

Artículo original

“Clínica de Incontinencia Urinaria”. Perfil de personas mayores. CITED. 2015

Autores: [Alina María González Moro*](#), Liliams Rodríguez Rivera*, Adialys Guevara González**, Virginia María Ranero Aparicio** Sonmy Gálvez Torrientes***

* Especialista de I Grado en Medicina General Integral, Especialista de I Grado en Gerontología y Geriatria, Ms.C en Salud Pública y Envejecimiento.

** Especialista I Grado en Bioestadística. Ms.C en Salud Pública y Envejecimiento.

***Especialista de I Grado en Gerontología y Geriatria

Editorial: Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.
CP 10400.

geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: “Envejecimiento, Longevidad y Salud”

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar las personas mayores que acudieron a la “Clínica de Incontinencia Urinaria”, en el período comprendido entre enero y diciembre de 2015, del “Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud”, (CITED).

Método: Estudio observacional descriptivo de corte transversal, universo constituido por 168 adultos mayores

Resultados: Predomino el sexo femenino y el grupo de edades entre 70 y 79 años, el 47% presentó dificultad en las Actividades Básicas de la Vida Diaria. (ABVD) y el 78, 6 en las Actividades Instrumentadas (AIVD). Los diuréticos eran consumidos por el 66, 2%, la diabetes represento el 56, %, seguido por la osteoartritis para el 50, 6% y la hipertensión arterial para el 49, 4%. La comorbilidad estuvo presente en el 95,2 % de los casos. La autopercepción de salud y calidad de vida, fue regular y mala en el 85,1(143). Predominó la incontinencia urinaria de urgencia para un 28, 6% (48), un 84, 6% (142) recibieron técnicas de modificación conductual y recibieron tratamiento quirúrgico el 55, 4%.

Conclusiones: El perfil de paciente que se atiende en este servicio, es una mujer, entre 70 y 79 años, con afectación de las AIVD, que toma diuréticos, diabética y con

osteoartrosis, con afectación de la autopercepción de salud y calidad de vida, con incontinencia urinaria de urgencia o mixta, que recibe tratamiento con técnicas de modificación conductual y tratamiento quirúrgico de ser necesario.

Palabras clave: incontinencia urinaria, anciano, envejecimiento.

ABSTRACT

Objective: To characterize the grown-ups that went to the "Clinic of Urinary Incontinence", in the period understood between January and December of 2015, of the "Center of Investigations has more than enough Longevity, Aging and Health (CITED)."

Method: observational study and descriptive of traverse court, universe constituted by bigger 168 adults.

Results: prevail the feminine sex and the group of ages between 70 and 79 years, 47% presented difficulty in the Basic Activities of the Daily Life. (BAVD) and the 78, 6 in the Orchestrated (AIVD) Activities. The diuretics were consumed by the 66, 2%, the diabetes represents the 56, %, continued by the osteoartrosis for the 50, 6% and the arterial hypertension for the 49, 4%. The comorbidity was present in 95,2% of the cases. The and self-reported health status and quality of life, were to regulate and bad in the 85,1 (143). The urinary incontinence of urgency prevailed for a 28, 6% (48), a 84, 6% (142) they received technical of behavioral modification and they received surgical treatment the 55, 4%.

Conclusions: Patient's profile that is assisted in this service, is a woman, between 70 and 79 years, with affectation of AIVD that takes diuretics, diabetic and with osteoartrosis, with affectation of the and self-reported health status and quality of life, with urinary incontinence of urgency or mixed that receives treatment with technical of behavioral modification and surgical treatment of being necessary.

Keywords: urinary incontinence, elderly, aging

INTRODUCCIÓN

Para el manejo de la incontinencia urinaria es necesario precisar sus características para así optimizar las intervenciones, la literatura apunta a que la incontinencia urinaria es común en las personas más viejas y se asocia a la morbilidad, igualmente las personas más viejas no suelen buscar ayuda a esta problemática, y son mal manejadas tanto en el nivel primario como en el secundario.^{1,2}

La incontinencia urinaria es uno de los problemas en geriatría que provoca un gran impacto tanto en la persona mayor, como en la familia, en el ámbito social y en el uso de los servicios de salud.

Aunque constituye un problema clínico importante, tanto por su prevalencia como por su impacto en el estado de salud y calidad de vida, ha sido poco estudiada en la población adulta mayor en el escenario nacional.

En Cuba hay insuficientes estudios que valoren la frecuencia, magnitud e impacto de este problema de salud en la población adulta mayor en servicios especializados.

Caracterizar a los mayores con incontinencia urinaria que son valorados en la "Clínica de Incontinencia Urinaria" de nuestro "Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud". CITED, brinda información relacionada con las características sociodemográficas, el estado de salud, tipos de incontinencia urinaria y tratamientos impuestos.

Consideramos importante realizar este tipo de investigación, que permita establecer el perfil del paciente atendido en nuestra clínica, con el objetivo de optimizar recursos, diseñar y evaluar estrategias de intervención, que permitan mejores resultados, de acuerdo a las necesidades de estas personas. Esta exploración inicial permitirá, cumplimentar dichos objetivos y trazar futuras investigaciones en esta dirección.

OBJETIVO Y DISEÑO METODOLÓGICO

El objetivo principal de este estudio fue caracterizar a las personas mayores con incontinencia urinaria que acudieron a la “Clínica de Incontinencia Urinaria” del centro, en el período comprendido entre enero y diciembre de 2015.

Se desarrolló un estudio observacional descriptivo de corte transversal para caracterizar a los adultos mayores con incontinencia urinaria que asistieron a la “Clínica de la Incontinencia Urinaria” del “Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud”, (CITED), en el período comprendido entre enero y diciembre del 2015.

El universo del estudio estuvo constituido por todos los adultos mayores evaluados en la “Clínica de Incontinencia Urinaria”, durante el período del estudio, correspondientes a 168 adultos mayores.

La unidad de análisis estuvo conformada por las historias clínicas de usuarios que consultaron a la Clínica de Incontinencia Urinaria en el periodo del 2015. y cuestionario de calidad de vida en la incontinencia urinaria, (modificado por Potenziani (2000) de Hunt-McKenna, Health Policy 1992, Anexo 1

Los criterios de inclusión se enmarcaron en todos los adultos mayores derivados a la Clínica de Incontinencia urinaria procedentes de la consulta de pesquizaje según los criterios establecidos para su remisión, presentar durante más de 4 semanas cuadro de Incontinencia Urinaria, no deterioro cognitivo de más de dos años de evolución, no estado confusional agudo, no patología terminal y expresar su conformidad en participar en el estudio.

Se operacionalizaron todas las variables incluidas en los objetivos en de este estudio según corresponde e igualmente la investigación se realizó de acuerdo a los principios básicos de la ética.

La información obtenida fue objeto de una cuidadosa revisión, confeccionándose con la misma una base de datos en el sistema Stata versión 7.0 para Windows, obteniéndose medidas de resumen para datos cualitativos tales como frecuencias absolutas y porcentajes.

La información se presentó en tablas y gráficos según tipo de variable, las que fueron analizadas para emitir conclusiones en correspondencia con los objetivos planteados.

Para la confección del informe final, las tablas y los gráficos se utilizó el procesador de texto Microsoft Word -2010.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El universo del estudio estuvo constituido por 168 personas mayores que acudieron al clínica de incontinencia urinaria, en el periodo del 2015, de estos, el grupo de 70- a 79 años representó un 41,1 %, siendo el grupo de mayor afluencia a nuestro servicio, (Tabla1 y Gráfico 1), esto coincide con las estadísticas de las técnicas administrativas realizadas en la institución y que fueron proporcionadas por el área de estadísticas del centro, donde este grupo es el de mayor registro en las consultas externas.

Tabla No. 1: Distribución de los adultos mayores estudiados según grupos de edad.

Grupos de Edad	No.	%
60-69	41	24,4
70-79	70	41,7
80 y más	57	33,9
Total	168	100,0

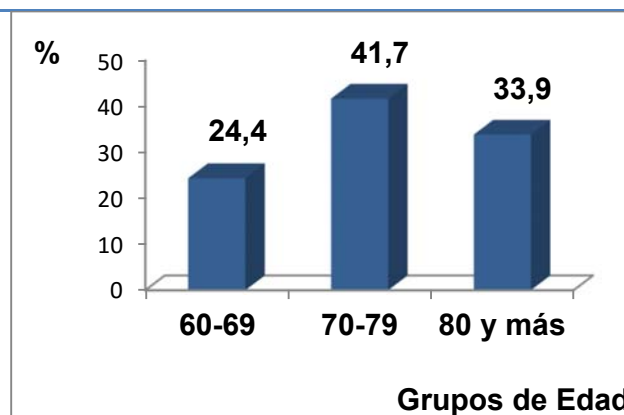


Gráfico 1: Distribución de los adultos mayores estudiados según grupos de edad.

Fuente: Tabla 1.

Estudios, muestran que este grupo fue el de mayor prevalencia con una edad promedio de 77 años,^{3,4} y de 71, años.⁵

En Cuba no hay estudios de prevalencia de incontinencia urinaria en las personas mayores. En el estudio SABE,^{6,7} que continúa siendo referencia en muchas investigaciones, realizado en La Habana en el 2000, se reportó que la mayor parte de la muestra estudiada correspondió a personas de 60-74 años, población que ya iba en incremento, sin embargo, el 85.3 por ciento de los encuestados no padecía de incontinencia urinaria, cabe acotar que este fue estudio en su mayoría diseñado para la recolección de datos mediante el autoreporte, y esta una problemática infravalorada y no reconocida por el propio adulto mayor como un problema de salud.⁸ Y a pesar de su elevada prevalencia el índice de consulta generado por la incontinencia urinaria en consultas es sorprendentemente bajo (menor de un 50%).⁹

De acuerdo al último reporte de la ONE publicado en el 2015, en el anuario estadístico, el grupo de 70 a 79 años es el segundo grupo en crecimiento, precedido por el grupo de 60 a 69 años y seguido por los grupos de 80-84 años y 85 años y más¹⁰, en nuestro estudio, la suma de ambos grupos (60-69 / 70-79) correspondió a un 66, 1%.

La distribución de los adultos mayores estudiados según el sexo correspondió a un 79, 8 % para el sexo femenino y a un 20,2 % el masculino, (Tabla y Grafico 2)

Tabla 2: Distribución de los adultos mayores estudiados según sexo.

Sexo	No.	%
Femenino	134	79,8
Masculino	34	20,2
Total	168	100,0

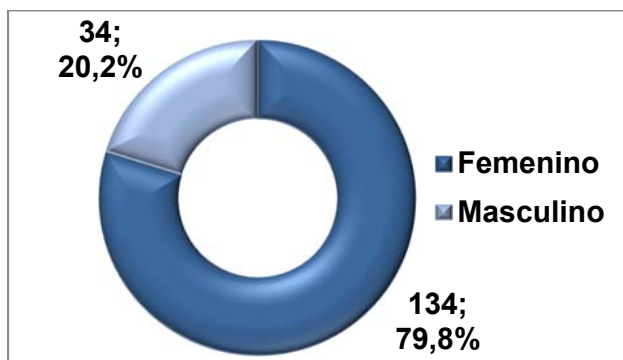


Gráfico 2: Distribución de los adultos mayores estudiados según sexo.

Fuente: Tabla 2.

Estudios europeos han demostrado la variabilidad en la prevalencia de incontinencia urinaria en el sexo femenino, con un 23 % en España, un 41% en Alemania, un 42% en Inglaterra, un 44% en Francia y un 14 % en Holanda, contra un 7 % en Francia, 16% en Holanda y 14% en Inglaterra para el sexo masculino. Es incuestionable y así lo avalan la mayoría de estos estudios el predominio del sexo femenino en esta afección. Y a medida que aumenta la edad la prevalencia de incontinencia urinaria en hombres va en aumento ¹⁰⁻¹⁴

Este predominio del sexo femenino, es explicado por los factores de riesgos en adultas mayores para este problema de salud, sumado al conocido fenómeno de la feminización del envejecimiento. ¹⁵

Encontramos un estudio realizado en Malasia, dónde la prevalencia fue mayor en el sexo masculino, encontrándose una alta prevalencia de incontinencia urinaria comparado con las adultas mayores. ¹⁶

Analizando también los datos obtenidos, con las estadísticas de la población adulta mayor que se recibe en las consultas externas del centro, el porcentaje más elevado fue para las mujeres: 67 %, en relación a los hombres que fue de un 33%, en el año, 2015.

Tabla 3: Distribución de los adultos mayores estudiados según escolaridad.

Escolaridad	No.	%
Analfabeto	0	0,0
Primaria Inconclusa	22	13,1
Primaria Concluida	45	26,8
Secundaria Inconclusa	13	7,7
Secundaria Concluida	19	11,3
Preuniversitario Inconcluso	13	7,7
Preuniversitario Concluido	35	20,8
Universidad Inconclusa	2	1,2
Universidad Concluida	19	11,3
Total	168	100,0

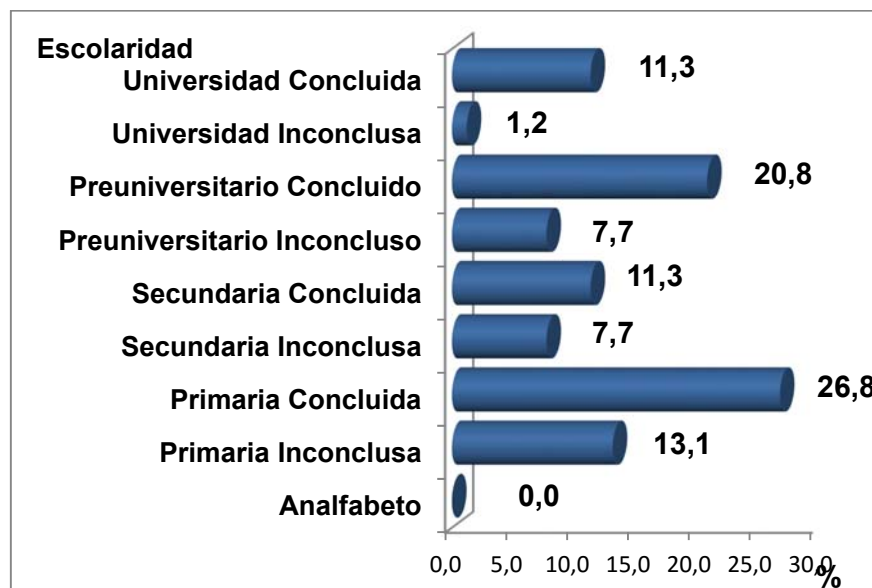


Grafico 3: Distribución de los adultos mayores estudiados según escolaridad.

Fuente: Tabla 3.

El porcentaje mayor en la distribución de adultos mayores estudiados relacionados con la escolaridad, correspondió a los que habían concluido la primaria para un 26,8 %, seguido por el grupo de preuniversitario concluido para un 20,8 %, y solo un 13,1% con primaria sin concluir, nuestra muestra tiene un nivel educacional aceptable, ha sido importante la cobertura que en materia de educación se ha prestado desde el inicio de la revolución, donde ha sido prioritario elevar el nivel educacional de nuestra población de manera sistemática y sin exclusiones.

No se halló en la bibliografía consultada, ninguna referencia nacional que permitiera realizar una comparación de esta variable con la incontinencia urinaria, si en otros estudios como "SABE", que incluyó La Habana, hace referencia que el 52%, tenían educación básica, el 37,7% educación superior y solo un 4,7 % no había recibido educación.¹⁷ En el orden internacional en un seguimiento durante 5 años de la incontinencia urinaria en personas mayores de una población rural española, se estableció de una muestra de 525, que el 95% fue clasificado de analfabeto/sin estudios.¹⁸ Hay varios estudios que relacionan el bajo estatus educacional con la aparición de incontinencia urinaria en la población mayor femenina, apuntando el efecto negativo para este problema,^{19, 20,21}, estos resultados en mayores, reflejan las inequidades existentes en algunas regiones, por lo que no coinciden con nuestros valores.

Otro estudio compara la escolaridad con pacientes que presentaban o no incontinencia urinaria, encontrándose el 88,0% sin estudios superiores, con incontinencia, y del 88,9% que no presentaban incontinencia, el 12,3% no tenía estudios superiores y un 11,1% si respectivamente,²², estos resultados coinciden con nuestro grupo estudio, donde todos presentan incontinencia urinaria y el 88,6% no tenían estudios superiores, (dado por la suma de los todos los niveles escolares menos el nivel universitario concluido). Otro estudio que relaciona incontinencia urinaria con escolaridad, plantea que el 40,3% no habían estudiado y el 33,3% había cursado estudios solo de 1 a 4 años.²⁸

Tabla 4: Distribución de los adultos mayores estudiados según ocupación.

Ocupación	No.	%
Desocupado	124	73,8
Ocupado	44	26,2
Total	168	100,0

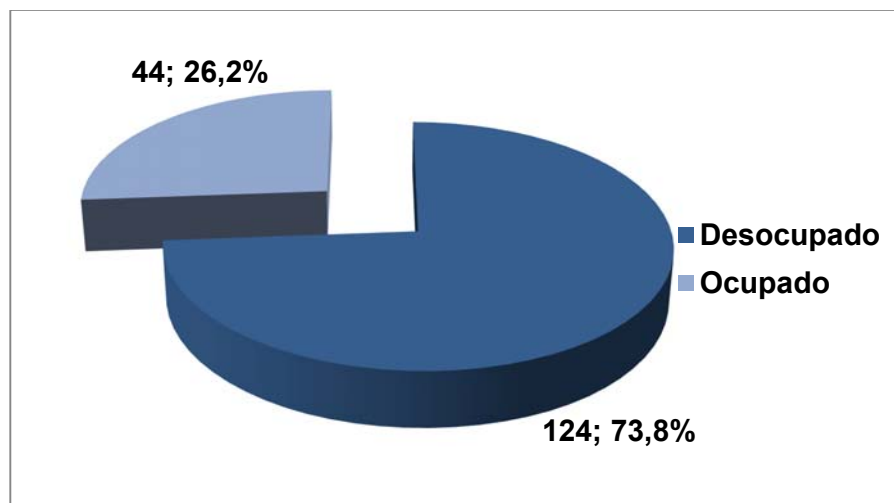


Gráfico 4: Distribución de los adultos mayores estudiados según ocupación.

Fuente: Tabla 4.

El hecho que la persona mayor presentará una ocupación (vínculo laboral) o no, fue incluida en este estudio, por las características actuales de la población, dónde existen adultos mayores vinculados a las actividades llamadas cuenta propistas y/o contratos temporales laborales por lo que consideramos incluirla en nuestra caracterización. En nuestro universo el 26, 2% tiene algún vínculo laboral mientras que el mayor porcentaje: 73, 8% no. (Tabla y Gráfico 4)

A pesar de que la participación en la fuerza laboral disminuye notablemente con la edad, en el estudio SABE, las tasas de adultos mayores que trabajaban eran bastante altas. Las tasas de participación en la fuerza laboral fluctuaban entre 40 y 80, pero se reducen a la mitad estas cifras entre las mujeres de las mismas edades.⁷

Un estudio de población de incontinencia urinaria hace referencia que el 22,3 % se encontraba activo, coincidiendo con nuestros resultados y el 36,7 % inactivo,²⁹

No encontramos ninguna referencia nacional que vinculará la ocupación o no en adultos mayores con la incontinencia urinaria, aunque por razones obvias si ven limitadas sus actividades laborales ante esta problemática.

Tabla 5: Distribución de los adultos mayores estudiados según convivencia.

Convivencia	No.	%
Acompañado	135	80,4
Solo	33	19,6
Total	168	100,0

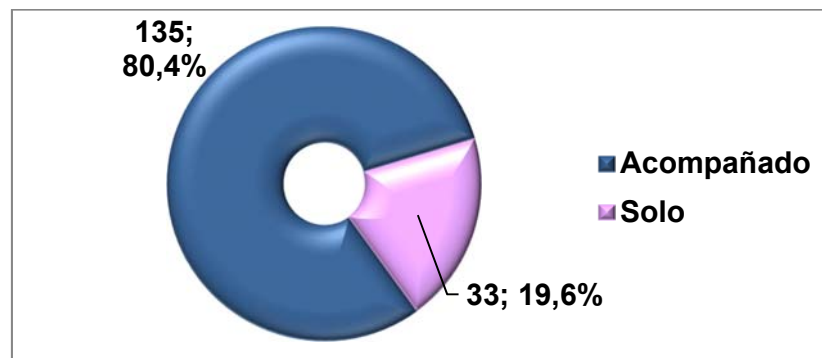


Gráfico 5: Distribución de los adultos mayores estudiados según convivencia. **Fuente:** Tabla. 5.

El mayor por ciento para un 80,4% convive con otras personas y el 19,6% convive solo, existen pocas referencias bibliográficas que vinculen esta variable a la incontinencia urinaria. Algunos estudios relacionan incontinencia urinaria, fragilidad y anciano solo, con un valor significativo alto de incontinencia urinaria,²³. Este problema de salud se agrava en ancianos solos, ya que el autocuidado está afectado.²⁴ En el estudio de F. Gavira Iglesias, el porcentaje se acerca la encontrado por nosotros con un 15% de los ancianos incontinentes viven solos¹⁸

Tabla 6: Distribución de los adultos mayores estudiados según dificultad con las ABVD.

Dificultad con las ABVD	No.	%
Presente	79	47,0
Ausente	89	53,0
Total	168	100,0

Tabla 7: Distribución de los adultos mayores estudiados según dificultad con las AIVD.

Dificultad con las AIVD	No.	%
Presente	132	78,6
Ausente	36	21,4
Total	168	100,0

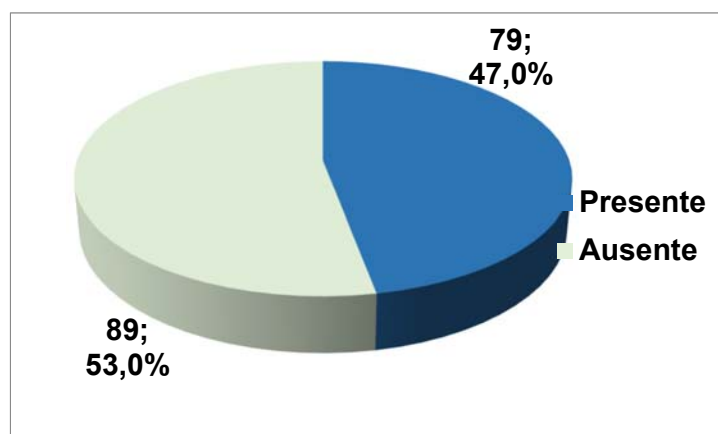


Gráfico 6: Distribución de los adultos mayores estudiados según dificultad con las ABVD. Fuente: Tabla 6.

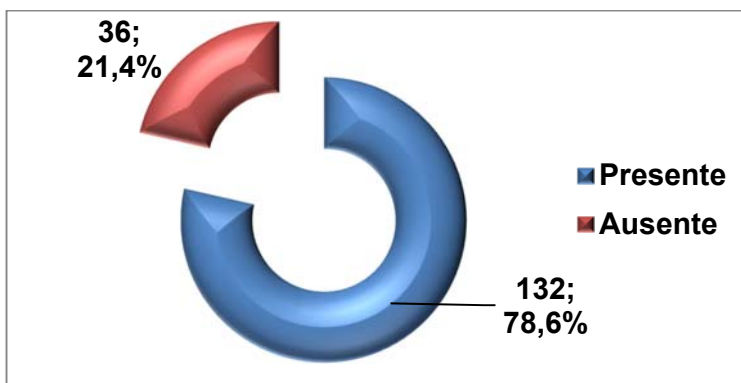


Grafico 7: Distribución de los adultos mayores estudiados según dificultad con las AIVD. **Fuente:** Tabla 7.

La caracterización funcional de este grupo en relación a las Actividades Básicas de la Vida Diaria. (ABVD) y las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD), (Tablas y Gráficos 6 y 7), donde en la primera se excluyó la presencia de incontinencia urinaria, estuvo presente con al menos una actividad limitada en el 47% de los casos y no hubo limitación en el 53% de los casos, en casi la mitad de nuestro universo. Y en las AIVD en el 78, 6% tuvieron al menos una actividad limitada y en el 21, 4% no hubo limitaciones. Es significativa la asociación de las actividades de la vida diaria y la incontinencia urinaria, lo que confirma que la incontinencia genera algún grado de dependencia, deteriorándose mucho más las AIVD, como marcador para deterioros posteriores de las ABVD.

Son varios los estudios que relacionan este problema con la limitación funcional.

En un estudio del estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral, en adultos mayores con 60 años del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se constató un 68,3% de incontinencia urinaria con un 2,0% de dependencia total e independientes el 98, % en las ABVD y un 14,3% de deterioro en las AIVD. Con un 68,7% de pacientes sin afectación. Estas diferencias con los resultados de nuestra investigación están dadas por las características de la población, (Atención primaria).²⁵

Otro estudio en relación con el estado funcional de los entrevistados, reportó que el 24% de la muestra resultó dependiente en ABVD y 23% en AIVD. Y dentro de las ABVD la más afectada fue la incontinencia urinaria.²⁶

También fue significativa la incontinencia urinaria con limitación para las ABVD, en un estudio en la consulta multidisciplinaria de geriatría del policlínico comunitario docente Carlos Juan Finlay del municipio de Camagüey.²⁷

Algunas de las diferencias con los resultados de nuestra investigación están dadas por las características de la población estudiada, el nivel de atención, el instrumento seleccionado para medir función y el método empleado en la operacionalización de este dato.

Tabla 8: Distribución de los adultos mayores estudiados según medicamentos que consumen.

Medicamentos	No.	% (N=148*)
Diuréticos	98	66,2
IECA Anticálcicos	78	52,7
Hipnóticos y Sedantes	69	46,6
Antipsicóticos	16	10,8
Bloqueadores alfa adrenérgicos	14	9,5
Agonistas alfa adrenérgicos	11	7,4
Antidepresivos	9	6,1
Anticolinérgicos	8	5,4
Agonistas beta adrenérgicos	8	5,4
Analgésicos narcóticos	1	0,7

*Se excluyen 20 adultos mayores que no toman medicamentos.

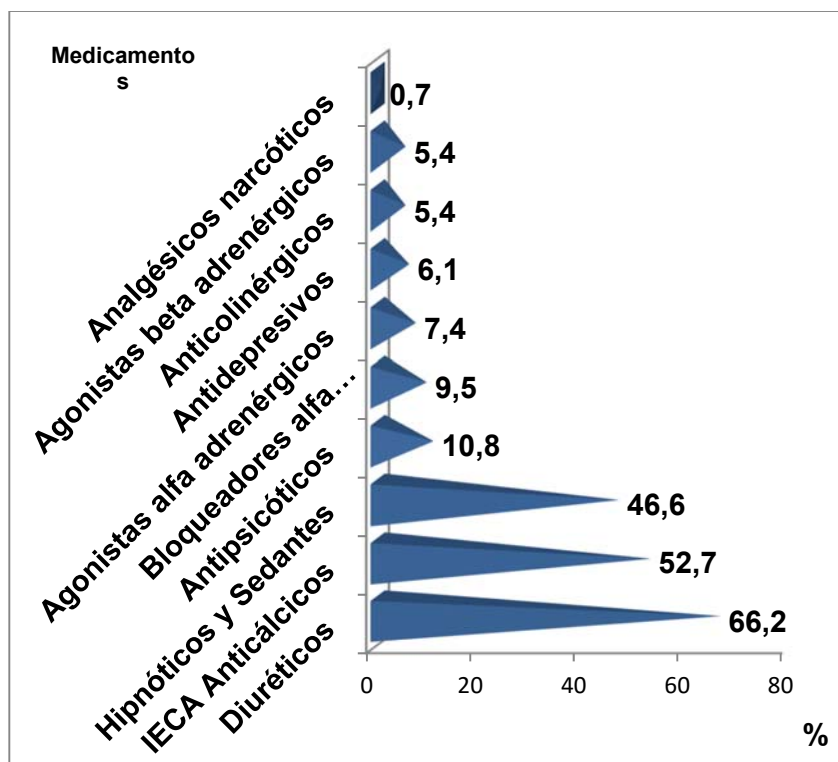


Gráfico 8: Distribución de los adultos mayores estudiados según medicamentos.

Fuente: Tabla 8.

De los casos valorados en la clínica, solo 20 adultos mayores no consumían medicamentos, (Tabla y Gráfico 8) y el mayor porcentaje un 66, 2% consumían diuréticos y en segundo orden IECA (anticálcicos), seguidos de hipnóticos y sedantes, esto es realmente alarmante, dada la problemática en cuestión, donde esta medicación puede empeorar los síntomas de la incontinencia urinaria, Hay evidencia de la causa –efecto y la relación entre el uso de drogas y la incontinencia.²⁸

Los medicamentos que se dan a las personas mayores con enfermedad crónica como: diuréticos que incrementan el volumen y la frecuencia urinaria; los que afectan la inervación vesical autónoma, el vaciamiento vesical y la uretra, como los anticolinérgicos, que causan retención con incontinencia de sobre flujo, y los bloqueadores alfa adrenérgicos que disminuyen la resistencia de la salida de orina y el tono uretral; las drogas sedantes e hipnóticas que disminuyen la conciencia sobre la

necesidad de evacuar o la habilidad de llegar al baño; pueden favorecer o empeorar la presencia de incontinencia urinaria,^{29, 30}

La utilización de fármacos no aconsejables en personas con incontinencia es un indicador indirecto de la detección de este problema por los servicios sanitarios, según el estudio realizado en Leganés (Madrid), de prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados, señaló un 24,5% de las personas con incontinencia referían utilizar algún diurético, mientras que estos eran utilizados por el 19,4% de las personas sin incontinencia, cifra mucho menor que la reportada en nuestro estudio, aunque esta referencia procede de un estudio poblacional, diferente a las características de nuestro universo.³²

Los medicamentos que se enumeran en nuestros resultados están en relación con la morbilidad que refleja este estudio, (Tabla y grafico 9), donde el 49,4 % presenta hipertensión arterial, estando en tercer orden de frecuencia, en segundo la osteoartritis con un 50,6% y la diabetes en primer lugar con un 56,5% y estos resultados coinciden con otras referencias revisadas.³¹

Tabla 9: Distribución de los adultos mayores con incontinencia urinaria estudiados según morbilidad.

Morbilidad	No.	%
		(N=168)
Diabetes Mellitus	95	56,5
Osteoartritis	85	50,6
HTA	83	49,4
Cistocele	69	41,1
Infecciones Urinarias Recurrentes	63	37,5
Caídas	61	36,3
Partos Vaginales	61	36,3
Enfermedad Cerebrovascular	40	23,8
EPOC	33	19,6

Prolapso pélvico	26	15,5
Depresión	19	11,3
Enfermedad de Parkinson	19	11,3
Patología prostática	18	10,7
Neoplasia	7	4,2
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	6	3,6
Cirugía pélvica	2	1,2
Cirugía prostática	2	1,2
Insuficiencia venosa	1	0,6
Cirugía Rectal	1	0,6

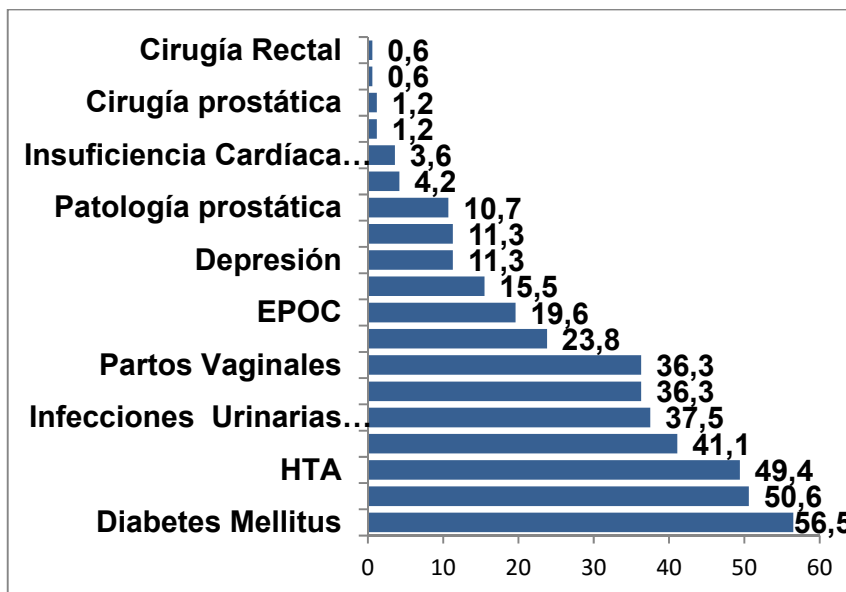


Gráfico 9: Distribución de los adultos mayores estudiados según morbilidad. **Fuente:** Tabla 11.

Si se comparan estos datos con la morbilidad, que se publicaron en el anuario estadístico del 2015, que se elevó en relación a años anteriores el reporte de la prevalencia por la dispensarización, para la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, explicaría la alta incidencia en nuestras consultas de estas entidades, dónde en el grupo de 60 a 64 años se reportan tasas de 217.7 por cada 1000 habitantes y en el grupo mayor de 65 años 160.0 y para la hipertensión arterial 757.0 y 567.1 respectivamente para estos mismos grupos de edades ⁹

En otro estudio realizado en Brasil, de 1705 adultos mayores con incontinencia urinaria, el 37, 9 % eran diabéticos, y la hipertensión arterial fue de un 33.2 % del total. ³¹ Igualmente Busuttill-Leaver R, asocia la incontinencia urinaria a condiciones crónicas como la diabetes. ³²

Otro resultado a resaltar es la correlación de las caídas con la incontinencia urinaria, siendo de un 36, 3% en nuestros casos o sea 60 pacientes del total sufrieron al menos una caída en el último año. Foley y colaboradores, estudiaron 5.474 personas mayores de 70 años que vivían en la comunidad con el propósito de determinar la relación entre la incontinencia urinaria y el riesgo aumentado de caídas, encontrando una relación positiva para todos los tipos de incontinencia urinaria con las caídas. ³³ Existen otras investigaciones que también confirmaron la relación entre caídas e incontinencia urinaria. ^{34, 35, 36}

Otro resultado a comentar es la presencia de cistocele en el 41, 1% y esto está en relación con los datos de la tabla 13, que se analizará posteriormente, donde el 50% de nuestras pacientes presentaron incontinencia de urgencia y esfuerzo, (Sumatoria de ambas) y son varios los estudios que relacionan el cistocele a estos tipos de incontinencia. ^{40, 41}

Relacionado a la osteoartritis la mitad de nuestro universo presentaba esta patología para un 50, 6%, coincidiendo estos resultados con algunos estudios revisados. ^{37, 38, 39}

Tabla 10: Distribución de los adultos mayores estudiados según presencia de comorbilidad.

Presencia de Comorbilidad	No.	%
Presente	160	95,2
Ausente	8	4,8
Total	168	100,0

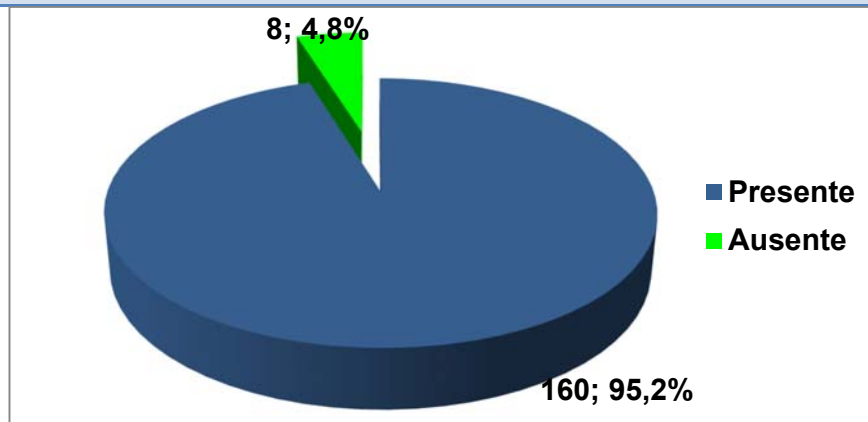


Gráfico 10: Distribución de los adultos mayores estudiados según presencia de comorbilidad. **Fuente:** Tabla 12.

La comorbilidad estuvo presente en el 95, 2 % de los casos evaluados en nuestra clínica, (Tabla y Gráfico 12), resultados de esperar, dadas las características de nuestro universo. En otros estudios donde se analizó esta variable existió asociación entre comorbilidad e incontinencia urinaria.⁴²

En un estudio longitudinal de incontinencia urinaria con una muestra de 10,572 del 2004 la 2010, se reportó un 88, 1 % de pacientes con comorbilidad contra un 11, 9 % que no la presentaban⁴³, cifras cercanas a nuestro estudio.

Tabla 11: Distribución de los adultos mayores estudiados según autopercepción de salud.

Autopercepción de Salud	No.	%
Excelente	0	0,0
Muy Buena	0	0,0
Buena	25	14,9
Regular	84	50,0
Mala	59	35,1
Total	168	100,0

Tabla 12: Distribución de los adultos mayores estudiados según calidad de vida.

Calidad de Vida	No.	%
Excelente	0	0,0
Muy Buena	0	0,0
Buena	25	14,9
Regular	84	50,0
Mala	59	35,1
Total	168	100,0

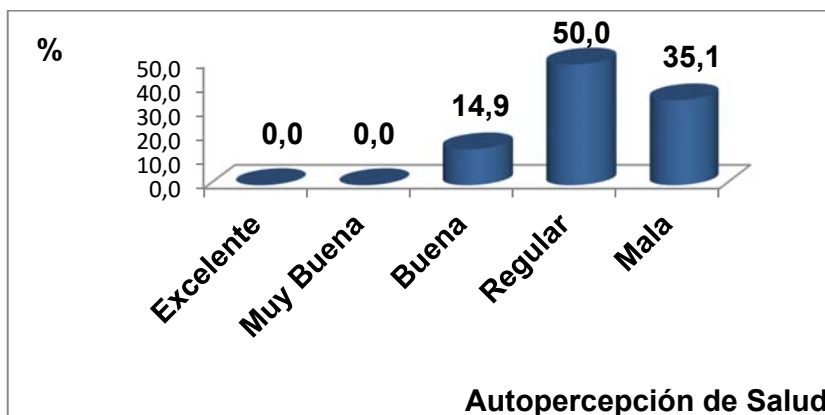


Grafico 11: Distribución de los adultos mayores estudiados según autopercepción de salud **Fuente:** Tabla 11.

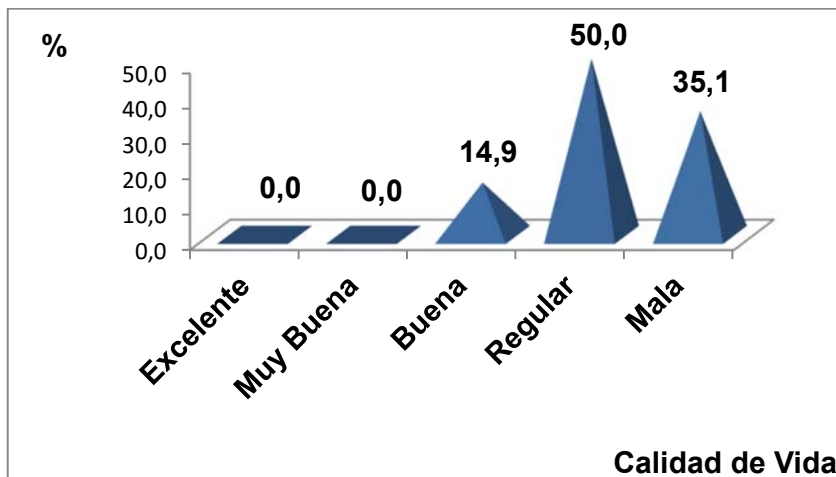


Grafico 12: Distribución de los adultos mayores estudiados según calidad de vida.

Fuente: Tabla12.

Las tablas y gráficos 11 y 12 relacionan la autopercepción de salud y calidad de vida de estos pacientes, ambas variables fueron medidas independientes, aunque sabido el auto-reporte de salud se ha considerado un marcador importante dentro de la calidad de vida, siendo incluido en muchos instrumentos que miden este indicador de salud, nosotros aplicamos un instrumento de calidad de vida específico para incontinencia urinaria, que no incluía el autoreporte de salud.

La autopercepción de salud fue entre regular y mala en un 85, 1%, (regular en un 50, 0% y mala en un 35 %) y enuncio datos idénticos que la calidad de vida (85, 1%). O sea que todos los pacientes que reportaron una regular y mala autopercepción de salud, en el cuestionario de calidad de vida puntuaron igualmente para regular y mala. Lo que detona la relación entre ambas variables y por qué la autopercepción de salud está incluida en muchos instrumentos de calidad de vida, y expresan el impacto negativo, que tiene este problema en la salud de las personas mayores.

Son varios los estudios que relacionan la autopercepción de salud y la incontinencia urinaria, con resultados similares, reportándose el 80, 5 % entre regular y mala.³¹ En

otras investigaciones se justifica su aplicación en eventos como la incontinencia urinaria dado efecto negativo que sobre la salud ejerce la incontinencia urinaria. ^{42, 44, 45}

La autopercepción de salud es un medidor del estado de salud y un predictor de futuros resultados adversos, que anticipa el riesgo de mortalidad, de eventos mórbidos y la disminución funcional, donde es confirmado el impacto que tiene la incontinencia urinaria en las personas mayores. ⁴⁶

Existen varios instrumentos que miden la calidad de vida en la incontinencia urinaria, en nuestro estudio usamos el “cuestionario de calidad de vida en la incontinencia urinaria” (modificado por Potenziani” -Hunt-McKenna, Health Policy 1992), empleado en la clínica y aprobado por consenso, es sencillo de aplicar y puede ser realizado en breve tiempo.

Son numerosos los estudios que relacionan calidad de vida e incontinencia urinaria en esta población. ⁴⁷

Igualmente, otras investigaciones analizan ambas variables, como el realizado por Bedretdinova D y col, donde se valoró la incontinencia urinaria en la salud reportada y calidad de vida tanto en hombres y mujeres y que incluyo población adulta mayor y concluyó que afectaba a ambos sexos sin distinción. ⁴⁸ Otros estudios igualmente reflejaban la afectación que sobre la calidad de vida ejerce la incontinencia urinaria en este grupo. ^{49, 50}

Tabla 13: Distribución de los adultos mayores estudiados según tipo de Incontinencia Urinaria Crónica.

Tipo de Incontinencia Urinaria Crónica	No.	%
De Urgencia	48	28,6
De Esfuerzo	36	21,4
Por Rebosamiento	25	14,9
Funcional	14	8,3
Mixta o Compleja	45	26,8

Total

168

100,0

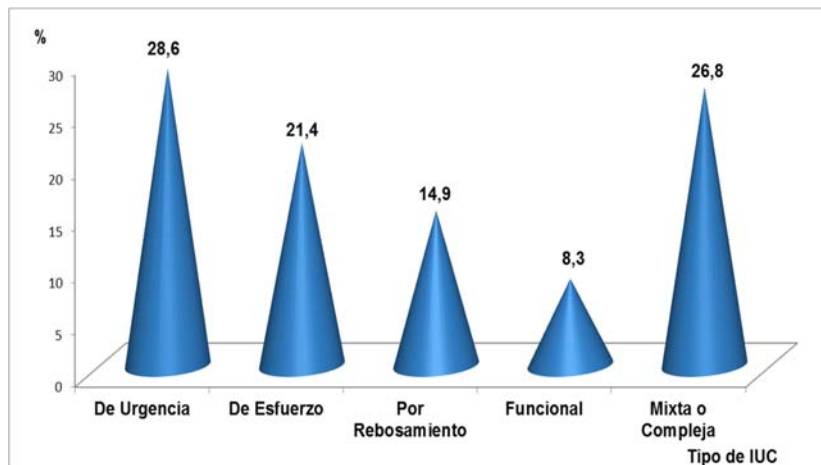


Gráfico 13: Distribución de los adultos mayores estudiados según tipo de Incontinencia Urinaria Crónica. **Fuente:** Tabla 13.

La tabla y gráfico 13, analizan el tipo de incontinencia urinaria que correspondió: a la de urgencia: un 28,6%, seguido de la mixta o compleja para un 26,8%, la de esfuerzo: 21,4%, la incontinencia urinaria por rebosamiento 14,9% y la funcional un 8,3%.

Varios autores plantean que la prevalencia del tipo de incontinencia es difícil de estimar por las diferentes concepciones de los términos y por las características de la población adulta mayor estudiada en los distintos niveles de atención, no obstante, la mayoría coinciden que la incontinencia urinaria de esfuerzo es la más frecuente en mujeres, seguida de la mixta y después la de urgencia y que esto varía con la edad, donde será más frecuente la mixta seguida de la urgencia y después la de esfuerzo.⁵⁰
⁵¹ En esta investigación, las cifras se acercan a esta afirmación.

En un estudio, pero realizado en residencias de ancianos la incontinencia mixta fue la más frecuente con un 52,1%, seguida de la urgencia 26,5%,⁵² esta última fue la de mayor prevalencia en nuestros casos.

En estudio realizado en un servicio de clínicas geriátricas, a 225 adultos mayores, muestra una prevalencia similar a nuestros resultados, con 36% de casos con

incontinencia urinaria por urgencia, 32% con mixta y un 23% con incontinencia de esfuerzo.⁵³

Tabla 14: Distribución de los adultos mayores estudiados según empleo de técnicas de modificación conductual.

Empleo de técnicas de modificación conductual	No.	%
Sí	142	84,6
No	26	
Total	168	100,0

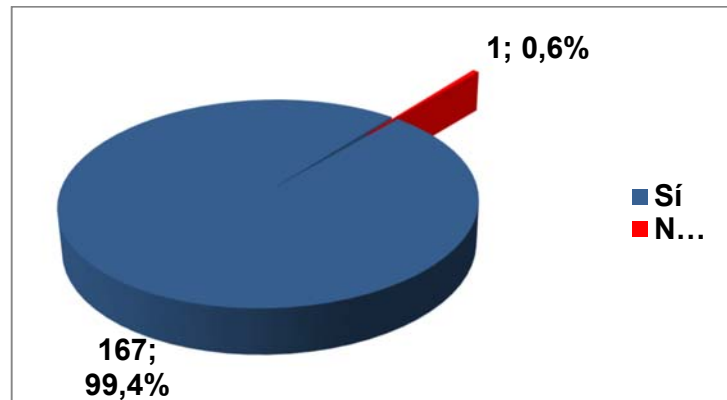


Grafico 14: Distribución de los adultos mayores estudiados según empleo de técnicas de modificación conductual **Fuente:** Tabla 14.

El concepto de tratamiento conductual se refiere a la aplicación de modificaciones en la conducta del individuo con el objetivo de mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones. Dentro de estas técnicas de modificación conductual, se encuentran los ejercicios del suelo pélvico (basados en los ejercicios de Kegel), reentrenamiento vesical, anticipación de la micción (prompted voiding) y las micciones programadas.⁵⁴

El 84, 6% recibió este tipo de tratamiento, solamente 26 pacientes no fueron tributarios de esta terapia, (este resultado coincide con la sumatoria de los tres tipos de incontinencia que se benefician con este tratamiento, no así la incontinencia urinaria de rebosamiento que fue de un 14, 9 %, (25 pacientes).

El 15,4% (26 pacientes), no recibieron terapia conductual ya que no se beneficiarían de este tratamiento. Existe evidencia suficiente que estas terapias son efectivas en el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia, mixta y en algunos casos de incontinencia urinaria funcional, ⁵⁵, resultados que coinciden con los expuestos, relacionando esta terapia con el tipo de incontinencia urinaria

Entre estas técnicas, los ejercicios del suelo pélvico son la primera elección en la incontinencia urinaria de esfuerzo y mixtas. ⁵⁶

Tabla 15: Distribución de los adultos mayores estudiados según tratamiento quirúrgico.

Tratamiento	No.	%
Quirúrgico		
Sí	93	55,4
No	75	44,6
Total	168	100,0

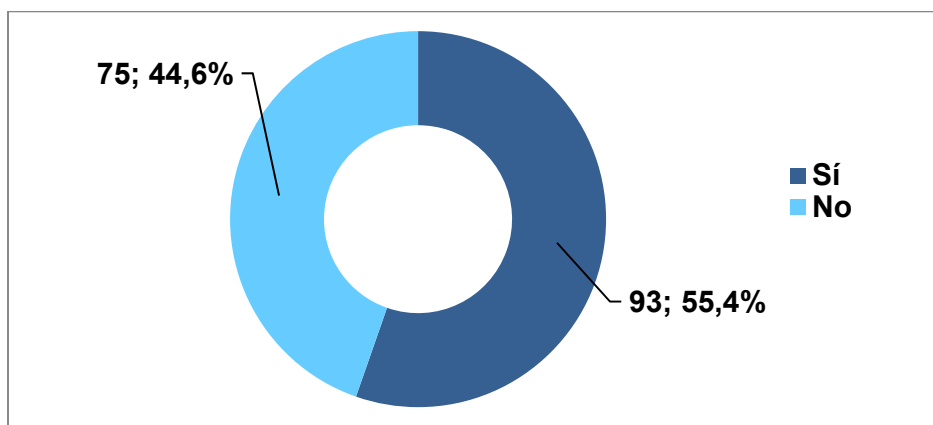


Grafico 15: Distribución de los adultos mayores estudiados según tratamiento quirúrgico. **Fuente:** Tabla 15.

93 pacientes para un 55,4%, recibieron tratamiento quirúrgico contra el 44,6%, donde no. Si analizamos estos datos con los resultados de la Tabla 9: Distribución de los adultos mayores con incontinencia urinaria estudiados según morbilidad, la presencia de cistocele, prolapso pélvico y patología prostática con un 41, %, 15, % y 10, 7% respectivamente, sumado a la prevalencia de incontinencia urinaria por rebosamiento, justifican estos resultados.

Existen estudios ⁵⁷⁻⁶¹ relacionados con el tratamiento quirúrgico en la incontinencia urinaria en adultos mayores y casi todos apuntan a la necesidad de valorar siempre el riesgo-beneficio y el uso de la técnica quirúrgica más apropiada para cada caso. Igualmente, la necesidad de combinar las técnicas conductuales con la cirugía.

En nuestro centro contamos con un especialista de cirugía entrenado en cirugía de suelo pélvico y las cirugías prostáticas se realizan en conjunto con este personal, además previamente a los casos se les interconsulta con la clínica de riesgo quirúrgico, por lo que las complicaciones trans y post quirúrgicas son mínimas.

CONCLUSIONES

- Predominó el sexo femenino y el grupo de 70 a 79 años.
- La escolaridad fue aceptable y más de la mitad de los casos tenían estudios concluidos de primaria, secundaria y preuniversitario.
- Convivían con otras personas y no tenían vínculos laborales en un número importante de casos.
- Menos de la mitad de los casos presentó dificultad en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, (ABVD) y un número importante si se presentó dificultad en las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria, (AIVD).
- Los principales medicamentos que consumen son: diuréticos, IECA (anticálcicos) e hipnóticos y sedantes.
- La morbilidad se centró en la diabetes mellitus, la osteoartritis y la hipertensión arterial y se constató la presencia de comorbilidad.
- La autopercepción de salud y calidad de vida estuvo entre regular y mala.

- La prevalencia del tipo de incontinencia urinaria fue: de urgencia, mixta y de esfuerzo.
- Dentro del tratamiento la mayoría recibió: técnicas de modificación conductual y un poco más de la mitad de los casos recibió tratamiento quirúrgico.

Resumiendo, el perfil del paciente mayor que asiste a nuestros servicios es una adulta mayor entre 70 y 79 años que convive con otros familiares, con buena funcionabilidad que es hipertensa y/o diabética y presenta osteoartrosis, que consume diuréticos/ IECA, con una calidad de vida y autopercepción de salud afectadas, y que con tratamiento conductual y/o cirugía se da solución a su problema de IU

BIBLIOGRAFÍA

1. Talley KM, Wyman JF, Shamliyan TA. State of the science: conservative interventions for urinary incontinence in frail community-dwelling older adults. Nurs Outlook 2011; 59: 215–20, 20 e1.
2. González Pedraza Avilés A, Moreno Castillo Y. Evaluación geriátrica integral en pacientes de una unidad de medicina familiar de la ciudad de México. Archivos en Medicina Familiar. 2010 Enero-Marzo; 12 (1).
3. Bello Barbachán, V., Machado Armúa, C., Magnoni Feijoó, N., & Zapata Almada, J. (2013). Prevalencia de la incontinencia urinaria en adultos mayores: Policlínica de geriatría del Hospital de Clínicas" Dr. Manuel Quintela" Montevideo 2007-2008.
4. Martínez-Gallardo L, Nellen-Hummel H, Hamui-Sutton A, Halabe-Cherem J. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (5): 513-521

5. Peláez, Martha, et al. "Encuesta salud, bienestar y envejecimiento, 2000." Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2003).
6. Albala, Cecilia, et al. "Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada." Rev Panam Salud Publica. 2005; (17.5/6): 307-22.
7. Iglesias, FJ Gavira, et al. "Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud." Atención primaria.2001; (28.2): 97-104.
8. Robles, José Enrique. "La incontinencia urinaria." Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 2006; (29) 2.
9. Anuario estadístico de salud 2014. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. La Habana; MINSAP. 2015. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>.
10. Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. BJU Int. 2011;108:1132-8
11. Milsom I, Altman D, Cartwright R, et al. Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal incontinence (AI). In: Abrams P, Cardozo

- L, Khoury S, Wein A, eds. Incontinence. Paris: International Consultation on Incontinence; 2013. p.15-108.
12. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int.* 2004; 93:324-30
13. Boyle P, Robertson C, Mazzetta C, et al. The prevalence of male urinary incontinence in four centres: the UREPIK study. *BJU Int.* 2003; 92:943-7
14. Sumardi, R., et al. "Prevalence of urinary incontinence, risk factors and its impact: multivariate analysis from Indonesian nationwide survey." *Acta medica Indonesiana.* 2014; (46.3): 175-182.
15. United Nations, Population Division of the Department of Economic and Social Affairs *World Population Prospects: The 2010 Revision*, 2012.
Disponible en: <http://esa.un.org>
16. Sidik S. The prevalence of urinary incontinence among the elderly in a rural community in Selangor. *Malaysian J Med Sci.* 2010; 17:18-23.
17. Menéndez Jiménez, Jesús, et al. "Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores. Estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe." (2014).
18. Gavira Iglesias, F., et al. "Seguimiento durante 5 años de la incontinencia urinaria en los ancianos de una población rural española." *Atención primaria* 35.2 (2005): 67-73.
19. Saadia Z. Effect of Age, Educational Status, Parity and BMI on Development of Urinary Incontinence - a Cross Sectional Study in Saudi Population *Mater Sociomed.* 2015 Aug;27(4):251-4.

20. Byles J, Millar CJ, Sibbritt DW, Chiarelli P Living with urinary incontinence: a longitudinal study of older women, *Age Ageing*. 2009 May;38(3):333-8
21. Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *BMC Urol*. 2013 May 30; (13):27
22. Chiu, A.-F., Huang, M.-H., Hsu, M.-H., Liu, J.-L. and Chiu, J.-F. Association of urinary incontinence with impaired functional status among older people living in a long-term care setting. *Geriatrics & Gerontology International*, 2015, 15: 296–301.
23. Lenardt, Maria Helena, et al. "Relação entre fragilidade física e características sociodemográficas e clínicas de idosos." *Escola Anna Nery*.2015; (19.4): 585-592.
24. Garcilazo Salazar, Mayuri Esmirna. "Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. en un Centro de Salud de San Juan de Miraflores 2014." (2015).
25. Becerra, Roxana Gisela Cervantes, et al. "Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral." *Atención Primaria*.2015; (47.6): 329-335.
26. Barrantes-Monge, Melba, et al. "Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos." *salud pública de México*. 2007; (49): s459-s466.

27. Bordelois, Natacha Pereira, and Yusimí Rodríguez. "Escala geriátrica de evaluación funcional en un área de salud." *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2015: (5).1.
28. Tsakiris, Peter, Matthias Oelke, and Martin C. Michel. "Drug-induced urinary incontinence." *Drugs & aging* 2008; (25.7): 541-549.
29. Kane R, Ouslanter J, Abrass I. *Essentials of Clinical Geriatrics*. 6th Edition. USA: Mc Graw Hill; 2008
30. Wiedemann A, Anding R, Kirschner-Hermanns R Characteristics of urinary incontinence in the elderly. *Urologe A*. 2014 Oct;53(10):1543-50.
31. MARQUES, Larissa Pruner et al. Demographic, health conditions, and lifestyle factors associated with urinary incontinence in elderly from Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2015, 18 (3) :595-606.
32. Busuttill-Leaver R. Chronic diseases and incontinence. *Practice Nurse*: 2011;41(14):32-36.
33. Foley A, Loharuka S, Barrett J, Mathews R, Williams K, McGrother K, et al. Association between the Geriatric Giants of urinary incontinence and falls in older people using data from the Leicestershire MRC Incontinence Study. *Age & Ageing*. 2012;41(1):35-40.
34. Chiarelli PE, Mackenzie LA, Osmotherly PG. Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review. *Aust J Physiother* 2009; (55):89-95.

35. Lenardt, Maria Helena, et al. "Relação entre fragilidade física e características sociodemográficas e clínicas de idosos." Escola Anna Nery 2015; (19.4): 585-592.
36. Carreto Molina, Nicolás. Factores asociados a caídas en el adulto mayor en la UMF No. 13 del IMSS. Diss. 2015.
37. García-Astudillo, E., M. P. Pinto-García, and J. Laguna-Sáez. "Incontinencia urinaria: frecuencia y factores asociados." Fisioterapia 2015; (37.4): 145-154.
38. Pavón, Alberto Gavira, et al. "Prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria en mujeres que consultan por dolor lumbo pélvico: estudio multicéntrico." Atención Primaria. 2014; (46.2): 100-108.
39. Omli, Ragnhild, et al. "Urinary incontinence and risk of functional decline in older women: data from the Norwegian HUNT-study." BMC geriatrics 13.1 (2013): 1.
40. Komesu, Yuko M., et al. "Epidemiology of mixed, stress, and urgency urinary incontinence in middle-aged/older women: the importance of incontinence history." International urogynecology journal 2015; 1-10.
41. Chang, Andrew, and Kathleen C. Kobashi. "Stress Urinary Incontinence in the Elderly: Evaluation, Surgical Treatment, and Management of Postoperative Voiding Dysfunction." Current Bladder Dysfunction Reports .2014;(9.4): 379-388.
42. M.V. Zunzunegui Pastora, A. Rodríguez-Lasob, M.J. García de Yébenesb y col. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. Aten Primaria 2003;32(6):337-42.

43. Komesu, Yuko M., et al. "Epidemiology of mixed, stress, and urgency urinary incontinence in middle-aged/older women: the importance of incontinence history." *International urogynecology journal* 2015: 1-10.
44. Coyne, Karin S., et al. "Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: a systematic review." *J Manag Care Pharm.* 2014); (20.2) 130
45. Ocampo, José Mauricio. "Self-rated health: importance of use in elderly adults." *Colombia Médica.* 2010; (41.3): 275-289.
46. Zapata-Ossa, Helmer. "Autopercepción de salud en adultos mayores y desenlaces en salud física, mental y síndromes geriátricos, en Santiago de Cali." *Revista de Salud Pública.* 2015 (17.4): 589-602.
47. Martínez Córcoles B., Salinas Sánchez A.S., Giménez Bachs J.M., Donate Moreno M.J., Pastor Navarro H., Virseda Rodríguez J.A. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp.* 2008; (32).2
48. 75. Bedretdinova D, Fritel X, Zins M, Ringa V. The Effect of Urinary Incontinence on Health-Related Quality of Life: is It Similar in Men and Women, *J.Urology.* 2015; 12.034
49. Tang, Derek H., et al. "Impact of urinary incontinence on healthcare resource utilization, health-related quality of life and productivity in patients with overactive bladder." *BJU international.* 2014; (113.3): 484-491.
50. Gil Gregorio, P. et al. *Guía de buena práctica clínica en geriatría. Incontinencia urinaria.* Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Príncipe de Vergara, 57-59. 28006 Madrid. www.segg.es ISBN: 978-84-7867-093-2. Depósito Legal: M-20730-2012: 10

51. DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson T 2nd, Palmer MH, Wagg A.
Incontinence in the frail elderly: report from the 4th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):165-78
52. Linares, José Jesús Gázquez, Fco. Javier Lozano Martínez, Dulcenombre Morcillo Mendoza, y Juana Morcillo García et al.
"Investigación en salud y envejecimiento: Incontinencia urinaria en el anciano." 2015. (2): .4116-119
53. Bello Barbachán V, Machado Armúa C, Magnoni Feijóo N, Zapata Almada J. Prevalencia de la incontinencia urinaria en adultos mayores policlínica de geriatría del hospital de clínicas "Dr. Manuel Quíntela" Montevideo. 2012; (25): 2007-2008
54. Frank C, Szlanta A. Office management of urinary incontinence among older patients. *Can Fam Physician* 2010; 56:1115-20.
55. Qaseem A, Dallas P, Forciea MA, et al, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Nonsurgical management of urinary incontinence in women: a Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2014; 161:429-40.
56. Thirugnanasothy S. Managing urinary incontinence in older people. *BMJ* 2010;341
57. Lucas MG, Bedretdinova D, Bosch JLHR, et al. Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology. Update March 2013.

Disponible en:

http://www.uroweb.org/gls/pdf/16052013Urinary_Incontinence_LR.pdf

58. Abrams P, Andersson KE, Birder L, et al. Fourth International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. *Neurourol Urodyn* 2010; 29:213-40.
59. Sling surgery for stress urinary incontinence in women: a systematic review and metaanalysis. Schimpf MO, Rahn DD, Wheeler TL, Patel M, White AB, Orejuela FJ, El-Nashar SA, Margulies RU, Gleason JL, Aschkenazi SO, et al. *Am J Obstet Gynecol.* 2014 Jul; 211(1):71.e1-71.e27.
60. Zyczynski HM, Albo ME, Goldman HB, Wai CY, Sirls LT, Brubaker L, Norton P, Varner RE, Carmel M, Kim HY; Change in Overactive Bladder Symptoms After Surgery for Stress Urinary Incontinence in Women. *Obstet Gynecol.* 2015 Aug; 126(2):423-30.
61. Hevia, Mariano Bedoya. "Tratamiento quirúrgico del prolapso vaginal." *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 6.1 (2015): 78-105.

Anexo



CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN LA INCONTINENCIA URINARIA
(modificado por Potenziani-2000)
(Hunt-McKenna, Health Policy 1992)

1. ¿Estoy realmente preocupado(a) de orinarme encima?

No A veces Sí

2. ¿Estoy preocupado si me río o toso o estornudo debido a mi incontinencia urinaria?

No A veces Sí

3. ¿Debo tener cuidado si al estar sentado (a) me levanto súbitamente, ya que me preocuparía orinarme encima?

No A veces Sí

4. ¿Estoy siempre pendiente de los baños cuando voy a lugares nuevos que no conozco?

No A veces Sí

5. ¿Me siento deprimido (a) por mi incontinencia urinaria?

No A veces Sí

6. ¿Debido a mi incontinencia urinaria no me siento seguro de dejar mi hogar por largos períodos de tiempo?

No A veces Sí

7. ¿Me siento frustrado debido a que tener incontinencia urinaria me impide hacer lo que yo quisiera?

No A veces Sí

8. ¿Me preocupa que otras personas puedan oler orina en mí?

No A veces Sí

9. ¿La incontinencia urinaria esta siempre presente en mi mente?

No A veces Sí

10. ¿Es importante para mí tener que hacer visitas frecuentes al baño?

- | | No | A veces | Sí |
|---|----|---------|----|
| 11. ¿Dada la existencia de la incontinencia urinaria es imponente planificar cada detalle en el quehacer inmediato? | No | A veces | Sí |
| 12. ¿Estoy preocupado(a) ya que mi incontinencia urinaria podría empeorar a medida que envejezco? | No | A veces | Sí |
| 13. ¿Tengo dificultad en alcanzar una noche de sueño reparadora debido a mi incontinencia urinaria diaria? | No | A veces | Sí |
| 14. ¿Me preocupa que por mi incontinencia urinaria me pueda sentir en aprietos o inclusive humillado(a)? | No | A veces | Sí |
| 15. ¿Mi incontinencia urinaria me hace sentir como si no fuera una persona sana y normal? | No | A veces | Sí |
| 16. ¿Mi incontinencia urinaria me hace sentir francamente infeliz? | No | A veces | Sí |
| 17. ¿Yo siento que logro un menor goce de vivir debido a mi incontinencia urinaria? | No | A veces | Sí |
| 18. ¿Me preocupa no ser capaz de llegar a mi baño a tiempo (y por lo tanto orinarme)? | No | A veces | Sí |
| 19. ¿Siento que no tengo control sobre mi vejiga urinaria? | No | A veces | Sí |
| 20. ¿Tengo siempre que estar pendiente de lo que tomo debido a mi incontinencia urinaria? | No | A veces | Sí |
| 21. ¿El tener incontinencia urinaria me limita mi escogida de ropa para mi vida diaria? | No | A veces | Sí |
| 22. ¿Me preocupa tener sexo debido a mi incontinencia urinaria? | No | A veces | Sí |

Paciente: _____ Fecha: _____