

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO**

LICENCIATURA EN MEDICINA

SERVICIO SOCIAL 2024-2025

**PROYECTO DE VINCULACIÓN LAS
ANIMAS TULYEHUALCO**

**Prevalencia y factores de riesgo
asociados de incontinencia urinaria en
mujeres: un estudio transversal en
Santiago Tulyehualco, México**

**ASESORA: DRA. ADRIANA CLEMENTE
HERRERA**

NÚMERO ECONÓMICO: 29165

MPSS. EDUARDO ANTONIO PEÑA GÓNGORA

MAT. 2192035459

V. B.
Dr. Clemente Herrera Adriana
29165

Prevalencia y factores de riesgo asociados de incontinencia urinaria en mujeres: un estudio transversal en Santiago Tulyehualco, México.

Peña-Góngora, Eduardo Antonio

Médico Pasante de Servicio Social.

Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco

INTRODUCCIÓN:

De acuerdo con la Sociedad de la Incontinencia Urinaria (ICS, por sus siglas en inglés) se define a la incontinencia urinaria como cualquier queja de pérdida involuntaria de orina (1). Se ha demostrado que este padecimiento afecta notablemente de manera negativa la calidad de vida de miles de mujeres en el mundo. Sin mencionar que las repercusiones tienen un alcance psicológico, social y económico (2, 3). Incluso, existen investigaciones que han asociado a la incontinencia urinaria con un incremento en el riesgo de mortalidad por todas las causas en mujeres pertenecientes a grupos poblacionales específicos (4). A nivel global se ha reportado una prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres que varía entre el 5 al 70% (5). Actualmente, en México la información epidemiológica disponible sobre la prevalencia y los factores de riesgo asociados de la incontinencia urinaria en las mujeres es casi nula; se han publicado estudios transversales en regiones específicas del país, sin embargo, las muestras empleadas son pequeñas y limitadas a grupos poblacionales específicos (6). Tanto a nivel global como nacional una de los obstáculos para contar con una variabilidad significativa entre los estudios reportados son las diferentes definiciones y clasificación para la incontinencia urinaria. De manera general, la incontinencia urinaria se ha clasificado en de tipo urgencia, esfuerzo, mixta y otras como la categoría de rebosamiento (7). Asimismo, se han estudiado diferentes variables con una posible asociación al desarrollo de incontinencia urinaria en mujeres, dentro de las que se pueden destacar, la edad avanzada, obesidad, multiparidad, diabetes, hipertensión arterial sistémica, menopausia y constipación crónica (8, 9).

Otra de las condicionante de la variabilidad de los datos en prevalencia es la disponibilidad de múltiples herramientas y cuestionarios de muestreo y tamizaje que

han sido empleados en diferentes investigaciones disponibles en la literatura médica (10, 11, 12); algunos validados por sociedades y colegios y otros más diseñados de manera autónoma. Un ejemplo de cuestionario validado a nivel internacional y que ha sido empleado de manera concurrente en diferentes estudios científicos es el International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ -UI Short Form) (13), el cual permite evaluar de manera cualitativa a través de 4 preguntas concretas la frecuencia, severidad, grado de afectación y tipo de incontinencia urinaria en mujeres durante las últimas cuatro semanas; se considera como positivo a incontinencia urinaria el contar con el puntaje mínimo de 1 respecto a los 21 posibles.

Por otro lado, la mayoría de los estudios sobre incontinencia urinaria en mujeres se han conducido en áreas de alto desarrollo socioeconómico y con acceso a centros médicos avanzados, por lo que son escasos los reportes en zonas rurales o marginadas (13). La comunidad de Santiago Tulyehualco se encuentra ubicada en la alcaldía Xochimilco en las periferias de la Ciudad de México. De acuerdo con cifras del Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el 2022 se censó una población compuesta por 6896 habitantes y solo cuenta con una unidad médica de primer nivel de atención por parte de la Secretaría de Salud Pública (14).

JUSTIFICACIÓN

En consecuencia a que la incontinencia urinaria es una problemática que aqueja a muchas mujeres y que lamentablemente es poco visibilizado tanto a nivel de la consulta de primer nivel como en su registro epidemiológico a través de la carencia de iniciativas de investigación que aborden esta problemática, y, sumado al factor de que existen comunidades marginadas y con difícil acceso a los servicios de salud, tal como lo es el poblado de Santiago Tulyehualco, es que un servidor determinó conducir un estudio transversal en el lugar antes mencionado para documentar la frecuencia e impacto que tiene la incontinencia urinaria en las mujeres que habitan dicha comunidad y son usuarias del Servicio Médico al interior del predio agrícola Las Ánimas Tulyehualco de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, el cual a su vez opera bajo el proyecto de vinculación que lleva su mismo nombre; a través de este un servidor participa y cumple su servicio social como Médico Pasante. Esta investigación no solo documenta un padecimiento que merma significativamente la calidad de vida de miles

de mujeres, también hace visible una problemática que es callado y al mismo tiempo ignorado por la sociedad mexicana.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres que habitan en la comunidad de Santiago Tulyehualco, mediante el ICIQ-UI Short Form.

OBJETIVOS ESPECÍFCOS

- Identificar factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria en la población eje.
- Determinar el grado de severidad de incontinencia urinaria en mujeres que habitan en la comunidad antes mencionada, mediante el ICIQ-UI Short Form.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia y los factores de riesgo asociados de la incontinencia urinaria en mujeres de 20 a 80 años que habitan en la comunidad de Santiago Tulyehualco?

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

De acuerdo con la International Continence Society (ICS), la incontinencia urinaria se define como cualquier queja de pérdida involuntaria de orina (15); definición que también emplea la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (16). Asimismo, dado el objeto de estudio de la presente investigación, resulta acorde mencionar lo entendido como incontinencia urinaria por parte del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), es decir, “la pérdida involuntaria de orina atribuible a distintas causas y que puede presentar una variedad de síntomas que afectan el bienestar físico, psicológico y social de la mujer” (17). En todas las definiciones de incontinencia urinaria se destaca el factor de la involuntariedad y un determinado de repercusión en el individuo, y para este estudio en la mujer, particularmente.

La clasificación de la incontinencia urinaria en la mujer no cuenta a la fecha con un consenso que la dote de un carácter homogéneo dentro de la comunidad científica.

Esta laguna trasciende de la discrepancia terminológica, provocando una reconocida complejidad al momento de pretender estudiar de manera científica y ordenada el fenómeno y que se traduce en datos con una amplia variabilidad al momento de ser presentados como resultados, tal como se comentara de manera posterior. De manera que en el presente estudio se adopta la clasificación de la incontinencia urinaria referida por la FIGO, la cual la divide en tres tipos:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo: “pérdida involuntaria de orina con esfuerzo o actividad física, o al estornudar o toser” (16).
- Incontinencia urinaria de urgencia: “pérdida involuntaria de orina asociada a urgencia” (16).
- Incontinencia urinaria mixta: “pérdida involuntaria de orina asociada tanto a la urgencia, como al esfuerzo, la actividad física, el estornudo o la tos” (16).

EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

En el mundo, la prevalencia global de la incontinencia urinaria en mujeres varía entre el 20 y 40% (17); amplio margen que se debe a lo mencionado previamente respecto a la diversidad de clasificaciones disponibles en la literatura médico-científica. A nivel nacional, México, la situación se torna más inverosímil ya que son escasos los reportes y estadísticas que documenten la prevalencia del padecimiento en cuestión, y, aquellos disponibles son de cobertura regional y enfocados a determinados grupos poblacionales; en Guadalajara, un estado mexicano, por ejemplo, un estudio encontró una prevalencia del 27.8% entre mujeres de entre 15 a 85 años (18), mientras que otro publicado en el 2020 reportó una prevalencia del 56.25% en mujeres mayores de 60 años que habitaban en la península de Yucatán (6). Cabe mencionar que, en ambos estudios las muestras obtenidas han sido pequeñas en comparación a estudios transversales similares conducidos en otros países.

Respecto a la prevalencia específica de cada tipo de incontinencia urinaria dentro de la literatura médica se reporta una prevalencia en mujeres jóvenes y de mediana edad del 83% (19), por otro lado, se han publicado estudios que arrojan una prevalencia de incontinencia urinaria de tipo urgencia y mixta del 44%, en mujeres adultas mayores (20).

Sobre los factores de riesgo aquellos que mayormente han sido asociados a la incontinencia urinaria en mujeres son:

- Relacionados a la gestación: la multiparidad, la macrosomía fetal y el parto instrumentado, como el uso de fórceps o la realización de episiotomía, derivado del insulto causado en el piso pélvico (21, 23).
- Edad avanzada: el envejecimiento se ha asociado a la incontinencia urinaria, probablemente derivado a una debilidad del suelo pélvico y las comorbilidades neurológicas que comúnmente coexisten en este grupo de edad (22, 23).
- Menopausia: la supresión de la circulación de estrógenos repercute en tejido urogenital (23).
- Diabetes: el daño neuromuscular condicionado en la fisiopatología propia de la diabetes se ha asociado al desarrollo de la incontinencia urinaria (24, 25).
- Hipertensión arterial sistémica (25).
- Obesidad: un incremento en el peso corporal genera una fuerza de presión sobre la vejiga y el suelo pélvico lo cual desencadena incontinencia urinaria (23).
- Tabaquismo: su consumo causa debilidad del piso pélvico (26).
- Estreñimiento crónico: el aumento de la presión intraabdominal recae en el suelo pélvico y con ello el desencadenamiento de incontinencia urinaria (28).
- Cirugías abdominales y ginecológicas previas: al involucrar el componente tisular y neuromuscular del suelo pélvico, existe una asociación con la incontinencia urinaria (26).

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

Los desencadenantes de la incontinencia urinaria contienen componentes anatómico-funcionales, neurológicos, sistémicos y extrínsecos, que no necesariamente convergen entre sí, pero que determinan mecanismos fisiopatológicos particulares ligados a sus abordajes terapéuticos lo cual culmina con la clasificación previamente mencionada.

La principal vía fisiopatológica se basa en el debilitamiento del piso pélvico secundario a insultos como el parto vaginal, parto instrumentado y trauma obstétrico que afecta el sostén de órganos como la vejiga y puede causar una disfunción del esfínter (29); esta vía se traduce en la tipología de la incontinencia urinaria por esfuerzo. Por otro

lado, alguna alteración neurológica derivado de una patología como un accidente cerebrovascular, demencias y de origen inmunológico, o intrínseca del músculo de la vejiga, que hasta la fecha se establece como idiopático. Esto caracteriza a la incontinencia urinaria de tipo urgencia (28).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Adicional al síntoma cardinal que es la fuga de orina en determinadas circunstancias, diferentes reportes en la literatura médica refieren que la incontinencia urinaria puede acompañarse de síntomas como la nicturia, dolor suprapúbico, dispareunia y disuria (30), sin embargo, estos son predominantes en otras patologías como las infecciones urinarias, por lo que propiamente son empleados para el diagnóstico diferencial.

Por otro lado, es frecuente que la incontinencia urinaria se encuentre concomitante a síntomas psiquiátricos como el aislamiento social, ansiedad e insomnio dado el impacto en la calidad de vida que el padecimiento tiene en las pacientes (29).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la incontinencia urinaria en mujeres es en esencia clínico, por lo que se debe comenzar con el desarrollo de una adecuada historia clínica e interrogatorio de los antecedentes obstétricos, asimismo, la exploración física contribuye al establecimiento del diagnóstico clínico y la clasificación de la incontinencia urinaria, fundamentalmente, el examen ginecológico resulta esencial para evaluar el estado del perineo (30).

Como parte de la evaluación secundaria, el médico puede aplicar diferentes pruebas clínicas que confirmen el diagnóstico. Ejemplo de estas son la prueba de esfuerzo, el Q-tip test o prueba del hisopo que determina la hipermovilidad de la uretra y la aplicación de herramientas como el ICIQ-UI Short Form (28).

Cuando el diagnóstico no es concluyente o se prevé que la paciente amerite un tratamiento quirúrgico debido a falla en el manejo médico o evolución tórpida de la sintomatología, es pertinente referir a la paciente a un tercer nivel de atención para que le sea practica pruebas de urodinamia como la uroflujometría y la cistomanometría (31).

TRATAMIENTO

El manejo inicial de la incontinencia urinaria en mujeres parte de una terapia médica donde toma relevancia el fortalecimiento de la musculatura del piso pélvico, usualmente, a través de los ejercicios de Kegel (31); se han realizado revisiones sistemáticas que demuestran su efectividad en comparación de ninguna intervención (20). Por otro lado, estrategias como cambios en el estilo de vida tales como la pérdida de peso, restricción de líquidos y sustancias irritantes como la cafeína poseen un alto grado de evidencia científica en el mejoramiento de los síntomas de la incontinencia urinaria en mujeres (32)

Sobre el tratamiento farmacológico, su aplicación se encuentra condicionada al tipo de incontinencia urinaria que se está tratando; en aquella de tipo urgencia y mixta es útil el uso de fármacos antimuscarínicos y beta 3 agonistas (33).

Cuando los anteriores han fallado en el control de la sintomatología, existen opciones quirúrgicas como colocación de la banda suburetral libre de tensión, la cual, actualmente, se le considera como el tratamiento quirúrgico elección debido a su eficacia y baja morbilidad, particularmente en la incontinencia urinaria de tipo esfuerzo (34). Por otro lado, se dispone de alternativas tradicionales como la colposuspensión retropúbica que, a diferencia del tratamiento de elección, causa una mayor morbilidad y tiempo de recuperación (34). Asimismo, con indicaciones precisas, se pueden realizar procedimientos mínimamente invasivos como la cirugía vía transobturatriz (TOT) (35). Finalmente, se ha descrito el uso de toxina botulínica y neuromodulación sacra para pacientes con incontinencia urinaria de tipo urgencia que no responde al tratamiento convencional (34).

METODOLOGÍA

El tipo de estudio es observacional, descriptivo, transversal y cuantitativo.

- Población/participantes: mujeres de 20 a 80 años de edad cumplidos cuya residencia se encuentre dentro de los límites geográficos correspondientes a la comunidad de Santiago Tulyehualco en México y que sean usuarias del Servicio Médico Las Ánimas, Tulyehualco.
- Intervención, exposición: no aplica dado el tipo de estudio a conducir.

- Comparación: sin comparación.
- Variables primarias: presentar fugas o escapes de orina. Determinado por un puntaje mínimo de 1 de los 21 puntos posibles del ICIQ-UI Short Form.
- Variables secundarias:
 - Grado de severidad de la incontinencia urinaria, medida en una escala del 0 al 10, donde 0 equivale a nada y 10 a mucha severidad, conforme al ítem 5 del ICIQ-UI Short Form.
 - Factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria como la edad, obesidad, tabaquismo, antecedente de diabetes, antecedente de hipertensión arterial sistémica, multiparidad, constipación crónica y menopausia. Para propósito de este estudio se delimitarán a las variables con base a las siguientes definiciones operacionales:
 - Edad: años cumplidos.
 - Obesidad: mujeres que cuenten con un índice de masa corporal mayor a 30 kilogramos sobre metro cuadrado, conforme a la clasificación establecida por la Organización Mundial de la Salud.
 - Tabaquismo: fumar activamente 1 o más cigarros al día.
 - Diabetes: contar con el diagnóstico médico de diabetes sin importar su modalidad ni tiempo de evolución ni tratamiento.
 - Hipertensión arterial sistémica: contar con el diagnóstico médico de diabetes sin importar su modalidad ni tiempo de evolución ni tratamiento.
 - Multiparidad: haber tenido 2 o más gestas viables. Excluyendo a pacientes que se encuentren embarazadas al momento de la realización del estudio.
 - Constipación crónica: contar con constipación por más de 4 semanas.
 - Menopausia: ausencia de menstruación en los últimos 12 meses.

La herramienta empleada en el presente estudio es el Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ -UI Short Form) en su versión traducida al español y obtenido mediante autorización previa por parte del ICIQ group vía correo electrónico.

El cuestionario mantiene un diseño que asegura la confidencialidad recolectando únicamente la fecha de aplicación del mismo, número de serie asignado a cada participante, sus iniciales, sexo y fecha de nacimiento. Asimismo, está compuesto de 5 preguntas de opción múltiple que interrogan la frecuencia, cantidad y el escenario en que la participante pierde orina, y 1 pregunta en escala lineal que pregunta el grado de afectación que representa esta situación para ella, la escala recorre del 0 al 10, donde 0 equivale a nada de afectación a la calidad de vida y 10 mucha, respectivamente. En la pregunta donde se cuestionan los posibles escenarios en los que ocurre la pérdida de orina se plantean los siguientes: 1) nunca pierde orina; 2) pierde orina antes de llegar al sanitario; 3) pierde orina cuando tose o estornuda; 4) pierde orina cuando duerme; 5) pierde orina cuando hace esfuerzos físicos / ejercicio; 6) pierde orina al acabar de orinar y cuando ya se ha vestido; 7) pierde orina sin un motivo aparente; 8) pierde orina de forma continua; la participante puede seleccionar más de una opción de ser necesario.

El cuestionario se aplicó del 1 de abril al 1 de julio del 2025. Este se aplicó previo consentimiento informado de la participante, a través de una entrevista dirigida por personal médico y de enfermería al interior de un consultorio perteneciente al Servicio Médico Las Ánimas ubicado dentro de la comunidad de Santiago Tulyehualco. En ese mismo contexto se interrogaron datos específicos que permitieran categorizar a la participante sobre si cumple o no con las definiciones operacionales mencionadas previamente; para el caso de la variable “obesidad” se midió el peso y talla de la participante y se registró en unidades del sistema decimal, para posteriormente emplear dichos datos para el cálculo del índice de masa corporal y clasificar a la participante con base a la clasificación establecida por la Organización Mundial de la Salud para el índice de masa corporal. El cumplimiento de estas variables fue registrado por el entrevistador en una tabla autorizada por el autor de la investigación en donde a través de códigos concordantes con las definiciones operacionales se colocaron si la paciente cumplía o no con la definición.

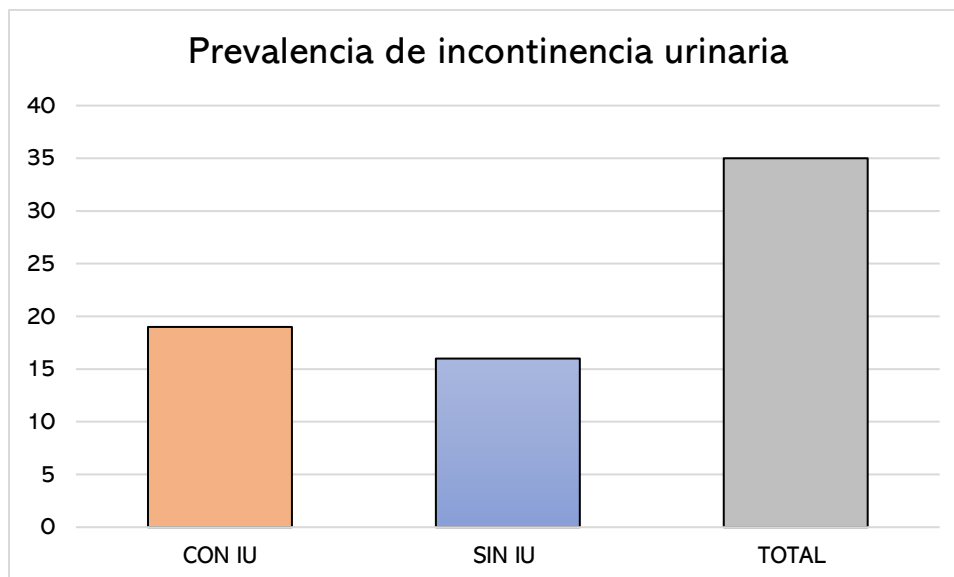
Los datos obtenidos fueron extraídos en una matriz de datos mediante el programa virtual de procesamiento de datos Excel resguardada. Esta fue utilizada para calcular la prevalencia, definida como uno o más puntos obtenidos mediante el ICIQ -UI Short

Form en las últimas cuatro semanas. Asimismo, se siguió el siguiente criterio para definir qué tipo de incontinencia urinaria presentaban las participantes: si la participante seleccionó uno más de los escenarios 2), 4) y o 6), se clasificó como incontinencia urinaria de tipo urgencia; si la participante seleccionó el escenario 3) se clasificó como incontinencia urinaria de tipo esfuerzo; y, si la participante seleccionó el escenario 7) y/o 8), o bien, si selecciono escenarios que aplicaban para incontinencia urinaria de tipo urgencia y esfuerzo, se clasificó como incontinencia urinaria mixta.

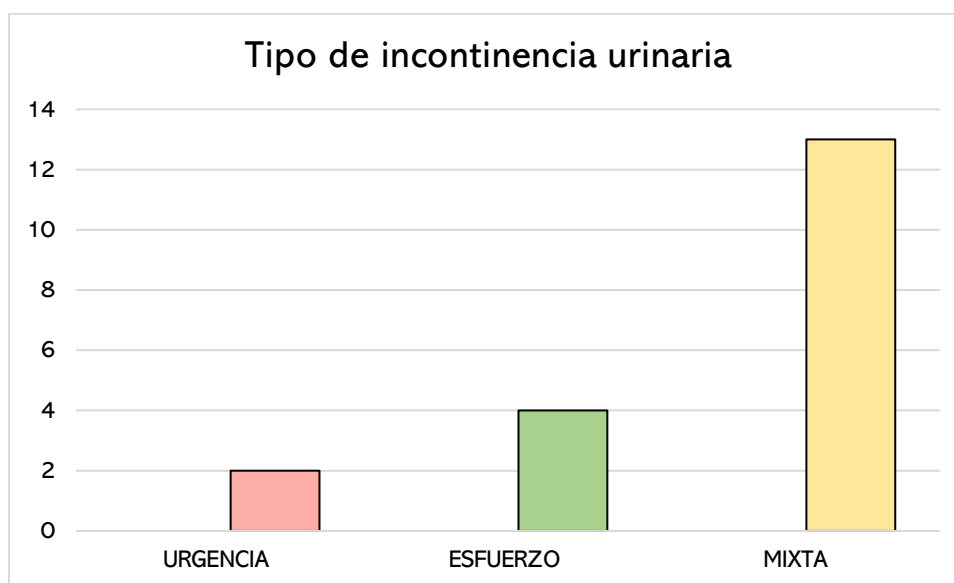
Igualmente, el grado de severidad se obtuvo mediante el ítem 5 del ICIQ -UI Short Form, traduciéndolo a una escala lineal de menos a mayor severidad. Por otro lado, las variables definidas para los factores de riesgo en estudio fueron categorizadas y se analizó su asociación y frecuencia en las mujeres que resultaron positivo para incontinencia urinaria, a través del ICIQ -UI Short Form. Además, se determinó la distribución de los factores de riesgo en cada uno de los tipos de incontinencia urinaria.

RESULTADOS

Se aplicaron 35 cuestionarios a mujeres habitantes del poblado de Santiago Tulyehualco que acudieron al Servicio Médico Las Ánimas Tulyehualco a solicitar orientación médica por un motivo de atención ajeno a esta investigación. Al término de la orientación médica se les invitó a las pacientes a contestar el cuestionario con base a los plasmado en el apartado de la metodología. Esta fue la muestra utilizada; no se excluyeron respuestas, el único motivo para no responder al cuestionario fue que la paciente manifestara no desear responderlo. El rango de edad de las mujeres que accedieron a participar en el estudio fue de entre 42 y 84 años, con una edad promedio de 62.4 años. De los 35 cuestionarios aplicados, 19 arrojaron un valor positivo para incontinencia urinaria, obteniendo una prevalencia del 54.28% (Anexo 1); se observó que la prevalencia aumentó a mayor edad. De esas pacientes el 10.53% clasificó para incontinencia urinaria de tipo urgencia, el 21.05% de tipo esfuerzo y el 68.42% mixta (Anexo 2). Respecto al grado de severidad, registrado por el ítem 5 del ICIQ -UI Short Form, el puntaje medio referido por las participantes en el que reportaron presentar fugas de orina fue de 5.84.

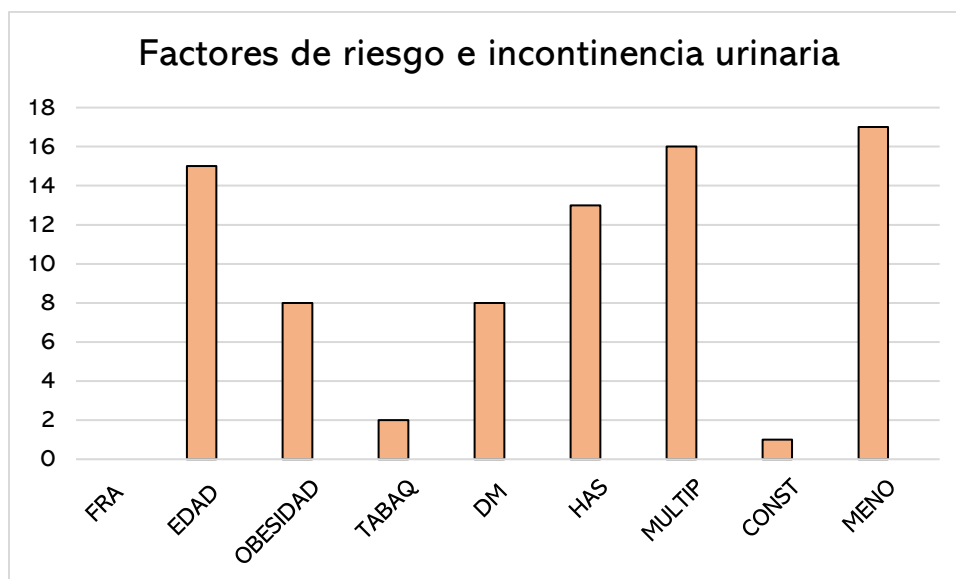


Anexo1. Prevalencia de incontinencia urinaria. Total de la participación (n=35); con incontinencia urinaria (n=19); sin incontinencia urinaria (n=16).



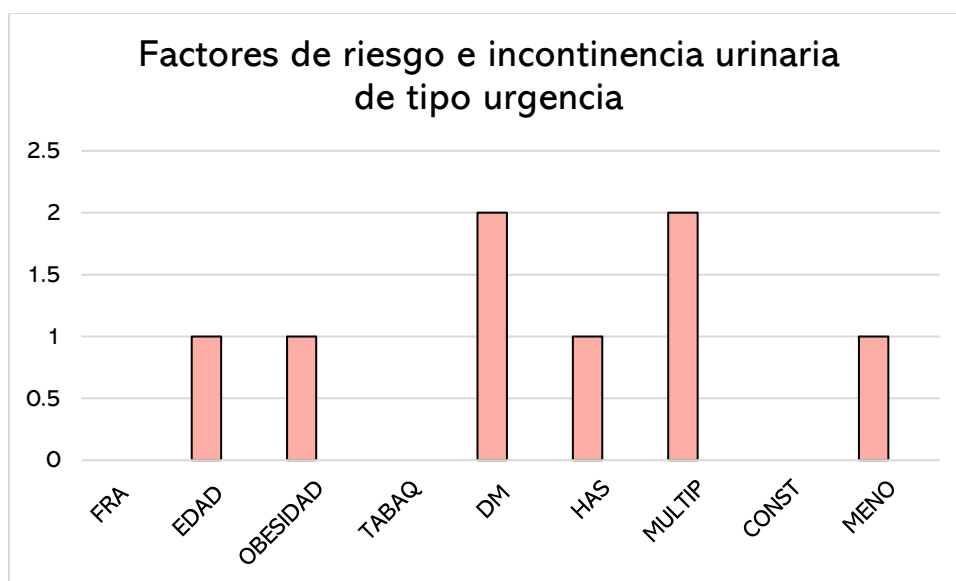
Anexo 2. Distribución del tipo de incontinencia urinaria. De tipo urgencia (n=2); de tipo esfuerzo (n=4); de tipo mixta (n=13).

Por otro lado, sobre los factores de riesgo, la menopausia (prevalencia del 89.47%), multiparidad (prevalencia del 84.2%) y edad (78.94%) fueron los mayormente asociados a incontinencia urinaria de acuerdo a lo referido por las participantes (Anexo 3).

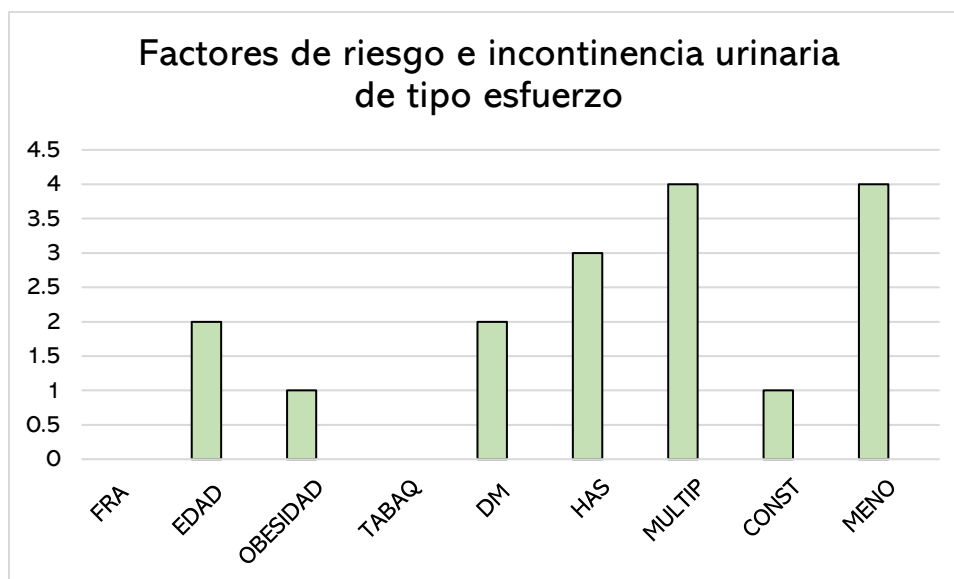


Anexo 3. Prevalencia de factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria.

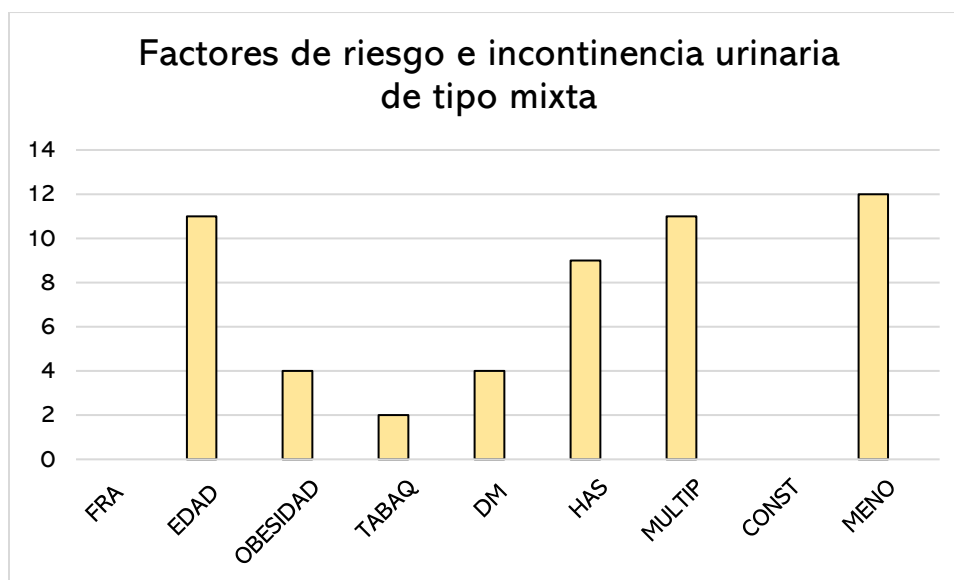
En subtipos, la incontinencia urinaria de tipo urgencia se asoció mayormente con la multiparidad y la diabetes (Anexo 4.), mientras que aquella de tipo esfuerzo tuvo una mayor asociación con la multiparidad y la menopausia. Finalmente, el tipo mixta presento asociación predominante a la menopausia, la multiparidad y edad.



Anexo 4. Prevalencia de factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria de tipo urgencia.



Anexo 5. Prevalencia de factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria de tipo esfuerzo.



Anexo 6. Prevalencia de factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria de tipo mixta.

DISCUSIÓN

El presente estudio transversal demostró que la incontinencia urinaria es altamente prevalente en las mujeres que habitan en el poblado de Santiago Tulyehualco y que son usuarias del Servicio Médico Las Ánimas ubicado dentro del antes mencionado. Si bien, esta comunidad no puede catalogarse de manera geográfica como rural, el acceso a servicios de salud pública es escasos y por tanto podría colocarse en

condiciones afines a una de tipo rural, lo cual indicaría concordancia con lo reportado en otros estudios transversales con metodología similar al del presente estudio; fundamentalmente, haciendo uso del ICIQ -UI Short Form como herramienta metodológica. Estos fueron conducidos en regiones tanto nacionales (6) como internacionales (12, 10). En el ámbito nacional, por ejemplo, se reportó una prevalencia del 56.25%, siendo la población estudiada de características etarias próximas a la muestreada por parte de un servidor. Por el lado internacional, en regiones rurales asiáticas, se documentó una prevalencia del 36.5%. Respecto al tipo de incontinencia urinaria más prevalente este fue la mixta. En la literatura médica, si bien la incontinencia urinaria de tipo urgencia ocupa el primer lugar en prevalencia, el hallazgo de un servidor es concordante con aquellos estudios cuyas poblaciones de estudio fueron geriátricas; la edad promedio de la muestra empleada fue de 64.47, es decir, que la mayoría de las participantes resultaron pertenecer al grupo etario de adultas mayores. No obstante, es importante mencionar que, los criterios para clasificar a las participantes en torno al tipo de incontinencia urinaria que presentaban se basaron exclusivamente en lo referido por ellas mismas, a través del cuestionario ICIQ -UI Short Form, por lo que no se incluyó el uso de pruebas clínicas ni urodinámicas. Asimismo, este estudio confirma lo referido en publicaciones previas conforme a la afectación directa a las esferas psicológica y social de las mujeres que viven con incontinencia urinaria y que ultimadamente degradan la calidad de vida, en el presente estudio la mayoría de las participantes posicionaron su percepción respecto a la severidad de su incontinencia urinaria en un grado intermedio-alto. Finalmente, respecto a los factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria resultó con mayor prevalencia el estado de menopausia, lo cual sugiere una posible influencia del hipoestrogenismo en la función de los componentes del piso pélvico, teoría que es respaldada por el hallazgo de receptores de estrógenos en dichos componentes. Este hallazgo es compartido dentro de la literatura médica disponible. En ese mismo sentido, concordante a resultados ajenos, se encontró a la multiparidad como segundo factor de riesgo asociado con mayor prevalencia; fenómeno que puede ser explicado derivado del esfuerzo mecánico que implica el parto y el riesgo a presentar desgarros que dañen al perineo y su musculatura, cabe mencionar que, en este estudio no se evaluó la vía de parto ni la intervención de instrumentos auxiliares. El tercer factor con mayor asociación

fue la edad, observando un comportamiento de los datos de dirección proporcional entre edad y presencia de incontinencia urinaria.

CONCLUSIÓN

Más de la mitad de las mujeres de la comunidad de Santiago Tulyehualco y que son pacientes del Servicio Médico Las Ánimas han experimentado en el último mes incontinencia urinaria; la gran mayoría de ellas ve esta situación como un factor que afecta severamente su calidad de vida en las tres esferas de la salud. Los factores de riesgo que mayormente se asociaron a presentar incontinencia urinaria fueron la menopausia, multiparidad y edad. Por lo que, al ser un poblado con un limitado acceso a los servicios de salud pública y considerando el avance inverso de una pirámide poblacional es preciso implementar programas de promoción de la salud y campañas de atención a este padecimiento. De la misma manera, es fundamental la conducción de más estudios transversales que permita visibilizar en mayor medida la problemática de la incontinencia urinaria en las mujeres.

LIMITANTES

Un servidor considera que es necesario la inclusión de una muestra de mayor magnitud en aras de estimar la prevalencia de la incontinencia urinaria a nivel regional. Asimismo, en el presente estudio no se realizaron pruebas estadísticas ni análisis de regresión logística.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer profundamente el apoyo a esa investigación por parte de equipo de enfermería del Servicio Médico Las Ánimas.

BIBLIOGRAFÍA

1. D'Ancona CD, Haylen BT, Oelke M, Herschorn S, Abranches-Monteiro L, Arnold EP, Goldman HB, Hamid R, Homma Y, Marcelissen T, Rademakers K, Schizas A, Singla A, Soto I, Tse V, de Wachter S. An International Continence Society (ICS) Report on the Terminology for Adult Male Lower Urinary Tract and Pelvic Floor Symptoms and Dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2019. doi: 10.1002/nau.23897.
2. Kinchen KS, Lee J, Fireman B, et al. The prevalence, burden, and treatment of urinary incontinence among women in managed care plan. *J Womens Health (Larchmt)*. 2007;16(3):415-22.

3. Hu J, Fiore E. Urinary incontinence in women: evaluation and management. *Am Fam Physician*. 2019;100(6):339-47.
4. John G, Bardini C, Combescure C, et al. Urinary incontinence as a predictor of death. *PLoS One*. 2016;11(7):e0158992.
5. Milsom I, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*. 2018;22(3):217. doi: 10.1080/13697137.2018.1543263.
6. Gonzalez-Maldonado L, Erosa-Villareal R, Janssen-Aguilar R, et al. Incontinencia urinaria: factores de riesgo y frecuencia en mujeres mayores de 60 años, en el sureste de México. *Rev Mex Urol*. 2020;79(3). ISSN: 0185-4542.
7. Elneil S, Romanzi L, Goh J, Haylen B, et al. An International Continence Society (ICS) report on the terminology for female pelvic floor fistulas. *Neurourol Urodyn*. 2020;39:2040-71.
8. Pang H, Lv J, Xu T, et al. Incidence and risk factors of female urinary incontinence: a 4-year longitudinal study among 24,985 adult women in China. *BJOG*. 2022;129:580-9.
9. Balalau O, Olaru O, Bacalbasa N, et al. The analysis of risk factors associated with women's urinary incontinence: literature review. *J Mind Med Sci*. 2021. ISSN: 2392-7674.
10. Wang Q, Que Y, Yang Y, et al. A population-based cross-sectional survey on the prevalence, severity, risk factors, and self-perception of female urinary incontinence in rural Fujian, China. *Int Urogynecol J*. 2023. doi: 10.1007/s00192-023-05518-0.
11. Lasserre A, Pelat C, Guérault V, et al. Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life. *Eur Urol*. 2009;56(1):177-83. doi: 10.1016/j.eururo.2009.04.006.
12. Al-Shaikh G, Al-Badr A, Al A, et al. Reliability of Arabic ICIQ-UI short form in Saudi Arabia. *Urol Ann*. 2013;5(1):34-7.
13. Manonai J, Poowapirom A, Kittipiboon S, et al. Female urinary incontinence: a cross-sectional study from Thai rural area. *Int Urogynecol J*. 2006;17:321-5.
14. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2010. México: CONAPO; 2017.
15. International Continence Society. Monografía sobre incontinencia urinaria: evaluación y tratamiento. FFOMC; 2022 (guía de revisión periódica sobre incontinencia urinaria, prolapso e incontinencia fecal)
16. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Committee on Uro-gynaecology and Pelvic Floor Disorders. Surgical treatment for female urodynamic stress incontinence. FIGO Working Group report. Jul 2020.
17. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Urinary incontinence. Washington, DC: ACOG; 2022.
18. González-Ruiz de León C, Pérez-Haro ML, Jalón-Monzón A, García-Rodríguez J. Actualización en incontinencia urinaria femenina. *Med Fam SEMERGEN*. 2017;43(8):578-84. doi:10.1016/j.semerg.2017.01.003

19. Martínez ECJ, Flores CO, García de AGJE, Velázquez CPI, González RMI, Márquez AR. Prevalencia de incontinencia urinaria y anal en mujeres de la zona metropolitana de Guadalajara. *Ginecol Obstet Mex*. 2006;74(6):300–5.
20. Gavira-Pavón A, Walker-Chao C, Rodríguez-Rodríguez N, Gavira-Iglesias FJ. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in women who visit the doctor with low back pain: multicentre study. *Aten Primaria*. 2014 Feb;46(2):100–108. doi:10.1016/j.aprim.2013.07.004
21. Rodríguez-Núñez R, Álvarez Silveiras E, Salas Campos L, González-González A. Estudio de la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus factores de riesgo en nuestro medio. *Clin Investig Ginecol Obstet*. 2007;34(4):128-36. doi:10.1016/S0210-573X(07)74492-1
22. Martín Tuda C, Carnero Fernández MP. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. *Enferm Glob* [Internet]. 2020 Mar [citado 2025 Jul 11];19(57):390–412.
23. Estudillo González F, Sánchez-Ferragut C, Nieto M, Rodríguez-Rubio C. Incontinencia Urinaria en la mujer ¿Qué debemos saber?. 2004 *Enfuro* 10; 91, 10-13.
24. Fitri A, Kurniawati E, Wiyasihati S, Kencoco C. Risk factors of stress urinary incontinence in pelvic organ prolapse patients: a systematic review and meta-analysis. *African Journal of Urology*. 2023; 29(53)
25. Danforth K, Townsend M, Curhan G, et al. Risk Factors for Urinary Incontinence among Middle-aged Women. 2006. *Am J Obstet Gynecol*. 194(2): 339-345. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.07.051>
26. Campillos-Cañete Nazaret, González-Tamajon M, Berlango-Jiménez J, Crespo-Montero R. Incontinencia urinaria: causas y cuidados de enfermería. Una revisión bibliográfica. *Enferm Nefrol*. 2021. 24(1):25-37
27. Chiang H, Valdevenito R, Mercado A. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2018; 29(2):232-241. DOI: 10.1016/j.rmcl.2018.02.011
28. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Suelo Pélvico. *Revista Española sobre Medicina del Suelo Pélvico de la Mujer y Cirugía Reconstructiva*. 2021; 13(1).
29. Rodríguez E, Aguirre D, Lescaille. Calidad de vida en la Incontinencia urinaria femenina. 2020; 12(1). ISSN 1995-9427
30. Aoki Y, Brown H, Brubaker L, Cornu J, et al. Incontinencia urinaria en mujeres. *Nat Rev Primers*. 2017; 3(1).
31. Coordinación de unidades médicas de alta especialidad. Detección, Diagnóstico y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria en la Mujer. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). 2009; 3-49. ISBN: 978-607-7790-97-6
32. DeMaagd G, C Davenport. Management of Urinary Incontinence. *Pharmacy and Therapeutics*. 2012; 37(6): 345-361. PMID: 22876096
33. Shih E, Hirsch H, Thacker H. Medical management of urinary incontinence in women. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2017; 84(2). DOI: <https://doi.org/10.3949/ccjm.84a.16054>

34. Calinescu B, Neacsu A, Martiniuc A, et al. Surgical Treatments for Women with Stress Urinary Incontinence: A systematic review. Life. 2023; 13 (7). <https://doi.org/10.3390/life13071480>
35. Harding C, Thorpe A. The surgical treatment of female stress urinary incontinence. Indian Journal of Urology. 2010; 26(2): 257-262. doi: 10.4103/0970-1591.65401