o Student) y en los casos en que éstas fueron significativas se realizaron los test de tendencias posteriores. En el caso de variables nominales se utilizaron tablas de contingencia con residuos tipificados corregidos. Por último, con objeto de determinar el peso de las variables significativas, sobre la predicción de la IU, variable dependiente dicotómica, se realizó un análisis de regresión logística (*logit*); para el análisis de la incidencia en la calidad de vida medida por la puntuación del test IQOL (variable cuantitativa) se realizó un análisis de regresión lineal multivariante por pasos (forward).

Los resultados fueron considerados significativos con significación de 5% ($p < 0.05$) con un intervalo de confianza del 95%. Como soporte del análisis se utilizará SPSS® en su última versión.

IX. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Las limitaciones generales de la investigación pudieron estar relacionados con la falta de veracidad de algunos cuestionarios y la no participación, en la cumplimentación de los mismos a causa de los sentimientos de vergüenza. Por otro lado, también representó una limitación, la capacidad de algunas participantes para el cumplimiento del cuestionario de manera correcta.

X. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

El proyecto de este estudio se dio a conocer a la Comisión de Bioética e Investigación provincial, ante la cual fue defendido obtenida la preceptiva autorización y cumple con todos los requisitos éticos de la Declaración del Helsinki.

Antes de incluir a un participante en el estudio se le informaba verbalmente de los objetivos del estudio y sobre en qué consistirá su actuación en el mismo, y se le entregó un documento de consentimiento informado (Anexo IV) en el que se reforzaba verbalmente la información y se hacía hincapié en la confidencialidad de los datos y el tratamiento de los mismos.

Los posibles participantes tienen derecho a decidir voluntariamente su participación en el estudio, sin el riesgo de exponerse a represalias o a un trato perjudicado, así mismo tienen derecho a dar por terminada su participación en cualquier momento.

El equipo investigador respetó la intimidad de los participantes del estudio. El equipo investigador mantuvo en todo momento el anonimato de los sujetos, la información obtenida durante el estudio se mantuvo en la más estricta confidencialidad.

CAPÍTULO TERCERO. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

XI. RESULTADOS.

XI.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

La muestra total fue de 379 mujeres con edad media de 52'37 años (S_x 11'859) y con un rango entre 30 y 80 años. La edad media es similar a la de otros estudios y, por lo mismo, comparable a ellos.

Gráfico 1. Distribución de la población

Distribución de la población muestral

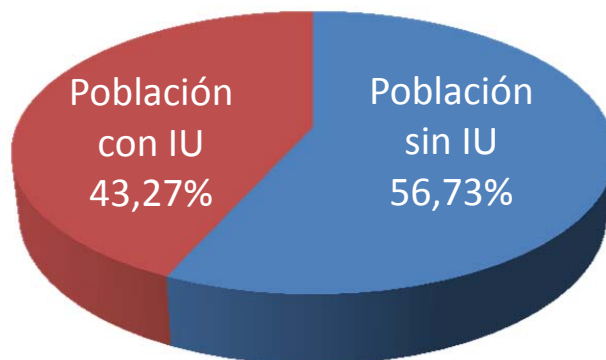


Tabla 8. Perfiles de las mujeres representativas según valores de la variable IU
Perfil de la mujer representativa de la muestra

	Edad	Peso	Talla	IMC	Partos M _o	Partos x	Ocupación	Estudios	Menopausia
	52,3	66,9	159,7	26,3	2	2,1	Trabaja tiempo completo	Primarios	Sí
desviación típica	11,859	11,763	6,543	4,861	1,686				
coeficiente variación	22,7%	17,6%	4,1%	18,5%	84,3%				
Perfil de la mujer continente									
	Edad	Peso	Talla	IMC	Partos M _o	Partos x	Ocupación	Estudios	Menopausia
	50,7	65,7	160,2	25,7	2	1,8	Trabaja tiempo completo	Primarios	No (44,2%)
desviación típica	12,180	11,557	6,432	6,889	1,625				
coeficiente variación	24,0%	17,5%	4,0%	18,2%	88,9%				
Perfil de la mujer incontinente									
	Edad	Peso	Talla	IMC	Partos M _o	Partos x	Ocupación	Estudios	Menopausia
	54,5	68,4	159,1	27	2	2,5	Trabaja tiempo completo	Primarios	Sí (59,8%)
desviación típica	11,232	11,898	6,658	4,996	1,696				
coeficiente variación	20,6%	17,4%	4,1%	18,4%	68,3%				

Fuente: elaboración propia (2015).

Independientemente del pormenorizado análisis de correlación incluido en la sección siguiente, que determinará su significación estadística, los datos muestran diferencias en los estadísticos de posición central de los grupos de mujeres con y sin incontinencia urinaria. En concreto:

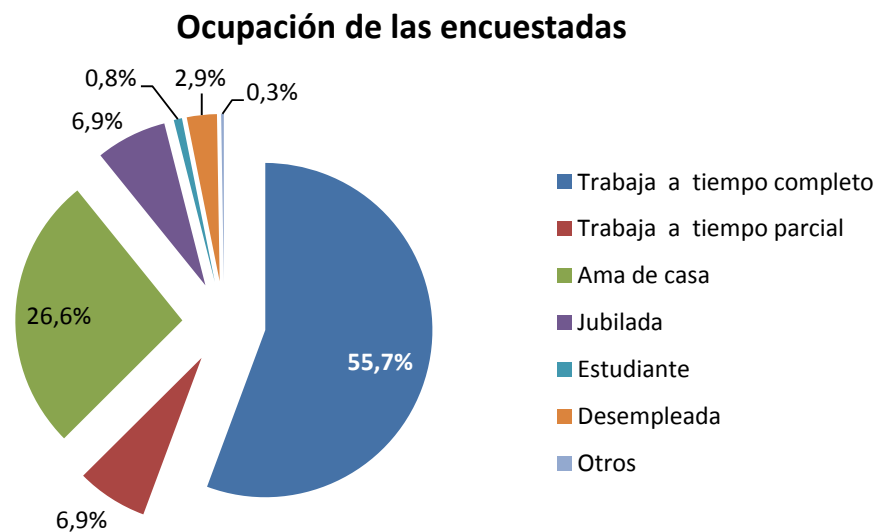
1. La edad media es mayor en las mujeres con problemas de incontinencia (casi cuatro años, es decir, un 6,8%). Respecto a la menopausia, los datos

en tablas muestran 15,6 puntos porcentuales de incidencia en la mujer incontinente.

2. El peso promedio supera igualmente al de las mujeres sin incontinencia en un 4% (2,7kg).
3. Esta diferencia se acentúa levemente para la variable IMC (+4,8%) en las mujeres incontinentes.
4. Igualmente, el promedio de partos es mayor en el grupo de mujeres con incontinencia urinaria (+0,6), lo que supone un 26,2%.
5. Finalmente, no se aprecian diferencias relevantes en algunas características poblaciones entre ambos grupos: talla, ocupación o estudios.

Del total de casos encuestados, el 55,7% mantienen una ocupación laboral a tiempo completo, en un 26'6% es ama de casa y un 6,9% esta jubilada, o desempleada (2'9%).

Gráfico 2. Ocupación de las encuestadas



XI.2. RESULTADOS POR OBJETIVOS

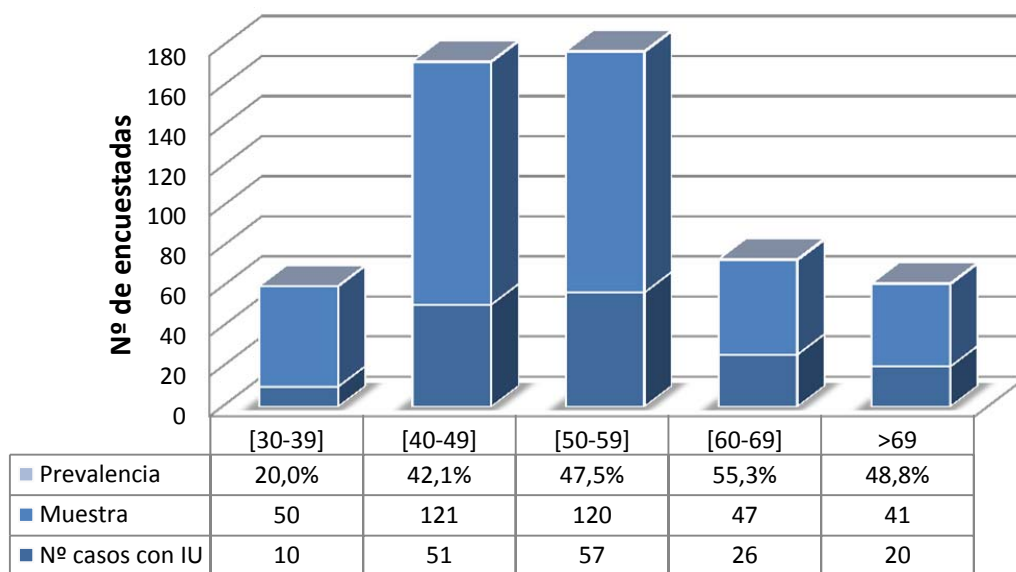
OBJETIVO 1: CONOCER LA PREVALENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES DE 30 A 80 AÑOS DE LA CIUDAD DE JAÉN.

Prevalencia de la muestra y distribución por edades.

Se encontró una prevalencia de Incontinencia Urinaria del **43'3 % (n=164)**.

Gráfico 3. Prevalencia estratificada por edad

**Distribución estratificada por edades de la muestra.
Nº de casos IU por estrato.**



La prevalencia aumenta a medida que lo hace la edad, como evidencia la gráfica por estratos, a excepción de un leve descenso en el grupo de más edad.

Las características sociodemográficas de las mujeres que presentan IU están reflejadas en la tabla siguiente.

Tabla 9. Principales estadísticos de las variables sociodemográficas en casos con IU

Con IU	Mínimo	Máximo	Media	S_x	M_e	M_o	Coficiente variación
Edad	34	82	54,4	11,110	53	46	0,20414
Peso	48	102	68,4	11,806	67	70	0,17258
Talla	142	175	159,2	6,713	160	160	0,042165
IMC	19,49	44,44	27,0	4,995	26	24,9	0,18474
Partos	0	12	2,5	1,677	2	2	0,67902
Abortos	0	5	0,4	0,716	0	0	18,80
Cesáreas	0	3	0,1	0,440	0	0	35,22
Embarazos	0	14	3,0	1,940	3	2	0,65587
Ocupación							Tiempo completo
Estudios							Primarios

Fuente: elaboración propia. (2015)

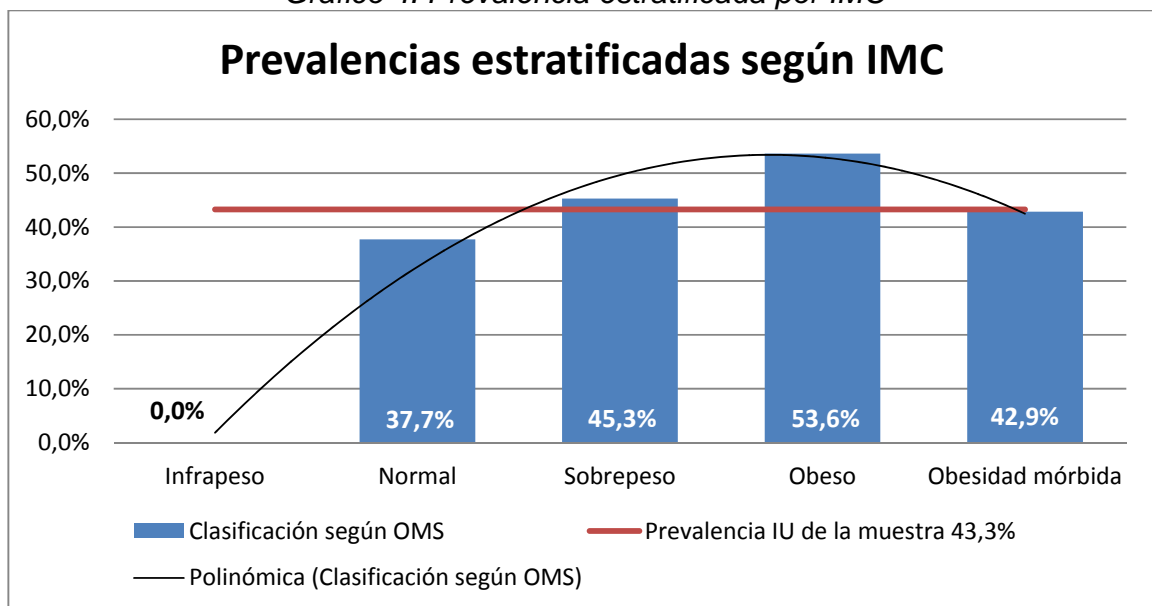
Prevalencia de la muestra y distribución por IMC.

Si clasificamos la muestra en función del IMC, según criterios de la OMS,

< 18,50	Delgadez
[18,50-24,99]	Normal
[25,00-29,99]	Sobrepeso
[30,00-39,99]	Obeso
> 39,99	Obesidad mórbida (Tipo III)

Obtenemos la siguiente distribución de prevalencias estratificada

Gráfico 4. Prevalencia estratificada por IMC



Comprobamos que los grupos con sobrepeso y obesidad tienen prevalencias superiores a la media de la muestra (+2% y +10,4 respectivamente).

Tabla 10. Análisis del IMC como factor de riesgo para la IU

Clasificación IMC	Prevalencia	RR	OR
Normal	37,7%		
Sobrepeso	45,3%	1,2	1,4
Obesidad	53,6%	1,4	1,9
Obesidad mórbida	42,9%	1,1	1,2

RR= Riesgo Relativo OR= Odds Ratio

IU, menopausia, partos y embarazos

El 51% de las encuestadas presentan menopausia. En el grupo de edad [50-59] las mujeres con menopausia muestran una prevalencia del 50,5%, un 3% más que la prevalencia general para este grupo de edad (47,5%).

En las siguientes ilustraciones se evidencia la prevalencia en relación con el número de partos y embarazos.

Gráfico 5. IU y número embarazos

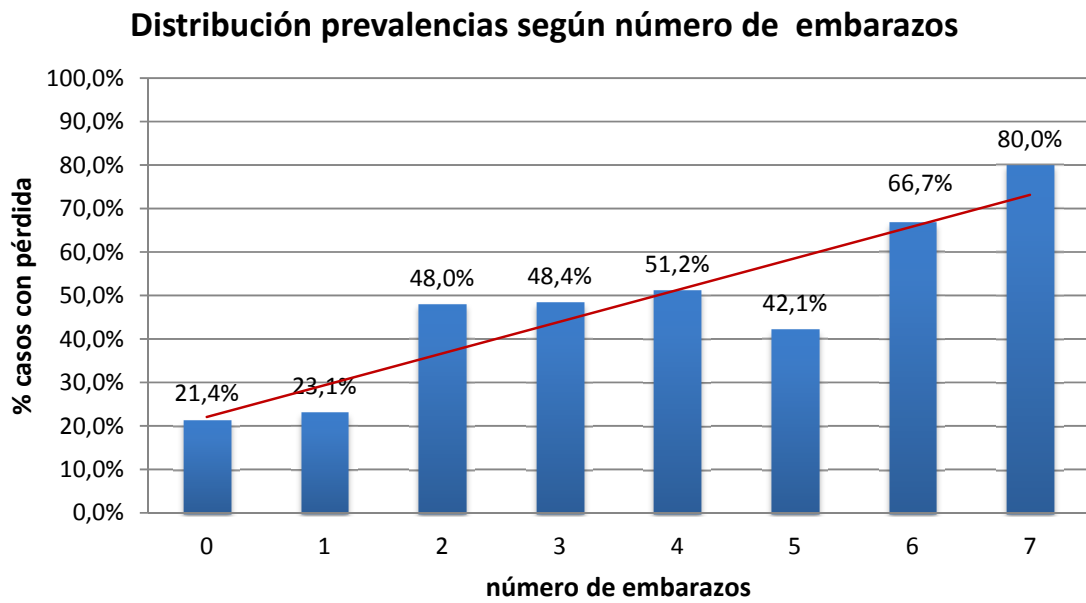


Tabla 11. Análisis del número de embarazos como factor de riesgo para la IU

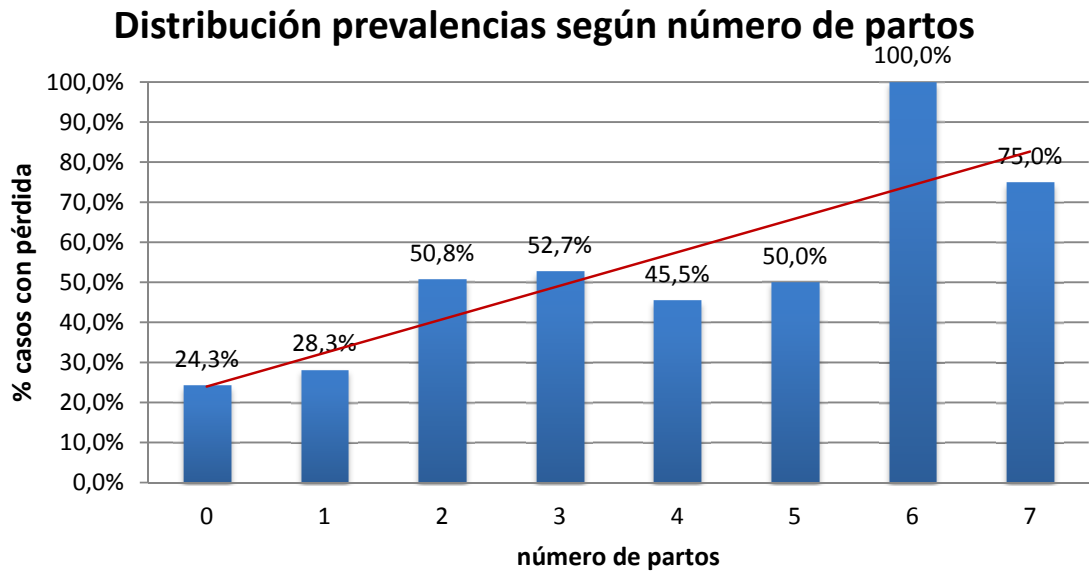
Número de Embarazos	Prevalencia	RR	OR
0	21,4%		
1	23,1%	1,1	1,1
2	48,0%	2,2	3,4
3	48,4%	2,3	3,4
>3	51,8%	2,4	3,9

RR= Riesgo Relativo

OR= Odds Ratio

En la siguiente gráfica vemos la distribución de prevalencias según el número de partos.

Gráfico 6. IU y número de partos

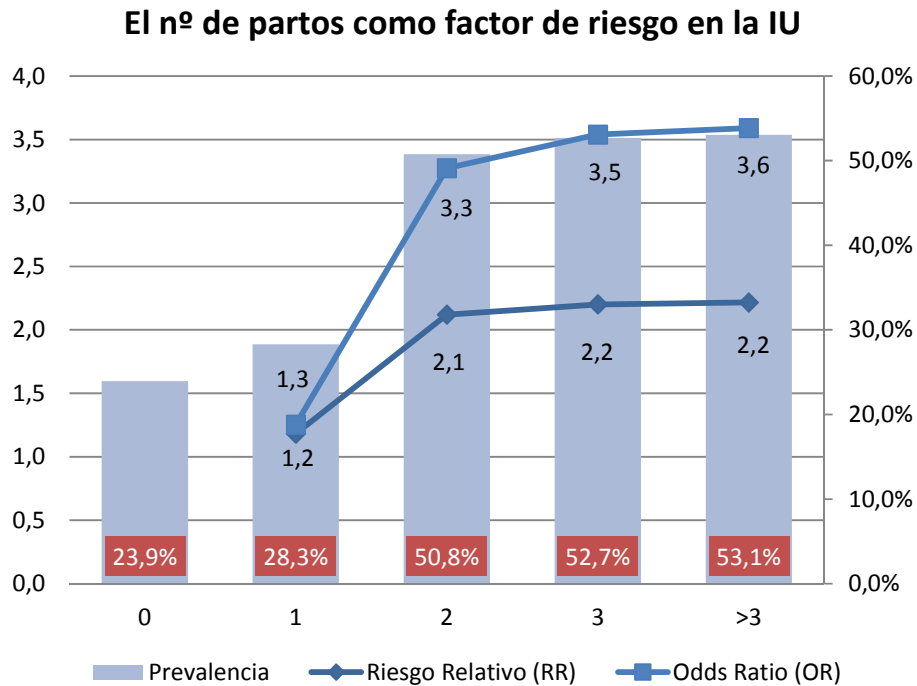


La prevalencia de IU se multiplica por dos de 1 a 2 embarazos y de 1 a 2 partos, incrementándose de forma importante a partir de seis embarazos y partos, siendo más alta la prevalencia, para el mismo número, de partos que de embarazos.

Tabla 12. Análisis del número de partos como factor de riesgo para la IU

Número de Partos	Prevalencia	RR	OR
0	23,9%		
1	28,3%	1,2	1,3
2	50,8%	2,1	3,3
3	52,7%	2,2	3,5
>3	53,1%	2,2	3,6

Gráfica 1. Análisis del número de partos como factor de riesgo para la IU



OBJETIVO 2: IDENTIFICAR EL TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA EN LAS MUJERES QUE LA PADECEN.

Tipos de incontinencia y frecuencia de la pérdida

Respecto al tipo de incontinencia 12,2% (20) era de urgencias, un 60,4% (99) de esfuerzo, un 17,1% (28) mixta y otras IU un 10,4%.

Tabla 13. Tipo de incontinencia: Distribución de frecuencias

Tipo de IU	Nº de casos	Porcentaje
Esfuerzo	99	60,37%
Urgencia	20	12,20%
Mixta	28	17,07%
Otros	17	10,37%

La siguiente figura nos muestra el tipo de incontinencia que padecen las mujeres de nuestro estudio

Gráfico 7. Tipos de incontinencia: distribución de frecuencias

Tipos de incontinencia

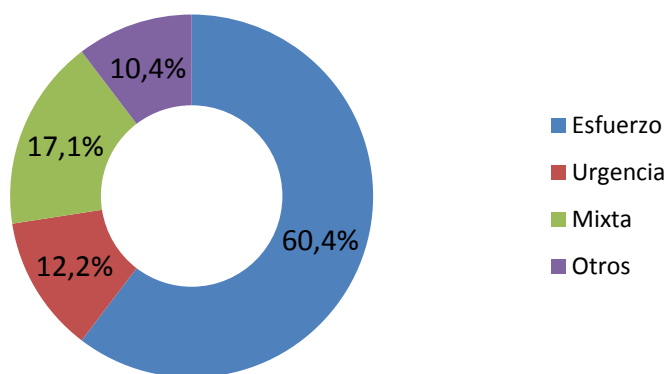
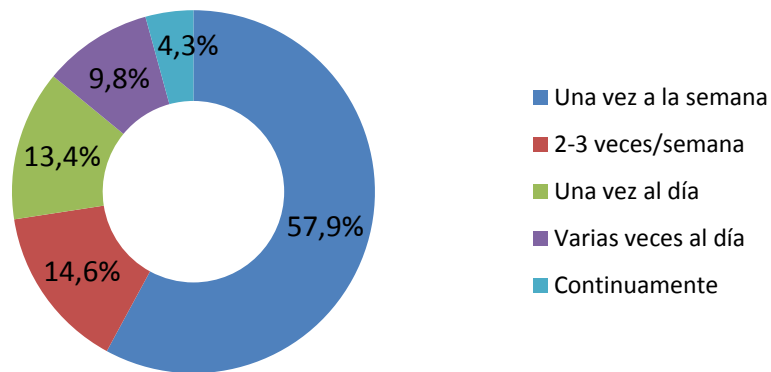


Tabla 14. Frecuencia de las pérdidas: distribución de frecuencias

Frecuencia	Nº de casos	Porcentaje
Una vez a la semana o menor	95	57,9%
2-3 veces/semana	24	14,6%
Una vez al día	22	13,4%
Varias veces al día	16	9,8%
Continuamente	7	4,3%

Gráfico 8. Frecuencia de las pérdidas: distribución de frecuencias

Frecuencia de las pérdidas



La frecuencia de la pérdida es en un 42,1% de los casos de más de una vez a la semana: 13,4% una vez al día y 14,1% continuamente o varias veces al día.

Tipos de incontinencia según grupos de edad

Tabla 15. Frecuencias absolutas de casos clasificados según el tipo de IU y el grupo de edad

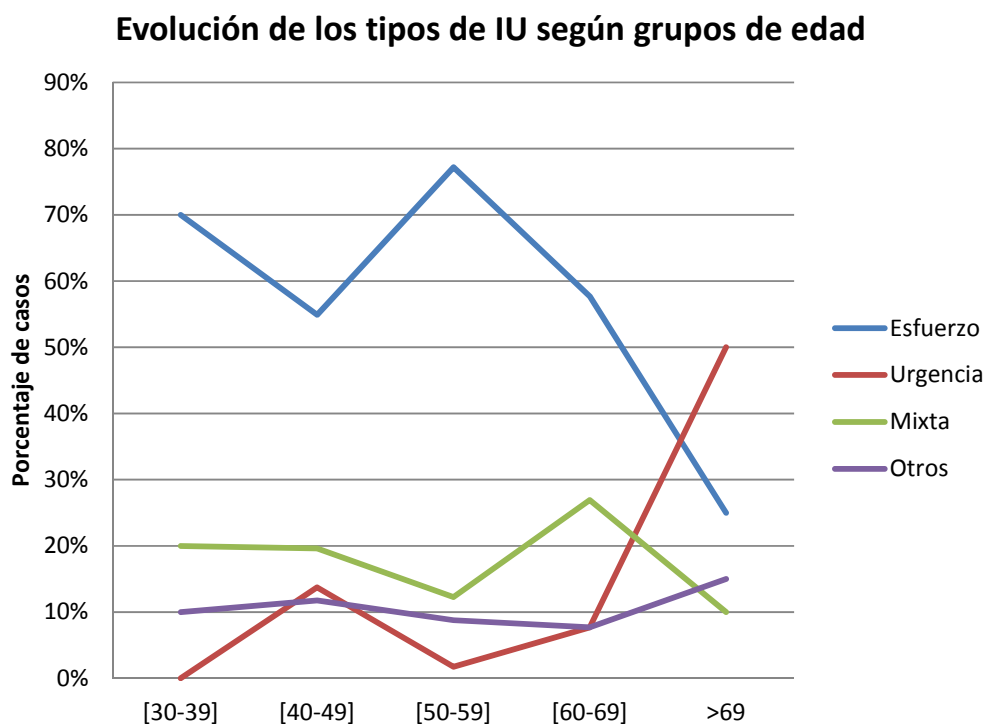
Edad	TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA					Total
	Esfuerzo	Urgencia	Mixta	Otras		
[30-39]	7	0	2	1	10	
[40-49]	28	7	10	6	51	
[50-59]	44	1	7	5	57	
[60-69]	15	2	7	2	26	
>69	5	10	2	3	20	
Total	99	20	28	17	164	

Tabla 16. Frecuencias relativas de casos clasificados según el tipo de IU y el grupo de edad

TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA				
Edad	Esfuerzo	Urgencia	Mixta	Otras
[30-39]	70%	0%	20%	10%
[40-49]	55%	14%	20%	12%
[50-59]	77%	2%	12%	9%
[60-69]	58%	8%	27%	8%
>69	25%	50%	10%	15%

La siguiente gráfica nos muestra el gráfico de tendencias de la distribución de frecuencias:

Gráfico 9. Evolución de los tipos de IU según grupos de edad



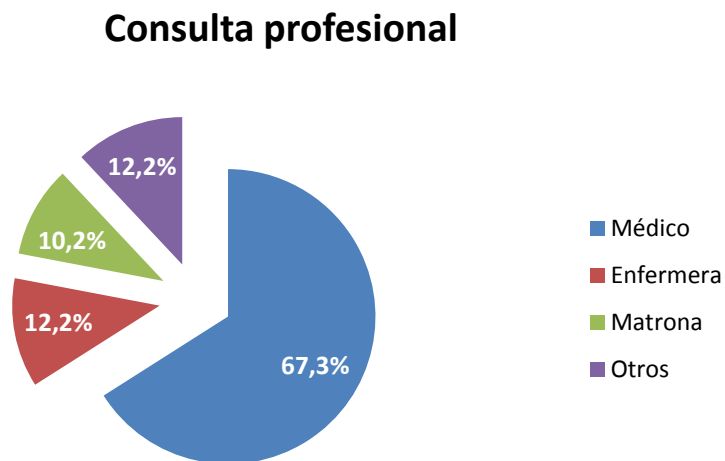
La IU de esfuerzo es más frecuente en el grupo de mujeres de edad entre 50-59 años y a partir de esta edad desciende el número de casos, sin embargo, la IU de urgencia aumenta en casos a partir del grupo de mayores de 60 años y la IU de mixta se mantiene de forma uniforme por todas los grupos etarios.

OBJETIVO 3: CUANTIFICAR LA FRECUENCIA DE CONSULTA SANITARIA DE LAS MUJERES POR INCONTINENCIA URINARIA.

Consultas a profesionales

Un 29,9% de las mujeres con incontinencia consultaron a un profesional por este problema, siendo el profesional de elección el médico en el 67,3% de los casos, seguido de la enfermera en el 12,2%.

Gráfico 10. Consultas a profesionales



Un 10,2% de las encuestadas que consultaron al médico, repitieron consulta con enfermera o matrona.

OBJETIVO 4: DESCRIBIR LAS CAUSAS POR LA QUE NO CONSULTAN MÁS A MENUDO

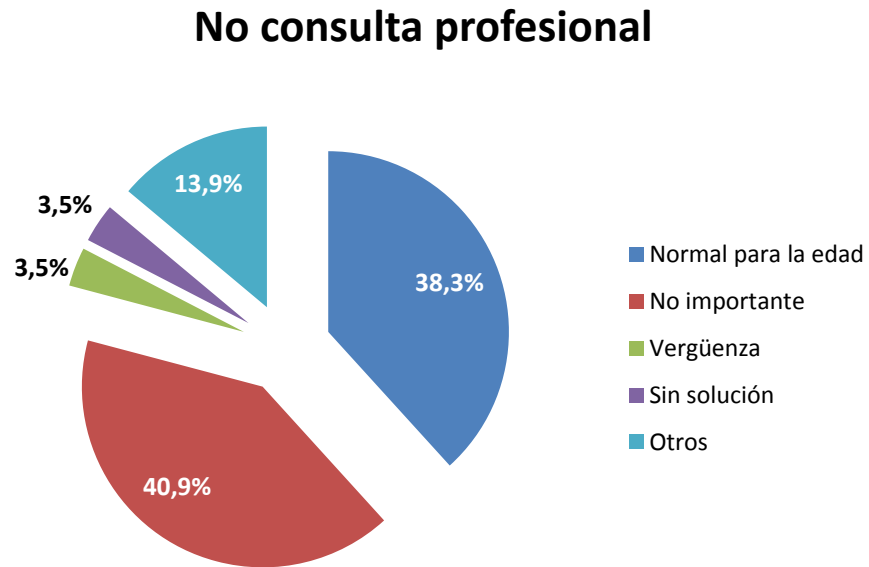
Por tanto, un 71,1% no consultó a ningún profesional. De este grupo de mujeres que no consulta, a) un 38,3% considera las pérdidas como algo normal para la edad, b) el 40,9% afirma que no es importante para ella, c) que no tiene solución (3,5%), o d) simplemente le da vergüenza consultarlo (3,5%).

La siguiente tabla muestra la información de las principales variables para cada situación sobre consulta.

Tabla 17. Datos tipo según acudan o no a consulta profesional

	Control					I-QOL
	Edad	Peso	IMC	Ocupación Mo	Estudios Mo	Puntuación
Consulta	56,7	69,7	27,0	Tiempo completo	Primarios	83
No consulta	53,6	68,0	27,1	Tiempo completo	Bachiller	95,3
	ICIQ-IU-SF					
	Frecuencia	Cantidad	Afectación	Puntuación ICIQ-SF	Frecuencia	
Consulta	2,22	2,38	3,96	8,6	2,22	
No consulta	1,73	2,21	2,33	6,3	1,73	

Gráfico 11. Causas por las que no consultan



Las mujeres de mayor edad, consultan y las que tienen peor calidad de vida en el cuestionario I-QOL y en ICIQ-SF, la frecuencia de pérdida es de 0,49 puntos mayor en las que consultan y la cantidad de la pérdida también es mayor en 0,17 puntos mayor.

Protecciones

El 65,9% de las mujeres con IU tiene que usar alguna medida de protección y de éstas, el 50% usa compresas, seguidas del salvaslip en un 47,2% de los casos.

Tabla 18. Protecciones

Tipo de protección	Casos	Porcentaje
Salvaslip	51	47,2%
Compresas	54	50,0%
Pañales	2	1,9%
Toma alguna medicación	1	0,9%
Tomar menos líquidos	0	0,0%

Cuestionario ICQ-SF

En relación al nivel de incontinencia urinaria la puntuación media del ICIQ-SF fue de 6,96, con una desviación típica de 3,532, la gran mayoría de ellas (140 mujeres, 85,4%) presentan gravedad baja, y se ha obtenido el mismo número de casos para las incontinencias de gravedad media y alta.

Tabla 19. Cuestionario ICQ-SF gravedad incontinencia

Gravedad	Puntuación ICQ-SF	Nº de casos	Porcentaje
Baja	< 10,5	140	85,4%
Media	[10,5 a 13,5]	12	7,3%
Alta	> 13,5	12	7,3%

El perfil de la mujer con incontinencia de gravedad media o alta se corresponde con el de una mujer de 58 años (6 más que la media muestral) con un IMC 29 (9% superior a la media muestral) y con un promedio de 3 partos (+1 sobre la media).

OBJETIVO 5: DETERMINAR LA AFECTACIÓN EN EL NIVEL DE LA CALIDAD DE VIDA EN LAS MUJERES QUE PADECEN INCONTINENCIA URINARIA.

Cuestionario I-QOL

Respecto a la calidad de vida (CV) de las mujeres, medida por el I-QOL, la puntuación media fue de 92,2 con rango entre 27 y 110 (desviación típica 18,073). La siguiente tabla muestra los resultados de los principales estadísticos de las puntuaciones del cuestionario I-QOL global y de los parciales.

Tabla 20. Cuestionario I-QOL

Promedio	S_x	Mín.	Máx.	M_e	C.V.	CUESTIONARIO
92,2	18,073	27	110	99	19,6%	I-QOL
32,8	6,713	9	40	35	20,5%	I-QOL: comportamiento de evitación limitación
40,3	8,091	6	45	44	20,1%	I-QOL: repercusión psicosocial
19,1	5,164	5	25	21	27,0%	I-QOL: sentimientos de vergüenza en las relaciones sociales

En promedio, el resultado del cuestionario I-QOL evidencia que la IU reduce la calidad de vida de las mujeres que la sufren en algo más de un 23%¹. Siendo el *IQOL parcial de sentimientos de vergüenza en las relaciones sociales* el que presenta mayor afectación.

La relación entre el tipo de incontinencia y las distintas alteraciones que provoca en la calidad de vida se tabula a continuación. Mostramos en primer lugar la puntuación

¹**Nota metodológica:** para calcular la *pérdida de calidad de vida (PCV)* experimentada por la mujer como consecuencia de sufrir incontinencia urinaria,

A. Consideramos que la obtención de la máxima puntuación posible en el test (*PMax*) se correspondería con una situación de nula afectación de la calidad de vida de la encuestada (100% de calidad de vida o lo que es lo mismo: 0% de pérdida de calidad de vida).

B. Por tanto, si la puntuación real obtenida en el test (*PRO*) es menor que la máxima, se ha producido una merma en la calidad de vida de la mujer que medimos:

$$PCV = 100\% - [PRO/PMAX \times 100]$$

C. Que nos muestra el % de pérdida de calidad de vida.

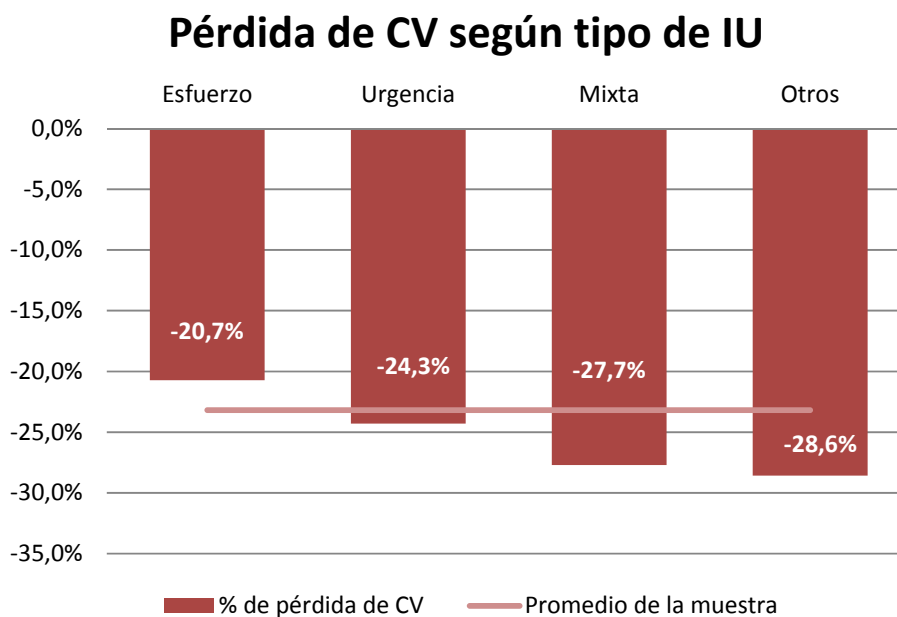
promedio, global y parcial, por tipo de incontinencia; se incluye en segundo lugar un gráfico con los porcentajes en que se ve reducida la calidad de vida de las mujeres como consecuencia de la IU.

Tabla 21. Puntuaciones I-QOL según tipo IU

CV/Tipo_IU	Puntuaciones promedio según tipo IU			
	Esfuerzo	Urgencia	Mixta	Otros
I-QOL	95,1	90,9	86,8	85,7
I-QOL (A)	34,3	31,8	30,5	29,3
I-QOL (B)	41,1	40,2	38,4	38,6
I-QOL (C)	19,7	18,9	17,9	17,8

En el siguiente gráfico queda representada la pérdida de calidad de vida según el tipo de incontinencia urinaria.

Gráfico 12. Pérdida de CV según tipo de IU



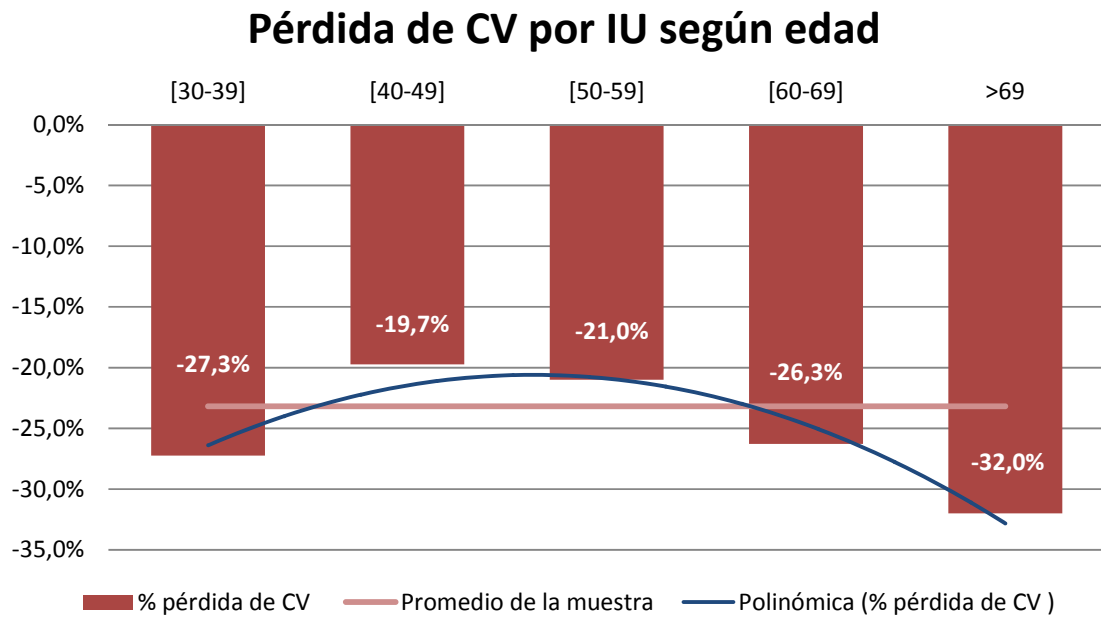
La IU de esfuerzo presenta el índice de pérdida de calidad más bajo, siendo el de la IU mixta el mayor de los sujetos a estudio.

Reproducimos los realizados sobre la relación entre edad, IMC, IU y CV.

Tabla 22. Puntuaciones I-QOL según edad

Puntuaciones promedio por estratos de edad					
CV/Edad	[30-39]	[40-49]	[50-59]	[60-69]	>69
I-QOL	87,3	96,3	94,8	88,5	81,6
I-QOL (A)	31,1	33,9	32,4	31,8	27,8
I-QOL (B)	36,2	42,4	39,6	37,9	37,5
I-QOL (C)	20,0	20,1	18,6	18,7	16,4

Gráfico 13. Pérdida de CV por IU, según edad

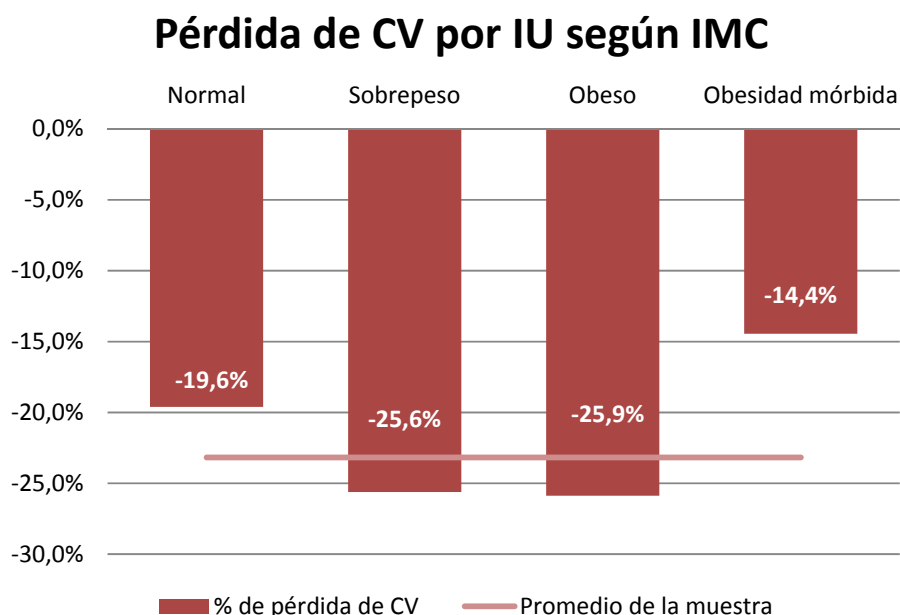


Salvo para el caso del grupo de edad [30-39], que presenta una mayor reducción de CV que los siguientes grupos, la gráfica evidencia la tendencia creciente que sufre el deterioro de la calidad de vida en las mujeres con IU con el aumento de la edad.

Tabla 23. Puntuaciones I-QOL según IMC

CV/ICM	Puntuaciones promedios por IMC			
	Normal	Sobrepeso	Obeso	Obesidad mórbida
I-QOL	96,5	89,3	89,0	102,7
I-QOL (A)	34,6	32,1	30,3	37,0
I-QOL (B)	41,7	39,5	38,6	45,0
I-QOL (C)	20,2	17,9	18,9	20,7

Gráfico 14. Pérdida de CV por IU, según IMC



Los datos muestran mayores pérdidas de CV para los casos con sobrepeso y obesidad.

Respecto a los I-QOL parciales presenta peores resultados el correspondiente a “sentimientos de vergüenza en las relaciones sociales” en todas las relaciones analizadas de IU:

- a) para el segmento de *mayores de 69 años* cuando relacionamos con la edad, (16,4 puntos, -34,6%)

- b) para la *incontinencia mixta* cuando clasificamos las puntuaciones del test según tipo de incontinencia (17,9 puntos, -28,6%)
- c) para los casos con sobrepeso cuando cruzamos datos de puntuaciones del cuestionario y clasificación del IMC según la OMS (17,9 puntos, -28,6%)

Sin embargo, los segmentos que ven disminuida su calidad de vida en menor grado, relacionada con repercusión psicosocial, son el grupo de edad de 40 a 49 años (-5,8%), la incontinencia de esfuerzo (-8,6%) y, sorprendentemente, el grupo con obesidad mórbida (0%).

XI.3. CORRELACIONES

Para examinar las posibles correlaciones entre las variables estudiadas se utilizó el coeficiente de correlación Tau de Kendall, para variables categorizadas e índices numéricos y el coeficiente de correlación de Pearson si se trataba de variables cuantitativas entre sí.

El estudio se desarrolla en **dos etapas**. En la primera fase analizamos las correlaciones bivariantes entre las variables:

Edad	Peso	Talla	IMC	Partos	Abortos	Cesáreas	Embarazos	Menopausia	Ocupación	Estudios
------	------	-------	-----	--------	---------	----------	-----------	------------	-----------	----------

Y la presencia o no de pérdida de orina (variable «pérdida»).

Tabla 24. Correlación de Kendal

		Edad	Talla	IMC	Partos	Abortos	Cesáreas
Pérdida	Coeficiente de correlación	,139**	-,056	,117**	,198**	,040	-,082
	Sig. (bilateral)	,001	,196	,006	,000	,419	,105
	N	379	379	379	379	379	379
		Embarazos	Menopausia	Ocupación	Estudios	Peso	Pérdida
Pérdida	Coeficiente de correlación	,165**	0,154**	,035	-,015	,095*	1
	Sig. (bilateral)	,000	,003	,470	,741	,025	.
	N	379	379	379	379	379	379
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).							
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).							

Las relaciones encontradas, estadísticamente significativas en el nivel 0,01, ordenadas de mayor a menor intensidad (Kendall) son:

- 1º. Entre el número de partos y la IU (0,198; $p < 0'01$), sin embargo no encontramos relación significativa con las cesáreas o el número de abortos.
- 2º. Dos variables colineales con la edad y el número de partos: el número de embarazos (0,165; $p < 0'01$) y la menopausia (0,154; $p < 0,01$)
- 3º. La edad en relación con las pérdidas (0,139; $p < 0'01$).

4º. Y el IMC (0,117 $p < 0,01$)

Destacamos que es el IMC y no el peso la variable moduladora.

No encontramos correlaciones significativas del tipo de IU con el resto de variables estudiadas.

En una segunda etapa, se analizan la totalidad de variables en la muestra de población que presenta IU. A continuación reproducimos los resultados para un nivel de confianza al 99%.

- I. La **edad** correlaciona significativamente con la *pérdida* (0,139; $p < 0'01$), la *frecuencia* de la misma (0,196; $p < 0'01$), la *cantidad* (0,178; $p < 0'01$) y el *ICIQ* (0,188; $p < 0,05$). Respecto al IQOL presenta correlación negativa a nivel de confianza del 95% sólo en el caso del IQOL-A de *comportamiento de evitación y limitación* (-0,162; $p < 0.05$) pero no correlaciona con *la repercusión psicosocial* (IQOL-B) ni con los *sentimientos de vergüenza en la relación social* (IQOL-C).

Tabla 25. Correlaciones significativas de la variable Edad

		Frecuencia (Kendall)	ICIQ-SF (Pearson)	Cantidad (Kendall)	Usa o no protección (Kendall)	I-QOL A comportamiento de evitación limitación (Pearson)
Edad	Coeficiente de Correlación	,196**	,188*	,178**	,154*	-,162*
	Sig. (bilateral)	,001	,016	,006	,018	,038
	N	164	164	164	164	164

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

- II. Si comparamos las correlaciones de las variables **peso** y **IMC** encontramos que sólo el IMC correlaciona significativamente con la *pérdida* (0,117; $p < 0'01$) a este nivel de confianza, no así el peso. Con el resto de variables, los resultados son similares, dada la colinealidad de ambas. Mostramos en la siguiente tabla estos datos comparativos.

Tabla 26. Correlaciones significativas de la variable Peso

		Usa o no protección (Kendall)	ICIQ-SF (Pearson)	Frecuencia (Kendall)	Ocupación (Kendall)	Edad (Pearson)	Embarazos (Pearson)	Afectación (Kendall)	Estudios (Pearson)	I-QOL A comportamiento de evitación limitación (Pearson)
Peso	Coefficiente de Correlación	,185**	,217**	,203**	,197**	,184*	,180*	,150**	-,309**	-,197*
	Sig. (bilateral)	,004	,005	,001	,001	,018	,021	,010	,000	,011
	N	164	164	164	164	164	164	164	164	164

Tabla 27. Correlaciones significativas de la variable IMC

		Edad (Pearson)	Ocupación (Pearson)	Embarazos (Pearson)	Frecuencia (Kendall)	ICIQ-SF (Pearson)	Usa o no protección (Kendall)	Afectación (Kendall)	Estudios (Kendall)	I-QOL A comportamiento de evitación limitación (Pearson)
IMC	Coefficiente de Correlación	,385**	,332**	,263**	,235**	,206**	,181**	,167**	-,341**	-,204**
	Sig. (bilateral)	,018	,010	,021	,000	,005	,005	,004	,000	,011
	N	164	164	164	164	164	164	164	164	164

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Donde destacamos las relaciones entre el IMC y la frecuencia (0,198; $p < 0'01$) y el uso de medidas de protección (0,181; $p < 0'01$).

- III. Existe una correlación significativa entre el **número de partos** y la IU (0,221; $p < 0'01$), respecto a la cantidad (0,170; $p < 0'05$) y sobre todo a la frecuencia de las mismas (0,235; $p < 0'01$). Sin embargo no encontramos relación significativa de la IU, como se ha mencionado, con las cesáreas o el número de abortos. Esta relación se confirma también con la puntuación total del ICIQ, correlacionada de forma significativa con el número de partos (0,201; $p < 0'05$) y nº de embarazos (0,235; $p < 0'01$), pero no con los abortos o cesáreas. La **cantidad de la pérdida** correlaciona significativamente también con en nº de embarazos (0,198 $p < 0'01$).

Tabla 28. Correlaciones significativas de la variable PARTOS

		IMC (Pearson)	Frecuencia (Kendall)	ICIQ-SF (Pearson)	Cantidad (Kendall)
Partos	Coefficiente de correlación	,264**	,235**	,201*	,170*
	Sig. (bilateral)	,001	,000	,010	,015
	N	164	164	164	164

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 29. Correlaciones significativas de la variable EMBARAZOS

		IMC (Pearson)	Frecuencia (Kendall)	ICIQ-SF (Pearson)	Cantidad (Kendall)
Embarazos	Coefficiente de correlación	,263**	,243**	,235**	,198**
	Sig. (bilateral)	,001	,000	,002	,005
	N	164	164	164	164

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

- IV. En relación a la **consulta** con un profesional comprobamos que hay una correlación significativa con el parámetro afectación del ICIQ (0,288; $p < 0'01$), así como con la puntuación total del IQOL (-0,271; $p < 0'01$). Del resto de variables la asistencia a consulta correlaciona con la frecuencia de la pérdida (0,168; $p < 0'05$) en el nivel del 0,05.

Tabla 30. Correlaciones significativas de la variable CONSULTA

		Afectación (Kendall)	ICIQ-SF (Kendall)	Menopausia (Kendall)	Frecuencia (Kendall)	I-QOL (Kendall)
Consulta	Coefficiente de correlación	,313**	,288**	,183*	,168*	-,271**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,020	,021	,000
	N	164	164	164	164	163

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

- V. El resultado del test **ICIQ** presenta correlaciones positivas con el *peso* (0,217; $p < 0,01$), el *IMC* (0,206; $p < 0,01$), el *número de embarazos* (0,235; $p < 0,01$), la asistencia a *consulta* profesional (0,288; $p < 0,01$), y la necesidad de usar *protección* (0,354; $p < 0,01$). Muestra correlación negativa con el nivel de *estudios* alcanzado (-0,211; $p < 0,01$) y con el valor de I-QOL (-0,658; $p < 0,01$).

Tabla 31. Correlaciones significativas de la variable ICIQ

		Usa o no protección (Kendall)	Consulta (Kendall)	Embarazos (Pearson)	Peso (Pearson)	I-QOL (Pearson)	Estudios (Kendall)
ICIQ	Coefficiente de correlación	,354**	,288**	,235**	,217**	-,658**	-,211**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,002	,005	,000	,001
	N	164	164	164	164	164	164

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

- VI. La **calidad de vida**, medida por el IQOL, tiene correlaciones significativas **inversas** con la *puntuación total del ICIQ* (-0,658; $p < 0'01$), con la *frecuencia de la pérdida* (-0,351; $p < 0'01$), *cantidad* (-0,260; $p < 0'01$), la *consulta a un profesional* (-0,271; $p < 0'01$), y sobre todo *afectación* (-0,654; $p < 0'01$). Sin embargo, no correlaciona con significación estadística en el nivel 0,01 con las variables: número de partos, abortos, cesáreas y embarazos. Si lo que observamos es sus componentes *Respuestas psicológicas*, *conductas de vergüenza* y *conductas de evitación*, estas presentan correlaciones negativas con la *afectación* (-0,659; -0,579; -0,623; $p < 0'01$; respectivamente).

El componente *afectación* de la CV también muestra una relación significativa con el *peso* (-0,149; $p < 0'01$).

Tabla 32. Correlaciones significativas de la variable I-QOL

		Estudios (Kendall)	Afectación (Kendall)	Frecuencia (Kendall)	Consulta (Kendall)	Cantidad (Kendall)	Peso (Pearson)
I-QOL	Coefficiente de correlación	,215*	-,654**	-,351**	-,271**	-,260**	-,149**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,006
	N	164	164	164	163	163	163

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

VII. Igualmente encontramos que los **estudios** (nivel educativo) correlaciona significativamente con las puntuaciones totales de *IQOL* (0,215; $p < 0,01$) y de forma inversa con el *IMC* (-0,451; $p < 0,01$).

XI.4. ANÁLISIS INFERENCIAL.

Se realizó una análisis bivalente IU si/no con el resto de variables cuyas correlaciones habían resultado significativas, encontrando que se confirma la existencia de diferencias significativas de la IU (pérdidas) con la *edad* [$F(0,377)= ,470$, $MC=-3,935$, $p<=0,001$]; *IMC* [$F (0,377)= 1,199$; $M.C.=-1,303$; $p<0,01$]; *nº de partos* [$F80'377)=0'040$; $M.C.=',633$; $P<0,01$].

Tabla 33 Estadísticas de grupo

	Pérdida	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Partos	Sin pérdida	215	1,82	1,626	,111
	Con pérdida	164	2,48	1,696	,132
Abortos	Sin pérdida	215	,34	,725	,049
	Con pérdida	164	,39	,722	,056
Cesáreas	Sin pérdida	215	,18	,463	,032
	Con pérdida	164	,13	,445	,035
Embarazos	Sin pérdida	215	2,33	1,959	,134
	Con pérdida	164	2,98	1,958	,153
Edad	Sin pérdida	215	50,58	12,066	,823
	Con pérdida	164	54,51	11,233	,877
Peso	Sin pérdida	215	65,749	11,5576	,7882
	Con pérdida	164	68,370	11,8987	,9291
Talla	Sin pérdida	215	160,16	6,432	,439
	Con pérdida	164	159,12	6,659	,520
IMC	Sin pérdida	215	25,745	4,6889	,3198
	Con pérdida	164	27,049	4,9968	,3902

Tabla 34 Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Partos	Se asumen varianzas iguales	,040	,842	-3,860	377	,000	-,663	,172	-1,001	-,325
	No se asumen varianzas iguales			-3,839	343,198	,000	-,663	,173	-1,003	-,323
Abortos	Se asumen varianzas iguales	,669	,414	-,614	377	,540	-,046	,075	-,194	,102
	No se asumen varianzas iguales			-,614	351,675	,540	-,046	,075	-,194	,101
Cesáreas	Se asumen varianzas iguales	4,160	,042	1,130	377	,259	,053	,047	-,040	,146
	No se asumen varianzas iguales			1,136	357,616	,257	,053	,047	-,039	,146
Embarazos	Se asumen varianzas iguales	,507	,477	-3,231	377	,001	-,656	,203	-1,055	-,257

	No se asumen varianzas iguales			-3,231	351,046	,001	-,656	,203	-1,055	-,257
Edad	Se asumen varianzas iguales	,470	,493	-3,241	377	,001	-3,935	1,214	-6,323	-1,548
	No se asumen varianzas iguales			-3,272	362,374	,001	-3,935	1,203	-6,301	-1,570
Peso	Se asumen varianzas iguales	,166	,684	-2,159	377	,031	-2,6207	1,2137	-5,0071	-,2343
	No se asumen varianzas iguales			-2,151	345,671	,032	-2,6207	1,2184	-5,0172	-,2242
Talla	Se asumen varianzas iguales	2,446	,119	1,539	377	,125	1,042	,677	-,289	2,374
	No se asumen varianzas iguales			1,532	344,643	,126	1,042	,680	-,296	2,380
IMC	Se asumen varianzas iguales	1,199	,274	-2,606	377	,010	-1,3032	,5002	-2,2867	-,3197
	No se asumen varianzas iguales			-2,583	339,008	,010	-1,3032	,5045	-2,2955	-,3109

Tablas de contingencia

Para comprobar la existencia de diferencias significativas entre las mujeres con menor nivel de estudios y la no consulta, se realizó una tabla de contingencia con residuos tipificados corregidos:

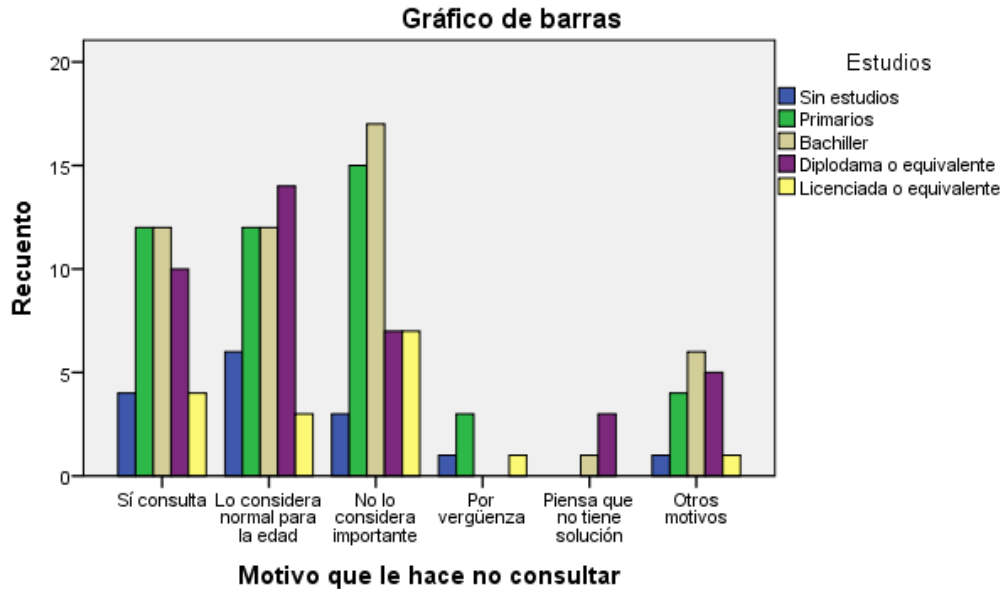
Tabla 35 Tabla de contingencia Consulta/Nivel de Estudios

		Estudios					Total	
		Sin estudios	Primarios	Bachiller	Diplomada o equivalente	Licenciada o equivalente		
Consulta	No consulta	Recuento	11	29	36	27	12	115
		% dentro de Estudios	73,3%	63,0%	75,0%	69,2%	75,0%	70,1%
		Residuo corregido	,3	-1,2	,9	-,1	,4	
	Sí consulta	Recuento	4	17	12	12	4	49
		% dentro de Estudios	26,7%	37,0%	25,0%	30,8%	25,0%	29,9%
		Residuo corregido	-,3	1,2	-,9	,1	-,4	
Total	Recuento	15	46	48	39	16	164	
	% dentro de Consulta	9,1%	28,0%	29,3%	23,8%	9,8%	100,0%	
	% del total	9,1%	28,0%	29,3%	23,8%	9,8%	100,0%	

Tabla 36 Tabla de contingencia Motivo No Consulta/Nivel de Estudios

		Estudios					Total	
		Sin estudios	Primarios	Bachiller	Diplomada o equivalente	Licenciada o equivalente		
Motivo que le hace no consultar	Sí consulta	Recuento	4	12	12	10	4	42
		Recuento esperado	3,8	11,8	12,3	10,0	4,1	42,0
		Residuo corregido	,1	,1	-,1	,0	-,1	
	Lo considera normal para la edad	Recuento	6	12	12	14	3	47
		Recuento esperado	4,3	13,2	13,8	11,2	4,6	47,0
		Residuo corregido	1,0	-,5	-,7	1,1	-,9	
	No lo considera importante	Recuento	3	15	17	7	7	49
		Recuento esperado	4,5	13,7	14,3	11,7	4,8	49,0
		Residuo corregido	-,9	,5	1,0	-,9	1,3	
	Por vergüenza	Recuento	1	3	0	0	1	5
		Recuento esperado	,5	1,4	1,5	1,2	,5	5,0
		Residuo corregido	,9	1,6	-,5	-,3	,8	
	Piensa que no tiene solución	Recuento	0	0	1	3	0	4
		Recuento esperado	,4	1,1	1,2	1,0	,4	4,0
		Residuo corregido	-,6	-,3	-,2	2,4	-,7	
	Otros motivos	Recuento	1	4	6	5	1	17
		Recuento esperado	1,6	4,8	5,0	4,0	1,7	17,0
		Residuo corregido	-,5	-,4	,6	,6	-,6	
	Total	Recuento	15	46	48	39	16	164
		Recuento esperado	15,0	46,0	48,0	39,0	16,0	164,0
% dentro de Motivo que le hace no consultar		9,1%	28,0%	29,3%	23,8%	9,8%	100,0%	

Gráfico 15. Gráfico distribución de frecuencias Motivos No Consulta y Nivel de Estudios



Encontrando que hay menos mujeres en los grupos de estudios básicos que no consultan por vergüenza ($p < 0,05$) y más mujeres en los grupos de estudios medios y superiores que consultan por pensar que tiene solución ($p < 0,01$), de las que habría en el caso de independencia entre ambas variables.

También se ha explorado la existencia de diferencias significativas, mediante tablas de contingencia, entre las variables nivel de estudios y uso de protección. Los residuos tipificados muestran que hay más mujeres (2,4) sin estudios que no usan protección de los que debería haber en el caso de independencia entre las variables y más mujeres con nivel de estudios superior (1,9) de las que debería de haber en el caso de independencia entre las variables, en el grupo de mujeres con estudios superior que usa protección ($p < 0,01$).

Tabla 37. Tabla de Contingencia Uso de protección/Nivel de Estudios

		Estudios					Total	
		Sin estudios	Primarios	Bachiller	Diplomada o equivalente	Licenciada o equivalente		
Usa o no protección	No usa protección	Recuento	4	13	16	17	6	56
		Recuento esperado	5,1	15,7	16,4	13,3	5,5	56,0
		Residuo corregido	-,6	-1,0	-,1	1,4	,3	
	Sí usa protección	Recuento	11	33	32	22	10	108
		Recuento esperado	9,9	30,3	31,6	25,7	10,5	108,0
		Residuo corregido	,6	1,0	,1	-1,4	-,3	
Total	Recuento	15	46	48	39	16	164	
	Recuento esperado	15,0	46,0	48,0	39,0	16,0	164,0	
	% dentro de Usa o no protección	9,1%	28,0%	29,3%	23,8%	9,8%	100,0%	

Respecto al uso de protección y ocupación laboral, encontramos que hay 2'2 mujeres más de las que debiera de haber, en el grupo de trabajadoras a tiempo completo que no usan protección y 2,0 mujeres de menos en el grupo ama de casa que no usan protección de las que debiera de haber en el caso de independencia entre las variables ($p < 0'05$).

Tabla 38 Tabla de Contingencia Uso de protección/Ocupación

		Ocupación						Total	
		Trabajo a tiempo completo	Trabajo a tiempo parcial	Ama de casa	Jubilada	Estudiante	Desempleada		
Usa o no protección	No usa protección	Recuento	37	1	11	5	2	0	56
		Recuento esperado	30,4	2,7	16,4	4,8	1,4	,3	56,0
		Residuo corregido	2,2	-1,3	-2,0	,1	,7	-,7	
	Sí usa protección	Recuento	52	7	37	9	2	1	108
		Recuento esperado	58,6	5,3	31,6	9,2	2,6	,7	108,0
		Residuo corregido	-2,2	1,3	2,0	-,1	-,7	,7	
Total	Recuento	89	8	48	14	4	1	164	
	Recuento esperado	89,0	8,0	48,0	14,0	4,0	1,0	164,0	
	% dentro de Usa o no protección	54,3%	4,9%	29,3%	8,5%	2,4%	0,6%	100,0%	

En relación a la consulta con un profesional, se confirma la existencia de diferencias significativas entre las mujeres que acuden a consulta y la puntuación total del IQOL,

($t(155)=-4'036$); $p<'01$), en el sentido de que las mujeres con mayor puntuación en CV son las que sí acuden a consulta. Igualmente el ANOVA entre los grupos según gravedad de incontinencia y consulta con un profesional muestran diferencias significativas ($F(4/152)=4'780$; $MC=272'098$; $p<'001$). Los post-hoc realizados muestran que las personas que acuden a consulta son las que se encuentran en los grupos de IU severa o muy severa.

Existen igualmente diferencias significativas entre las mujeres según niveles de incontinencia y la CV de las mismas ($F(3/374)=1394'240$; $MC=186'166$; $p<'001$), en el sentido de que las mujeres con niveles de incontinencia severa o muy severa tienen puntuaciones significativamente menores en CV. Y además con un valor de eta cuadrado de ,918 lo que implica que el impacto de la variable *nivel de incontinencia* en la CV de la mujer es muy alto.

No hay diferencias significativas en cuanto al tipo de IU con ninguna de las variables estudiadas.

XI.5. ANÁLISIS DE REGRESIÓN

Incontinencia Urinaria (Análisis de regresión logística)

El resultado para la incontinencia (se muestra en la siguiente tabla) es que los predictores principales de la misma son *nº de embarazos*, *nº de partos* e *IMC*. Para este conjunto de variables el test Hosmer-Lemeshow aplicado muestra que el modelo propuesto se ajusta a lo observado ($p > 0,05$).

Tabla 39 Prueba de Hosmer y Lemeshow

Paso	Chi-cuadrado	Gl	Sig.
1	14,057	8	,080

Tabla 40. Tabla de clasificación^{a,b}

Observado		Pronosticado			
		Pérdida		Porcentaje correcto	
		0	1		
Paso 0	Pérdida	0	215	0	100,0
		1	164	0	,0
	Porcentaje global				56,7
a. La constante se incluye en el modelo.					
b. El valor de corte es ,500					

Tabla 41 Variables en la ecuación

	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig.	Exp (B)	95% C.I. para EXP(B)		
							Inferior	Superior	
Paso 1 ^a	Partos	,176	,078	5,080	1	,024	1,192	1,023	1,389
	IMC	,028	,024	1,405	1	,236	1,029	,982	1,077
	Edad	,013	,011	1,447	1	,229	1,013	,992	1,034
	Constante	-2,052	,698	8,642	1	,003	,128		
a. Variables especificadas en el paso 1: Partos, IMC, Edad.									

Los respectivos coeficientes de las variables predictoras del modelo nos proporcionan, mediante el procesamiento matemático oportuno², el cambio porcentual en las posibilidades a favor de la presencia de incontinencia urinaria por unidad de incremento en la j-ésima regresora (Gujarati y Porter, 2009). Así, un nuevo parto en la mujer incrementa un 19,2% la probabilidad de padecer IU.

² Cálculo del correspondiente antilogaritmo, menos 1 y multiplicado por 100

Calidad de Vida (Análisis de regresión lineal múltiple)

Para el análisis del impacto que las diferentes variables ocasionan sobre la calidad de vida de las mujeres que sufren IU, medida por el valor del resultado del Test IQOL, utilizamos el método de regresión lineal por pasos sucesivos

De esta forma, se construye un modelo de regresión lineal multivariante con tres variables y constante: afectación, frecuencia y nivel de estudios. Reproducimos a continuación los valores encontrados para los coeficientes de regresión parcial así como los resultados de los diferentes test realizados: ANOVA, estadísticas de colinealidad y de residuos.

Tabla 42 Coeficientes^a del modelo de regresión lineal

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.	95,0% intervalo de confianza para B	
		B	Error estándar	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	107,591	1,739		61,866	,000	104,157	111,025
	Afectación	-5,519	,493	-,662	-11,203	,000	-6,492	-4,546
2	(Constante)	99,106	3,550		27,921	,000	92,096	106,116
	Afectación	-5,221	,495	-,626	-10,540	,000	-6,199	-4,243
	Estudios	2,577	,946	,162	2,726	,007	,710	4,444
3	(Constante)	102,778	3,886		26,451	,000	95,104	110,452
	Afectación	-4,564	,574	-,547	-7,957	,000	-5,697	-3,431
	Estudios	2,161	,953	,136	2,267	,025	,278	4,044
	Frecuencia	-2,275	1,035	-,154	-2,197	,029	-4,320	-,230

a. Variable dependiente: I-QOL

La función de regresión muestral que nos proporciona el análisis realizado será:

$$IQOL = 102,778 - 4,564 * afectación + 2,161 * estudios - 2,275 * frecuencia$$

Donde cada coeficiente de regresión parcial mide el cambio en el valor de la media de la variable dependiente, IQOL, por unidad de cambio en su respectiva variable, manteniendo constantes las restantes.

Los pasos del proceso de construcción del modelo se muestran en el Anexo V.

CAPITULO CUARTO. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

XII. DISCUSIÓN.

La muestra obtenida en nuestro estudio garantiza estimaciones precisas y confiere representatividad a los resultados.

Tabla 43. Resultados de Investigaciones sobre IU

Autores	Año	Prevalencia	Sexos	Rango de edades
Velázquez Magaña et al.	2007	46,5%	Mujer	[20-89]
Madroño Freire et al.	2004	20,0%	Mujer	[18-65]
Sánchez de Encisa Ruiz et al.	2004	39,8%	Mujer	>18
Dios-Diz et al.	2003	35,1%	Mujer	>64
Harwardt et al.	2003	77,1%	Mujer	[30-84]
España Pons et al.	2009	12,2%	Mujer	>15
Martínez Escoriza et al.	2006	40,0%	Mujer	>15
Minassian et al.	2012	41,0%	Mujer	>40
García Astudillo et al.	2014	55,6%/15,6%	Mujer/Hombre	>25
Orna Esteban et al.	2011	44%/14%	Mujer/Hombre	>14
Nieto Blanco et al.	2003	15,4%	Mujer	[40-65]
Vieira Gomes et al.	2010	21,4%	Mujer	[20-60]
Martínez Agulló et al.	2010	7,25%	Mujer	[25-64]
De Souza Santos et al.	2010	32,9%/6,2%	Mujer/Hombre	>20
Gavira Iglesias et al.	2009	37,25%	Mujer	[25-64]
España Pons et al.	2012	24,0%	Mujer	≥29
Azuma et al.	2008	22,6%	Mujer	[39-60]
Bretones Alcaraz et al.	1997	40,6%	Mujer	[20-65]
Cruz Lendínez, C.	2012	43,3%	Mujer	[30-82]
Gavira Pavón et al.	2013	43,0	Mujer	[20-65]

La prevalencia de IU de nuestra población de estudio es de 43,3%, comparado estos valores con la bibliografía revisada, obtenemos resultados muy variados reflejados en la tabla anterior.

Esta variedad en los resultados de prevalencia puede ser debida a diferentes criterios e instrumentos de diagnóstico para identificar la IU, la edad de la muestra de estudio investigada, la metodología empleada en los diferentes estudios y el tipo de población estudiada.

Hay varios estudios que se aproximan a la prevalencia de nuestro estudio, el de Orna Esteban et al. (2011) lo hace tanto a la edad media de la población de estudio como a la prevalencia (44%). También Velázquez Magaña et al. (2007) un 46,5%.

Hemos añadido a esta lista un artículo de Bretones Alcaraz et al. (1997), nos sorprende que los datos aportados en este estudio, de hace 18 años, coinciden y se asemejan a nuestros datos, la prevalencia de IU aumenta con la edad, aporta una prevalencia del 40,6%, que afectaba de forma moderada la calidad de vida de las mujeres que lo padecían y no consultaban a ningún profesional, todo esto nos indica que en estos años no se han realizado intervenciones sanitarias adecuadas, encontrándonos hoy en la misma situación.

Los resultados obtenidos muestran cómo la prevalencia de IU va aumentando con la edad, al igual que otros estudios Rebassa et al. (2013), Nieto Blanco et al. (2003) y Peyrat et al. (2002). El grupo etario de nuestro estudio en el que la prevalencia es mayor es en el grupo de 60-69 años con un 55,3% un poco más elevados de las cifras obtenidas en el estudio de Espuña Pons et al. un 41,8% en el grupo de edad de 65-74, pero similar al de Orna Esteban et al. con un 54%. Estos datos contrastan con los aportados por Salazar et al. (2005) en que en su estudio no encontró un incremento lineal en la prevalencia con la edad.

Atendiendo al tipo de IU, la incontinencia urinaria de esfuerzo con un 60,4% es la más frecuente en nuestro estudio, similares porcentajes aparecen en los estudios de

Rabassa et al. (2013), Madroño Freire et al. (2004), Ortuño Esparza et al. (2014), y Guillén Castillo et al. (2008). Sin embargo en el estudio de mujeres turcas de Basak et al. (2012) o el de Herrera Pérez et al. (2008). la Incontinencia urinaria mixta es la más frecuente. En la mayoría de las publicaciones se concluye que la IU de esfuerzo es el tipo de incontinencia predominante.

En cuanto a los factores de riesgo comprobamos en nuestro estudio que los grupos de sobre peso y obesidad tienen mayor prevalencia de IU, datos semejantes a los de Kocãoz et al. (2012), y de Minassian et al. (2008) y Vieira et al. (2010) en la que el IMC se asocia con un mayor riesgo de incontinencia.

También en nuestro estudio encontramos asociación entre los grupos de edad y el número de partos, las mujeres con mayor número de partos tienen mayor probabilidad de presentar IU. Se considera que las modificaciones hormonales y mecánicas en el embarazo son un factor de riesgo. El tipo y número de partos influye negativamente en el suelo pélvico, provocando daños que puedan desencadenar incontinencia. La cesárea disminuye el riesgo de IU frente al parto vaginal (Rotveit et al. 2003), siendo este el principal responsable de la disfunción del suelo pélvico como consecuencia del daño en la estructura mecánica de los tejidos músculo conjuntivo y nervioso. Discrepa de nuestro resultado el estudio realizado por García Estudillo et al. ya que en su estudio no parece influir en la IU el número de embarazos aunque otros estudios sí encuentran relación igual que el nuestro como el de Salazar et al. (2005) y Rabassa et al. (2013).

En cuanto a la menopausia en nuestro estudio encontramos relación significativa con la IU debido posiblemente a la atrofia genital que puede contribuir a la relajación del suelo pélvico y la deficiencia intrínseca del esfínter uretral, mecanismos involucrados en la fisiopatología de la IU. También descritos en el estudio de Bassak et al. (2012).

El 71% de mujeres con incontinencia urinaria de nuestro estudio no consultó a ningún profesional, coinciden con los del estudio de Harward et al. (2004), con un 73,2% de mujeres que no consultaron a profesionales en su estudio y el de Rincón Ardila (2015)

en que sólo 10,7% de las mujeres con IU consultando a algún profesional de la salud, es decir el 89,3% no consultó, datos elevados respecto al 56,8% de mujeres que no consultan del estudio de Madroño Freire et al. (2004), similar al de Sánchez de Enciso et al. (2006), con un 56,4%.

En cuanto a los motivos de no consulta destaca un 40% que afirma que la IU no es importante para ella, el 38,3% lo considera algo normal para la edad (Bassak et al. 2012), un 3,5% piensa que la IU no tiene solución al igual que otro 3,5% no consultan por vergüenza. (Ferri Morales et al. 2003). En el estudio de Azuma et al. (2008), el 30% de las mujeres de su estudio pensaba que la IU es un fenómeno fisiológico normal del envejecimiento. Todos estos datos coinciden con el de Minassiam et al. (2012), en el que solo el 25% buscó atención médica, contrasta con el estudio de Altawel et al. (2012) de mujeres saudíes en las que solo consultó el 9%. De las mujeres que consultaron el 67,3% consultó con el médico de familia seguida de la enfermera, similar al del estudio de Madroño Freire et al. (2004).

La bibliografía evidencia, además, que los profesionales sanitarios no realizan una búsqueda activa en su práctica diaria para que el problema aflore en su dimensión real. Entre las medidas que las mujeres ponen en práctica para paliar el problema llama la atención que un 50% use compresas o salvasilip de forma habitual. Este comportamiento podría explicarse porque asumen el problema como un hecho inevitable ligado al envejecimiento, por la publicidad de estos productos sanitarios y por la escasa divulgación por parte de del sistema sanitario y de los medios de comunicación social de la alternativas terapéuticos disponibles.

La frecuencia de la pérdida en nuestro estudio más referida fue de una vez a la semana o menos con un 57,9%, en el estudio de Nieto Blanco et al. el porcentaje de la pérdida menos de una vez a la semana es de 48% datos inferiores a nuestro estudio.

Según los datos obtenidos en el cuestionario I-QOL la IU reduce la calidad de vida de vida de las mujeres en mayor o menos medida, evidenciándose que sufren deterioro de

la CV con el aumento de la edad, datos también obtenidos en el estudio de mujeres de Mallorca por Rabassa et al. (2013).

Las mujeres que sufren IU mixta son las que más afectada tienen su calidad de vida, al igual que refieren otros estudios como el de Nieto Blanco et al. (2004), lo cual parece lógico si tenemos en cuenta que estas mujeres soportan los síntomas de los dos tipos de IU. Esto difiere, sin embargo, con el estudio de Ortuño Esparza y Lozano Alcaraz (2014) ya que, en su estudio, son las mujeres con IU de Urgencia las que tienen más afectada su calidad de vida y con el de Fernandes et al. (2003), en su estudio son las que padecen IU de esfuerzo las que tienen peor CV, aunque coincide con nuestro estudio en que el I-QOL parcial de sentimiento de vergüenza en las relaciones sociales es el que presenta mayor afectación.

Encontramos mayores pérdidas de calidad de vida para los casos con sobrepeso y obesidad, datos que difieren con los encontrados por Carreño et al. en su estudio de mujeres con exceso de peso en las que no encontró significativamente afectada su calidad de vida, aunque su muestra era muy reducida y con un bajo poder estadístico, sí encontramos coincidencia con otros estudios como el de Gavira Pavón et al. (2014), y como anteriormente hemos reflejado en nuestros resultados, el grupo de obesidad mórbida ve disminuida su CV en menor grado, esto nos lleva a pensar que estas mujeres con frecuencia tienen asociadas otras patologías que afectan más a su calidad de vida, como por ejemplos problemas de hipertensión, diabetes o incluso problemas de movilidad, que relativiza la pérdida de CV por la IU.

El 85,4% de las mujeres presentan gravedad baja, este puede ser uno de los motivos por lo que hay una baja tasa de consulta.

De la bibliografía revisada, no importa el medio que hayan utilizado para determinar la calidad de vida de las mujeres que presentan IU, sea del tipo que sea, ya sea artículos que utilizan el King's Health Questionnaire (Fernandes et al. 2003, Suárez Serrano et al. 2013, Arañó et al. 2009, Martínez Córcoles et al. 2008, Álvarez Galán et al. 2011), el ICIQ-SF-IU (Cortés Gálvez et al. 2014, Geanini Yagüez et al. 2014, Rabassa et al.

2013), o el I-QOL (Ortuño Esparza et al. 2014, Nieto Blanco et al. 2004) en todos queda demostrado que la Incontinencia urinaria afecta en mayor o menor medida a la calidad de vida de las mujeres que la sufren.

XIII. CONCLUSIONES.

Tras el análisis de los resultados y su posterior discusión, podemos apuntar que los objetivos de este trabajo han sido cubiertos y que las hipótesis planteadas se han visto contrastadas a lo largo del desarrollo del mismo. De este modo podemos concluir, respecto de la IU en las mujeres de Jaén y en referencia a cada uno de los objetivos que:

PREVALENCIA DE LA IU.

1. La prevalencia de la incontinencia Urinaria en las mujeres de Jaén Capital cuya edad está comprendida entre 30-80 años de edad es del 43,3%.
2. El perfil de la mujer de Jaén con IU se corresponde con una mujer menopáusica, de 54,5 años de edad, con sobrepeso, que ha tenido 2.5 partos tras 3 embarazos, con un nivel de estudios primarios y con ocupación a tiempo completo.
3. La mayor parte de las mujeres con IU presentan una gravedad Baja según el cuestionario ICQ-SF.
4. Las mujeres que presentan IU media-alta, según el ICQ-SF tienen más edad, más IMC y han tenido más partos que las demás.
5. Los predictores de mayor probabilidad de sufrir IU son el número de partos, el IMC, la edad y el número de embarazos.
6. La probabilidad de sufrir IU se incrementa un 19% con cada parto más.

TIPOS DE IU

1. El tipo de IU más frecuente es la IU de esfuerzo (60,4%) y se da mayoritariamente en mujeres con edad comprendida entre los 50-59 años, seguida de IU de Urgencia (12,2%) que se da en mujeres mayores de 60 años, IU Mixta (17,1%) que no muestra diferencias de edad, siendo el resto para otros tipos de IU.

2. La IU en las mujeres de Jaén, les provoca, en la mayor parte de los casos, pérdidas de orina una vez a la semana (57,7%).
3. La mayoría de mujeres con IU (65,9%) utiliza medios de protección para las pérdidas de orina, en mayor medida compresas, seguido de salvaslip y en último lugar y sólo en un 2% pañales.
4. Las mujeres con mejor nivel cultural y con mayor ocupación socio laboral son las que utilizan más medidas de protección.

AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

1. Las mujeres con IU presentan, en términos porcentuales (-28%) mayor pérdida en su calidad de vida que el resto de mujeres que no la sufren.
2. La pérdida de calidad de vida aparece asociada mayormente a un sentimiento de vergüenza en el entorno de las relaciones sociales.
3. Las mujeres más jóvenes (30-39 años) y las mayores de 60 son las que más pérdida de calidad de vida presentan.
4. Hay una mayor pérdida de calidad de vida asociada al sobrepeso y la obesidad.
5. La pérdida de calidad de vida se correlaciona con una mayor afectación de la IU, tanto en frecuencia como en cantidad de las pérdidas de orina y con un menor nivel de estudios.

FRECUENCIA DE CONSULTA Y MOTIVOS DE NO CONSULTA

1. Sólo el 29,9% de las mujeres con IU acuden a la consulta de un/a profesional sanitario y lo hacen mayoritariamente a un/a médico.
2. Las mujeres que más acuden a la consulta de un profesional son las que presentan más afectación (mayor puntuación ICIQ), mayor edad y menor calidad de vida (menor puntuación IQOL).

3. La mayor frecuentación a la consulta está asociada con mayor calidad de vida)
4. Casi un 80% de las mujeres que no acuden a la consulta lo hacen mayoritariamente porque banalizan el problema o lo ven como algo normal para la edad. El resto entienden que es un problema sin solución o simplemente no acuden a consulta por vergüenza.

Por último y en relación con las hipótesis planteadas en esta investigación, hemos de concluir que la IU en mujeres sigue siendo un problema de salud infradiagnosticado, a pesar de su alta prevalencia, que las mujeres que padecen la IU pierden calidad de vida y que la IU sigue siendo un problema culturalmente banalizado por las propias mujeres.

XIII.1. APORTACIONES PARA LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN Y NUEVAS INVESTIGACIONES.

Como se ha ido comprobando a lo largo de este estudio, la IU es un problema de salud multicausal y multidimensional que hace imposible abordarlo desde una única perspectiva. Dicho esto, se presenta, como absolutamente indispensable, abordar cualquier estrategia de intervención desde planteamientos integrales e interdisciplinarios.

Cuando analizamos los predictores de la IU, los datos de prevalencia de la IU obtenidos y la repercusión de la IU en la calidad de vida de las mujeres que la padecen y por supuesto, el impacto tanto económico como de utilización de servicios de salud, no podemos por menos que pensar en las distintas estrategias de intervención desde todos los niveles posibles.

Para el diseño de posibles intervenciones creemos oportuno seguir los principios de Prevención y Promoción de la Salud y sus diferentes estrategias simultáneas, esto es, prevención primaria frente a las causas, prevención secundaria frente a la enfermedad y prevención terciaria o rehabilitación, o lo que es lo mismo, que la IU no aparezca, que desaparezca o que se compensen las limitaciones mediante el desarrollo de habilidades.

Por tanto y siguiendo esta línea argumental, proponemos la necesidad de que se diseñen e implementen intervenciones dirigidas a incluir en los programas de educación para la salud para mujeres en edad fértil sobre prevención de IU mediante el fomento de hábitos saludables en cuya planificación se incluya información sobre el sobrepeso y la obesidad relacionada con la IU, a incidir en el programa de embarazo, parto y puerperio en la importancia de la formación y habilidades para el fortalecimiento del suelo pélvico y de forma transversal, a luchar contra la banalización de la IU por parte de la mujer.

Por otro lado, resulta más que evidente la necesidad de incluir en la cartera de salud estrategias de cribado y captación que permitan la detección precoz de la IU y por supuesto una mayor oferta de servicios asociados a su tratamiento y rehabilitación. Para ello es imprescindible contar con profesionales formados y entrenados por lo que también se hace necesario establecer estrategias en este sentido.

Dada la magnitud del problema, su prevalencia, el infradiagnóstico de la IU y el impacto que tiene sobre la calidad de vida de las mujeres y los altos costes asociados, creemos que es susceptible de ser abordado estratégicamente a través de un Proceso asistencial integrado.

En otro orden de cosas, a lo largo de este trabajo también se han detectado cuestiones de gran calado que podrían ser objeto de estudios futuros y que sin duda ofrecerían más medios de intervención contra la IU en todas sus dimensiones. Por ello sugerimos, al menos, la pertinencia de indagar más sobre la relación causal que aparece asociada entre los partos y la IU, esto es, podría ser objeto de estudio todo lo que acontece en el parto y su posible deriva posterior en relación a la IU. Hablamos de tipo de parto, tipo de instrumentación en el parto (realización o no de episiotomía, aparición de hemorroides, desgarros, etc.) y sobre la asociación del sobrepeso y la obesidad con la IU al aparecer este problema como predictor importante de la IU.

Igualmente resultaría productivo en cuanto a arrojar luz a este problema, dar voz al discurso de las mujeres y su experiencia con la IU mediante metodología cualitativa en estudios sucesivos.

Carmen Cruz Lendínez

En la realización de esta investigación no ha existido conflicto de intereses con terceros.

BIBLIOGRAFIA.

1. Abrams, P. Cardozo, L. Fall, M. Griffiths, D. Rosier, P. Ulmsten, U. van Kerrobroeck, P. Victor, A. Wein, A. (2002a). The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Neurology and Urodynamic*. 21(2), 167–78.
2. Abrams, P. Cardozo, L. Khoury, S. Wein A. (2002b). Incontinence. Recommendations of International Scientific Committee. Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and fecal incontinence. Second International Consultation on Incontinence .Edition 2002.Plymbridge Distributors Ltd. 1079-117.
3. Alfaro Lefevre, R. (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. (5 ed. p 4). Barcelona. Elsevier Doyma.
4. Altaweel, W. Alharb, M. (2012). Urinary Incontinence: Prevalence, risk factors, and impact on health related quality of life in Saudi women. *Neurology and Urodynamic*. June. 31(5), 642-645.
5. Álvarez Galán, M. C. (2011). Incontinencia urinaria en mujeres mayores de cuarenta y cinco años: factores etiológicos y calidad de vida. (Tesis doctoral de la Facultas de medicina). Universidad autónoma de Madrid.
6. Araño, P. Rebollo, P. González-Segura Alsina, D. (2009). Afectación de la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres de Incontinencia Urinaria Mixta. *Actas Urológicas Españolas*. 33(4), 410-415.
7. Arber, S. Khlal, M. (2002). Introduction to “social and economic patterning of women’s health in a changing world”. *Social Science & Medicine*. (54), 643-7.
8. Arostegui Madariaga, I. Nuñez-Antón, V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionarios de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36 (SF-36)(*). *Estadística Esp*. 50(167), 147-192.
9. Artazcoz, L. Borrell, C. Benach, J. (2001). Gender inequalities in health among workers: the role of family demands. *J Epidemiology Community Health*. 2001; 55: 639-47.
10. Azuma, R. Murakami, K. Iwamoto, M. TanaKa, M. Saita, N. Abe Y. (2008). Prevalence and risk factors of urinary incontinence and its influence on the quality of Japanese woman. *Nursing and Health Sciences*. (10), 151-158.
11. Basak, T. Uzun, S. Arslan, F. (2012). Incontinence features, risk factors, and quality of life in Turkish women presenting at the hospital for urinary incontinence.

Journal of Wound Ostomy Continence Nurs. Jan-Feb. 39(1), 84-9. doi: 10.1097/WON.0b013e31823efd47.

12. Bezerra, C. A. Bruschini, H. Cody, D.J. (2004) Suburethral sling operations for urinary incontinence in women (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

13. Borrell, C. Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. 2008. Revista Española Salud Pública. 82(3).

14. Borrell, C. García Calvente, M. M. Martí Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gaceta Sanitaria. 18(1), 2-6.

15. Brenes Bermúdez, F. J. Cózar Olmo, J. M. Esteban Fuertes, M. Fernández- Pro Ledesma, A. Molero García, J. M. (2013). Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. 45(5), 263-273.

16. Bretones Alcázar, J. J. Del Pino y Pino, M. D. García Vílchez. M. A, Fajardo Cabrerizo, M. L. Sáez García, J. M. y Ortega López, I. (1997). Incontinencia urinaria en mujeres en edad adulta: estudio descriptivo en una población rural. Atención Primaria. 20(1), 45-48.

17. Bristow, S. E. Hilton, P. (2000). Assessment and investigations for urinary incontinence. Baillière's Best Practice Research Clinical Obstetrics Gynaecology. (14), 227-49.

18. Bulechek, G. M. Butcher, H. K. McCloskey Dochterman. J. (5ª ed). (2009). Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (NIC). Barcelona. Elsevier España.

19. Cabrera, M. E., Agostini, M. T., y Victoria García-Viniegras, C. R. (1998). En Centro de investigaciones Psicológicas y Sociológicas. (Ed.), Calidad de vida y trabajo comunitario integrado. Sistema de indicadores para la medición de la calidad de vida. Reporte de investigación. En <http://www.cips.w/index.php/resultados-de-investigacion-del-grupo-de-estudios-psicosociales>.

20. Calero García, M. J. (2012). Incidencia del deterioro cognitivo y la dependencia funcional en mayores de 65 años hospitalizados por fracturas óseas: análisis de variables moduladoras. (tesis doctoral). Universidad de Jaén.

21. Carreño, L. M. Angarita-Fonseca, A. Pinto, A. L. Delgado, A. N. García, L. M. (2015). Calidad de vida relacionada con salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso de Bucaramanga, Colombia. Revista Ciencia Salud. 13(1), 63-76. doi: dx.doi.org/10.12804/revsalud13.01.2015.05.

22. Carretero Colomer, M. (2004). Vejiga hiperactiva. Offarm. 23(4).

23. Chartier-Kastler, E. SUI: Management and unmet needs. *Eur. Urol. Supplements* 2005; 4: 11-17.
24. Cortés Gálvez, J. M. Martínez Monje, F. Reynoso, C. Jiménez Garzón, V.A. Alfonso Cano, C. (2014). Incontinencia urinaria "oculta" ¿afecta a la calidad de vida de nuestros pacientes? *Revista Mexicana Urología*. 74(2),123-125.
25. Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science Medicine*. (50), 1385-401.
26. Coyne, K. S. Kvasz, M. Ireland, A. M. Milsom, I. Kopp, Z. S. (2012). Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and woman in Sweden, the United Kingdom, and the United States. *European Urology*. (61), 88-95.
27. Delorma, E, Droupy, S, De Tayrac, R, Delmas, V. (2004). Transobturator tape (Uratape): a new minimally- invasive procedure to treat female urinary incontinence. *European Urology*. (45), 203- 207.
28. De Souza Santos, C. R. Gouveia Santos, V. L. C. (2010). Prevalencia de la incontinencia urinaria en muestras aleatorias de la población urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil. *Revista Latino-Americana. Enfermagen* 18(5), sep-oct. www.eerp.usp.br/rlae.
29. Dios Diz, J. M. Rodríguez Lama, M. Martínez Calvo, J. R. Rodríguez Pérez, C. Melero Brezo, M. García Cepeda, J. R. (2003). Prevalencia de la incontinencia urinaria en personas mayores de 64 años en Galicia. *Gaceta Sanitaria*. 17(5), 409-11.
30. Donavan, J. L. (2002). Symptom and quality of life assessment. En: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. *Incontinence. Second International Consultation on Incontinence*. Plymouth: Plymbridge Distributors Ltd.
31. Espuña Pons, M. (2003). Incontinencia de orina en la mujer. *Medicina Clinica*. 120(12).
32. Espuña Pons, M. Rebol I. P. Clota, M. (2004). Validación de la versión española del Internacional Consultation on Incontinent Questionarie-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Medicina Clinica*. 122(8), 288-92.
33. Espuña Pons, M. Puig Clota, M. (2006). Síntomas del tracto urinario inferior en la mujer y afectación de la calidad de vida. Resultados de la aplicación del King's Health Questionnaire. *Actas Urológicas Españolas*. 30(7), 684-691.

34. Espuña Pons, M. Castro Díaz, D. Carbonell, C. Dilla, T. (2007). Comparación entre el cuestionario "ICIQ-IU Short-Form" y el "King's Health Questionnaire" como instrumentos de evaluación de la incontinencia urinaria en mujeres. *Actas Urológicas Españolas*. 31(5), 502-510.
35. Espuña Pons, M. Brugulat Guiteras, P. Costa Sampere, D. Medina Bustos, A. Mompart Penina, A. (2009). Prevalencia de la incontinencia urinaria en Cataluña. *Revista Médica Clínica*. (133) 702-5.
36. Esteban, M. Salinas, J. Arlandis, S. Díez J, Jiménez, M. Rebassa, M. Angulo, J. C. (2014). Consenso experto sobre la evidencia científica disponible acerca del uso de toxinas botulínicas en vejiga hiperactivas. *Actas Urológicas Españolas*. 38(4), 209-216.
37. Fernandes, S. Carvalho Coutinho, E. Carvalho Duarte, J. Batista Nelas, P. A. Correia Balula Chaves, C. M. Amaral, O. (2015). Qualidade de vida em mulheres con Incontinência Urinária. *Rev Enfer Referência*. Serie IV. (5). doi.org/10.12707/RIV14042.
38. Ferri Morales, A. Melgar de Corral, G. Avendaño Coy, J. Puchades Belenguer, M. J. Torres Costoso, A. I. (2003). Estudio cualitativo sobre el proceso de búsqueda de la salud de la incontinencia urinaria en la mujer. *Revista Iberoamericana Fisioterapia*. Kinesol. 6(2), 74-78.
39. García Astudillo, E. Pinto García, M.P. Laguna Sáez, J. (2015). Incontinencia urinaria: frecuencia y factores asociados. *Fisioterapia*. 37(4):145-154.
40. García Viniegras, C. (2005). El bienestar psicológico: Dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*. 8(2)
41. Gavira Iglesias, F. Caridad y Ocerin, J. M. Guerrero Muñoz, J. B. López Pérez, M. Romero López, M, Pavón Aranguren, M. V. (2005). Seguimiento durante 5 años de la incontinencia urinaria en los ancianos en una población rural española. *Atención Primaria*. (35), 67- 73.
42. Gavira Iglesias, F. Pérez del Molino Martín, J. Valderrama Gama, E. Caridad y Ocerín, J. M. López Pérez, M. Romero López, M. (2001). Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud. *Atención Primaria*. (28), 97-104.
43. Gavira Pavón, A. Walker Chao, C. Rodríguez Rodríguez, N. Gavira Iglesias, F. J. (2014). Prevalencia y factores de riesgos de incontinencia en mujeres que consultan por, dolor lumbopélvico: estudio multicéntrico. *Atención Primaria*. 46(2), 100-108.

44. Geanini Yagúez, A. Fernández Cuadros, M. E. Nieto Blasco, J. Ciprián Nieto, D. Oliveros Escudero, B. Lorenzo Gómez, M. F. (2014). EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. *Rehabilitación*. 48(1), 17-24.
45. Gerber, G. S, Brendler, C.B. (2007). Evaluation of the urologic patient: history, physical examination, and urinalysis. In: Wein A J, ed. *Campbell-Walsh Urology*. 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; p. 3
46. Gomes, Guido Vieira, & Silva, Genivaldo Dias da. (2010). Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao Programa de Saúde da Família de Dourados (MS). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(6), 649-654.
47. Gómez Vela, M. Sabeh, E. N. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Salamanca: INICO. <http://www3.usal.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
48. González Carmona, E. G. Rodríguez Delgado, R. Ávalos Arbolaez, J. Fernández López, S. Bartumeu González, H. I. (2013). Incontinencia urinaria, un problema económico/social. 3(2).
49. Grady, D. Applegate, W. Bush, T. Furberg, C. Riggs, B. Hulley, S. B. (1998). Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS): design, methods, and baseline characteristics. *Control Clin Trials*. 19(4), 314-35.
50. Granados, E. A. Escobar, M. R. Alcahe, R. (1998). The use of transabdominal ultrasound in the estimation of post micturitional residual urine. *Arch Española Urológica*. (51), 473-6.
51. Grau Avalos, J. Victoria García-Viniegras, C. R., Hernández Menéndez, y E. (2006). Calidad de Vida y Psicología de la Salud. En E. Hernández Menéndez, y J. Grau Abalo (Eds.), *Psicología de la Salud. Fundamentos y Aplicaciones*. (1ª ed.,pp. 201-232). México: Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de las Ciencias de la Salud.
52. Guía de uso adecuado de absorbentes de incontinencia. (2011). Distrito Sanitario Málaga. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.
53. Guillén del Castillo, A. Espada Puedo, A. Legarra Murazábal, S. García Lopéz, M. Garayoa Arizcuren, B. (2008). Repercusión de la Incontinencia Urinaria femenina en la calidad de vida. Estudio desde una consulta de urología. *Asociación Española de Enfermería en Urología*. *Enfuro*. Núm.106.
54. Gujarati, D. M. y Porter, D. C. (2009) *Econometría*. MacGraw Hill.
55. Hannestad, Y. S, Rortveit, G. Sandvik, H. Hunskaar S. (2000). A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian

EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. *Journal Clinica Epidemiológica*. 53(11), 1150-7.

56. Harwardt, T. Fuentes, B. Venegas, M. Leal, C. Verdugo, F. Benier, P. (2004). Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de Isla de Pascua. *Revista Chilena de Urología*. 69 (1).

57. Hendrix, S. L. Cochrane, B. B, Nygaard, I. E, Handa, V. L, Barnabei, V. M, Iglesia, C. H, Aragaki, A. Naughton, M. J. Wallace, R. B. McNeely, S. G. (2005). Effects of estrogen with or without progestin on urinary incontinence. *JAMA*. 293(8), 935-48.

58. Jackson, S. Donovan, J. Brookes, S. Eckford, S. Swithinbank, L. Abrams, P. (1996). The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *Br J Urol*. 77:805-12.

59. Janssen, C. C. Lagro-Janssen, A. L, Felling, A. J. (2001). The effects of physiotherapy for female urinary incontinence: individual compared with group treatment. *BJU Int*. (87)201-6. Medline

60. Jerez Roig, J. Souza, D.L.B. Espelt, A. Costa Marín, M. Belda Molina, A. M. (2013). Electroestimulación del suelo pélvico en mujeres con incontinencia urinaria y/o síndrome de vejiga hiperactiva: una revisión sistemática. *Actas Urológicas Españolas*. (37), 445-50.

61. Juarranz Sanz, M. Terrón Barbosa, R. Roca Guardiola, M.T. Soriano Llorca, T. Villamor Borrego, M. Calvo Alcántara, M. J. (2002). Tratamiento de la incontinencia urinaria. *Atención Primaria*. 30(5), 323-332.

62. Keegan, P. E, Atiemo, K Cody, J. McClinton, S. Pickard, R. (2008). Tratamiento de inyección periuretral para la incontinencia urinaria en mujeres (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

63. Kershen, R.T. Hsih, M. Preview of new drugs for overactive bladder and incontinence: Darifenacin, Solifenacin, Trospium, and Duloxetine. *Current Urol Reports* 2004; 5: 359–367

64. Kocaöz, S. Talas, M. S. Atabekoglu, C. S. (2012). Urinary Incontinence among Turkish woman: an outpatient study of prevalence, risk factors, and quality of life. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 39(4), 431-439.

65. Konstantinidou, E. Apostolidis, A. Kondelidis, N. Tsimtsiou, Z. Hatzichristou, D. Ioannides, E. (2007). Short-term efficacy of group pelvic floor training under intensive supervision versus unsupervised home training for female stress urinary

incontinence: a randomized pilot study. *Neurourology Urodynamics*. (26), 486-91. Medline.

66. Lapitan, M. C. Cody, D. J. Grant, A. M. (2004). Open retro pubiccolpo suspension for urinary incontinence in women (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

67. Laza Alonso. (2009). Proceso de atención de enfermería en UCMA, metodología de trabajo. *Guía de cuidados en CMA*, Ed Aran. 77-85.

68. Ley orgánica 3/2007, de 22 de Marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE núm. 71, 23/03/2007.

69. Locher, J. L. Burgio, K. L. Goode, P. S. Roth, D. L. Rodriguez, E. (2002). Effects of Age and Causal Attribution to Aging on Health-Related Behaviors Associated With Urinary Incontinence in Older Women. *Gerontologist*. (42), 515-21.

70. López Gronzo, M. L. Combarro Mato, J. Sánchez Rodríguez-Losada, J. (2012). Abordaje farmacológico de la incontinencia urinaria femenina en Atención Primaria. En Sánchez Merino, J.M (Ed.). Chantada Abal, V (Ed.), *Urología en Atención Primaria. Manual de algoritmos diagnósticos-terapéutico*. (pp. 117-119). Barcelona: Edika. Med

71. Madroño Freire, M. J. Sánchez Cougil, M. J. Goyoso Diz, P. Valero Paternain, M. Blanco Ramos, M. Cuña Ramos, F. O. (2004). Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. *Atención Primaria*. 34(3), 134-9.

72. Martin, J. L. Williams, K.S. Abrams, K. R. Turner, D. A. Sutton, A. J. Chapple, C. Assassa, R. P. Shaw, C. Cheater, F. (2006). Systematic review and evaluation of methods of assessing urinary incontinence. *Health Technol Assess*. 10(6), 1-136.

73. Martínez Agulló, E. Ruiz Cerdá, J. L. Arladis, S. Rebollo, P. Pérez, M. Chaves, J y el grupo de estudios cooperativos EPICC. (2010). Análisis del síndrome de vejiga hiperactiva y de la incontinencia urinaria en mujeres laboralmente activas entre 25-64 años. Estudio EPICC. *Actas Urológicas Españolas*. 34(7), 618-624.

74. Martínez Corcoles, B. Salinas Sanchez, A. S. Gimenez Bachs, J. M, Donate Moreno, M. J. Pastor Navarro, H. Virseda Rodríguez, J. A. (2008). Calidad de vida en los pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas*. 32(2), 202-210.

75. Martínez Escoriza, J. C. Lone, C. Cruz, A. L. Gómez-Sirvent, M. Cánovas, J. (2006). Prevalencia de la incontinencia urinaria en la población femenina atendida en

el área sanitaria de Alicante. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 33(5), 172-6.

76. Méndez Rubio, S. Chiarelli, L. Salinas Casado, J. Cano, S. Virseda-Chamorro, M. Ramírez, J. C. Campanario, F. Simi- Moyano, A. (2010). Correlaciones urodinámicas del residuo posmiccional. *Actas Urológico Españolas*. (34), 365-71.

77. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2013 Disponible en www.msssi.gob.es

78. Minassian, V. A. Stewart, W. F. Craig Word, G. Urinary incontinence in women. (2008). Variation in prevalence estimates and risk factors. *Obtetrics & Gynecology*. 111(2), 324-331.

79. Minassian, V.A. Yan, X. Lichtenfeld, M. J. Sun, H. Stewart, W. F. (2012). The iceberg of health care utilization in women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*. 23(8), 1087-1093.

80. Moehrer, B. Carey, M, Wilson, D. (2003). Laparoscopic colposuspension: a systematic review. *BJOG*. (110), 230-235.

81. Moore, K. H. (2000). Conservative management for urinary incontinence. *Baillière's Best Practice Research Clinical Obstetrics Gynaecology*. (14), 207-26.

82. Moorhead, S. Johnson, M. Maas, M. L. Swanson, E. (4ª ed) (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería. (NOC)*. Barcelona. Elsevier España.

83. Morillas Herrera, J. C. et al. (2007). *Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. Servicio Andaluz de Salud. (3ª ed.)*. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. ASANEC.

84. NANDA. *Diagnósticos Enfermeros 2012-2014. Definiciones y clasificación*. (2ª ed) (2013). Barcelona. Elsevier. España.

85. Navarro, S. (1994). *Calidad de Vida: Parámetros de las Ciencias de la Salud*. NFT. (7), 11-2.

86. National Academy on Women's Health Education (NAWHME). (1996). *Women's Health in the Curriculum. A Resource Guide for Faculty*. Ed. NAWHIME, Philadelphia.

87. Nieto Blanco, E. Camacho Pérez, J. Dávila Álvarez, V. Ledo García, M. P. Moriano Bejar, P. Pérez Lorente, M. Serrano Molina, L. Fonseca Redondo, B. (2004). Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres de 40 a 65 años en un área sanitaria de Madrid. *Enfermería Clínica*. 14(3), 129-35.

88. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual (2007). El problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
89. Oliveira Camargo, F. Moura Rodrigues, A. Martins Arruda, R. Gracio Ferreira Sartori, M. Batista Castello Girão, M. J. Aquino Castro, R. (2009). Pelvic floor muscle training in female stress urinary incontinence: comparison between group training and individual treatment using perfect assesment scheme. *IntUrigynocol J.* 20:1455-62.
90. OMS. (2009). Las mujeres y la salud. Los datos de hoy la agenda de mañana.
91. Ojengbede, O. A. Morhason- Bello, I. O. Adedokun, B. O. Okonkwo, N. S. Kolade, Charles O.(2011). Prevalence and the associated trigger factors of urinary incontinence among 5000 black women in sub-Sahara Africa: finding from a community survey. *BJU international.* 107(11), 1793-1800.
92. Orna Esteban, M. I. Artero Muñoz, J. I. CaldenteyIsern, E. Usieto López, L. Cuadra, P. Isanta Pomar, C. (2011). Prevalencia de la incontinencia urinaria en dos centros de salud urbanos. *Semergen.* 37(7), 347-351.
93. Ortuño Esparza, A. Lozano Alcaraz, C. (2014). Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia. *Asociación Española de Enfermería en Urología. (Enfuro).* 127(9), 20-23.
94. Papanicolau, S. Hunskaar, S. Lose, G. Sykes, D. (2005). Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and the UK. *BJUI.* (96), 831-38. doi 10.1111/j.1464-410X.2005.05722x.
95. Pesce, F. (2004). Current management of stress urinary incontinence. *BJU International.* 94 (Suppl 1), 8-13.
96. Peyrat, L. Haillot, O. Bruyere, F. Boutin, JM. Bertrand, P. Lanso, Y. (2002). Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle aged women. *BJU International.* (86), 61-66.
97. Pickard, R. Reaper, J. Wyness, L. Cody, DJ. Mcclinton, S.N'Dow, J. (2004). Periurethral injection therapy for urinary incontinence in women (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Issue 4.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
98. Quintana, E. Fajardo, V. Rodríguez-Antolín, J. Aguilera, U. Martínez-Gómez, M. (2009). Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina. *Salud en Tabasco, Enero-Abril,* 839-844.

99. Rebassa, M. Taltavull, J. M. Gutiérrez, C. Ripoll, J. Esteva, A. Miralles, J. Navarro, M. Ribot, M. M. Llobera, J. (2013). Grupo de estudio de la incontinencia urinaria en Mallorca. Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida. *Actas Urológicas Españolas*. 37(6), 354-361.
100. Reig, A y Cabrero, J. R. (1996). Comportamiento y salud en la vejez. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 1(37), 37-44.
101. Rexach Cano, L. Verdejo Bravo, C. (1999). Incontinencia urinaria. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 26(6).
102. Rincón Ardila, Olga. (2015). Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar "Ultraestación" en la ciudad de Chillán, Chile. *Revista médica de Chile*, 143(2), 203-212.
103. Robles J. E. (2006). La incontinencia urinaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 29 (2), 219-232.
104. Rodríguez Faba, O. San Martín Blanco, A. Jalón Monzón, A. González Álvarez, R. C. Álvarez Mújica, M. Fernández Gómez, J. M. Martín Benito, J. L. EscafBarmadah, S. Regadera Sejas, J. (2005). Tratamiento de la incontinencia urinaria mediante sustancias inyectables. Análisis de nuestra serie. *Archivos Españoles de Urología*. 227-231.
105. Rodríguez Reina, G. Carballido Rodríguez, J. A. Suarez Fonseca, C. Sola Galaza, I. (2003). Incontinencia urinaria en la mujer. *Medicine*. 8(114), 6107-6117.
106. Rodríguez Rivera, L. (2005). Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *GerolInfo*. 1(1).
107. Rotveit, G. Kjersti, A. Hannestad, Y. Hunskaar, S. (2003). Urinary incontinence after vaginal delivery or caesarean section. *The New England Journal of Medicine*. 348(10), 900-7.
108. Ruiz, M. A. Pardo, A. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics – Spanish Research Articles*. 2(1), 31-43.
109. Salazar, A. Oyanedel, P. Montiglio, C. Campero, J. M. Caro, C. Monje, B. Chávez, P. Herrera, L. (2005). Prevalencia y factores de riesgo de la incontinencia de orina. *Revista Chilena de Urología*. 70(1/2).
110. Sánchez de Enciso Ruiz, M. Vázquez Seijas, E. López Silva, MC. Rodríguez Fernández, C. (2006). Incontinencia Urinaria y mujeres: un problema frecuente y olvidado. *Medicina General*. (91), 790-793.

111. Sánchez López, M. P. (2003). *Mujer y salud. Familia, trabajo y sociedad*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid.
112. Sanz, J. (1991). Valor y cuantificación de la calidad de vida en medicina. *Medicina Clínica*. (96), 66-69.
113. Schallock, R. L. Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Alianza editorial. Madrid.
114. Schöder, A. Abrams, P. Andersson, K. E. Artibani, W. Chapple, C. R. Drake, M. J. Hampel, C. Neisius, A. Tubaro, A. Thüroff, J. W. (2010). *Guía Clínica sobre la incontinencia urinaria*. European Association of Urology.
115. Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*. IX (2), 9-21.
116. Simeonova, Z. Milsom, I. Kullendorff, A. M. Molander, U. Begtsson, C. (1999). The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. *Acta Obstetria et Gynecologica Scandinavica*. (78), 546-51.
117. Silva, Lígia da, & Lopes, Maria Helena Baena de Moraes. (2009). Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 43(1), 72-78.
118. Steinauer, J. E. Waetjen, E. Vittinghoff, E. Subak, L. L. Hulley, S. B. Grady, D. et al. (2005). Postmenopausal hormone therapy. Does it cause incontinence? *Obstetrics and Gynecology*. (106), 940-5
119. Suárez Serrano, C. M. Medraño Sánchez, E. Díaz Mohedo, E. De la Casa Almeida, M. Chillón Martínez, R. Chamorro Moriana, G. (2013). Afectación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. *Fisioterapia*. 35(1), 18-23.
120. Thüroff, J. W. Abrams, P. Andersson, K. E. Artibani, W. Chapple, C. R. Drake, M. J. Hampel, C. Neisius, A. Shróder, A. Tubaro, A. (2011). *Guías EAU sobre incontinencia urinaria*. *Actas Urológicas Españolas*. 35(7), 373-388.
121. Thibodeau, G. A. Patton, K. T. (2007). *Anatomía y Fisiología*. Sexta edición. Elsevier. España.
122. Velázquez Magaña, M. Bustos López, H. H. Rojas Poceros, G. Oviedo Ortega, G. Neri Ruiz, E. S, Sánchez Castrillo, C. (2007). Prevención y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. *Ginecología y Obstetricia de México*. 75(6), 347-56.

123. Vila Coll, M. A. Fernández Parcés, M. J. Florensa Claramunt, E. Orejas López, V. Delfó Baqué, A. Romea Lecumberri, S. (1997). Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. *Atención Primaria*. 19(3), 121-126.

124. Vila Coll, M. A. Dalfó Baqué, A. (1999). Eficacia de un programa de fisioterapia en el tratamiento de la incontinencia urinaria de estrés en una población rural femenina, algunas matizaciones. *Atención Primaria*. 23(2), 103-104.

125. Vieira Gomes, G. Dias Da Silva, G. (2010). Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes a o programa de saúde de família de Dourados (MS). *Revista da Associação Médica Brasileir*. 56(6), 649-54.

126. Yanguas Lezaun, J. M. (2006). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. (1ª ed.). Madrid: IMSERSO.

127. Zanetti, M. R. Castro, R de A. Rotta, A. L. Santos, P. D. Sartori, M. Girão, M. J. (2007). Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. *Sao Paulo. Medical Journal*. (125), 265-9.

ÍNDICES DE FIGURAS, GRÁFICOS Y TABLAS.

FIGURAS

Figura 1. Vejiga urinaria	27
Figura 2. Fase de llenado y vaciado	28
Figura 3. Suelo pélvico. Plano profundo.....	31
Figura 4. Inervación.....	32
Figura 5. Diario miccional.....	49

GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la población	89
Gráfico 2. Ocupación de las encuestadas	91
Gráfico 3. Prevalencia estratificada por edad	92
Gráfico 4. Prevalencia estratificada por IMC	93
Gráfico 5. IU y número embarazos	95
Gráfico 6. IU y número de partos	96
Gráfico 7. Tipos de incontinencia: distribución de frecuencias	98
Gráfico 8. Frecuencia de las pérdidas: distribución de frecuencias.....	99
Gráfico 9. Evolución de los tipos de IU según grupos de edad	100
Gráfico 10. Consultas a profesionales	101
Gráfico 11. Causas por las que no consultan.....	103
Gráfico 12. Pérdida de CV según tipo de IU.....	106
Gráfico 13. Pérdida de CV por IU, según edad	107
Gráfico 14. Pérdida de CV por IU, según IMC.....	108
Gráfico 15. Gráfico distribución de frecuencias Motivos No Consulta y Nivel de Estudios	121
<i>Gráfico 16 Histograma variable dependiente I-QOL</i>	<i>164</i>
Gráfico 17 Gráfico P-P I-QOL	164

TABLAS

Tabla 1 Evolución del número de artículos que tratan sobre quality of life.....	17
Tabla 2 Factores etiológicos.	34
Tabla 3 Fármacos y otras sustancias que pueden provocar incontinencia urinaria	35
Tabla 4 Aproximación al diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer.	43
Tabla 5 Aproximación al diagnóstico de incontinencia urinaria de urgencia en la mujer.	43
Tabla 6 Síntomas fundamentales de la incontinencia urinaria.....	46
Tabla 7 Clasificación de las variables.....	86
Tabla 8 Perfiles de las mujeres representativas según valores de la variable IU	90
Tabla 9 Principales estadísticos de las variables sociodemográficas en casos con IU	93
Tabla 10 Análisis del IMC como factor de riesgo para la IU	94
Tabla 11 Análisis del número de embarazos como factor de riesgo para la IU	95
Tabla 12 Análisis del número de partos como factor de riesgo para la IU	97
Tabla 13 Tipo de incontinencia: Distribución de frecuencias	98
Tabla 14 Frecuencia de las pérdidas: distribución de frecuencias	99
Tabla 15 Frecuencias absolutas de casos clasificados según el tipo de IU y el grupo de edad.	99
Tabla 16 Frecuencias relativas de casos clasificados según el tipo de IU y el grupo de edad.	100
Tabla 17 Datos tipo según acudan o no a consulta profesional	102
Tabla 18 Protecciones.....	104
Tabla 19 Cuestionario ICQ-SF gravedad incontinencia	104
Tabla 20 Cuestionario I-QOL	105
Tabla 21 Puntuaciones I-QOL según tipo IU	106
Tabla 22 Puntuaciones I-QOL según edad	107
Tabla 23 Puntuaciones I-QOL según IMC	108
Tabla 24 Correlación de Kendal.....	110
Tabla 25 Correlaciones significativas de la variable Edad	111
Tabla 26 Correlaciones significativas de la variable Peso	112
Tabla 27 Correlaciones significativas de la variable IMC.....	112
Tabla 28 Correlaciones significativas de la variable PARTOS.....	113
Tabla 29 Correlaciones significativas de la variable EMBARAZOS.....	113
Tabla 30 Correlaciones significativas de la variable CONSULTA.....	113
Tabla 31 Correlaciones significativas de la variable ICIQ	114

Tabla 32 Correlaciones significativas de la variable I-QOL.....	115
Tabla 33 Estadísticas de grupo.....	116
Tabla 34 Prueba de muestras independientes.....	117
Tabla 35 Tabla de contingencia Consulta/Nivel de Estudios.....	119
Tabla 36 Tabla de contingencia Motivo No Consulta/Nivel de Estudios.....	120
Tabla 37 Tabla de Contingencia Uso de protección/Nivel de Estudios.....	122
Tabla 38 Tabla de Contingencia Uso de protección/Ocupación.....	122
Tabla 39 Prueba de Hosmer y Lemeshow.....	124
Tabla 40 Tabla de clasificación.....	124
Tabla 41 Variables en la ecuación.....	124
Tabla 42 Coeficientes del modelo de regresión lineal.....	126
Tabla 43 Resultados de Investigaciones sobre IU.....	128
Tabla 44 Resumen del modelo de regresión lineal Calidad de Vida.....	161
Tabla 45 ANOVA variable dependiente I-QOL.....	161
Tabla 46 Correlaciones de coeficiente variable dependiente I-QOL.....	162
Tabla 47 Diagnósticos de colinealidad.....	162
Tabla 48 Variables excluidas.....	163

ANEXOS

ANEXO I

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA (ICIQ-IU-SF)

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario auto administrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida. Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3.

Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

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

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

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

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

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

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

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

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

ANEXO II

INSTRUMENTO PARA LA CALIDAD DE VIDA CON INCONTINENCIA (I-QOL)

Contestación de cada pregunta: 1-mucho, 2-bastante, 3-moderadamente, 4-un poco, 5-en absoluto.

		1	2	3	4	5
1.	Me preocupa no poder llegar a tiempo al servicio					
2.	Me preocupa toser y estornudar					
3.	Tengo que tener cuidado al ponerme de pie cuando estoy sentada					
4.	Me preocupo si los servicios están en un nuevo lugar					
5.	Me siento deprimida					
6.	No me siento libre para estar fuera de casa durante mucho tiempo					
7.	Me siento frustrada porque la IU me impide hacer lo que quiero					
8.	Me preocupa que los demás noten que huelo a orina					
9.	Tengo siempre presente la incontinencia					
10.	Para mí es importante desplazarme con frecuencia al servicio					
11.	Debido a mi incontinencia, es importante planear cada detalle con antelación					
12.	Me preocupa que mi incontinencia empeore con los años					
13.	Tengo problemas para tener un buen sueño nocturno					
14.	Me preocupa la situación de vergüenza o humillación por la incontinencia					
15.	La incontinencia me hace sentir que no tengo buena salud					
16.	Mi incontinencia urinaria me hace sentir desvalida					
17.	Disfruto menos de la vida debido a la IU					
18.	Me preocupa orinarme					
19.	Siento que no tengo control sobre mi vejiga					
20.	Tengo que tener cuidado con lo que bebo					
21.	La IU limita mi variedad de vestuario					
22.	Me preocupan las relaciones sexuales.					

ANEXO III

CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

EDAD.....

PESO.....TALLA.....IMC.....

1) ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.

Nº DE PARTOS VAGINALES.....

Nº DE ABORTOS.....

Nº DE CESÁREAS.....

Nº DE EMBARAZOS.....

2) ESTADO MENSTRUAL.

FECHA DE LA ÚLTIMA REGLA.....

3) OCUPACIÓN (señale solo la opción más adecuada)

TRABAJA A TIEMPO COMPLETO.....

TRABAJA A MEDIA JORNADA.....

AMA DE CASA.....

JUBILADA.....

ESTUDIANTE.....

DESEMPLEADA.....

OTROS, ESPECIFICAR.....

4) NIVEL DE ESTUDIOS.

SIN ESTUDIOS.....

ESTUDIOS PRIMARIOS.....

BACHILLER.....

UNIVERSITARIOS MEDIOS.....

UNIVERSITARIOS SUPERIORES.....

**5) ¿HA TENIDO ALGUNA PÉRDIDA DE ORINA DE FORMA INVOLUNTARIA?
(Es decir, ¿se le escapa la orina?).**

SI.....

NO.....

**SI SU RESPUESTA ES NEGATIVA AQUÍ TERMINA EL TEST. MUCHAS
GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.**

SI SU RESPUESTA ES POSITIVA CONTINÚE HASTA EL FINAL. GRACIAS.

6) SI TIENE PÉRDIDAS, ¿HA CONSULTADO EN ALGÚN MOMENTO?

SI.....

NO.....

EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFICAR AL PROFESIONAL CONSULTADO

MEDICO.....

ENFERMERA.....

MATRONA.....

OTROS.....

EN CASO NEGATIVO ESPECIFICAR MOTIVO DE NO CONSULTAR:

LO CONSIDERA NORMAL PARA SU EDAD.....

NO LO CONSIDERA ALGO IMPORTANTE.....

POR VERGÜENZA.....

NO TIENE SOLUCIÓN.....

OTROS.....

7) SI TIENE PÉRDIDAS, ¿UTILIZA ALGUNA MEDIDA DE PROTECCIÓN?

SI.....

NO.....

8) ¿QUÉ TIPO DE MEDIDAS UTILIZA?

SALVASLIP.....

COMPRESAS.....

TOMAR MENOS LÍQUIDOS.....

PAÑALES.....

TOMA ALGUNA MEDICACIÓN.....

ANEXO IV

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE.

Título: La incontinencia urinaria en mujeres de Jaén, estudio de prevalencia y calidad de vida.

Yo (nombre y apellidos).....

- he recibido suficiente información sobre el estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He hablado con el/ella colaborador/a

D/D^a.....

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Sé que el tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal se ajustara a lo dispuesto en la ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberé dirigirme al investigador responsable del estudio.

Fecha:

Firma del paciente.

Firma del colaborador/a

ANEXO V

TABLAS DEL MODELO DE REGRESIÓN LINEAL

Tabla 44 Resumen del modelo^d de regresión lineal Calidad de Vida

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticos de cambio					Durbin-Watson
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F	
1	,662 ^a	,438	,435	13,590	,438	125,502	1	161	,000	
2	,680 ^b	,463	,456	13,327	,025	7,429	1	160	,007	
3	,692 ^c	,479	,469	13,170	,016	4,827	1	159	,029	2,065
a. Predictores: (Constante), Afectación										
b. Predictores: (Constante), Afectación, Estudios										
c. Predictores: (Constante), Afectación, Estudios, Frecuencia										
d. Variable dependiente: I-QOL										

Tabla 45 ANOVA variable^a dependiente I-QOL

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	23179,985	1	23179,985	125,502	,000 ^b
	Residuo	29736,493	161	184,699		
	Total	52916,479	162			
2	Regresión	24499,435	2	12249,717	68,971	,000 ^c
	Residuo	28417,044	160	177,607		
	Total	52916,479	162			
3	Regresión	25336,686	3	8445,562	48,689	,000 ^d
	Residuo	27579,792	159	173,458		
	Total	52916,479	162			
a. Variable dependiente: I-QOL						
b. Predictores: (Constante), Afectación						
c. Predictores: (Constante), Afectación, Estudios						
d. Predictores: (Constante), Afectación, Estudios, Frecuencia						

Tabla 46 Correlaciones de coeficiente^a variable dependiente I-QOL

Modelo			Afectación	Estudios	Frecuencia
1	Correlaciones	Afectación	1,000		
	Covarianzas	Afectación	,243		
2	Correlaciones	Afectación	1,000	,221	
		Estudios	,221	1,000	
	Covarianzas	Afectación	,245	,103	
		Estudios	,103	,894	
3	Correlaciones	Afectación	1,000	,081	-,521
		Estudios	,081	1,000	,199
		Frecuencia	-,521	,199	1,000
	Covarianzas	Afectación	,329	,044	-,310
		Estudios	,044	,909	,196
		Frecuencia	-,310	,196	1,072

a. Variable dependiente: I-QOL

Tabla 47 Diagnósticos de colinealidad^b

Modelo	Dimensión	Autovalor	Índice de condición	Proporciones de varianza			
				(Constante)	Afectación	Estudios	Frecuencia
1	1	1,791	1,000	,10	,10		
	2	,209	2,926	,90	,90		
2	1	2,615	1,000	,01	,04	,02	
	2	,333	2,801	,01	,71	,10	
	3	,052	7,099	,97	,25	,88	
3	1	3,418	1,000	,01	,02	,01	,01
	2	,386	2,975	,02	,22	,12	,08
	3	,151	4,762	,00	,74	,02	,72
	4	,045	8,709	,97	,02	,85	,18

a. Variable dependiente: I-QOL

Tabla 48 Variables excluidas^a

Modelo		En beta	t	Sig.	Correlación parcial	Estadísticas de colinealidad		
						Tolerancia	VIF	Tolerancia mínima
3	Tipo de Incontinencia	-,050 ^d	-,847	,398	-,067	,930	1,076	,652
	Cantidad	,068 ^d	,975	,331	,077	,668	1,497	,608
	Usa o no protección	-,043 ^d	-,703	,483	-,056	,873	1,145	,632
	Consulta	-,058 ^d	-,952	,343	-,076	,890	1,124	,639
	Ocupación	-,038 ^d	-,534	,594	-,042	,660	1,515	,614
	Embarazos	-,005 ^d	-,087	,931	-,007	,848	1,179	,620
	Partos	,005 ^d	,084	,933	,007	,826	1,211	,617
	IMC	,041 ^d	,638	,524	,051	,787	1,270	,668
	Peso	,016 ^d	,268	,789	,021	,877	1,140	,660
	Edad	,002 ^d	,025	,980	,002	,757	1,321	,661
a. Variable dependiente: I-QOL								
d. Predictores en el modelo: (Constante), Afectación, Estudios, Frecuencia								

Gráfico 16 Histograma variable dependiente I-QOL

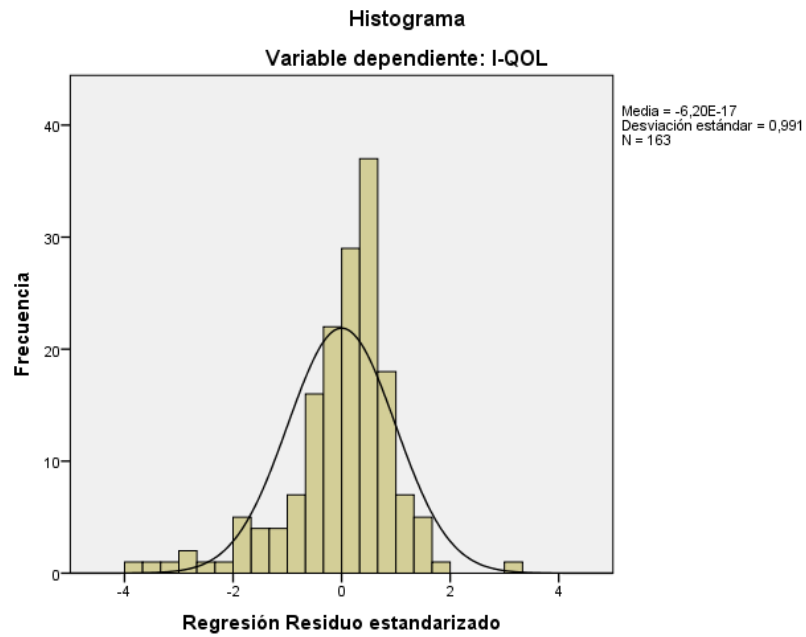
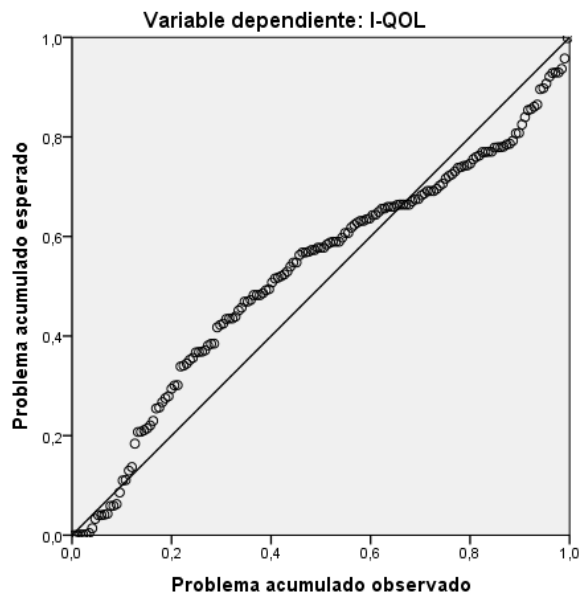


Gráfico 17 Gráfico P-P I-QOL

Gráfico P-P normal de regresión Residuo estandarizado





Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

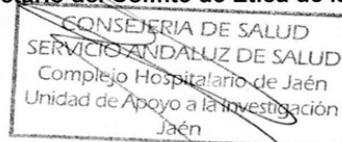
**DON FRANCISCO MANUEL LUQUE MARTÍNEZ, SECRETARIO DEL
COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE JAÉN**

CERTIFICA:

Que éste Comité ha considerado emitir **informe favorable** al Proyecto de Investigación presentado por la Investigadora Principal: D^a Carmen Cruz Lendinez - Proyecto de Tesis Doctoral de la Universidad de Jaén, Titulado: **“Incontinencia urinaria en la mujer. Prevalencia e impacto en la calidad de vida”**.

Lo que firmo en Jaén a 22 de Diciembre de 2011

El Secretario del Comité de Ética de la Investigación



Fdo.: D. Francisco M. Luque Martínez

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN