

Prevalencia y demanda de asistencia sanitaria en mujeres con incontinencia urinaria en el ámbito laboral

Carmen González-Quevedo Gómez

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid
gonzalegm@unian.es

Tutor

Jose Luis Pacheco del Cerro

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid
pacheco@enf.ucm.es

Resumen: El objetivo general de este proyecto será identificar mujeres con IU y detectar qué proporción de población padece pero no consulta esta patología y los objetivos específicos, estimar la prevalencia de IU global y específica por edad y estilo de vida, conocer la información que tienen acerca de los servicios de atención sanitaria y la demanda de estos y describir el perfil epidemiológico de las mujeres incontinentes que trabajan en la UC. La metodología que se va a utilizar será un estudio descriptivo transversal, tomando como muestra a todas las mujeres trabajadoras de la Universidad de Cantabria, mediante cuestionarios autoadministrados, enviados por correo electrónico. La variable principal será la presencia o no de IU mediante la realización de “el Cuestionario de Valoración de Incontinencia Urinaria - International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form (ICIQ-SF)”, primer cuestionario corto de diagnóstico de IU validado en España. Otras variables a estudio serán: edad, categoría profesional, embarazos, calidad de vida, estilo de vida, demanda de asistencia sanitaria y conocimiento de consultas especializadas para las cuales se realizará un cuestionario estructurado, utilizando clasificaciones definidas en estudios publicados.

Palabras clave: Incontinencia urinaria en mujeres. Incontinencia urinaria - Calidad de vida.

Abstract: The overall objective of this project will identify women with IU and detect what proportion of the population suffers from this condition but no consultation and specific objectives, estimate the prevalence of IU overall and specific age and lifestyle, knowing the information they have about of health care services and demand for these and describe the epidemiological profile of incontinent women who work in the UC. The methodology to be used will be a cross-sectional study, taking as a sign to all working women at the University of Cantabria, through self-administered

questionnaires sent by email. The main variable is the presence or absence of UTI by conducting "a questionnaire for assessing urinary incontinence International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF)" (short questionnaire first diagnosis of UTI validated in Spain). Other variables to study are: age, professional status, pregnancy, quality of life, lifestyle, demand for health care and specialized knowledge of consultations for which there will be a questionnaire structured using classifications identified in published studies.

Keywords: Urinary incontinence women. Urinary incontinence quality of life.

INTRODUCCIÓN

Existen diferentes definiciones de IU. En la actualidad, se está tratando de homogeneizar éstas y seguir el concepto propuesto por "La Sociedad Internacional para la Continencia" (ICS), la cual define la incontinencia urinaria como cualquier pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable y de tal magnitud que constituye un problema higiénico o social⁽¹⁾. Según demuestran diferentes estudios epidemiológicos entre mujeres adultas de todas las edades, las tasas de prevalencia de IU oscilan entre el 20 y 50%^(2,7). Este margen tan sumamente amplio, se justifica a partir de las distintas definiciones de incontinencia urinaria utilizadas en los diferentes estudios, los cuales difieren también en la frecuencia de episodios, la gravedad, el grado de molestia, el tipo de incontinencia estudiado, la población diana, el medio de recogida de datos, etc.

Buena parte de los estudios se realizan mediante cuestionarios autoadministrados por las propias pacientes, lo que supone que los datos obtenidos de este modo tienen un grado de subjetividad bastante importante. Otro de los factores que explica esta disparidad, es precisamente el carácter crónico dinámico del proceso, el cual se instaura lentamente, pero puede desaparecer durante un tiempo para establecerse posteriormente de forma definitiva.

La incontinencia urinaria no es una enfermedad "grave" y a pesar de que los datos epidemiológicos indican que la IU es un problema frecuente, la incidencia de esta patología como se ha dicho anteriormente, es difícil de calcular dado que muchas mujeres no demanda atención sanitaria, pues lo asumen como problemas relacionadas con la edad, o bien por prejuicios sociales tienden a ocultarla pero la autoestima, la autonomía y la calidad de vida de quien la padece⁽¹⁸⁾, se encuentra limitada por esta patología, sin olvidar el gasto económico y social asociado a la incontinencia urinaria⁽¹²⁾.

Por otra parte, según los expertos, el problema es infravalorado por los profesionales sanitarios debido a que se desconoce su realidad, no se tienen en cuenta las repercusiones psicológicas y sociales del mismo, la formación es deficitaria y no

forma parte de la anamnesis habitual en la consulta⁽³⁾, por lo que su detección y posterior tratamiento es difícil de lograr⁽¹³⁾.

Tampoco hay que olvidar uno de los problemas derivados de esta patología que es el gran gasto económico, que supone más de 120 millones de euros (20.000 millones de pesetas) en absorbentes y compresas en el mundo y que unas veces son financiadas por los pacientes, y en los casos más graves, por la Seguridad Social. Así, Ignacio Pascual señaló que la partida de los gastos más importante de la Seguridad Social era la de absorbentes, algo que, a su juicio, supone un "negocio"⁽³⁾.

FORMAS CLÍNICAS MÁS FRECUENTES DE INCONTINENCIA URINARIA

Incontinencia urinaria de esfuerzo o de estrés

Es la pérdida involuntaria de orina que se produce con el aumento de la presión intraabdominal (tos, estornudos, risa, levantamiento de objetos, cambios de posición, ejercicio, etc.).

Puede deberse a uno de los siguientes mecanismos, o a una combinación de ambos:

- Debilidad de las estructuras que conforman el suelo de la pelvis y que sostienen la uretra, lo que condiciona una hipermovilidad uretral.
- 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 etiología de este tipo de incontinencia es multifactorial, aunque destacan los siguientes factores:

- Procesos respiratorios crónicos: tos crónica, rinitis, estornudos, etc.
- 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, admitiéndose en la actualidad que el embarazo, el parto vaginal y la multiparidad desempeñan un papel negativo sobre el suelo pélvico y que el daño obstétrico puede conducir a este tipo de incontinencia; también se ha demostrado que la duración del período expulsivo del parto se relaciona directamente con la incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Alteraciones adquiridas o congénitas de la estática vertebral. Se ha comprobado que la hiperlordosis o las desviaciones producidas por malposiciones habituales contribuyen a modificar el eje de la columna y con ello la disposición de los órganos internos.
- Fármacos tales como los bloqueadores betas 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.

El papel de la menopausia en la etiología de la incontinencia urinaria de esfuerzo no está claro; se admite que no hay pruebas suficientes para afirmar que esta condición causa incontinencia. Numerosos autores consideran como más probable que el deterioro en estas edades se relacione más con la disminución del tono muscular que con la deficiencia de estrógenos presente en esta etapa; para otros, esta deficiencia sí es importante como factor etiológico, ya que los estrógenos tienen una acción trófica sobre la mucosa uretral y el plexo vascular submucoso.

Incontinencia urinaria de urgencia

Está caracterizada por el deseo incontrolable de orinar, hasta el punto de la pérdida involuntaria de orina. Generalmente se produce por falta de control a nivel del músculo detrusor (vejiga inestable) o por alteraciones neurológicas (vejiga hiperreflexica). Se acompaña de aumento de la frecuencia de las micciones en el día y en la noche (nicturia), urgencia miccional e incontinencia y sensación de micción incompleta. Estos episodios se producen con situaciones como ingesta de cafeína, frío, oír agua corriendo o ante la proximidad de un sanitario.

Incontinencia urinaria mixta

Se presenta cuando ambos tipos de IU se asocian. Es decir, existe incontinencia de urgencia y pérdida de orina con los esfuerzos. Es el tipo más frecuente de IU en la consulta médica. Se presenta cuando ambos tipos de IU se asocian, es decir, existe incontinencia de urgencia y pérdida de orina con los esfuerzos. Es el tipo más frecuente de IU en la consulta médica.

La evolución de este problema casi siempre es la misma. Inicialmente, se suele recurrir a materiales absorbentes (pañales) y cambios en la ingesta de líquidos y en las actividades diarias. Lejos de presentarse alguna mejoría, el problema persiste y empeora hasta que se altera la calidad de vida de la paciente, interfiriendo en su vida laboral, familiar y sexual. Adicionalmente, sobrevienen problemas médicos como infecciones urinarias y vaginales, alteraciones en la piel (dermatitis) y problemas psicológicos.

Generalmente la consulta médica se realiza después de transcurrido un tiempo cuando el proceso ha evolucionado y presenta alguna complicación. En este momento la posibilidad de tratamientos que no requieran cirugía es mínima, exponiendo a las pacientes a los fracasos propios de estas cirugías.

Debido a estas situaciones, es necesario replantear el enfoque que le hemos dado los médicos al problema de la IU femenina. Durante mucho tiempo, hemos descuidado el pilar fundamental para cualquier clase de tratamiento de la IU, el cual es la recuperación de la función adecuada de los músculos del piso de la pelvis. Por suerte, estos músculos debilitados y afectados por eventos anteriores como los embarazos y los partos, son susceptibles de fortalecerse y volver a presentar su función^(4,5,19).

PREVENCIÓN

Existen medidas para la prevención de la incontinencia urinaria^(9,10,15, 16,17).

- Reducir el consumo de sustancias excitantes: alcohol, bebidas con cafeína, cítricos, tomate, comidas muy especiadas, chocolate, etc.
- Restricción de los líquidos en la tarde/noche y de frutas con elevado contenido líquido, evitando las orinas muy concentradas.
- Evitar el uso de sedantes nocturnos.
- Evitar la automedicación.
- Reducir el consumo de hierbas medicinales de efecto desconocido.
- No hacer intervalos entre las micciones mayores de tres horas durante el día.
- Facilitar el acceso al WC si existen problemas de movilidad.

- Evitar el aumento brusco de la presión intraabdominal (tos crónica, náuseas, etc.).
- Tratar el posible estreñimiento y la obesidad.
- Realizar una actividad física regular, evitando el ejercicio físico violento y algunos tipos de gimnasia lesivos del suelo pélvico.
- Evitar los gritos y cantos exagerados y bruscos.
- No levantar pesos.
- Utilizar ropas cómodas de sacar y no apretadas.
- Realizar ejercicios para fortalecer la musculatura pélvica (ejercicios de Kegel)^(9,10).
- Conos vaginales⁽¹¹⁾.

TRATAMIENTO

El objetivo fundamental del tratamiento debe ser siempre mejorar la calidad de vida de las pacientes, por lo que es prioritario conocer sus preferencias, el tipo de vida que llevan y sus circunstancias personales. En todos los casos deben analizarse con las pacientes las ventajas e inconvenientes que conlleva cada una de las opciones terapéuticas^(8,12).

Las posibilidades terapéuticas ante la incontinencia femenina incluyen básicamente farmacoterapia, ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico, tratamiento quirúrgico. Y en última instancia tratamiento paliativo (absorbentes)^(5, 6, 14).

JUSTIFICACIÓN

Mediante el siguiente proyecto de investigación se quiere conocer la prevalencia, la información y demandada de asistencia sanitaria de la IU en la mujer, en un grupo de población en edad laboral y explorar posibles factores que definan un perfil candidato a prevención, teniendo en cuenta que en el pasado prácticamente no existía la posibilidad de asistencia sanitaria, tanto para la prevención como para el tratamiento corrector de esta patología, existiendo en la actualidad una gran variedad de tratamientos así como consultas de incontinencia y de suelo pélvico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Flores Sánchez G, Freijo Gutiérrez V, Pastor Pinazo R, Muñoz Moreno MF, Barrio Ibáñez M, Castilla Cubero JL, et al. Estudio epidemiológico de la incontinencia urinaria femenina en edad laboral. *Rehabilitación*. 2004; 38(4):162-167.

2. Cardozo AP, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurol Urodyn.* 2002; 21:167-178.
3. Gema R. Incontinencia urinaria: la enfermedad silenciosa. *Rev Esp Econ Salud.* 2002 Junio; 1(2) 27-30.
4. López MC, Rodríguez C, Sánchez de Enciso M, Vázquez C. Incontinencia urinaria y mujer un problema frecuente y olvidado. *SEMG* 2006; 7: 90-93.
5. Navalón P, Ordoño F, Torre L, Sánchez F, Escudero J, Ramos de Campos M, et al. Sustitución vesical ortotópica en el tratamiento de la cistitis intersticial. *Arch. Esp. Urol.*[revista en Internet]. 2005 Set [citado 2008 Jun 06]; 58(7): 605-610. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?> .
6. Romero J, Prieto L. Técnica y actualidad de la urodinámica: Problemas y retos. *Actas Urol Esp.*[revista en Internet]. 2003 Feb [citado 2008 Jun 06]; 27(2):75-91. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?> .
7. Lone C, Cruz AL, Martínez JC, Cánovas JA, Gómez JL. Prevalencia de la incontinencia urinaria femenina en la población femenina atendida en el área sanitaria de Alicante. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia.* 2006; 38(5):172-177.
8. Martínez Saura F, Fouz López C, Gil Díaz P, Téllez Martínez-Fornés M. Incontinencia urinaria: una visión desde Atención Primaria. *Medifam.*[revista en Internet]. 2001 Feb [citado 2008 Jun 06]; 11(2):25-40. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>.
9. Gómez Ayala E. Incontinencia urinaria femenina. Diagnóstico tratamiento y prevención. *OFFARM.* 2004; 7(3):60-71.
10. González MM. Ejercicios de Kegel. *OFFRM* 2004 [citado 2008 Junio]: 4 (20) Disponible en: http://www.indas.es/comunicacion/publiccientif/I-Ejercicios_DE_KEGEL_PDF.
11. Viana C. Incontinencia urinaria en la mujer [citado 2008 junio] Disponible en http://www.fisterra.com/guias_2_incotinencia.asp.
12. Robles J. E. La incontinencia urinaria. *Anales Sis San Navarra.*[revista en Internet]. 2006 Ago [citado 2008 Jun 06]; 29(2):219-231. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>.

13. Fuentes I, Silmi A, Crespí J, Moreno L. Estado actual de la valoración clínica de la incontinencia urinaria femenina. *Clínicas Urológicas de la Complutense*. 2000; 8:93-99.
14. Robls J, Zudaire JJ, Rosel D, Berian P. Nuevos fármacos en el tratamiento de la incontinencia urinaria. *Revista Médica Universidad de Navarra*. 2004; 48:43-49.
15. Vila I, Coll MA, Fortuny Roger M, Casasa Plana A. *Incontinencia urinaria: Sesiones clínicas en APS*. Barcelona: SEMFYC; 2006.
16. Fortuny M, Carbonell C, Narbona P. *Incontinència urinaria en activitats preventives per la gent gran*. Llibre blanc. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1999.
17. Albasso A, Glazener CM, Pickard R, N'Dow J. Adrenergic drugs for urinary incontinence in adults. *Cochrane*. 2002;(2).
18. Espuña M, Puig M. Síntomas del tracto urinario inferior en la mujer y afectación de la calidad de vida. Resultados de la aplicación del King's Health Questionnaire. *Actas Urol Esp*. 2006; 30(7):684-691.
19. Ballester A, Mínguez M, Herreros B, Hernández V, Sanchiz V, Benages A. Prevalencia de la incontinencia anal y urinaria silentes en mujeres de la ciudad de Teruel. *Rev. esp. enferm. dig.*[revista en Internet]. 2005 Feb [citado 2008 Jun 06];97(2):78-86. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>

HIPÓTESIS

La prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres en edad laboral es alta y existe desinformación, siendo el porcentaje que demanda asistencia sanitaria muy bajo.

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres trabajadoras de la UC y la demanda de atención sanitaria de las mismas.

Objetivos específicos

- Estimar la prevalencia de IU global y específica por edad y estilo de vida.

- Conocer la información que tienen acerca de los servicios de atención sanitaria y la demanda de estos.
- Describir el perfil epidemiológico de las mujeres incontinentes que trabajan en al UC.

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Diseño de estudio

Estudio descriptivo y transversal.

Población diana

Mujeres trabajadoras de la Universidad de Cantabria.

Tamaño muestral

El Servicio de Recursos Humanos de la Universidad de Cantabria a fecha de 1 de junio de 2008 tiene un censo 697 mujeres. Se calcula el tamaño muestral con una confianza del 95%, una precisión del 3% y en base a una prevalencia de síntomas del 50%. Se extraerá una muestra de mayor tamaño que la calculada, para poder remplazar a personas que no puedan ser localizadas o que se nieguen a colaborar en el estudio, asumiendo un 20% de perdidas, el tamaño muestral resultante será de 541 mujeres.

Métodos de muestreo

- Campaña informativa del proyecto a través del periódico de la UC.
- Carta de presentación y envío de cuestionarios (Anexo I), mediante correo electrónico a todas las mujeres trabajadoras de la UC, explicando el motivo del proyecto y agradeciendo de antemano su colaboración.
- Cuestionario de Valoración de Incontinencia Urinaria o International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) (primer cuestionario corto de diagnóstico de IU validado en España).
- Junto a este cuestionario validado, se recogerá información para cada una de las variables: socioeconómicas, estilo de vida y conocimiento de servicios sanitarios, utilizando clasificaciones definidas en estudios publicados.

- La recogida de los cuestionarios se hará mediante urnas situadas en las conserjerías de los diferentes centros, así como en las secretarías de los departamentos, para facilitar la entrega y asegurar el anonimato de las mismas.
- Reenvío de cuestionarios a las 3 semanas.
- Reenvío de cuestionarios a las 6 semanas.
- Para su realización será necesario solicitar el permiso institucional.

Variables de estudio

- **Variables dependientes**
 - ✓ Incontinencia urinaria: (variable cualitativa) la puntuación del cuestionario (ICIQ-F) se obtiene sumando las puntuaciones de las preguntas 3+4+5. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a 0.
 - ✓ Afectación de la calidad de vida (variable cualitativa) cuestionario (ICIQ-F)
- **Variables independientes**
 - ✓ Edad (variable cuantitativa).
 - ✓ Puesto de trabajo (variable cualitativa).
 - ✓ Historia gestacional (variable cuantitativa discreta).
 - ✓ Hábitos tóxicos (variable cualitativa).
 - ✓ Ejercicio físico (variable cualitativa).
 - ✓ Uso de absorbentes (variable cualitativa).
 - ✓ Demanda de atención sanitaria (variable cualitativa dicotómica).
 - ✓ Conocimiento de la existencia de la consulta de incontinencia y de suelo pélvico en el SCS (variable cualitativa dicotómica).

Métodos de recogida de información

El cuestionario de valoración de incontinencia urinaria International o Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form (ICIQ-SF) (primer cuestionario corto de diagnóstico de IU validado en España), el cual consta de seis preguntas sobre la frecuencia de pérdida miccional, la cantidad de la misma y la afectación de la calidad de vida producida por la incontinencia. La puntuación del cuestionario se realiza con la suma de la puntuación de tres preguntas, teniendo un máximo de 21 puntos. La última pregunta, ¿cuándo pierde orina?, tiene 8 posibles respuestas y tiene el objetivo de identificar el tipo de incontinencia del paciente por medio de preguntas de tipo clínico. La puntuación del ICIQ-SF se obtiene sumando las puntuaciones de las preguntas 3+4+5. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero^(1,3).

Junto a este cuestionario validado, se recogerá información para cada una de las variables: socioeconómicas, estilo de vida y conocimiento de servicios sanitarios, utilizando clasificaciones definidas en estudios publicados⁽²⁾ (Anexo II).

Métodos estadísticos

Se creará una base de datos con el programa Access XP, en la que se irá recogiendo la información contenida en los cuestionarios.

El procesamiento y análisis de los datos se realizará mediante el paquete estadístico SPSS 15.

Las variables cuantitativas se resumirán con su media, desviación estándar (DE), e intervalo de confianza al 95%.

Se evaluará la asociación entre variables cualitativas con el test de χ^2 o prueba exacta de Fisher, en el caso de que más de un 25% de los esperados fuese menor de 5.

Se analizará el comportamiento de las variables cuantitativas por cada una de las variables independientes mediante el test de la t de Student o ANOVA y la correlación de variables con el coeficiente r de Pearson.

Se rechaza la hipótesis nula con error de significación de $p < 0.05$.

Se elaborará un modelo de regresión lineal múltiple para estudiar la relación entre las puntuaciones de calidad de vida del test (variable cuantitativa) y la incontinencia, ajustando por otras variables de interés como la edad, estilo de vida, historia gestacional, etc.

Plan de trabajo

- Solicitud de permiso institucional, julio 2008.
- Crear una base de datos para el registro de las variables, septiembre 2008.
- Campaña informativa del proyecto a través del periódico de la UC, octubre 2008.
- Envío de cuestionarios, noviembre 2008.
- Reenvío de cuestionarios a las tres semanas.
- Último reenvío a las seis semanas del primer envío.
- Introducción de los datos obtenidos, enero 2009.
- Análisis estadístico de los datos obtenidos, abril 2009.
- Elaboración del informe del estudio: junio 2009.
- Difusión de los resultados de la investigación mediante publicaciones en revistas y contribuciones a congresos: septiembre 2009.

Consideraciones éticas

Aprobación del proyecto por parte de la comisión de investigación de la Universidad de Cantabria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espuña M, Rebol IP, Clota M. Validación de la versión española del Intenacional Consultation on Incontinent Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. Med Clin. 2004; 122(8):288-92.
2. Hospital Clínico San Carlos, Servicio de Urología y Medicina Preventiva. Encuesta epidemiológica. Madrid.
3. Espuña Pons M, Castro Díaz D, Carbonell C, Dilla T. Comparación entre el cuestionario "ICIQ-UI Short Form" y el "King's Health Questionnaire" como instrumentos de evaluación de la incontinencia urinaria en mujeres. Actas Urol Esp. 2007; 31(5):502-510.

ANEXO I

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA ICIQ-SF

Nº Inicial:

ICIQ-SF (versión española):

Fecha de hoy: Día /Mes /Año

Mucha gente pierde orina en un momento determinado. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta qué punto les preocupa esta situación. Le estaríamos muy agradecidos si contestase a las siguientes preguntas, pensando en cómo se ha encontrado en las últimas cuatro semanas.

- **Por favor, escriba la fecha de su nacimiento:** Día / mes / Año

- **Usted es:** Mujer / Varón

- **¿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

- **Nos gustaría saber 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

- **¿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									

- **¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pase a Ud:**

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

ANEXO II

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA. SERVICIOS DE UROLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Puesto de trabajo

- PDI
- Administrativo
- Otros

Antecedentes personales

- Fuma: Sí - NO
- Toma usted actualmente alguna bebida alcohólica: Sí - NO
- Bebe usted café habitualmente: Sí - NO
- Toma usted alguna droga: Sí - NO
- Realiza usted ejercicio físico habitualmente: Sí - NO
- Cuántos embarazos ha tenido: Ninguno / Uno / Más de Uno

Demanda de atención sanitaria

- Ha consultado a su médico o enfermera por las pérdidas involuntarias de orina: Sí - NO
- Alguna vez ha realizado algún tratamiento para los escapes de orina: Sí - NO
- Utiliza absorbentes: Sí - NO
- Conoce usted la existencia de las consultas de incontinencia y de suelo pélvico en el Servicio Cántabro de Salud: Sí - NO

Muchas gracias por contestar estas preguntas.

Recibido: 14 octubre 2010.
Aceptado: 6 noviembre 2010.