

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**MANUEL HUAMAN GUERRERO**



Grado de depresión asociado a incontinencia  
urinaria en mujeres en el hospital daniel alcides  
carrión, en el mes de noviembre a diciembre del  
2018

**PRESENTADO POR LA BACHILLER**  
**PAZ CALDAS MARIA ALEJANDRA**  
**PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**DR. J. ANTONIO GRÁNDEZ URBINA MD, MSC(C)**  
**ASESOR DE TESIS**

LIMA-PERÚ  
2019

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Dr. Peredo, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de Bolivia, por sus enseñanzas y consejos durante el mes de intercambio ya que fue parte importante para la elección del tema de la presente investigación.

Al Dr. Córdova, jefe del Departamento de Ginecología del Hospital Daniel Alcides Carrión, por sus consejos y por brindarme todas las facilidades para poder realizar la investigación.

Al Dr. Grández, asesor de la presente tesis, quien desde el primer día me ayudó y guió para desarrollar y concluir con éxito el presente trabajo de investigación.

Al personal de la oficina de apoyo a la docencia e investigación del Hospital Daniel Alcides Carrión por las facilidades brindadas para la realización de la presente tesis.

## **DEDICATORIA**

*A mis padres y hermanas, por ser mi principal ejemplo, motivo y fuente de inspiración para lograr todos mis objetivos y por ser las personas que me apoyaron día a día durante esta larga, difícil pero hermosa carrera de medicina humana.*

*Mamá, ya que fue de ti de quien aprendí lo que es la perseverancia y la fortaleza para lograr todo lo que me proponga.*

*Papá, por tu esfuerzo, apoyo y amor incondicional, por siempre creer en mí y por celebrar cada uno de mis logros.*

*Paola y Fátima, por entenderme, apoyarme y estar junto a mí.*

*A Douglas, por su amor, compañía y por entenderme en los años más complicados de la carrera.*

*A Valeria, por su amistad incondicional, por haberme acompañado en los momentos más felices y difíciles que nos trajo la carrera y la vida.*

*A todos y a cada uno de mis maestros, quienes me enseñaron a ver a la medicina no solo como ciencia, sino como la carrera más humana, aquella que nos da la oportunidad de ayudar, cuidar, curar y muchas veces salvar una vida.*

*Y a todos aquellos amigos y compañeros que hice durante estos años, los llevaré siempre conmigo.*

## RESUMEN

**Introducción:** La depresión e incontinencia urinaria son problemas de salud pública que afectan sobre todo a las mujeres, aumentando la discapacidad y morbilidad mundial, ya que su asociación conlleva al sufrimiento personal y afección social. Sin embargo, no se cuenta con una base de datos ni con trabajos de investigación que aborden esta problemática.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre el grado de depresión e incontinencia urinaria en mujeres en un Hospital Regional del Callao.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico y transversal basado en dos test (Zung e ICIQ-SF) en 186 pacientes mujeres adultas y adultas mayores atendidas en el servicio de ginecología del HNDAC en el mes de noviembre a diciembre del 2018.

**Resultados:** Edad más frecuente (54,3%; n=101) fue entre los 40 a 50 años. En cuanto a la paridad el 82,3% (n=153) fueron multíparas. El rango del IMC más frecuente (59,1%; n=110) fue entre 25 a 29,9 Kg/m<sup>2</sup>, diagnóstico de diabetes mellitus 55,4% (n=103). El tabaquismo y alcoholismo fue infrecuente representando un 30,6% (n=57) y 33,3% (n=62) respectivamente. El test de ICIQ-SF, detectó una frecuencia alta de incontinencia urinaria 94,6% (n=176), igual que el test de Zung con una frecuencia de depresión, 87,6% (n=163), el grado de depresión leve fue más frecuente 39,8% (n=74). Se asoció el diagnóstico de incontinencia urinaria con estreñimiento (P=0,0001) y se correlacionó y asoció las puntuaciones del test de Zung e ICIQ-SF en pacientes con incontinencia urinaria (P=0,001).

**Conclusiones:** A mayor incontinencia mayor grado de depresión.

**Palabras Clave:** Grado de depresión, incontinencia urinaria.

## ABSTRACT

**Introduction:** Depression and urinary incontinence are public health problems that mainly affect women, increasing global disability and morbidity, since their association leads to personal suffering and social affection. However, there is no database or research that addresses this problem.

**Objective:** To determine the association between the degree of depression and urinary incontinence in women in a Regional Hospital of Callao.

**Methods:** An observational, analytical and cross-sectional study was carried out based on two tests (Zung and ICIQ-SF) in 186 patients adult women and elderly women attended in the gynecology service of the HNDAC from November to December 2018.

**Results:** Most frequent age (54.3%, n = 101) was between 40 to 50 years. Regarding parity, 82.3% (n = 153) were multiparous. The most frequent range of BMI (59.1%, n = 110) was between 25 and 29.9 Kg / m<sup>2</sup>, diagnosis of diabetes mellitus 55.4% (n = 103). Smoking and alcoholism were infrequent, representing 30.6% (n = 57) and 33.3% (n = 62) respectively. The ICIQ-SF test detected a high frequency of urinary incontinence 94.6% (n = 176), the same as the Zung test with a depression frequency, 87.6% (n = 163), the degree of depression mild was more frequent 39.8% (n = 74). The diagnosis of urinary incontinence with constipation was associated (P = 0.0001) and the scores of the Zung test and ICIQ-SF were correlated and associated in patients with urinary incontinence (P = 0.001) .

**Conclusions:** A greater incontinence greater degree of depression.

**Keywords:** Degree of depression, urinary Incontinence

## INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno afectivo que actúa de forma negativa sobre la relación que hay entre el yo con su ideal, pero conservándolo aun cuando haya una posición distante e indiferente con respecto a las cosas y a los otros, ya que va a conservar la capacidad de entrar en contacto con su entorno, a pesar de la monotonía de su queja.<sup>1</sup> Se clasifica en: Trastorno depresivo grave, depresión mayor, no melancólica y trastorno distímico. Entre los síntomas principales, se encuentran: tristeza, desesperanza, apatía, trastornos del sueño, entre otros. El diagnóstico se realiza a través de escalas, entrevista, exploración física, social y exámenes de laboratorio. En cuanto al tratamiento es necesario el uso de fármacos y terapias psicológicas.<sup>2</sup>

La incontinencia urinaria se entiende como cualquier pérdida involuntaria de orina. Se clasifica en: Incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia, mixta, por rebosamiento. El diagnóstico se realiza a través de una adecuada historia clínica, exploración física, que debe incluir: examen general, exploración abdominal focalizada a nivel del hipogastrio, valoración de la sensibilidad perianal y de los reflejos lumbosacros y exploración ginecológica, así como pruebas complementarias como: urocultivo, ecografía renovesical, evaluación de la orina residual, flujometría, estudio urodinámico y cistoscopia. En cuanto al tratamiento es necesario la farmacoterapia, ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico y tratamiento quirúrgico.<sup>3</sup>

La depresión y la incontinencia urinaria son problemas comunes de salud, y un posible vínculo entre ellos es de gran interés. Estudios han dado respuestas contradictorias sobre la cuestión de si es la depresión la que da un mayor riesgo de incidencia de incontinencia urinaria o si es ésta la que conlleva un mayor riesgo de desarrollar depresión. Además del sustrato epidemiológico, también existen modelos de explicación biológica y neurológica como el hecho de que las vías serotoninérgicas y el sistema nervioso simpático están involucrados en ambas patologías.<sup>4</sup>

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS .....	2
RESUMEN .....	4
ABSTRACT .....	5
INTRODUCCIÓN .....	6
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.1 Planteamiento del problema: General y específico.....	8
1.2 Formulación del problema .....	9
1.3 Justificación de la investigación.....	9
1.4 Delimitación del problema:.....	9
1.5 Objetivos de la investigación .....	10
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	11
2.1 Antecedentes de la investigación .....	11
2.2 Bases teóricas .....	14
2.3 Definición de conceptos operacionales.....	28
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	30
3.1 Hipótesis: General y específicas.....	30
3.2 Variables principales de investigación .....	30
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA .....	31
4.1 Tipo y diseño de investigación .....	31
4.2 Población y muestra .....	31
4.3 Técnica e instrumentos de recolección de datos .....	32
4.4 Recolección de datos.....	32
4.5 Procedimientos para garantizar los aspectos éticos en la investigación en seres humanos .....	33
4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos .....	34
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	35
5.1 Resultados.....	35
5.2 Discusión de resultados.....	41
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	43
6.1 Conclusiones .....	43
6.2 Recomendaciones .....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	44
ANEXOS .....	47

# CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1.1 Planteamiento del problema: General y específico

La depresión es un problema de salud pública, según la OMS es una enfermedad que afecta a más de 300 millones de personas, siendo la población femenina la más vulnerable. Así mismo es considerada como la principal causa de discapacidad y de aumento de la morbilidad mundial.<sup>5</sup>

La prevalencia de depresión es variable, en Estados Unidos se ha encontrado una prevalencia del 4.4% en mujeres y 2.7% en varones, mientras que en Sudamérica la tasa es aún mayor llegando a ser de hasta 11.5% en mujeres. En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental “H. Delgado Hideyo Noguchi” reportó para el 2002 una prevalencia de estado depresivo de moderado a severo de hasta un 9.8% en adultos mayores, en Lima Metropolitana y Callao. Sin embargo, según la ENDES en un estudio del 2014 al 2015 demostró que la población más afectada en nuestro país es femenina adulta, poco instruida, urbana, jefe de familia y en gran proporción, en situación de pobreza, en un 14% de la población en general.<sup>6</sup>

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina, que condiciona un problema higiénico y/o social. Estudios internacionales muestran una prevalencia global de disfunción miccional que oscila entre el 8,2% y el 26,8% (del 13% al 38,7% para las mujeres), para la población de edad avanzada estas tasas de prevalencia alcanzan el 29.4% (26.7 al 36.3% en mujeres).<sup>7</sup>

Los estudios poblacionales realizados en países de Latinoamérica como Brasil muestran una prevalencia de disfunción miccional que oscila entre el 10,7% y el 20,1% en la población general, y del 15,6% al 32,9% en mujeres. Para las personas mayores de la comunidad, esta prevalencia alcanza el 29,4% (el 36,3% en mujeres).<sup>8</sup>

La depresión, ansiedad y disfunción miccional son problemas de salud comunes y un posible vínculo entre ellos es de gran interés. Así mismo, existen estudios epidemiológicos que, a pesar de ser limitados, han encontrado asociación entre disfunción urinaria, depresión y ansiedad, ya que ejerce influencia significativa sobre el sufrimiento personal e interacción social,

además de haber modelos de explicación biológica y neurológica para dicha asociación.<sup>1</sup>

En general la asociación de una enfermedad somática como lo es la disfunción urinaria con trastornos psiquiátricos afectivos como son la depresión y ansiedad no es infrecuente, reduciendo aún más la calidad de vida de estas pacientes.<sup>9</sup>

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la asociación entre el grado de depresión y la incontinencia urinaria?

## **1.3 Justificación de la investigación**

La incontinencia urinaria y los trastornos afectivos tales como ansiedad y depresión representan desde hace mucho, problemas de salud pública, pero es en los últimos años en donde se ha visto la importancia de su asociación ya que son determinantes importantes de la calidad de vida con consecuencias a largo plazo.

A pesar de que la asociación entre estos trastornos afectivos y la incontinencia urinaria son sumamente importantes por el impacto en la calidad de vida de las pacientes que lo padecen, no han sido estudiados a profundidad y no se cuenta con una base de datos ni estudios de investigación en nuestro país, motivo por el que en el presente trabajo de investigación ahondaremos sobre la importancia que tiene el padecer una enfermedad somática y su repercusión en el ámbito mental.

Es por ello, que se considera que la realización del presente trabajo tiene vital importancia debido a la vulnerabilidad de la población y para que con este precedente se investigue la enfermedad de una manera más completa, esto incluye la consideración de lo físico, mental y efectos psicológicos de la condición en lugar de verla como una enfermedad meramente física. Así mismo al término de la investigación los resultados servirán de apoyo al personal de salud para que puedan generar estrategias de prevención y promoción para detectar con prontitud esta asociación y con ello mejorar la calidad de vida de las pacientes.

## **1.4 Delimitación del problema:**

Este trabajo de investigación se ejecutó en los consultorios del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, con autorización de

la oficina de investigación y docencia (OADI), respondiendo a una de las prioridades nacionales de investigación de los años 2015 al 2021 (Salud mental – 16)

## **1.5 Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

- Determinar la asociación entre el grado de depresión e incontinencia urinaria en mujeres en un Hospital Regional del Callao.

### **Objetivos específicos**

- Determinar el grado de depresión más frecuente en pacientes con incontinencia urinaria.
- Determinar las características de las pacientes con incontinencia urinaria.
- Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con incontinencia urinaria
- Determinar la severidad de depresión en pacientes con incontinencia urinaria.
- Determinar la severidad de incontinencia urinaria

## CAPITULO II: MARCO TEORICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

#### Nacionales

En el Peru no se encuentran estudios similares

#### Internacionales

Catherine S Bradley *et al*, en el artículo llamado “Asociaciones longitudinales entre la salud mental, condiciones y vejiga hiperactiva en mujeres veteranas”, el cual es un estudio prospectivo de cohorte se buscó estimar la incidencia de vejiga hiperactiva, así como identificar el impacto de depresión, ansiedad, trastorno de estrés post traumático y agresión sexual previo. Se obtuvo como resultado en relación a la edad media fue de 29 años y el 53% eran nulíparas y el 29.3% cumplían los criterios para depresión inicial, ansiedad y trastorno de estrés postraumático.<sup>10</sup>

Jamie Drossaerts *et al*. En el estudio “Detección de depresión y ansiedad en pacientes con disfunción de almacenamiento o micción”, el cual es un estudio retrospectivo de cohorte en donde el objetivo fue investigar si los síntomas afectivos podían predecir el resultado de la neuromodulación sacra para los síntomas del tracto urinario inferior. Se obtuvo como resultado que a pesar de que los factores psicológicos juegan un papel importante en la gravedad de los síntomas del tracto urinario inferior no predicen los resultados de la neuromodulación sacra.<sup>9</sup>

Gunhild Felde *et al*. En el estudio longitudinal llamado “Ansiedad y depresión asociados con incontinencia urinaria”, se buscó investigar la asociación entre la depresión, la ansiedad y la incontinencia urinaria en un período de 10 años, así como investigar la asociación entre las posibles diferencias en los componentes de estrés y urgencia en la incontinencia urinaria y las diferentes severidades de la depresión y la ansiedad por grupos de edad. Se concluyó que tanto la depresión como la ansiedad son factores de riesgo para desarrollar incontinencia urinaria y que la incontinencia urinaria se asocia con una mayor incidencia de depresión y ansiedad.<sup>11</sup>

Ryuji Sakakibara *et al.* En el artículo de revisión “Ansiedad, depresión y Vejiga” este trabajo revisó los conceptos actuales de la disfunción de la vejiga debido a la depresión / ansiedad, por ejemplo la frecuencia, los síntomas del tracto urinario inferior, los hallazgos urodinámicos, la supuesta patología subyacente y el tratamiento. En donde se vio que a pesar de que la frecuencia de los síntomas del tracto urinario inferior entre las cohortes de depresión no es elevada, la relación depresión/ansiedad debe figurar en el diagnóstico diferencial de vejiga hiperactiva.<sup>4</sup>

Jessica Oliveira Alves *et al.* En el estudio transversal “Incontinencia urinaria en mujeres jóvenes físicamente activas: Prevalencia y factores relacionados”, cuyo objetivo fue verificar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su impacto en la calidad de vida entre mujeres nulíparas. En general el 22.9% de las mujeres se autodenominaron incontinencia urinaria y entre ellas el 60.7% tenían incontinencia urinaria de esfuerzo. Las mujeres incontinentes demostraron peor calidad de vida que las mujeres continentales. En conclusión, casi una cuarta parte de las mujeres inscritas en este estudio informaron síntomas de incontinencia urinaria y peor calidad de vida que aquellos que fueron continente.<sup>12</sup>

YeunHee Kwak *et al.* En el artículo “Calidad de vida relacionada con la salud y salud mental en mujeres mayores con incontinencia urinaria” El propósito de este estudio transversal fue comparar la calidad de vida relacionada con la salud y la salud mental entre las mujeres mayores con y sin incontinencia. En la dimensión de ansiedad / depresión, la incontinencia urinaria estuvo presente en el 8.3% de participantes y ausentes en el 3.6%, así mismo el riesgo de estrés y depresión en mujeres mayores con incontinencia urinaria fue aproximadamente 2 y 1,5 veces mayor, respectivamente, que el de participantes sin incontinencia urinaria. Al final del estudio se concluyó que la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres mayores con incontinencia urinaria fue relativamente baja, mientras que los niveles de estrés y la depresión era alta.<sup>13</sup>

Woo Suk Choi *et al.* En el artículo “Factores que influyen en la calidad de vida relacionada con los síntomas del tracto urinario inferior en una población sana”, el cual es un estudio retrospectivo que tuvo como objetivo evaluar los factores que afectan la puntuación de la calidad de vida relacionada con los síntomas del tracto urinario inferior y el cual tuvo como resultado que el estado psicológico es un determinante muy importante relacionado con los síntomas del tracto urinario inferior.<sup>14</sup>

Lic. Elsa María Rodríguez Adams *et al.* En el artículo “Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria”, el cual es un estudio prospectivo y descriptivo en donde se incluyen mujeres entre 40 y 59 años de edad en donde se demostró mayor afección en ámbito psicológico y físico. En las incontinencias urinarias de esfuerzo, urgencia y en la mixta, el componente físico y psíquico es el más importante, mientras que en la incontinencia urinaria permanente es el componente psico-social.<sup>15</sup>

Kathryn E. Dane *et al.* En el artículo de revisión “Uso de antidepresivos e Incontinencia urinaria incidental”, se identificó tres estudios cohortes y 11 informes de casos que examinan varias asociaciones entre el uso de antidepresivos y la Incontinencia Urinaria incidente, dichos estudios revisados sugieren una asociación entre el uso de antidepresivos y la incontinencia urinaria incidente.<sup>16</sup>

Zhou HH, *et al.* En el artículo “Asociación entre la paridad y el riesgo de incontinencia urinaria en mujeres”, el cual es un metaanálisis de estudios de casos y controles y de cohortes. El análisis de subgrupos mostró que la paridad se asoció con un mayor riesgo de Incontinencia Urinaria de estrés en comparación con la paridad nula, pero no se asoció a Incontinencia Urinaria de urgencia.<sup>17</sup>

Claudia Regina de Souza Santos, *et al.* en el artículo “Prevalencia de la incontinencia urinaria en muestra aleatoria de la población urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil” el cual tuvo como objetivo conocer la prevalencia de la incontinencia urinaria (IU), de los factores de predicción demográficos y clínicos de la presencia de IU. Hallándose que los factores más fuertemente asociados a la IU fueron: mayor tiempo de

pérdidas (OR=29,3; p<0,001), diabetes mellitus (OR=17,7; p<0,001), accidente vascular encefálico (OR=15,9; p<0,001) y cistocele (OR=12,5; p<0,001).<sup>18</sup>

Olga Rincón Ardila et al en el artículo “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” en donde la prevalencia de incontinencia urinaria fue del 62,2% y se asoció significativamente con obesidad, diabetes y antecedentes de episiotomía.<sup>19</sup>

Lic. Elsa María Rodríguez Adams en el artículo “Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria” se halló que de 168 pacientes evaluados en consulta, 79 fueron mujeres en edad mediana (47 %), con edad de 49,6 ± 5,5 años. Los principales factores fueron tomar café (62 %), el tomar mucha agua durante el día (55,7 %) y el estreñimiento (41,8 %).<sup>20</sup>

Jaqueline Betteloni Junqueira et al en el artículo “Incontinencia urinaria en pacientes hospitalarios: prevalencia y factores asociados” se reveló que el género femenino, edad avanzada, bajo nivel de escolaridad, color de la piel/etnia, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), Accidente Cerebrovascular (ACV), obesidad, asma, tos crónica, depresión, polifarmacia, tabaquismo, alcoholismo, ingesta de alimentos y de agua, disuria, Infección Urinaria Recurrente (IUR), paridad, menopausia, cistocele y limitación funcional fueron los factores más fuertemente asociados con la presencia de Incontinencia Urinaria.<sup>21</sup>

## **2.2 Bases teóricas**

Depresión:

Es aquella patología afectiva que genera daño en la relación que existe entre el yo con su ideal, a pesar de ello mantiene la capacidad de tener relación con los demás y hasta puede ser considerado como un sujeto con el que es posible usar un lenguaje común para comunicarse, esto sucede aun cuando la persona tenga una postura distante e indiferente con su entorno y a pesar de monótono que puede llegar a ser sus quejas e inquietudes. Las personas que padecen

esta enfermedad mantienen su función mediadora, inclusive cuando sean ellos los que digan que la vida no tiene razón de ser.<sup>1</sup>

Clasificación:

Trastorno depresivo grave: Se le conoce también como depresión mayor, y tiene como característica principal el hecho de que combinan síntomas que bloquean la capacidad del paciente para realizar sus actividades diarias, las cuales antes de la patología les causaba placer. Es por ello, que es bien sabido que la depresión grave genera discapacidad en la persona y le impide que pueda desenvolverse con total normalidad. Cuando hay algún episodio de depresión grave, puede que este solo se presente una vez en toda la vida, aunque lo más común es que recurra para siempre.<sup>2</sup>

Depresión mayor, no melancólica: Este tipo de depresión es el más común dentro de los episodios depresivos mayores y es el que genera mayor confusión cuando se trata de poder diferenciarlo con la distimia. Se sabe además que la gran mayoría de con este tipo de depresión sufren otros trastornos mentales del eje I del DSM-IV o también llamados trastornos de la personalidad comórbidos.<sup>2</sup>

Trastorno distímico: Se le conoce también como distimia o depresión menor, y se va a caracterizar por presentar sintomatología que pueden durar de dos años o más pero siendo estos síntomas menos graves ya que por lo general no incapacitan al paciente, pero si impide de cierta manera de que puedan desarrollar con normalidad su vida. Se sabe que las personas que la padecen también pueden presentar uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.<sup>2</sup>

Síntomas de depresión:

Entre la sintomatología principal de esta patología, encontramos:

El paciente se siente muy triste, ansioso y vacío.

La desesperanza y el pesimismo invade al paciente.

Excesiva culpa, impotencia y sensación de ser inútil.

El paciente se siente irritable e inquieto

Se pierde el interés que había antes por actividades que generaban placer, incluidas las relaciones de carácter sexual.

No hay energía y el paciente se siente muy fatigado.

Se le es difícil poder concentrarse, recordar y tomar decisiones.

Se genera alteración en el ritmo del sueño.

Problemas alimenticios

Los pacientes intentan, planean y/o llevan a cabo el suicidio.

Se quejan de cefaleas, malestar general, epigastralgias que no mejoran aun cuando reciben tratamiento médico<sup>2</sup>.

Detección:

Para poder hacer un diagnóstico correcto de esta patología es necesario el uso de ciertas escalas como la de Goldberg o Zung, pero también debe saberse que el utilizar las siguientes preguntas es igual de eficaz: “Durante las últimas dos semanas ¿se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado? y Durante las últimas dos semanas ¿ha perdido el interés por sus actividades habituales o el placer en hacer cosas con las que se solía disfrutar?”

Entonces inferimos que el uso de las escalas o de las preguntas son igual de útiles para explorar a estos pacientes.<sup>2</sup>

Anamnesis:

Se deben valorar los siguientes aspectos:

Para poder darnos cuenta que el paciente cursa con ánimo depresivo se deben realizar preguntas, tales como: “¿Cómo ha estado su ánimo últimamente? ¿Se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado?”.

Para poder determinar el síntoma de anhedonia, debemos preguntar: “¿Ha perdido el interés en sus actividades habituales? ¿Obtiene menos placer con las cosas que solía disfrutar?”.

Para conocer si el paciente ha perdido energía, se hacen las siguientes preguntas “¿Se cansa con facilidad? ¿Se siente con menos energía?”.

Para determinar si hay cambios de peso o de apetito, preguntamos: “¿Ha subido o bajado de peso?”.

Si deseamos saber si hubo aumento o descenso de la actividad psicomotora, preguntamos: “¿Se ha sentido inquieto, intranquilo? ¿Se siente enlentecido?”.

Para determinar si hay alguna alteración en relación a la concentración: “¿Le cuesta más tomar decisiones que antes?”.

Si queremos saber si el paciente tiene sentimientos de culpa o inutilidad: “¿Se siente culpable o se culpabiliza por las cosas? ¿Cómo se describiría a sí mismo a alguien que nunca lo hubiera conocido antes?”.

Para determinar problemas relacionados con el sueño, debemos preguntar: “¿Ha dormido bien últimamente?”.

Para determinar si la persona con depresión tiene ideación suicida: “¿Ha sentido que no merece vivir o que estaría mejor muerto?”.

Para poder conocer sobre la esfera sociofamiliar, debemos preguntar lo siguiente: “¿Cómo van las cosas en casa o en su trabajo?, ¿Hay alguna cosa que le preocupe?”.<sup>2</sup>

Exploración:

La exploración física es necesaria porque nos ayuda a saber que no es una enfermedad orgánica la que está generando la sintomatología del paciente, por lo que debemos tener en consideración lo siguiente:

- Debemos ver como se encuentra la piel y mucosas del paciente, por ejemplo determinar si hay estigmas de hepatopatía como sucede con la coloración en la enfermedad de Addison.
- Valorar si el paciente tiene fiebre, si hay taquipnea o bradipnea, así como también debemos fijarnos en el peso de ellos.
- Se debe realizar una exploración exhaustiva de la glándula tiroidea,
- Debemos auscultar de forma correcta los pulmones.
- Realizar una correcta exploración abdominal.
- Se debe realizar un adecuado examen neurológico para poder explorar los pares craneales, la marcha del paciente y el tono muscular
- Exploración cognitiva.<sup>2</sup>

La exploración social nos ayuda para determinar y detectar ciertas características que indican que hay riesgo de esta índole:

- Situación familiar (Disfunción familiar, malos tratos, convivencia de más de una unidad familiar en la misma vivienda).
- Red de apoyo social (Aislamiento social, escasez de red social, falta de sistema de soporte social).
- Situación económica (situación económica precaria, vivienda en zona marginal, hacinamiento).

- Situación laboral y ocupacional (Problema laboral, Burnout, situación laboral inestable y estresante).<sup>2</sup>

Cuando hablamos de exploraciones complementarias, nos referimos a encontrar ciertas patologías que puedan causar episodios de depresión, por lo que es sumamente necesario pedir exámenes auxiliares como un examen de sangre completo, debemos pedir también un examen de electrolitos como son el sodio, potasio, calcio, fósforo, entre otros; así mismo es importante determinar el nivel de glucosa del paciente, así como la creatinina y exámenes que indiquen como está la función hepática como son el TGO, TGP, GGT y fosfatasa alcalina. Es necesario también determinar si hay una buena función tiroidea, por lo que se debe solicitar T4 libre, TSH. También es importante el estudio serológico como (VDRL, VIH), B12 y de folatos.<sup>2</sup>

Criterios Diagnósticos:

Identificar si una persona está curando con un episodio depresivo o con distimia es sumamente importante tener una entrevista para poder determinar si cumple con los criterios del CIE-10 o DSM IV.

Síntomas Principales:

Carácter depresivo.

No tiene interés ni disfruta de las cosas.

Se cansa y/o fatiga con facilidad.

Otros síntomas:

Tanto la atención y concentración han disminuido.

El paciente se siente inferior y no se tiene confianza.

El paciente se siente inútil.

El paciente no ve de manera positiva el futuro.

Pueden tener ideas suicidas o se pueden autolesionar.

Alteración del sueño.

Trastornos del apetito.

Decimos que la depresión tiene un grado leve cuando solo presenta dos síntomas principales y al menos dos de los otros síntomas, pero ninguno de ellos se presenta de manera intensa y si en caso presentase alguna complicación en relación con su vida social (dura al menos 2 semanas).

Cuando nos referimos a depresión severa, nos referimos a que presenta dos síntomas principales y 3 ó 4 de los otros síntomas y muchos de ellos son síntomas intensos y además presenta problemas relacionados con su vida social (dura al menos 2 semanas).

Si el paciente presenta depresión grave, es porque presenta tres síntomas principales y por lo menos cuatro de los otros síntomas y graves, también dificultad extrema relacionada con su vida social (dura al menos 2 semanas).

Será una distimia si el estado deprimido es continuo o recurrente, al menos tiene 2 de los otros síntomas y todos son de muy leve intensidad, así como alguna dificultad en relación con su vida social (dura más de 2 años).<sup>2</sup>

#### Tratamiento

El Tratamiento Farmacológico para la depresión está al mando de una serie de fármacos antidepresivos, los cuales se clasifican en 3 grupos:

Entre las que tienen una acción predominantemente serotoninérgica, tenemos a los Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina como: “Fluvoxamina, Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Citalopram, Escitalopram” e Inhibidores de la recaptación y antagonistas de la Serotonina como: “Trazodona”.

Los fármacos que tienen predominantemente acción noradrenérgica, son los Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas – antidepresivos cuatrocíclicos: “Maprotilina, Mianserina” e Inhibidores de la recaptación de noradrenalina “Reboxetina”.

Los fármacos que tienen acción dual son los Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina “Venlafaxina, Duloxetina”, Antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos “Mirtazapina” e Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas “Clomipramina, Amitriptilina, Imipramina y Nortriptilina”.<sup>2</sup>

Cuando se indica tratamientos Psicológico en estos pacientes debemos tener cautela, esto sobre todo en casos como “embarazo, lactancia, paciente con muchas enfermedad, edad, depresión reactiva a episodios de estrés, el requerir atención por parte de salud mental en un período menor a 1 mes para una primera evaluación y posterior tratamiento”.

Entrenamiento para solucionar problemas: Ha demostrado buenos resultados al ser utilizado en pacientes deprimidos. Para ello se necesita entrenar y dedicar un período más prolongado de la que por lo general se usa en la atención primaria.

Terapia cognitivo-conductual: Es aquella en la que se usa técnicas cognitivas y conductuales. Se debe realizar una vez cada siete días.

Terapia interpersonal: Es un tipo de terapia psicológica que se basa en los problemas de la actualidad del que lo padece y que se asocian con el episodio depresivo. Dura de 12 a 20 sesiones cada semana.<sup>2</sup>

Tratamiento Social:

Cuando se evalúa la parte social de forma completa debemos incluir la exploración de la esfera personal “autoestima, proyecto vital, habilidades personales”; familiar “tipo de relaciones, posible violencia doméstica, disponibilidad para implicarles en el proceso terapéutico”; social “laboral/económica, relaciones de apoyo, actividades sociales, ocio, habilidades sociales”; exploración sobre acontecimientos vitales estresantes, etc.

El diagnóstico social, se realiza como ayuda para el probable diagnóstico y posterior tratamiento.

Tratamiento social individual-familiar: Es un tipo de terapia que ayuda a personas y/o familias que se encuentran en conflicto, lo cual afecta a su salud, afecta a que puedan desarrollarse e interfiere con sus capacidades tanto en lo personal como en lo social.<sup>2</sup>

Pronóstico

Cuando un paciente presenta esta enfermedad lo más probable es que una media de veinte años la cantidad de episodios que presente sea de unos cinco, así mismo se puede esperar que hasta la mitad de las personas con un primer episodio tengan un segundo y que aquellos que han tenido dos episodios tengan un 70 % de posibilidades de tener un tercero y los que han tenido tres episodios tienen un 90 % de posibilidades de tener el cuarto.<sup>2</sup>

Incontinencia Urinaria

Cuando hablamos de esta patología, nos referimos como aquella que causa algún escape o pérdida no voluntaria de orina y cuyo diagnóstico se debe completar con algunas características: “tipo y frecuencia de presentación,

gravedad, factores que precipitan, el efecto que tiene la sintomatología sobre la calidad de vida, medidas que usa el paciente para contener la orina y el deseo así como la necesidad de buscar y encontrar ayuda médica.<sup>3</sup>

### Epidemiología

Esta patología afecta con mayor frecuencia a la población femenina y sobre todo a las de mayor edad, es por ello que se sabe que cerca de un 9 a un 72% de las mujeres son incontinentes. Este intervalo tan grande se da ya que hay muchas definiciones de esta patología, las cuales difieren en la frecuencia de episodios, la gravedad, el grado de molestia, el tipo de incontinencia, la población, la forma como se recogieron los datos, entre otros. La mayoría de los estudios que se hacen son a partir de preguntar que son hechas por las propias pacientes, lo que infiere que la mayoría de los datos son subjetivos. Una característica bastante importante que explica esta enfermedad es la cronicidad con la que se presenta, ya que aparece de forma lenta, incluso puede desaparecer por un tiempo para luego persistir de forma definitiva. Por último, la sensación de vergüenza que genera en las mujeres que la padecen hace que tan sólo el 35% de las pacientes busque ayuda. Se sabe que esta patología afecta dos veces más a la población femenina que a los varones ya que está relacionada de forma directa con la debilidad del suelo pélvico, sin embargo algunos autores indican que la diferencia que hay entre ambos sexos se marca principalmente en los que son más jóvenes, ya que se puede decir que a partir de los ochenta años cualquier diferencia desaparece.<sup>3</sup>

### Factores de riesgo para Incontinencia Urinaria

El ser mujer es un factor de riesgo, esto a causa de muchas razones, entre ellas el tamaño de la uretra, las diferencias de la anatomía del suelo pélvico, el episodio del parto. Sin embargo esto cambia a medida que los años pasan, por ejemplo las pacientes menores de sesenta años tienen hasta el cuádruple de riesgo de IU que los varones, pero luego de esta edad solo será el doble.

Para la incontinencia urinaria de urgencia es muy importante el factor edad, esto debido a la “disminución del tejido elástico, atrofia celular, degeneración nerviosa, reducción del tono del músculo liso, hipoestrogenismo, deterioro cognitivo, inmovilidad, pérdida de la capacidad de la concentración renal, polifarmacia”.

Otro factor muy importante es la menopausia en donde hay hipoestrogenismo, ya que es bien sabido que en esta etapa de la mujer hay atrofia genital que puede ayudar a la atenuación del suelo pelviano, así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral. Sin embargo, no se ha demostrado que la menopausia por sí misma sea un factor de riesgo independiente de la edad.

Muchos estudios indican que las mujeres de raza blanca tienen tres veces más riesgo de IUE que las mujeres negras; esto debido a las diferencias en cuanto a los músculos y al tejido conjuntivo.

El peso es un factor importante, incluso se puede decir que la obesidad es uno de los factores de riesgo más importante para padecer de esta enfermedad sobre todo en las pacientes con mayor edad. El tener un IMC muy alto genera que haya mayor riesgo de IUE y hace que sea más severa. Sobre la pérdida de peso como tratamiento para IU se conoce poco.

Hay estudios que indican que el parto vaginal es el factor más importante para IU, esto probablemente por las lesiones musculares o neurológicas que puedan causar sobre todo en la población joven y de mediana edad, pero también se conoce que el estar embarazada puede ser causa de esta patología ya que los cambios mecánicos u hormonales que se dan son causa de incontinencia urinaria en un “31-42%” y en 51% de ellas persiste algún grado de incontinencia postparto”.

Los prolapsos de la pared de la vagina y de los demás órganos pélvicos, así como la debilidad de los músculos del suelo pelviano, la cirugía uroginecológica previa, el estreñimiento, las cistitis y otras infecciones del tracto urinario son los factores uroginecológicos más importantes asociados a Incontinencia Urinaria<sup>5</sup>.

#### Tipos de Incontinencia Urinaria

Cuando hacemos referencia a la Incontinencia urinaria de esfuerzo, estamos hablando de aquella en la que cualquier esfuerzo físico que provoque aumento de la presión intraabdominal como “toser, reír, correr e incluso andar”, teniendo baja relación con la actividad del detrusor genera pérdida de orina. Esto puede ser causado por uno o por la combinación de dos de los siguientes mecanismos:

- La hipermovilidad de la uretra que es causada por la debilidad de las estructuras que conforman el suelo pélvico y de las que sirven de sostén para la uretra.
- Disfunción intrínseca del esfínter, producida por la debilidad del músculo uretral, lo que determina una insuficiente coaptación de las paredes de la uretra.

Es el tipo de incontinencia urinaria más frecuente en las mujeres, y su prevalencia se sitúa en el 40-50%, según los estudios. La incontinencia de esfuerzo no se asocia a deseo miccional, ni a una sensación previa al escape; la pérdida de orina puede oscilar entre unas gotas o incluso un chorro, dependiendo del grado de alteración y de la intensidad del esfuerzo.

La causa de este tipo de incontinencia son muchas, sin embargo entre las principales tenemos:

- Procesos respiratorios crónicos: tos crónica, rinitis alérgica (estornudos).
- Obesidad que supone una agresión por la sobrecarga de la masa muscular del periné y puede originar hipotonía del suelo pélvico; también resultan perjudiciales los cambios bruscos de peso, ya que debilitan los tejidos colágenos pélvicos limitando la capacidad de recuperación.
- Estreñimiento, cuya relación con este tipo de incontinencia tiene más que ver con la mecánica evacuatoria, pues el empuje en apnea produce una hiperelongación del nervio pudiendo que, al superar el umbral máximo de elongación en un 20%, sufre microtraumatismos asociados a neuropatía, con el consiguiente riesgo de incontinencia urinaria y fecal.
- Histerectomía previa, la cual se relaciona con la incontinencia de esfuerzo, probablemente por lesiones neurológicas inducidas durante la cirugía.
- Lesiones adquiridas del cuello vesical y/o uretra proximal secundaria a iatrogenia, traumatismos vaginales, etc., que alterarían la elasticidad del cuello vesical.
- Embarazo y paridad, ya que el parto vaginal y el ser múltipara conlleva a alternaciones negativas del suelo pélvico. A sí mismo el tiempo empleado para la fase expulsiva del parto tiene relación directa con la IUE.
- Hoy en día se conoce que alteraciones de la estática vertebral ya sean adquiridas o congénitas como la hiperlordosis o alguna desviación causada por

una mala posición habitual contribuyen a cambiar el eje de la columna y con ello la disposición de los órganos internos.

- Fármacos tales como los bloqueadores beta y los inhibidores del enzima conversor de la angiotensina (IECA), cuya relación con la etiología de la incontinencia urinaria de esfuerzo es debida a la producción de tos.

No se tiene claro aún el papel que tiene la menopausia como causante de esta enfermedad sobre todo la de esfuerzo, ya que aún no hay pruebas suficientes para afirmar esta idea.<sup>3</sup>

Incontinencia Urinaria de Urgencia:

Es aquella que se caracteriza por un deseo imperioso o urgente de miccionar, esto a causa de una mayor contractibilidad de la vejiga, la cual se supone que solo se contrae cuando uno decide orinar de forma voluntaria. Este tipo de incontinencia se reconoce porque el paciente tiene una sensación urgente de orinar, siendo imposible de controlarlo y suele asociarse a síntomas que afectan a la fase de llenado por lo que el paciente micciona frecuentemente incluso hasta ocho veces al día, tiene nicturia y de forma ocasional micción incontrolada. La cantidad de orina que va a perder el paciente no es exacta, de modo que en la etapa inicial no hay incontinencia, sólo urgencia. La prevalencia se incrementa a partir de los 40 años, con un pico a partir de los 75, siendo la forma más frecuente de incontinencia en ancianas mayores de esta edad.

Esta patología puede ser de dos tipos:

- Incontinencia urinaria sensitiva, causado por impulsos sensitivos muy potentes enviados desde receptores de tensión/presión de la pared vesical.
- Incontinencia urinaria motora, cuyo origen es un fallo en la inhibición motora del reflejo de la micción; suele asociarse a malos hábitos miccionales que someten al detrusor a largos y continuados aumentos de presión, hasta que se produce su claudicación y se comporta como si estuviera lleno con pequeñas cantidades de orina en su interior.

La etiología de esta enfermedad, puede ser:

- Origen desconocido o idiopático, en cuyo caso no hay una causa subyacente; suele deberse a patrones de evacuación alterados.
- Trastornos neurológicos (esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer, accidente cerebral, enfermedad de Parkinson, diabetes y alteraciones

medulares que dificulten la inhibición motora del reflejo miccional). La incontinencia debida a un trastorno neurológico se conoce también como hiperreflexia vesical o hiperreflexia del detrusor.

- Secundaria a alteraciones del urotelio vesical: patologías inflamatorias o irritativas vesicales (infección urinaria, carcinoma urotelial in situ, litiasis, etc.)
- Secundaria a fármacos y otros compuestos: diuréticos, sedantes, hipnóticos, alcohol, cafeína, entre otros.
- Secundaria a cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo.<sup>3</sup>

Incontinencia urinaria mixta:

Se caracteriza porque el paciente pierde orina por presentar una sensación de urgencia pero también cuando realiza cualquier tipo de esfuerzo físico, inclusive el toser o estornudar. Por lo tanto esta pérdida se da por un mecanismo doble, que son: “hiperactividad del detrusor e incompetencia esfinteriana”.

Este subtipo afecta frecuentemente a las pacientes después de ser diagnosticadas con IUE, siendo su prevalencia del 35%.<sup>3</sup>

Incontinencia urinaria por rebosamiento

Es aquella que se presenta con sintomatología de carácter irritativo, obstructivo, así como con dificultad para la micción, goteo luego de la micción o porque la paciente pierde orina por pequeños chorros o por goteo. Es frecuente que se parezca a una incontinencia de esfuerzo por lo que es importante establecer un diagnóstico diferencial. Este tipo se ve con mayor frecuencia en varones y la causa puede ser obstructivo o relacionada a alguna lesión urológica. Básicamente ocurre cuando el volumen de orina que hay en la vejiga supera su máxima capacidad.<sup>3</sup>

Diagnóstico

Se debe evaluar al paciente dependiendo del tipo de IU que tenga, así como de la edad y del tipo de tratamiento que esté dispuesta a tener. En cualquiera de los escenarios siempre se debe iniciar con una adecuada historia clínica, una buena exploración física, el cual incluye: “examen general, exploración abdominal focalizada a nivel del hipogastrio, valoración de la sensibilidad perianal y de los reflejos lumbosacros y exploración ginecológica”. A sí mismo es necesario el uso de exámenes auxiliares como son: “urocultivo, laboratorio

(glucemia, función renal e iones), ecografía renovesical, evaluación de la orina residual, flujometría, estudio urodinámico y cistoscopia”.

Es necesario determinar ciertos criterios para poder derivar a las pacientes a servicios especializados:

- Diagnóstico incierto o dificultad para establecer el tratamiento sin una evaluación básica.
- Incontinencia asociada a hematuria sin infección.
- Constancia de los síntomas, dificultad para vaciar la vejiga o volumen posmiccional residual anormal (superior a 200 ml).
- Historia previa de cirugía de la incontinencia o de cirugía pélvica radical.
- Prolapso del órgano pélvico.
- Enfermedades neurológicas, como: “esclerosis múltiple, lesiones medulares, etc”<sup>3</sup>

#### Tratamiento

Cuando se brinda algún tratamiento, nuestro principal objetivo debe ser la mejora de la calidad de vida por lo que es muy importante saber las preferencias de las pacientes, como es su vida y las características de ellas. Siempre las pacientes deben conocer los pro y contras de todas las opciones terapéuticas que tiene su enfermedad. Entre estas opciones terapéuticas se encuentran: “farmacoterapia, ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico, tratamiento paliativo (absorbentes) y tratamiento quirúrgico”.<sup>3</sup>

#### Farmacoterapia

Básicamente para el tratamiento con fármacos se requieren aquellos que generen contracción o relajación vesicouretral, como son los “neurorreceptores colinérgicos, betaadrenérgicos y alfaadrenérgicos”.

#### Incontinencia urinaria de esfuerzo:

Para este tipo de incontinencia será necesario todos aquellos fármacos que ayuden a mantener la resistencia de la uretra, entre ellos encontramos: “agonistas alfaadrenérgicos, antagonistas betaadrenérgicos, antidepresivos tricíclicos, terapia hormonal e inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina. Los agonistas alfaadrenérgicos (efedrina, pseudoefedrina, fenilpropanolamina)”, ellos actúan estimulando los receptores alfaadrenérgicos situados en el cuello vesical y en la uretra proximal, generando de esta manera

la contracción de la musculatura lisa uretral y por lo tanto generando aumento de resistencia de la uretra. Por ejemplo los antagonistas betaadrenérgicos como el propanolol va a producir estimulación parasimpático, esto mediado por el óxido nítrico. En caso de los antidepresivos tricíclicos como la imipramina que tienen acción anticolinérgica parecen disminuir la contractilidad del detrusor y a su vez aumentan la resistencia uretral por estimulación de los receptores alfaadrenérgicos. También se conoce del tratamiento hormonal a base de estrógenos que parece que actúa a través de cambios en el colágeno, el lecho vascular y el epitelio, aunque su mecanismo de acción no está claro. En mujeres menopáusicas se acepta el uso de forma local o sistémica de compuestos tales como estradiol y estriol para que se pueda combatir la atrofia urogenital. Finalmente se conoce sobre los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina como es el caso de la duloxetina que actúa inhibiendo la actividad a nivel del esfínter uretral externo y aumentando la capacidad vesical, esto sobre el sistema nervioso central.<sup>3</sup>

Incontinencia urinaria de urgencia:

Básicamente el tratamiento de este tipo está dado por los anticolinérgicos y cuyo fin es el inhibir las contracciones no voluntarias del detrusor; esto a causa de que la contracción vesical se da por la acetilcolina que se encuentran en los receptores muscarínicos presentes en el músculo detrusor, por lo que se infiere que el tratamiento se basa principalmente en bloquear tales receptores, lo cual se logra con el uso de anticolinérgicos o antimuscarínicos. Los fármacos que podemos encontrar son “flavoxato, oxibutinina, tolterodina, trospio y los más recientes darifenacina y solifenacina”. También se conoce que los antidepresivos tricíclicos (imipramina) y los análogos de la vasopresina (desmopresina) han sido usados de forma satisfactoria para este tipo de incontinencia.<sup>3</sup>

Incontinencia urinaria por rebosamiento

El tratamiento depende en la presencia o no de residuo postmiccional, ya que este tipo de incontinencia se genera por que la presión dentro de la vejiga es mayor a la presión máxima presente en la uretra sin que haya actividad del músculo detrusor. Entonces ante la presencia de residuo posmiccional, el

tratamiento electivo serán los bloqueadores alfa como “doxazosina, alfuzosina, prazosín, terazosina”.<sup>3</sup>

#### Ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico

Son una serie de ejercicios, pero los más conocidos comúnmente son los ejercicios de Kegel, que son utilizados como tratamiento electivo en la incontinencia urinaria de esfuerzo y tiene como principal objetivo el aumentar la musculatura del suelo pélvico, la cual está formada principalmente por el músculo elevador del ano, el cual es muy importante debido sobre todo a su ubicación, ya que ocupa todo el suelo de la cavidad pélvica limitándola en su parte inferior. Estos ejercicios deben realizarse todos los días de forma regular, para ejercitar y tonificar los músculos del suelo pélvico y mejorar la incontinencia. A veces se recomienda agregar peso a estos ejercicios (20 a 100 g); ya que 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. Con estos ejercicios se puede lograr la resolución total o parcial de la incontinencia de esfuerzo.<sup>3</sup>

#### Tratamiento paliativo

No curan la incontinencia, solo la ocultan y se basan en absorbentes, los cuales están formados por distintos tipos de celulosa, cuya finalidad es actuar como contenedores externos de la orina, para que de esta manera y con su uso la paciente pueda seguir teniendo una vida normal. Hay dos tipos de absorbentes:

- Los destinados a atenuar pequeñas pérdidas de orina que oscilan entre los 45 y los 600 ml.
- Los destinados a atenuar grandes pérdidas urinarias, mayores a los 600 ml que, a su vez, pueden ser de tres tipos: rectangulares, anatómicos y elásticos.<sup>3</sup>

### **2.3 Definición de conceptos operacionales**

**DEPRESIÓN:** Es un trastorno del humor que une muchos síntomas que interfieren con la vida diaria y que evita que la persona que la padece sienta placer al realizar actividades que antes gustaban.

**DISFUNCIÓN MICCIONAL:** Escape no voluntario de orina.

**PARIDAD:** La cantidad de hijos que tiene una mujer, incluyendo abortos.

**ÍNDICE DE MASA CORPORAL:** Medida que asocia la talla y el peso de una persona.

**DIABETES MELLITUS:** La diabetes mellitus es parte de un grupo de enfermedades metabólicas y se da a causa del déficit en el efecto de la insulina, causada por un cambio en la función endocrina del páncreas o por la alteración en los tejidos efectores, los cuales pierden su sensibilidad a la insulina.

**TABAQUISMO:** Es la adicción al tabaco, causada por la nicotina. Para este estudio se decidió colocar un rango de consumo de 1 cajetilla o más de cigarrillos por día.

**ALCOHOLISMO:** Necesidad y ansiedad de ingerir alcohol, generando dependencia física del mismo. Para este estudio se decidió colocar un rango de consumo de 3 veces por semana o más.

**ESTREÑIMIENTO:** Endurecimiento de las heces que genera difícil o imposible su expulsión, causado por una retención excesiva de agua en el intestino grueso. Se considera que un paciente presenta estreñimiento cuando cumple dos o más de los siguientes síntomas en más del 25% de las deposiciones, por ejemplo debe realizar menos de 3 deposiciones a la semana, demasiado esfuerzo para evacuar, las heces son duras, pequeñas y en forma de bolas, tienen la sensación de no haber evacuado de forma completa, sensación de obstrucción al querer hacer una deposición y la necesidad de ayuda para hacer una deposición.

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1 Hipótesis: General y específicas**

#### **General**

- Sí existe asociación entre el grado de depresión e incontinencia urinaria en pacientes mujeres atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el mes de Noviembre a Diciembre del 2018

#### **Específicas**

- A mayor sintomatología de incontinencia urinaria aumenta el grado de depresión.
- Los pacientes con incontinencia urinaria presentan depresión leve a moderada.
- Una minoría de pacientes con incontinencia urinaria presentan depresión severa.
- La mayoría de pacientes con incontinencia urinaria, presentar síntomas severos de esta patología.

### **3.2 Variables principales de investigación**

#### **Variable dependiente**

- Depresión

#### **Variable independiente**

- Incontinencia Urinaria

#### **Variables intervinientes**

- Edad
- Paridad
- IMC
- Diabetes Mellitus
- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Estreñimiento

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1 Tipo y diseño de investigación

Se llevó a cabo un estudio observacional, ya que se recogieron datos y se correlacionaron, mas no existió intervención por parte del investigador, solo se midió las variables del estudio. Fue, así mismo un estudio analítico y transversal, ya que se estableció relaciones de asociación entre las variables para probar las hipótesis planteadas y se realizó en un período de tiempo, respectivamente, para lo cual se utilizaron 2 test (Zung e ICIQ-SF) así como una ficha de recolección de datos los cuales se aplicaron a pacientes mujeres atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

### 4.2 Población y muestra

Población:

Universo de estudio: Pacientes atendidos en el Hospital Carrión que acuden a consultorio de ginecología durante los meses de noviembre a diciembre del 2018.

Unidad de análisis: Paciente mujer atendida en consultorio de ginecología del Hospital Daniel Alcides Carrión.

Muestra: A partir de una población de 300 pacientes que acuden a consulta externa de ginecología en los meses de noviembre a diciembre, la muestra es de 169 pacientes y se agregará un 10% por posibles pérdidas, requiriendo 186 pacientes. Dicha muestra se obtuvo mediante la fórmula:

$$n = [EDFF * Np (1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)] \quad (18)$$

Criterios de inclusión:

Pacientes mujeres de 40 a 60 años con diagnóstico de incontinencia urinaria.

Pacientes atendidas durante el período de noviembre a diciembre del 2018.

Pacientes que recibieron al menos una atención en consultorio de Ginecología

Criterios de exclusión:

Pacientes con antecedente quirúrgico pélvico.

Pacientes con radioterapia.

Pacientes con anomalías anatómicas de la columna.

Pacientes con enfermedad congénitas de la columna.

Enfermedades neurológicas desmielinizantes.

### **4.3 Técnica e instrumentos de recolección de datos**

Los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión serán asignados al estudio y se realizará una explicación breve del estudio así como la problemática, objetivos, justificación y un consentimiento informado para la participación del mismo.

Se realizará una primera etapa mediante dos encuestas validadas, la primera a utilizar será la escala ICIQ-SF, que fue creada en 1998 por un comité de expertos, luego validada en sus inicios en el idioma inglés, sin embargo ya ha sido traducido a más de 30 idiomas, entre ellos el español y demostró ser superior en comparación a otras encuestas, ya que sus niveles de validez, confiabilidad y sensibilidad obtuvieron el grado A de la Consulta Internacional de Incontinencia, también fue validada en una población chilena en el 2012 para pacientes que consultaban por incontinencia urinaria<sup>22</sup>, al validar este test se llegó a conocer que la confiabilidad intra-observador para los 3 ítems que contiene el cuestionario fue de “0,84, 0,86 y 0,80” respectivamente y La consistencia interna fue de 0,87 medida a través del coeficiente Alfa de Cronbach, lo cual se considera como muy bueno, esto medido a través de los coeficientes Kappa, así mismo fue utilizado en Chimbote-Perú el 2017 como instrumento para evaluar a pacientes embarazadas luego de realizar ejercicios de Kegel<sup>23</sup>, esta escala evalúa 3 categorías: Frecuencia (con puntaje de 0-5), cantidad (con puntaje de 0-6) y efectos sobre calidad de vida (con puntaje de 1 – 10), , en relación al test de Zung que fue validada en Perú en 1984 por Novara y utilizada en el 2011 para evaluar a magistrados en Lima-Perú<sup>24</sup> y en Colombia en una población femenina en donde se obtuvo que “la prueba de alfa de Cronbach fue 0,85”<sup>25</sup>; con esta escala se evaluarán 20 ítems (con puntaje de 1-4) y por último la ficha de recolección de datos incluirá preguntas cerradas, en donde se indagará sobre edad, paridad, IMC, diabetes mellitus, tabaquismo, alcoholismo y estreñimiento.

### **4.4 Recolección de datos**

Luego de que el proyecto fuese aprobado por el consejo de facultad y por el Instituto de Investigación de Ciencias Biomédicas (INICIB) de la facultad de Medicina Humana “Manuel Huamán Guerrero”, se envió una solicitud de aceptación y ejecución del proyecto de tesis a la oficina de apoyo a la docencia

(OADI) del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Posterior a ello y habiéndose recogido el proveído de la investigación se realizaron los test de Zung e ICIQ-SF, así como también se llenó la ficha de recolección de datos a las pacientes mujeres adultos que acudieron entre los meses de Noviembre a Diciembre del 2018 al servicio de Ginecología.

Cada paciente encuestado se tomó alrededor de 15 a 20 minutos para contestar todas las preguntas. Las encuestas se realizaron de Lunes a Sábado, durante 4 horas al día.

Al ser completada el objetivo de nuestra muestra, se procedió a crear una base de datos en Microsoft Excel con codificación a doble-back-up para protección de datos en base a los principios de la Declaración de Helsinki.

#### **4.5 Procedimientos para garantizar los aspectos éticos en la investigación en seres humanos**

Esta investigación se clasifica dentro de la categoría I o A, ya que los pacientes encuestados no fueron sometidos a experimentos por lo que no hubo daño ni riesgo físico o psicológico ya que los datos se obtuvieron mediante encuestas sencillas de comprender; esto acorde a las normas éticas de carácter internacional para las investigaciones biomédicas con humanos, las cuáles fueron publicadas en 1996 por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud para luego ser respaldadas en la declaración de Helsinki. A sí mismo se deben seguir las normas técnicas, científicas y administrativas para la investigación dadas por el Ministerio y por el Instituto Nacional de Salud.

Además, previo inicio del trabajo de campo, se realizará una capacitación basada en Buenas Prácticas en Investigación Clínica al personal en calidad de Investigación asociados accediendo al link: <http://gcp.nidatraining.org/> de manera gratuita con la finalidad de establecer normas y prevenir la violación del protocolo de investigación, así como guardar la confidencialidad de los pacientes en el estudio.

Respeto por las personas: Se protegieron los datos de todas las pacientes incluidas en el estudio

Beneficencia: Se respetó de forma confidencial todos los datos y se guardó el anonimato durante el proceso de análisis, además se codificaron los datos en doble-back-up como medida de protección digital.

Autonomía: Cada paciente firmó un consentimiento informado, previa lectura del mismo.

Justicia: Todas las pacientes tuvieron derecho al anonimato.

El presente estudio obtuvo un porcentaje de coincidencia del 23% al ser sometido al software Turnitin, demostrando que no hubo plagio, ya que para que sea considerado como tal tiene que superar el 25%.

#### **4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos**

Los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión serán asignados al estudio y se realizará una explicación breve del estudio así como la problemática, objetivos, justificación y un consentimiento informado para la participación del mismo.

Se realizará una primera etapa mediante dos encuestas, la primera a utilizar será la escala ICIQ-SF, posteriormente el test de Zung y por último la ficha de recolección de datos.

Terminada la toma de datos se procederá al análisis de tipo exploratorio, descriptivo identificando errores generados por digitación, variables con valores cerrados o sin valores.

Para el análisis estadístico descriptivo univariado, se utilizó las medidas de resumen de variables cualitativas, obteniéndose porcentajes y frecuencias relativas para las variables categóricas.

Para el análisis bivariado se utilizó el test de  $X^2$  para el análisis de asociación entre variables categóricas. Se realizó una corrección de Yates al encontrarse valores esperados menores a 5 en el 25% de las casillas de la tabla de contingencia del análisis respectivo. Se presentaron los valores resultantes, así como los resultados de la significancia estadística.

Se utilizó Excel 2016 para la elaboración de la base de datos mediante formularios, los datos y resultados serán almacenados codificados en doble Buck up. La información se encontrará enmascarada y para el análisis estadístico se utilizará el paquete estadístico SPSS IBM v22.0.

## CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 5.1 Resultados

Para el análisis estadístico se incluyeron a un total de 186 participantes que cumplieron los criterios de selección. Todos recibieron y aceptaron firmar la carta correspondiente de consentimiento informado para su inclusión en el estudio.

El rango de edad más frecuente (53,4%; n=101) fue el comprendido entre los 40 a 50 años de edad. En relación al número de hijos, el 82,3% (n=153) fueron multíparas, representando el porcentaje restante a pacientes gran multíparas. El rango del índice de masa corporal más frecuente (59,1%; n=110) fue el comprendido entre 25 a 29,9 Kg/m<sup>2</sup>. Se presentó una alta frecuencia de diabetes mellitus representando un 55,4% (n=103) del total. El consumo mayor a una cajetilla de cigarros diaria fue infrecuente de igual manera que al consumo de alcohol mayor a tres veces por semana, representando un 30,6% (n=57) y 33,3% (n=62) del total respectivamente. Así mismo, se reportó una alta frecuencia de estreñimiento (86,6%; n=161).

Al aplicarse el test de ICIQ-SF, se detectó una frecuencia alta de incontinencia urinaria, representando el 94,6% (n=176) del total de mujeres y con respecto al test de Zung también mostró una alta frecuencia de depresión, representando el 87,6% (n=163) del total. Y agregándose a estos resultados, se presentaron diferentes grados de depresión y el grado de mayor frecuencia fue la depresión leve representando el 39,8% (n=74) del total de encuestadas. En la tabla 1 se muestran dichas características generales de los participantes.

Tabla 1. Características de base de las pacientes con y sin diagnóstico de depresión.

		Total (n=186)
Edad	40 a 50 años	53,4% (n=101)
	51 a 60 años	45,7% (n=85)
Paridad	Multipara	82,3% (n=153)
	Gran multipara	17,7% (n=33)
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	<18.5	35,5% (n=66)
	18.5-24.9	59,1% (n=110)
	25-29.9	5,4% (n=10)
	30-39.9	0% (n=0)
	>40	0% (n=0)
Diabetes Mellitus	Si	55,4% (n=103)
	No	44,6% (n=83)
Consumo mayor a una cajetilla de cigarros diaria	Si	30,6% (n=57)
	No	69,4% (n=129)
Consumo de alcohol mayor a tres veces por semana	Si	33,3% (n=62)
	No	66,7% (n=124)
Estreñimiento	Si	86,6% (n=25)
	No	13,4% (n=161)
Incontinencia urinaria	Si	94,6% (n=176)
	No	5,4% (n=10)
Depresión	Si	87,6% (n=163)
	No	12,4% (n=23)
Grado de depresión	No depresión	12,4% (n=23)
	Leve	39,8% (n=74)
	Moderada	36,6% (n=68)
	Severa	11,3% (n=21)

En la figura 1 se presenta las frecuencias de los diferentes grados de depresión según el test de Zung.

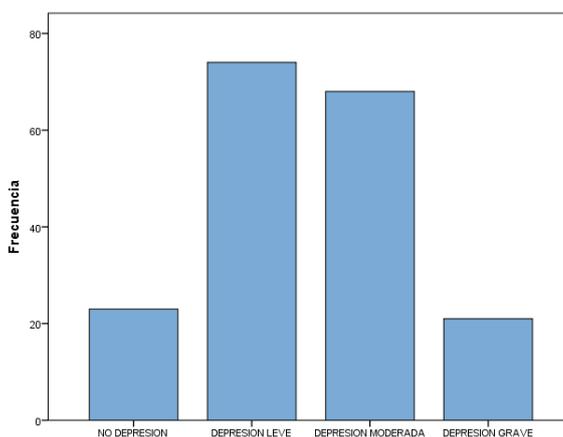


Figura 1. Grado de depresión mujeres atendidas en el HNDAC.

Figura 1: Grado de depresión mujeres atendidas en el HNDAC

En la Tabla 2 se presentan las características de las pacientes estratificada según la presencia o no de depresión

Tabla 2. Características de base de las pacientes con y sin diagnóstico de depresión.

		Depresión (n=163)	Sin depresión (n=23)
<i>Edad</i>	40 a 50 años	62% (n=101)	0% (n=0)
	51 a 60 años	38% (n=62)	100% (n=23)
<i>Paridad</i>	Múltipara	79,8% (n=130)	23 (100%)
	Gran múltipara	30,2% (n=33)	0% (n=0)
<i>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</i>	<18.5	0% (n=0)	0% (n=0)
	18.5-24.9	40,5% (n=66)	0% (n=0)
	25-29.9	53,4% (n=87)	23 (100%)
	30-39.9	6,1% (n=10)	0% (n=0)
	>40	0% (n=0)	0% (n=0)
<i>Diabetes Mellitus</i>	Si	63,2% (n=103)	0% (n=0)
	No	36,8% (n=160)	23 (100%)
<i>Consumo mayor a una cajetilla de cigarros diaria</i>	Si	35% (n=57)	0% (n=0)
	No	65% (n=106)	23 (100%)
<i>Consumo de alcohol mayor a tres veces por semana</i>	Si	38% (n=62)	0% (n=0)
	No	62% (n=101)	23 (100%)
<i>Estreñimiento</i>	Si	98,2% (n=160)	4,3% (n=1)
	No	1,8% (n=3)	95,7% (n=22)
<i>Incontinencia urinaria</i>	Si	100% (n=163)	56,5% (n=13)
	No	0% (n=0)	43,5% (n=10)

En la Tabla 3 se presentan resultados de las encuestas realizadas, tanto del test de ICIQ-SF, como el test de Zung. En relación al test de ICIQ-SF y la primera pregunta ¿Con qué frecuencia pierde orina? la respuesta más frecuente fue siempre 52.2% (n=97), ¿Cantidad de orina que pierde habitualmente? la respuesta que más se obtuvo fue Mucho 59.7% (n=111) y como última pregunta de este test ¿En qué medida los escapes de orina han afectado su vida? la respuesta más frecuente fue poco 61.3% (n=104). En relación al test de Zung, la respuesta más frecuente a la primera pregunta ¿Me siento decaído y triste? Fue algo del tiempo 44.6%(n=83), a la segunda pregunta ¿Por la mañana es cuando me siento mejor? Fue poco tiempo 25.3% (n=47), a la tercera pregunta ¿Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto? Fue poco tiempo 37.6% (n=91), a la cuarta pregunta ¿Tengo problemas para dormir en la noche? Fue poco tiempo 37.6% (n=70), a la quinta pregunta ¿Como la misma cantidad de siempre? Fue la mayor parte del tiempo 57% (n=106), a la sexta pregunta ¿Todavía disfruto del sexo? Fue poco tiempo 70.4% (n=131), a la séptima pregunta ¿He notado que estoy perdiendo peso? Fue poco tiempo

Tabla 3. Resultados de los diferentes ítems de los test de ICIQ-SF y Zung.

Test de ICIQ-SF			%	N
¿Con que frecuencia pierde orina?	A veces		5,4	10
	Nunca		42,4	79
	Siempre		52,2	97
Cantidad de orina que pierde habitualmente	Nada		5,4	10
	Poco		34,9	65
	Mucho		59,7	111
¿En qué medida los escapes de orina han afectado su vida diaria?	Ninguno		5,4	10
	Poco		61,3	104
	Mucho		33,3	62
Test de Zung				
Zung 1	Poco tiempo		58	31,2
	Algo de tiempo		83	44,6
	Una buena parte del tiempo		39	21
	La mayor parte del tiempo		6	3,2
Zung 2	Poco tiempo		47	25,3
	Algo de tiempo		35	18,8
	Una buena parte del tiempo		67	36
	La mayor parte del tiempo		37	19,9
Zung 3	Poco tiempo		91	48,9
	Algo de tiempo		47	25,3
	Una buena parte del tiempo		37	19,9
	La mayor parte del tiempo		11	5,9
Zung 4	Poco tiempo		70	37,6
	Algo de tiempo		66	35,5
	Una buena parte del tiempo		44	23,7
	La mayor parte del tiempo		6	3,2
Zung 5	Poco tiempo		25	13,4
	Algo de tiempo		34	18,3
	Una buena parte del tiempo		21	11,3
	La mayor parte del tiempo		106	57
Zung 6	Poco tiempo		131	70,4
	Algo de tiempo		30	16,1
	Una buena parte del tiempo		19	10,2
	La mayor parte del tiempo		6	3,2
Zung 7	Poco tiempo		115	61,8
	Algo de tiempo		45	24,2
	Una buena parte del tiempo		6	3,2
	La mayor parte del tiempo		20	10,8
Zung 8	Poco tiempo		25	13,4
	Algo de tiempo		49	26,3
	Una buena parte del tiempo		25	13,4
	La mayor parte del tiempo		87	46,8
Zung 9	Poco tiempo		120	64,5
	Algo de tiempo		38	20,4
	Una buena parte del tiempo		22	11,8
	La mayor parte del tiempo		6	3,2
Zung 10	Poco tiempo		107	57,5
	Algo de tiempo		43	23,1
	Una buena parte del tiempo		30	16,1
	La mayor parte del tiempo		6	3,2
Zung 11	Poco tiempo		53	28,5
	Algo de tiempo		74	39,8
	Una buena parte del tiempo		25	13,4
	La mayor parte del tiempo		34	18,3
Zung 12	Poco tiempo		96	51,6
	Algo de tiempo		34	18,3
	Una buena parte del tiempo		50	26,9
	La mayor parte del tiempo		6	3,2
Zung 13	Poco tiempo		94	50,5
	Algo de tiempo		35	18,8
	Una buena parte del tiempo		42	22,6
	La mayor parte del tiempo		15	8,1
Zung 14	Poco tiempo		28	15,1
	Algo de tiempo		84	45,2
	Una buena parte del tiempo		68	36,6
	La mayor parte del tiempo		6	3,2
Zung 15	Poco tiempo		41	22
	Algo de tiempo		43	23,1
	Una buena parte del tiempo		96	51,6
	La mayor parte del tiempo		6	3,2
Zung 16	Poco tiempo		41	22
	Algo de tiempo		45	24,2
	Una buena parte del tiempo		94	50,5
	La mayor parte del tiempo		6	3,2
Zung 17	Poco tiempo		28	15,1
	Algo de tiempo		37	19,9
	Una buena parte del tiempo		71	38,2
	La mayor parte del tiempo		50	26,9
Zung 18	Poco tiempo		50	26,9
	Algo de tiempo		66	35,5
	Una buena parte del tiempo		40	21,5
	La mayor parte del tiempo		30	16,1
Zung 19	Poco tiempo		116	62,4
	Algo de tiempo		56	30,1
	Una buena parte del tiempo		13	7
	La mayor parte del tiempo		1	0,5
Zung 20	Poco tiempo		39	21
	Algo de tiempo		94	50,5
	Una buena parte del tiempo		26	14
	La mayor parte del tiempo		27	14,5

Debido a que se encontró algunos factores de riesgo para incontinencia urinaria, se decidió realizar un análisis bivariado para algunas variables, el cual reveló la asociación entre el reporte de estreñimiento e incontinencia urinaria ( $P=0,0001$ ). Al momento de realizar el análisis estadístico para las variables edad, paridad, IMC, diabetes mellitus, consumo mayor a una cajetilla de cigarrillos diaria, consumo de alcohol mayor a tres veces por semana, presencia y grado de depresión, dentro de las tablas de contingencia respectivas se encontraron casillas con frecuencias de eventos igual a cero, haciendo inválido cualquier análisis de asociación sobre aquellas variables. De igual manera, al realizarse el análisis multivariado con el modelo de regresión logística binaria, las frecuencias de las casillas de algunos dieron como resultado cero, haciendo imposible el cálculo del mismo. En la tabla 4, se resume los resultados del análisis bivariado.

Tabla 4. Resumen de los resultados del análisis bivariado.

	$\chi^2$	Corrección de Yates	Valor de P
Estreñimiento	53,2	46,5	$P=0,0001$
Edad*	12,5	10,3	$P=0,001$
Número de hijos*	2,2	1,7	$P=0,27$
Índice de masa corporal*	7,3	10,8	$P=0,04$
Diabetes Mellitus 2*	13,1	10,8	$P=0,001$
Ingesta de más de 1 cajetilla diaria*	4,6	3,2	$P=0,07$
Consumo de alcohol más de 3 veces por semana*	5,2	3,8	$P=0,51$
Depresión*	74,8	66,5	$P=0,0001$

\*Presentaron por lo menos un cero dentro de las casillas de las tablas de contingencia correspondientes, motivo por el que se altera el resultado de asociación correspondiente y lo invalida.

La depresión severa se presentó en un 11,9% (n=21) (Figura 2) y los síntomas más severos de incontinencia urinaria en un 63,1% (n=111) (Figura 3) del total respectivamente de pacientes con incontinencia urinaria. Se realizó un análisis de correlación de las puntuaciones del test de Zung y ICIQ-SF en pacientes con incontinencia urinaria, se encontró una correlación débil con un coeficiente de Ro de Spearman (Ro) de 0,58, siendo estadísticamente significativo (P=0,001) (Figura 4).

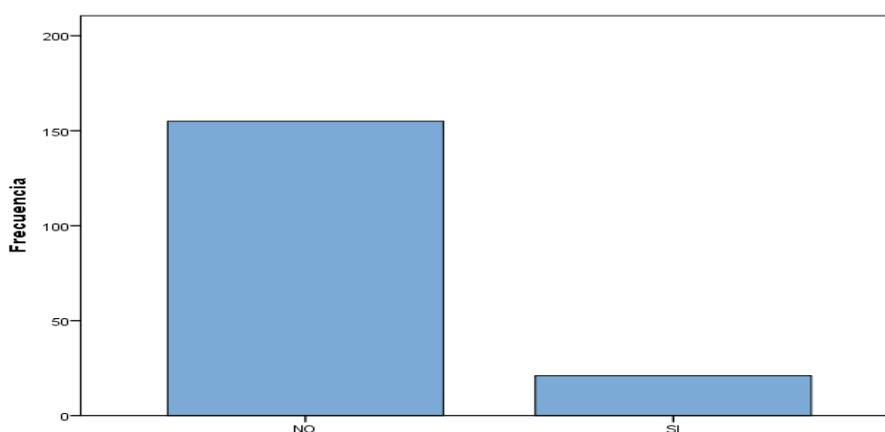


Figura 2. Severidad de la depresión en pacientes con incontinencia urinaria

Figura 2: Severidad de la depresión en pacientes con incontinencia urinaria

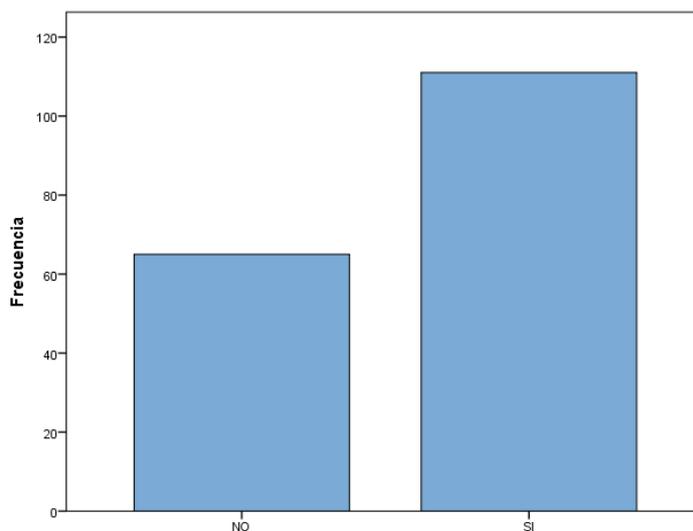


Figura 3. Severidad de la incontinencia urinaria en pacientes afectados.

Figura 3: Severidad de la incontinencia urinaria en pacientes afectados

Hay una relación directamente proporcional entre los dos test empleados (entre mayor puntaje en el test ICIQ-SF mayor puntaje en el test de Zung), por lo tanto a mayor sintomatología de incontinencia mayor depresión.

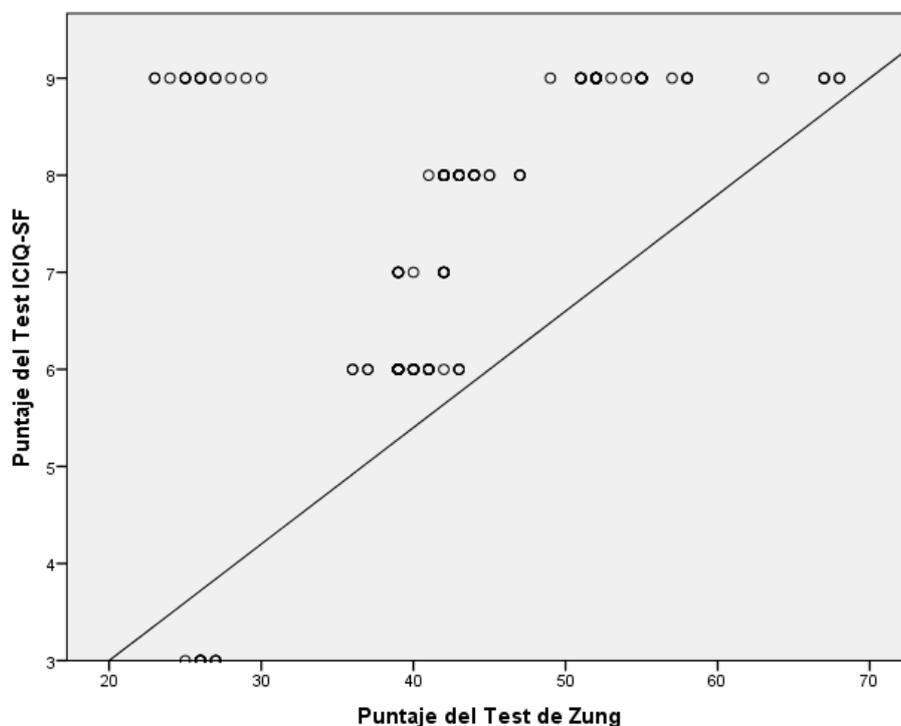


Figura 4. Correlación de Spearman entre el test ICIQ-SF y el test

## 5.2 Discusión de resultados

En relación al objetivo principal del presente trabajo de investigación se logró encontrar asociación estadísticamente significativa entre los test de ICIQ-SF para incontinencia urinaria con el de Zung para depresión ( $P=0,001$ ), de manera similar Felde<sup>11</sup> concluyó que tanto la depresión como la ansiedad son factores de riesgo para desarrollar incontinencia urinaria y que la incontinencia urinaria se asocia con una mayor incidencia de depresión y ansiedad.

Se pudo observar una alta frecuencia de depresión, siendo la depresión leve la más representativa, por su parte también se detectó una frecuencia elevada de pacientes con incontinencia urinaria, siendo estos los que con mayor frecuencia tenían depresión, algo similar detectó Alves<sup>12</sup> en donde las mujeres incontinentes demostraron peor calidad de vida que las mujeres continentales. En conclusión, casi una cuarta parte de las mujeres inscritas en ese estudio informaron síntomas de incontinencia urinaria y peor calidad de vida que aquellos que fueron continente. Resultados similares observó Kwak<sup>13</sup> en donde

al final del estudio se concluyó que la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres mayores con incontinencia urinaria fue relativamente baja, mientras que los niveles de estrés y la depresión era alta.

En relación a los factores de riesgo que se encontraron como la edad, se obtuvo que la mayor frecuencia fue la comprendida entre los 40 a 50 años de edad, datos similares se obtuvieron en el estudio realizado por Adams<sup>20</sup> en donde la edad media (47 %), fue de  $49,6 \pm 5,5$  años. Con respecto al número de hijos, el 82,3% fueron multíparas, lo cual se asemeja a los resultados en el artículo de Zhou<sup>17</sup> en donde se demostró que a mayor paridad hay mayor riesgo de Incontinencia Urinaria. Al analizar los resultados de índice de masa corporal se halló que el rango más frecuente fue el comprendido entre 25 a 29,9 Kg/m<sup>2</sup>, lo cual se asemeja con los resultados hallados por Rincón y col.<sup>19</sup> en donde se observa que la incontinencia urinaria se asocia a obesidad. A sí mismo se presentó una alta frecuencia de diabetes mellitus, representando un 55,4% del total, guardando similitud con diferentes artículos como el de Souza Santos<sup>18</sup>, Ardila<sup>19</sup> y Junqueira<sup>21</sup> en donde se demuestra la fuerte asociación que hay entre estas dos patologías. Finalmente se encontró asociación entre el diagnóstico de estreñimiento e incontinencia urinaria, lo cual se asemeja al hallazgo en el estudio de Adams<sup>20</sup> en donde se encontró una asociación entre ambas patologías en un 41,8 %.

Sin embargo, a pesar de los hallazgos obtenidos es necesario recalcar que hubieron ciertas limitaciones como el número reducido del tamaño de la muestra lo cual afectó directamente al poder estadístico, muy poca población sin depresión, la presencia de variables confusoras como vaginitis atrófica, incontinencia post menopausia, el no contar con un área para realizar el examen físico a las pacientes para de esta manera poder descartar el diagnóstico de prolapso, no se realizó estudio de urodinamia para determinar la presencia ni el tipo de incontinencia urinaria, solo se tomó la incontinencia urinaria como síntoma aislado sin embargo no se diagnosticó la etiología ni el tipo de incontinencia urinaria.

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **6.1 Conclusiones**

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre los test de ICIQ-SF para incontinencia urinaria con el de Zung para depresión, indicando esto que a mayor sintomatología de incontinencia urinaria mayor depresión.

El grado de depresión más frecuente en los pacientes con incontinencia urinaria fue la depresión leve.

Un pequeño porcentaje de los pacientes presentaron depresión severa.

La mayoría de las pacientes con incontinencia urinaria, presentaban síntomas severos.

### **6.2 Recomendaciones**

Aumentar la muestra con la finalidad de encontrar asociaciones que no se logran identificar con nuestra población actual.

Difusión y publicación de los resultados para que la incontinencia urinaria sea vista como una enfermedad más completa considerando la repercusión mental y no solo verla como una enfermedad meramente física.

En base a los resultados generar estrategias de prevención y promoción para detectar con prontitud los casos de depresión en este grupo de pacientes y con ello mejorar la calidad de vida de las pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robles JE. La incontinencia urinaria. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. agosto de 2006;29(2):219-31.
2. Depression\_38791.pdf [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2018]. Disponible en:  
[https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression\\_38791.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression_38791.pdf)
3. Incontinencia urinaria femenina. Diagnóstico, tratamiento y prevención | Offarm [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2018]. Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/pt-revista-offarm-4-articulo-incontinencia-urinaria-femenina-diagnostico-tratamiento-13116880>
4. Depression, Anxiety and the Bladder - SAKAKIBARA - 2013 - LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms - Wiley Online Library [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2018]. Disponible en:  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/luts.12018>
5. OMS | Depresión [Internet]. [citado 12 de septiembre de 2018]. Disponible en:  
<http://www.who.int/topics/depression/es/>
6. Depression\_38791.pdf [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2018]. Disponible en:  
[https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression\\_38791.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression_38791.pdf)
7. Incontinencia urinaria femenina. Diagnóstico, tratamiento y prevención | Offarm [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2018]. Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/pt-revista-offarm-4-articulo-incontinencia-urinaria-femenina-diagnostico-tratamiento-13116880>
8. Depression, Anxiety and the Bladder - SAKAKIBARA - 2013 - LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms - Wiley Online Library [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2018]. Disponible en:  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/luts.12018>
9. Drossaerts J, Vrijens D, Leue C, Schilders I, Van Kerrebroeck P, van Koevinge G. Screening for depression and anxiety in patients with storage or voiding dysfunction: A retrospective cohort study predicting outcome of sacral neuromodulation. *Neurourol Urodyn.* 2016;35(8):1011-6.
10. Choi WS, Heo NJ, Lee YJ, Son H. Factors that influence lower urinary tract symptom (LUTS)-related quality of life (QoL) in a healthy population. *World J Urol.* noviembre de 2017;35(11):1783-9.

11. Felde G, Ebbesen MH, Hunskaar S. Anxiety and depression associated with urinary incontinence. A 10-year follow-up study from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *Neurourol Urodyn*. 2017;36(2):322-8.
12. Alves JO, Luz STD, Brandão S, Da Luz CM, Jorge RN, Da Roza T. Urinary Incontinence in Physically Active Young Women: Prevalence and Related Factors. *Int J Sports Med*. noviembre de 2017;38(12):937-41.
13. Kwak Y, Kwon H, Kim Y. Health-related quality of life and mental health in older women with urinary incontinence. *Aging Ment Health*. 2 de julio de 2016;20(7):719-26
14. Choi WS, Heo NJ, Lee YJ, Son H. Factors that influence lower urinary tract symptom (LUTS)-related quality of life (QoL) in a healthy population. *World J Urol*. noviembre de 2017;35(11):1783-9.
15. Adams R, María E. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. marzo de 2014;40(1):119-35.
16. Dane KE, Gatewood SBS, Peron EP. Antidepressant Use and Incident Urinary Incontinence: A Literature Review. *Consult Pharm J Am Soc Consult Pharm*. marzo de 2016;31(3):151-60
17. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015 | Martina | Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. [citado 12 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/14259/12793>.
18. Claudia Regina de Souza Santos, Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos. Prevalencia de la incontinencia urinaria en muestra aleatoria de la población urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18(5):[08 pantallas] sept.-oct. 2010
19. OLGA RINCÓN A. 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. *Rev Med Chile* 2015; 143: 203-212
20. Lic. Elsa María Rodríguez Adams. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia* 2014;40(1):119-135
21. Jaqueline Betteloni Junqueira, Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos. Incontinencia Urinaria en pacientes hospitalizados: prevalencia y factores

- asociados. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.25 Ribeirão Preto 2017 Epub Jan 08, 2018.
22. Busquets C Maritza, Serra T Ramón. Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Rev. méd. Chile [Internet]. 2012 Mar [citado 2019 Feb 06]; 140(3): 340-346.
  23. Flores Quezada Sandra Lizeth. Ejercicio Kegel en mujeres embarazadas con incontinencia urinaria en la Maternidad de Maria DE agosto a noviembre del 2017.Chimbote-Perú.
  24. Adalberto Campo-Arias, Luis Alfonso Díaz-Martínez, Germán Eduardo Rueda-Jaimes, Jaider Alfonso Barros-Bermúdez. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIV / No. 1 / 2005.
  25. Perales Alberto, Chue Héctor, Padilla Alberto, Barahona Lorenzo. Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima, Perú. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2011 Oct [citado 2019 Feb 06]; 28(4): 581-588.
  26. De la Cruz Vargas JA, Correa Lopez LE, Alatrística Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. Educ Médica [Internet]. 2 de agosto de 2018 [citado 16 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.Sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302122>

# ANEXOS

## Anexo 1: Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	DISEÑO	ANÁLISIS ESTADÍSTICO
¿Cuál es la asociación entre el grado de depresión y la incontinencia urinaria?	Determinar la asociación entre el grado de depresión e incontinencia urinaria en mujeres en un Hospital Regional del Callao.	HA: Si existe asociación entre el grado de depresión e incontinencia urinaria Ho: No existe asociación entre el grado de depresión e incontinencia urinaria.	Observacional a través de test validados.	Análisis estadístico descriptivo univariado (se utilizó las medidas de resumen de variables cualitativas). Análisis bivariado (se utilizó el test de $X^2$ ) Se realizó una corrección de Yates
¿Cuál es el grado de depresión en pacientes con incontinencia urinaria?	Determinar el grado de depresión en pacientes con incontinencia urinaria.	HA: A mayor grado de depresión hay más síntomas de incontinencia urinaria. Ho: A mayor grado de depresión no hay más síntomas de incontinencia urinaria.	Observacional a través de test validados.	Análisis estadístico descriptivo univariado (se utilizó las medidas de resumen de variables cualitativas). Análisis bivariado (se utilizó el test de $X^2$ ) Se realizó una corrección de Yates
¿Hay mayor incidencia de incontinencia urinaria, a mayor edad?	Determinar si a mayor edad hay mayor incidencia de incontinencia urinaria	HA: A mayor edad hay mayor riesgo de incontinencia urinaria. Ho: A mayor edad no hay mayor riesgo de incontinencia urinaria.	Observacional a través de test validados y ficha de recolección de datos.	Análisis estadístico descriptivo univariado (se utilizó las medidas de resumen de variables cualitativas). Análisis bivariado (se utilizó el test de $X^2$ ) Se realizó una corrección de Yates
¿Hay mayor incidencia de incontinencia urinaria, a mayor número de hijos?	Determinar si a mayor paridad hay mayor incidencia de incontinencia urinaria.	HA: A mayor paridad mayor incontinencia urinaria. Ho: A mayor paridad no hay mayor riesgo de incontinencia urinaria.	Observacional a través de test validados y ficha de recolección de datos.	Análisis estadístico descriptivo univariado (se utilizó las medidas de resumen de variables cualitativas). Análisis bivariado (se utilizó el test de $X^2$ ) Se realizó una corrección de Yates
¿A mayor IMC hay mayor riesgo de incontinencia urinaria?	Determinar si a mayor IMC hay mayor riesgo de incontinencia urinaria.	HA: Pacientes con mayor IMC tienen mayor riesgo de incontinencia urinaria. Ho: Pacientes con mayor IMC no tienen mayor riesgo de incontinencia urinaria.	Observacional a través de test validados y ficha de recolección de datos.	Análisis estadístico descriptivo univariado (se utilizó las medidas de resumen de variables cualitativas). Análisis bivariado (se utilizó el test de $X^2$ ) Se realizó una corrección de Yates
¿Los pacientes diabéticos tienen mayor riesgo de incontinencia urinaria?	Determinar si los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tienen mayor riesgo de incontinencia urinaria.	HA: Pacientes con diabetes mellitus tienen mayor riesgo de incontinencia urinaria. Ho: Pacientes con diabetes mellitus no tienen mayor riesgo de incontinencia urinaria.	Observacional a través de test validados y ficha de recolección de datos.	Análisis estadístico descriptivo univariado (se utilizó las medidas de resumen de variables cualitativas). Análisis bivariado (se utilizó el test de $X^2$ ) Se realizó una corrección de Yates
¿Cuál es la asociación entre tabaquismo e incontinencia urinaria?	Determinar la asociación entre tabaquismo e incontinencia urinaria.	HA: Pacientes fumadores tienen mayor riesgo de incontinencia urinaria. Ho: Pacientes fumadores no tienen mayor riesgo de incontinencia urinaria.	Observacional a través de test validados y ficha de recolección de datos.	Análisis estadístico descriptivo univariado (se utilizó las medidas de resumen de variables cualitativas). Análisis bivariado (se utilizó el test de $X^2$ ) Se realizó una corrección de Yates
¿Cuál es la asociación entre alcoholismo e incontinencia urinaria?	Determinar la asociación entre alcoholismo e incontinencia urinaria.	HA: A mayor ingesta de alcohol mayor riesgo de incontinencia urinaria Ho: A mayor ingesta de alcohol no hay mayor riesgo de incontinencia urinaria.	Observacional a través de test validados y ficha de recolección de datos.	Análisis estadístico descriptivo univariado (se utilizó las medidas de resumen de variables cualitativas). Análisis bivariado (se utilizó el test de $X^2$ ) Se realizó una corrección de Yates
¿Cuál es la asociación entre estreñimiento e incontinencia urinaria?	Determinar la asociación entre estreñimiento e incontinencia urinaria	HA: A mayor estreñimiento mayor riesgo de incontinencia urinaria Ho: A mayor estreñimiento no hay mayor riesgo de incontinencia urinaria.	Observacional a través de test validados y ficha de recolección de datos.	Análisis estadístico descriptivo univariado (se utilizó las medidas de resumen de variables cualitativas). Análisis bivariado (se utilizó el test de $X^2$ ) Se realizó una corrección de Yates

## Anexo 2: Operacionalización de variables

Variables	Indicador	Categoría o Rango	Criterio de medición	Tipo	Escala de medición
Variable Independiente					
Incontinencia Urinaria	Según la puntuación de la escala ICIQ-SF.	Frecuencia. Cantidad. Efectos sobre calidad de vida.	a. Si presenta incontinencia. b. No presenta incontinencia	Cualitativa	Nominal
Variable Dependiente					
Depresión	Según la puntuación del test de Zung.	Síntomas positivos y negativos	a. No depresión. b. Depresión leve. c. Depresión moderada d. Depresión severa	Cualitativa	Ordinal
Variables Intervinientes					
Edad	Edad en años al momento de la encuesta.	40 – 60	40-50 (1) 51-60 (2)	Cualitativa	Nominal
Paridad	Número de embarazos que ha tenido una mujer a lo largo de su vida.	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara	Nulípara: 0 (0) Primípara: 1 (1) Multípara: >2 (2) Gran multípara: > 6 (3)	Cualitativa	Ordinal
IMC	Peso dividido entre la talla al cuadrado.	16-40	<18.5 (1) 18.5-24.9 (2) 25-29.9 (3) 30-39.9 (4) >40 (5)	Cualitativa	Ordinal
Diabetes Mellitus	Diagnóstico de diabetes dado por médico.	Diagnóstico de diabetes	Diagnóstico de diabetes: Sí Diagnóstico de diabetes: No	Cualitativa	Nominal
Tabaquismo	Consumo excesivo de cigarrillos	Consumo de 1 cajetilla o más de cigarros por día.	Tabaquismo: Sí Tabaquismo: No	Cualitativa	Nominal
Alcoholismo	Consumo excesivo de alcohol	Consumo de alcohol por más de 3 veces a la semana.	Alcoholismo: Sí Alcoholismo: No	Cualitativa	Nominal
Estreñimiento	Diagnóstico de estreñimiento dado por médico.	Diagnóstico de estreñimiento	Diagnóstico de estreñimiento: Sí Diagnóstico de estreñimiento: No	Cualitativa	Nominal

## Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado 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.

## Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Ficha de recolección de datos:

1. Edad:
2. Número de hijos:
3. IMC:
4. Diagnóstico de Diabetes Mellitus: Sí – No
5. Consumo de más de 1 cajetilla de cigarros: Sí – No
6. Consumo de alcohol más de 3 veces a la semana: Sí – No

## Anexo 4: Certificado de Buenas Prácticas en Investigación Clínica



### NIDA Clinical Trials Network

#### Certificate of Completion

is hereby granted to

**Alejandra Paz**

to certify your completion of the six-hour required course on:

#### GOOD CLINICAL PRACTICE

MODULE:	STATUS:
Introduction	N/A
Institutional Review Boards	Passed
Informed Consent	Passed
Confidentiality & Privacy	Passed
Participant Safety & Adverse Events	Passed
Quality Assurance	Passed
The Research Protocol	Passed
Documentation & Record-Keeping	Passed
Research Misconduct	Passed
Roles & Responsibilities	Passed
Recruitment & Retention	Passed
Investigational New Drugs	Passed

Course Completion Date: 3 January 2019

CTN Expiration Date: 3 January 2022

Tracee Williams, Training Coordinator  
NIDA Clinical Coordinating Center

Good Clinical Practice, Version 5, effective 03-Mar-2017

This training has been funded in whole or in part with Federal funds from the National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, under Contract No. HHSN2720120100024C.