



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Lic. en Kinesiología y Fisiatría

Incontinencia urinaria en mujer de 35 a 85 años de la localidad de Ascensión.

Autor: Ranni, Sofia

Tutor: Lic. Elías, Gabriela

2023

## Resumen

Estudio de investigación, que tiene la finalidad de investigar cuanto sabe la población femenina desde los 35 años sobre incontinencia urinaria y los beneficios de la rehabilitación kinésica. El instrumento de recolección de datos fue a través de encuestas anónimas, realizada en marzo – abril del año 2023 en Ascensión, a un grupo de mujeres de 35 a 85 años, consta de 20 ítems o preguntas elaboradas por la investigadora, que permitirán determinar la prevalencia de incontinencia urinaria, registrar los factores relacionados y el tratamiento más efectivo para incontinencia urinaria. En una muestra poblacional de 110 mujeres.

El análisis estadístico se realizó con tablas de contingencia y gráficos, los resultados muestran que 38,18% tiene pérdida de orina. Las que tuvieron, tienen, o creen tener expresaron una o más sensaciones frente a esta disfunción. Además, determinaron el factor o los factores relacionados con su IU (hijos, prolapso, edad, debilidad de la musculatura, desconocen la causa, infecciones del tracto urinario, menopausia, peso, cistitis, hipoestrogenismo, cirugía uroginecológica previa, histerectomía, estreñimiento, antecedentes de cáncer de mama – falta de hormona). Con respecto al conocimiento con el que cuenta la población, 84,55% conoce el término, 63,64% sabe de qué se trata, 59,09% sabe que por ser mujer aumentan las posibilidades, 51,82% sabe que hay formas de prevenirla, 95,45% cree que es importante una consulta médica, 19,09% sabe que el sobrepeso está relacionado, 28,18% no y 52,73% desconoce. El tratamiento farmacológico fue el que predominó con un 43,64%.

Concluyendo la Incontinencia Urinaria es una disfunción prevalente entre las mujeres que fueron encuestadas. La falta de conocimiento de la población frente al rol del kinesiólogo predomina con un 70,91%, y el 100% nunca realizó un tratamiento kinésico para IU.

## Palabra claves

Incontinencia urinaria, mujeres, tratamiento kinésico, suelo pélvico.

## Índice

Resumen.....	2
Palabra claves .....	2
Índice de tablas: .....	5
Índice de figuras .....	6
Introducción.....	7
Problema .....	8
Justificación.....	9
Objetivos .....	11
Objetivo general:.....	11
Objetivo específico: .....	11
Hipótesis.....	12
Marco teórico.....	13
Incontinencia urinaria (IU).....	13
Epidemiología.....	14
Clasificación .....	16
Incontinencia urinaria de esfuerzo: .....	16
Incontinencia urinaria de urgencia: .....	17
Incontinencia urinaria mixta: .....	18
Incontinencia urinaria por rebosamiento: .....	19
Incontinencia urinaria continua o funcional: .....	19
Enuresis nocturna: .....	19
Incontinencia urinaria inconsciente:.....	19
Otras incontinencias urinarias:.....	20
Fisiopatología .....	20
Etiopatogenia .....	21
Factores de riesgo .....	22
Tratamiento.....	23
Fisioterapia en la IU .....	23
Información .....	29

Conocimiento.....	29
Saber.....	29
Población.....	29
Muestra.....	29
Métodos y procedimientos .....	29
Tipo de estudio: .....	29
Técnica de recolección de datos: .....	30
Plan de recolección de datos: .....	30
Categorías:.....	30
Encuesta .....	36
Presentación, análisis e interpretación de datos .....	42
Conclusión.....	63
Bibliografía.....	65

Índice de tablas:

Tabla 1: Franja etaria de la población encuestada, Ascensión, Argentina 2023 .....	29
Tabla 2: Porcentaje de IU según rango etario. ....	42
Tabla 3: Escala de Oxford .....	58
Tabla 4: Medida en que los escapes de orina afectan la vida diaria. ....	61

## Índice de figuras

Figura 1: Población que tiene pérdida de orina. ....	43
Figura 2: Población que presenta repentinamente ganas de orinar. ....	44
Figura 3: Escape de orina por no llegar a tiempo al baño. ....	45
Figura 4: Utilización de apósitos para la pérdida de orina. ....	46
Figura 5: Familiares con pérdida de orina. ....	47
Figura 6: Población que conoce el término IU, y la que sabe o no de que se trata. ....	48
Figura 7: Autopercepción de la población encuestada. ....	49
Figura 8: Factores que la población cree que están relacionados. ....	50
Figura 9: Por ser mujer aumentan las posibilidades de IU. ....	51
Figura 10: A) Saben que hay formas de prevenirla - B) Les gustaría recibir información sobre IU. ....	52
Figura 11: Mujeres que creen que es importante una consulta médica. ....	53
Figura 12: Tratamiento más efectivo para IU. ....	54
Figura 13: Consulta kinésica por pérdida de orina. ....	55
Figura 14: Mujeres que realizaron tratamiento kinésico por IU. ....	56
Figura 15: Sobrepeso relacionado con IU. ....	57
Figura 16: Frecuencia de la pérdida de orina. ....	59
Figura 17: Cantidad de orina que pierden. ....	60
Figura 18: Situaciones en la que presentan pérdida de orina. ....	62

## Introducción

La Incontinencia Urinaria (IU), según la Sociedad Internacional de Continencia (ICS), es cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema social o higiénico. Se presenta tanto en personas sanas como asociada a diferentes enfermedades, y puede ser consecuencia de diversas causas. Con gran incidencia en mujeres y variedad de factores desencadenantes que involucra todas las edades, afectando notablemente la calidad de vida de las personas que la padecen. Es un trastorno poco conocido por la población y abordado con cierto déficit a causa del desconocimiento. Se tratará de determinar la cantidad de mujeres que padecen de IU en la localidad de Ascensión, estableciendo el grado de conocimiento que poseen sobre la disfunción, como así también niveles de conocimiento que posee la población femenina en cuanto al rol del kinesiólogo y efectividad del tratamiento kinésico, siendo éste uno de los pilares fundamentales en el primer paso a la prevención y recuperación según la ICS. (Abrams, y otros, 2011)

## Problema

En nuestros días se están produciendo profundos cambios en la estructura socioeconómica que van permitiendo a la mujer introducirse más activamente en la economía y en la sociedad. Uno de los resultados de esta integración es la preocupación que la salud de la mujer está adquiriendo en términos individuales y en las instituciones sanitarias. La incontinencia urinaria es uno de estos problemas que en la última década está adquiriendo una gran importancia, viniendo a ser objeto de numerosos estudios e intervenciones para la mejora de la salud de la mujer, gran afectada por esta disfunción. Se trata de una disfunción que se presenta en mayor proporción en la mujer, siendo, en líneas generales, dos veces más frecuente en esta población que en los varones. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

Es por ello que en los últimos años se adoptó como parámetro de observación y análisis a la localidad de Ascensión, partido de General Arenales, provincia de Buenos Aires. En la misma se pudo ver que la Incontinencia urinaria fue un tema de campaña de prevención, concientización y charlas como políticas de salud pública enfocado a personas mayores bajo el lema “claves para un envejecimiento activo y saludable.”.

En la actualidad, son numerosos los factores de riesgo a los que se encuentra asociada la Incontinencia Urinaria y uno de los más estudiados es la edad, ya que aumenta los índices de pacientes afectadas a partir de los 35 años. Razón por la cual se eligió como tema de la presente tesis Incontinencia urinaria en mujeres de 35 a 85 años de la localidad de Ascensión. En base a lo expuesto, la finalidad es investigar cuanto sabe la población femenina desde los 35 años, y por esta razón a partir de lo anteriormente redactado se destaca como interrogante: ¿Qué conocimientos tiene la población femenina de la localidad de Ascensión sobre incontinencia urinaria y los beneficios de la rehabilitación kinésica?

## Justificación

La prevalencia de la Incontinencia Urinaria varía considerablemente, ya sea por tener en cuenta las diferentes definiciones usadas, metodología epidemiológica y características demográficas. La incontinencia urinaria predomina en la estadística de los adultos y es dos a cuatro veces más frecuente en mujeres que en hombres. La incidencia crece de forma lineal con la edad: en la gente joven se mantiene entre el 20% y 30%, aumentando en la adultez entre el 30% y 40%, mientras que en el grupo de más edad presenta un aumento persistente de 30 % a 50 % . (Franklin, 2017)

En el estudio realizado por el Servicio de Urología del Hospital Central de la provincia de Mendoza a través de 385 encuestas a trabajadoras del Hospital Central en el año 2013, se observó un 23,9% de Incontinencia Urinaria quedando como única y escasa literatura nacional que describa la prevalencia de Incontinencia Urinaria femenina. En la conclusión afirman que es una patología frecuente, que afecta considerablemente la calidad de vida.

Es un trastorno poco conocido y abordado con cierto déficit, aunque la demanda social va en aumento, muchas mujeres con IU moderada o grave no piden ayuda profesional por vergüenza, tabú, y falta de conocimiento ante la existencia de tratamientos posibles o incluso porque lo aceptan como un problema que deben sufrir y que consideran normal de la edad. Para dar respuestas a esta disfunción son muchos los tratamientos y profesionales que componen el equipo multidisciplinario anti- incontinencia que intenta recuperar la sintomatología de quienes la padecen. La aportación del fisioterapeuta dentro de este equipo es muy valiosa, ya que el tratamiento de Fisioterapia está considerado como la primera línea de abordaje por su efectividad, bajo costo y ausencia de efectos secundarios. La especialidad de la Fisioterapia Uroginecológica y Obstetricia o la Fisioterapia Abdominopelvipérvica o, de forma separada, la Fisioterapia Urológica y la Fisioterapia Ginecológica y Obstétrica, está basada en evidencia científica que justifica los fundamentos, actualmente goza de cierto impulso que, sin dudas debe ser fomentado y se encuentra en plena etapa de desarrollo. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

En este contexto, contar con información robusta, representativa y oportuna sobre estas cuestiones resulta fundamental. Por esta razón, se consideró necesario realizar una investigación que combine la revisión bibliográfica con un tipo de estudio descriptivo, observacional y transversal que utilice muestras amplias, y que proporcione información sobre

los niveles de conocimiento con los que cuenta la población femenina de 35 a 85 años sobre Incontinencia Urinaria y los beneficios de la rehabilitación kinésica en la localidad de Ascensión, partido de General Arenales.

Se espera que la investigación constituya una contribución académica al conocimiento acumulado sobre la temática y sirva para planificar estrategias de afrontamiento acordes a la problemática actual, atendiendo al cuidado de la salud de la población desde una perspectiva integral.

## Objetivos

### Objetivo general:

Registrar la información que tiene la población femenina sobre incontinencia urinaria y los beneficios de la rehabilitación kinésica

### Objetivo específico:

Registrar si tienen conocimiento de prevención y/o tratamiento sobre incontinencia urinaria

Determinar si saben que el kinesiólogo es un profesional especializado para tratar la incontinencia urinaria

Registrar el conocimiento de la población sobre los factores relacionados con incontinencia urinaria.

## Hipótesis

Conocer el nivel de información sobre incontinencia urinaria de la población femenina sentaría las bases para la prevención y tratamiento.

## Marco teórico

### Incontinencia urinaria (IU)

El término incontinencia hace referencia a un síntoma, la pérdida de orina que conlleva la involuntariedad de la misma; a un signo, porque la pérdida se puede demostrar de forma objetiva; y a una condición, ya que se puede demostrar mediante estudios urodinámicos la causa que la provoca, según la Guía de práctica Clínica para fisioterapeutas en la incontinencia urinaria femenina presentada en el año 2013. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

En principio, la Sociedad Internacional de Incontinencia (ICS) definió la incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable y que constituye, para la persona que lo sufre, un problema social e higiénico, concepto que engloba los trastornos médicos asociados. En 2002, la ICS retiró las limitaciones de su anterior definición y estableció que se entendía como incontinencia cualquier pérdida involuntaria de orina.

Puesto que esta última definición es demasiado amplia y puede incluir potencialmente a cualquier paciente que haya tenido un único episodio de incontinencia urinaria en el transcurso de su vida, la citada Sociedad especifica que, en cada caso, el diagnóstico deberá completarse con la descripción de una serie de circunstancias relevantes: tipo y frecuencia de presentación, gravedad, factores precipitantes, impacto de los síntomas sobre la calidad de vida, medidas utilizadas por el paciente para la contención de la orina y el deseo por su parte de buscar ayuda médica o la ausencia de éste. (Gómez Ayala, 2008)

El tracto urinario inferior tiene dos funciones: el almacenamiento y la eliminación oportuna de orina y cuando este no puede mantener su función de almacenamiento sobreviene la incontinencia urinaria (IU). Según la ICS se define Incontinencia urinaria como la queja por cualquier pérdida involuntaria de orina”. Incluye una demostración objetiva de la pérdida de orina durante la fase de llenado vesical y una valoración subjetiva del impacto de la incontinencia sobre la calidad de vida de las personas que la padecen. La aparente sencilla acción de orinar en el lugar adecuado y en el momento adecuado es el resultado de una compleja integración de mecanismos fisiológicos, en los que intervienen diferentes aparatos y sistemas (sistema muscular y esquelético, sistema nervioso y aparato genitourinario). Así

pues, la aparición de IU puede ser la manifestación de diversas enfermedades o alteraciones que afectan a distintos aparatos y sistemas. La IU tiene un importante impacto negativo sobre la calidad de vida, tanto en el entorno social, como el físico, sexual, psicológico, laboral y doméstico. (León Torres, 2016)

### Epidemiología

La incontinencia urinaria predomina en la estadística de los adultos y es dos a cuatro veces más frecuente en mujeres que en hombres. La incidencia crece de forma lineal con la edad: en la gente joven se mantiene entre el 20% y 30%, aumentando en la adultez entre el 30% y 40%, mientras que en el grupo de más edad presenta un aumento persistente de 30 a 50 %. Si bien la incontinencia urinaria de esfuerzo muestra su mayor prevalencia en las mujeres de 40 a 54 años de edad la prevalencia de la incontinencia urinaria femenina puede variar entre el 45 % y el 69% de acuerdo a la población de estudio y a los criterios diagnósticos.

La incontinencia urinaria se hace presente durante el embarazo en entre el 36% y el 58% de los casos, y se soluciona en la mayoría de los mismos sin intervenciones. En el puerperio, por su parte, varía entre el 27% y el 33%.

En todos los grupos etarios la incontinencia urinaria de esfuerzo es el patrón más usual, presentándose en cerca de la mitad de las mujeres con incontinencia (50%); le continua en frecuencia la incontinencia mixta (32%), seguida de la incontinencia de urgencia pura, que es la menos frecuente (14%), y siendo a su vez más frecuente la incontinencia urinaria en mujeres de raza blanca que en mujeres de raza negra. (Franklin, 2017)

Este cuadro es extraordinariamente frecuente y su prevalencia está ligada con la edad. En el grupo de menores de 50 años, es de aproximadamente un 25% en el sexo femenino, con una relación de 6:1 en relación al sexo masculino. Sobre los 60 años la prevalencia aumenta discretamente en las mujeres hasta alrededor de un 33%, pero con un gran aumento en el grupo de hombres lo que da una relación de 3:1 con el sexo masculino en ese tramo de edad. Además, la valoración de la magnitud del “síntoma incontinencia” es extraordinariamente subjetiva y como habitualmente no involucra muchas veces un riesgo vital, a veces no se le presta la atención deseable. De hecho, estudios de prevalencia subjetivos realizados con cuestionarios versus otros con valoración objetiva del síntoma, muestran que la prevalencia

es ligeramente mayor en estos últimos. (Chiang, Susaeta, Valdevento, Rosenfeld, & Finsterbusch, 2013)

Se trata de una disfunción que se presenta en mayor proporción en la mujer, siendo, en líneas generales, dos veces más frecuente que en la población masculina.

Aunque las cifras varían en los diferentes estudios realizados en función de la definición de incontinencia utilizada, del rango de edad de la población estudiada, e incluso, en menor grado, del país en el que se haya realizado el estudio, pero los datos varían en líneas generales entre 5-69%; encontrando además que esta prevalencia se reduce a la mitad en el caso de los hombres. (Hunskaar, y otros, 2003)

En España varía entre el 15% y el 17,4% según algunos autores, aunque puede llegar hasta un 35- 55% a medida que la edad avanza. En lo que coinciden todos los estudios es en que la prevalencia aumenta con la edad, incrementándose en mayor medida en los casos de personas mayores institucionalizadas. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

Aproximadamente entre el 9% y el 72% de las mujeres son incontinentes.

La debilidad del suelo pélvico es la responsable. En la mujer, la incontinencia urinaria presenta dos picos de incidencia: entre los 45 y los 54 años, y a partir de los 60, especialmente entre los 75 y los 84 años. En el primer grupo, la prevalencia podría acercarse al 30% y en el segundo podría rondar el 40% de la población femenina.

En general se admite que la diferente prevalencia entre uno y otro sexo es especialmente marcada en los grupos de edad más jóvenes. A partir de los 80 años puede decirse que esta diferencia desaparece. (Gómez Ayala, 2008).

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es el síntoma de incontinencia urinaria más frecuentemente referido. La IUE pura afecta al 10-20% de las mujeres incontinentes, mientras que 30-40% tienen síntomas de incontinencia urinaria mixta (IUM). Como la IUM es la combinación de IUE y IUU, la mayoría de las mujeres, independientemente de su edad, se quejan de IUE con o sin otros síntomas del tracto urinario inferior. Esto se corresponde con los porcentajes comunicados en el estudio EPINCONT, en el que 50 % de las mujeres incontinentes tenían síntomas de IUE, 11% de IUU y 36% de IUM.

El porcentaje de mujeres incontinentes con IUE alcanza un pico máximo alrededor de la quinta década (rango, 28% a 65%) y luego declina a partir de la sexta década. Por contraste, la IUM es más frecuente en mujeres mayores y supone un 40 a 48% en el rango de 60 años en adelante. (Robles, 2006).

### Clasificación

Además de los diferentes tipos de incontinencia que se describen a continuación, existen los denominados síndromes indicativos de disfunción del tracto genitourinario.

En relación con la incontinencia urinaria se han descrito los siguientes: síndrome de la vejiga hiperactiva, síndrome de disfunción del vaciado vesical y síndrome de dolor genitourinario.

Según sus síntomas, los tipos de incontinencia urinaria más frecuentes en la mujer son:

#### Incontinencia urinaria de esfuerzo:

Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión intraabdominal (toser, reír, correr e incluso andar), teniendo poca relación con la actividad del detrusor. Este tipo de incontinencia 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. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

Es el tipo de incontinencia urinaria más frecuente en las mujeres, y su prevalencia se sitúa en el 40-50%, según los estudios. 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 es multifactorial, aunque destacan los siguientes factores:

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, 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 de la estática vertebral adquiridas o congénitas. Se ha comprobado que la hiperlordosis o las desviaciones producidas por mal posiciones habituales contribuyen a modificar el eje de la columna y con ello la disposición de los órganos internos.

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

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 la menopausia; 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. (Gómez Ayala, 2008)

**Incontinencia urinaria de urgencia:**

Es la pérdida involuntaria de orina asociada a una necesidad imperiosa y súbita de evacuar que se denomina urgencia. Está precedida de una sensación de urgencia imposible de controlar, que se debe a una contracción involuntaria del músculo detrusor.

Se relaciona no solamente con el género (es más frecuente en las mujeres que en los hombres) sino también con la edad, pues presenta mayor incidencia en edades más avanzadas.

Clínicamente suele acompañarse de un aumento en la frecuencia miccional, denominada polaquiuria (más de 8 micciones al día) y de nicturia (aumento de la frecuencia miccional nocturna). (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

La incontinencia urinaria de urgencia puede ser de dos tipos:

Incontinencia urinaria sensitiva, que se debe a 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 estar asociada 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 este tipo de incontinencia incluye:

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.

Secundaria a cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo. (Gómez Ayala, 2008)

Incontinencia urinaria mixta:

Es la que se presenta con urgencia y también al realizar ejercicios, esfuerzos, estornudos o toser. La pérdida se produce por un doble mecanismo: hiperactividad del detrusor e incompetencia esfinteriana.

Es el tipo más frecuente en la mujer después de la incontinencia de esfuerzo, siendo su prevalencia del 35%. Su etiología es la misma que ha sido descrita para los dos tipos anteriores de incontinencia. (Gómez Ayala, 2008)

Siendo la IUE, la IUU y la IUM los tipos más frecuentes, hay otras formas de presentación con un porcentaje menor y algunas de forma ocasional: IU por rebosamiento (se manifiesta

en forma de goteo y es asociada a una retención urinaria), IU continua (pérdida involuntaria y continua sin deseo miccional) y la enuresis nocturna (pérdidas de orina durante el sueño). Como así también son las que se producen durante el coito, o climacturia, la incontinencia con la risa (giggle incontinence) y el goteo post-miccional.

Incontinencia “funcional”: se produce en pacientes cuyo aparato urinario no tiene problema alguno, pero que debido a trastornos físicos (movilidad reducida), cognitivos (demencia), arquitecturales (barreras arquitectónicas en pacientes con movilidad reducida) o al uso de determinados medicamentos no son capaces de llegar al baño. Suele observarse en pacientes ancianos. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

Incontinencia urinaria por rebosamiento:

Se produce cuando se sobrepasa el volumen de llenado de la vejiga además de retrasar el momento de la micción. Está caracterizado porque las pérdidas de orina son constantes, de poca cantidad, en forma de goteo, también se asocia. (Verde Rello & Benito Mena, 2018)

Incontinencia urinaria continua o funcional:

IU continua (IUC) es la pérdida involuntaria y continua de orina. Puede ser debida a una fístula, desembocadura ectópica uretral o a un déficit intrínseco uretral grave. (Robles, 2006)

Se caracteriza por la falta de deseo de micción y suele asociarse a problemas neurológicos y a pacientes con alteración de la función de la uretra. (Verde Rello & Benito Mena, 2018)

Enuresis nocturna:

Enuresis nocturna es la pérdida involuntaria de orina durante el sueño.

Incontinencia urinaria inconsciente:

Pérdida involuntaria de orina sin deseo miccional e independientemente de cualquier aumento de la presión abdominal. Este tipo de IU se presenta sólo con grandes volúmenes de orina dentro de la vejiga y aunque poco frecuente es de interés reconocerla entre la población geriátrica. Desde el punto de vista etiológico es una forma extrema de disfunción de vaciado vesical, bien por una obstrucción en el tracto urinario inferior (crecimiento prostático, esclerosis del cuello vesical) o por un detrusor acontráctil (neurológico o por otros factores).

Otras incontinencias urinarias:

Otras formas de IU se pueden presentar de forma ocasional, como la IU durante el coito o la IU con la risa (“giggle incontinence”). Inmediatamente después de la micción la IU se describe con el término goteo postmiccional, que es la pérdida de orina que se percibe justo tras finalizar la micción, generalmente después de salir del baño. (Robles, 2006)

Fisiopatología

La fisiopatología de la Incontinencia Urinaria implica la interacción de factores anatómicos, bioquímicos, neurológicos y endocrinos. Estas interacciones son sumamente complejas, pero el resultado final implica una alteración en el equilibrio de la vejiga contra las presiones uretrales. La clasificación de la IU se acuerdo a su etiología se basa en dos afecciones genéricas que son causa de IU: anomalías vesicales como la hiperactividad del detrusor (Inestabilidad o hiperreflexia del detrusor) y la escasa distensibilidad vesical y anomalías esfinterianas como la hipermovilidad uretral y la deficiencia esfinteriana intrínseca ya sea por cirugía uretral previa, lesión neurológica a nivel sacro, radiación o déficit de estrógenos. (León Torres, 2016)

Desde el punto de vista anatómico, la fase de continencia depende de la visco elasticidad del detrusor (acomodación), y de la coaptación (resistencia pasiva) del tracto de salida. La fase miccional, depende así mismo de la visco elasticidad del detrusor y de la conductancia del tracto de salida (ausencia de obstrucción).

Desde el punto de vista funcional, la fase de continencia requiere de ausencia de contracciones vesicales, de acomodación adecuada y de cierre esfinteriano activo, mientras que la fase miccional requiere de contracción del detrusor y apertura del aparato esfinteriano. Este conjunto de funciones se obtiene a través de inervación tanto visceral (simpática y parasimpática) como somática, con diversos niveles de integración a nivel medular, mesencefálico y finalmente cortical.

la función fundamental de la vejiga durante la fase de almacenamiento es la de servir como reservorio urinario de baja presión, con adecuada capacidad y buena continencia. Parece obvio, pero la incontinencia urinaria se define por lo tanto como un trastorno de la fase de continencia. En la fase miccional en cambio, la tarea es vaciar el contenido de la vejiga, en

forma coordinada con todas las estructuras del tracto de salida (apertura) y sin afectar la vía urinaria superior. La uropatía obstructiva, es por lo tanto una alteración de la fase miccional. La gran ventaja de entender la función vésico esfinteriana, consiste en que es posible clasificar todas las alteraciones funcionales de la continencia y micción en cuatro, dependiendo de si la patología la fase miccional o la fase de continencia y si depende de alteraciones de la función del detrusor o del tracto de salida.

Así, en la fisiopatología de la incontinencia urinaria se pueden distinguir dos grandes grupos. cuadros en donde el trastorno está en el tracto de salida y aquellos en los que el problema está en el detrusor. (Chiang, Susaeta, Valdevento, Rosenfeld, & Finsterbusch, 2013)

### Etiopatogenia

Son numerosos los factores de riesgo a los que se encuentra asociada la IU y uno de los más estudiados es la edad, ya que aumenta los índices de pacientes afectadas a partir de los 35 años, por lo tanto, esto conlleva como factor de riesgo la menopausia, el número de embarazos, partos y la obesidad. También respaldan como factores de riesgo el asma y el tabaquismo debido a que producen un aumento de la presión intraabdominal provocando una tos crónica que conduce a disfunciones en el control motor de la musculatura del suelo pélvico. Además, tenemos los problemas de estreñimiento debido a que produciendo un sobreesfuerzo y realizando mediante la maniobra de Valsalva produciendo un aumento excesivo de la presión intraabdominal. (Simó, Izquierdo, Benítez, & Porcar, 2013)

También podemos añadir que otros factores de menor índice son la realización de ejercicio físico y el dolor lumbopélvico. Podemos identificar como factores de riesgo principales para la incontinencia urinaria de esfuerzo los embarazos, los partos, tener una edad superior a 50 años, el consumo de alcohol y tabaco. (Verde Rello & Benito Mena, 2018)

Algunos de los factores de riesgo involucrados en la patogénesis y/o empeoramiento de la IU, y que se han descrito en diversos estudios epidemiológicos, han sido la obesidad, el tabaquismo, la dieta o la actividad física. Un comité designado por la ICS (International Continence Society) evaluó el grado de evidencia de las investigaciones relativas a estos factores, pero no pudo constatar una fuerte evidencia a favor de que la eliminación o modificación de todos ellos pudiesen reducir o curar la IU. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

## Factores de riesgo

Género: varias razones (longitud uretral, diferencias anatómicas en el suelo pelviano, efectos del parto) intentan justificar la diferencia de que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar IU. Sin embargo, esta razón de riesgo varía con la edad: en menores de 60 años las mujeres tienen cuatro veces más probabilidades que los hombres de padecer IU, pero en mayores de 60 años sólo dos veces más. (Nihira & Henderson, 2003)

Edad: existen indicios para pensar que la edad pudiera jugar un papel en el desarrollo de la IUU más que de la IUE. Los cambios relacionados con la edad que pudieran contribuir al desarrollo de IU. (Robles, 2006).

Menopausia e hipoestrogenismo: la atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pelviano, así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral. Estudios recientes, no obstante, no han demostrado que la menopausia por sí misma sea un factor de riesgo independiente de la edad. (Sandvick, Seim, Vanvik, & Hunnskaar, 2009)

Raza: estudios multivariados demuestran que las mujeres blancas tienen una prevalencia de IUE tres veces mayor que las mujeres negras, atribuyéndose a diferencias raciales en el tejido conjuntivo o en los músculos.

Peso: la obesidad es uno de los factores de riesgo independiente para la IU en mujeres mayores. Un índice de masa corporal (IMC) alto se correlaciona con una mayor prevalencia de IUE y de IUM, así como con la severidad de la IU. Se conoce poco sobre la pérdida de peso como tratamiento de la IU. (Subak, y otros, 2002)

Paridad: el parto es un factor establecido de riesgo de IUE y IUM entre las mujeres jóvenes y de mediana edad. Se ha sugerido que el parto vaginal es el factor contribuyente más importante, posiblemente por las lesiones neurológicas o musculares asociadas. Sin embargo, el embarazo en sí mismo puede causar cambios mecánicos u hormonales que sean causa de IU (31-42% de las embarazadas tienen IUE y en 51% de ellas persiste algún grado de IU postparto). Por otro lado, recientemente se ha comprobado que las mujeres con partos por cesárea (prevalencia 15,8%) tienen un riesgo mayor de IU que las nulíparas (prevalencia 10,1%), pero que el parto vaginal se asocia con el riesgo mayor (prevalencia 24,2%).

Se han estudiado varios parámetros obstétricos que pueden contribuir a la aparición de IU. En un reciente estudio, los RN de peso 4.000 g o más se asociaron a cualquier tipo de IU e IUE; trastornos funcionales del parto con IU moderada o severa; la anestesia epidural con IUE y la circunferencia cefálica mayor de 38 cm con IUU. El resto de los parámetros estudiados (edad gestacional, instrumentación del parto, etc.) no mostraron asociación significativa. (Robles, 2006)

Histerectomía: hay una asociación entre histerectomía e IU a largo plazo, es decir, muchos años tras la cirugía sobre todo en mujeres mayores de 60 años en las que el riesgo de IU se incrementaba hasta 60%. Otros estudios, no encuentran esta asociación. (Robles, 2006)

Factores uroginecológicos: los prolapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, 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 IU. (Viktrup & Lose, 2000)

Otros factores: incluyendo cardiopatías, diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, demencia, accidentes cerebrovasculares, varios fármacos, tabaquismo, abuso del alcohol, etc., se han relacionado con IU.

Un estudio reciente ha encontrado una prevalencia de 71 y 24% de IUE entre madres y hermanas de mujeres operadas por IU, frente a 40 y 11% de madres y hermanas de mujeres no operadas, hallándose además un inicio de los síntomas en edad más joven entre las primeras. Además, datos extraídos del estudio EPINCONT ponen de manifiesto que las mujeres son proclives a desarrollar IU si sus madres o hermanas mayores son incontinentes. Todo ello hace pensar que la herencia puede jugar algún papel en la IUE. (Robles, 2006)

## Tratamiento

### Fisioterapia en la IU

Debe estar enfocado en función de la sintomatología de la paciente por lo que necesita de un diagnóstico previo, precoz y correcto, ya que las estrategias terapéuticas varían en función de la forma clínica de presentación de la incontinencia en cada mujer.

En el trabajo publicado por la Asociación de Urólogos Argentinos en 1994 se explican los fundamentos de la kinesioterapia en el tratamiento de la incontinencia de orina y

determinando patologías en las cuales la misma puede aplicarse, afirmando que la reeducación vésico-esfinteriana o perineal es una especialidad de la kinesiología, definida desde 1948 por los trabajos de Kegel. La finalidad de éste tratamiento es restablecer la estática pelviana, aumentar la resistencia uretral y disminuir la hiperactividad del detrusor.

En el año 2001 la ICI (Internacional Consultation on Incontinence) considera el tratamiento de Fisioterapia, concretamente los ejercicios del suelo pélvico, como el primer paso en la recuperación de la incontinencia urinaria en sus diferentes tipos, ya que es una terapia efectiva, no agresiva, sin efectos secundarios y poco costosa. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

En el año 2013 se publica la Guía de Prácticas Clínicas desarrollada por el Colegio Americano de Médicos (ACP) donde se describen recomendaciones clínicas sobre el tratamiento conservador de la IU en la mujer, basada en literatura publicada a partir de 1990 hasta diciembre de 2013 y en octubre del mismo año se publicó la primer edición de la Guía de práctica Clínica para fisioterapeutas en la incontinencia urinaria femenina, realizada por el Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

A continuación, se describen los Tratamientos Recomendados por las Guías mencionadas:

Ejercicios de la Musculatura del Suelo Pélvico:

Durante la sesión se realizan ejercicios de contracción perineal estimulados y evaluados por el kinesiólogo. El número de repeticiones depende de la fatigabilidad del músculo. Cuando el paciente logra contraer voluntariamente su periné, repite un plan de ejercicios para realizar fuera de la sesión.

En el entrenamiento y reeducación de la musculatura del suelo pélvico una de las dificultades es la falta de capacidad o habilidad para contraerla, un 30% de mujeres son incapaces de realizar una contracción correcta, por lo que previo al tratamiento debería ser valorada esta capacidad, al igual que la aparición de sinergias musculares de los músculos abdominales, glúteos o aductores cuando se solicitan la contracción aislada de la musculatura del suelo pélvico.

Los ejercicios deben ser la primera opción en el tratamiento ofrecido a los pacientes que sufren IU de esfuerzo y mixta. Los programas de reeducación deben tener una duración

mínima de 3 meses, estar al alcance de todas las pacientes. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

La rehabilitación del suelo pélvico incluye una serie de ejercicios, de los cuales los más conocidos son los de Kegel, que deben realizarse de forma regular, diariamente, para ejercitar y tonificar los músculos del suelo pélvico y mejorar la incontinencia. Ayudados o no, por el empleo de conos vaginales, mejoran el tono muscular, con lo que se consigue la resolución total o parcial. El primer paso para realizar estos ejercicios es encontrar la musculatura adecuada, lo cual puede conseguirse de tres formas: - Interrupción de la orina: si se puede hacer, quiere decir que se están usando los músculos adecuados. Se hace en posición sentada, con el tronco ligeramente inclinado hacia delante y las piernas separadas. - Contraer los músculos que utilizaríamos de dicha zona, si se tiene la sensación de contracción, significa que se están utilizando los músculos que se tienen que ejercitar. - Tacto vaginal: en posición acostada, introducir un dedo en la vagina. Se aprieta como si se tratase de detener la salida de orina. Si se percibe, se están utilizando los músculos correctos...La ejecución de los ejercicios propiamente dichos incluye las siguientes fases:

- a. Comenzar vaciando la vejiga.
- b. Contraer los músculos del suelo pélvico y contar hasta 10.
- c. Relajar los músculos completamente y contar hasta 10.
- d. Ejecutar 10 ejercicios, 3 veces al día (mañana, tarde y noche), durante unos 5 minutos.

Una vez que se haya logrado la meta (consensuada con un profesional sanitario), se pueden hacer los ejercicios tres veces por semana. Mantener a largo plazo los logros conseguidos, dependerá de que se siga dedicando algún tiempo a ejercitar el periné durante el resto de la vida. (Gómez Ayala, 2008)

**Biofeedback (biorretroalimentación):**

Es un sistema que recoge o capta información de un proceso fisiológico que sucede de forma inconsciente para el individuo; dicha información se amplifica y es devuelta en forma de señal visual o auditiva para que pueda ser captada por la paciente, indicando el momento en el cual debe realizar la contracción y la relajación.

Para un correcto uso la respuesta obtenida debe ser medible y detectable, así como los cambios que se produzcan en la misma; también debe ser perceptible para que la paciente

reconozca cuando debe realizar un control sobre la musculatura; y por último, requiere la participación activa de los individuos, que deben estar motivados.

Existen diferentes métodos, entre ellos el BFB mediante electromiografía o mediante manometría, tanto con aplicación de electrodos intracavitarios como de superficie.

Tiene como objetivos que la paciente consiga un buen control voluntario sobre la musculatura estriada (músculo elevador del ano o esfínter uretral externo), una mayor conciencia de la zona pelvi-perineal y una disminución de las contracciones de los músculos antagonistas. No es un tratamiento por sí mismo, no se usa de forma aislada en el abordaje de la IU, se aconseja ofrecer el uso de BFB como accesorio al entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico. En relación al programa de entrenamiento oscila la duración entre 4 semanas y 6 meses. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

**Electroestimulación Funcional (EEF):**

Consiste en una estimulación de origen nervioso que tiene como objetivo actuar sobre los circuitos o fibras nerviosas responsables de la incontinencia urinaria. Busca activar las raíces sacras S1-S2-S3, para conseguir una contracción de la musculatura implicada en esta disfunción. Para que esta herramienta pueda ser utilizada precisa de un arco reflejo íntegro en la paciente.

Es utilizada en el caso de IU de urgencia, nocturia, vejiga hiperactiva e IU mixta.

El mecanismo y modo de actuación depende de la causa que provoque la IU de la estructura que sea estimulada mediante la corriente eléctrica. En líneas generales, en la IUE, la electroestimulación tiene como objetivo la mejora de la presión de cierre uretral y la activación esfinteriana mediante la estimulación de las fibras nerviosas del nervio pudendo, mientras que, en la IUU, se persigue la inhibición de las contracciones reflejas del músculo detrusor para conseguir una contracción de la musculatura peri y para uretral, ya sea de forma directa sobre dicha musculatura o a través de los reflejos espinales. Se puede realizar con electrodos vaginales o con los electrodos cutáneos o transcutáneos. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

**Entrenamiento Vesical:**

Es considerado como un tratamiento comportamental que implica un proceso de aprendizaje individual de nuevos patrones miccionales para restablecer los que se consideran normales, en quienes se encuentran alterados

El programa debe contener tres elementos clave: educación al paciente sobre anatomía de la vejiga, sobre incontinencia, mecanismos de control de la urgencia vesical; una micción programada con ajuste de la frecuencia miccional mediante la ampliación de los periodos inter-vaciados (con aumento progresivo); y refuerzo positivo proporcionado por el fisioterapeuta. Precisa de la participación activa de los pacientes (plena capacidad cognitiva y física) y muy motivados ante la terapia.

Los efectos se apuntan a las siguientes propuestas: mejora de la inhibición cortical sobre las contracciones involuntarias del músculo detrusor; mejora de la facilitación cortical del cierre uretral durante la fase de llenado vesical; mejora de la modulación central de los impulsos aferentes; y mejora del conocimiento de los pacientes sobre las circunstancias que causan la incontinencia urinaria, llevándoles a ser más conscientes de ellas y pudiendo producir un cambio en sus comportamientos para aumentar la capacidad de reserva del tracto urinario inferior.

El “grado de recomendación A” para el uso de entrenamiento vesical con una duración de 6 semanas debería ser ofrecido como primer abordaje en las mujeres con IUU y IUM, aunque sea efectivo para los tres principales tipos de IU, pre y post parto, prolapsos y pre y post operatorio de la cirugía de la incontinencia. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

El objetivo es ayudar al paciente a recuperar el control de su vejiga para regular el paso de orina, y a aumentar la capacidad vesical para reducir el número de episodios de incontinencia. Consisten en orinar en periodos de tiempo fijos, por ejemplo, cada hora, sin esperar a que el paciente tenga ganas. Posteriormente se va aumentando el tiempo entre micción gradualmente, hasta que la necesidad de orinar se sienta cada 2-3 horas. Esto permite al paciente aumentar la capacidad vesical, para que pueda esperar intervalos prolongados antes de tener que orinar. (Martínez Saura, Fouz Lopez, Gil Diaz, & Tellez Martínez-Fornes, 2001)

**Estimulación del Nervio Tibial Posterior:**

Provoca una electroestimulación retrógrada del plexo nervioso sacro. Se ha aplicado tanto de forma transcutánea, con electrodo de superficie como percutánea, con electrodo aguja, con el electrodo activo colocado por encima del maléolo medial y el electrodo adhesivo dispersivo cerca del arco plantar. Efectividad en síndrome de hiperactividad vesical,

disfunciones de vaciado no obstructiva, dolor pélvico crónico, vejiga neurogénica, como así también en IUU.

En relación a la pauta de tratamiento la Asociación de Urología Europea recomienda realizar una sesión de 30 minutos a la semana durante un periodo inicial de 12 semanas.

Para que los efectos se mantengan a largo plazo se requiere un tratamiento crónico con sesiones más espaciadas, aproximadamente 1 sesión cada tres semanas.

En la guía se describían como tratamientos la Magnetoterapia, Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea (TENS) y Dispositivos Intracavitarios (Conos Vaginales). Pero en la actualidad hay poca evidencia científica que lo demuestre. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

Los orígenes de la GAH están ligados a la recuperación de la musculatura del suelo pélvico (MSP) tras el parto. El puerperio es una situación fisiológica especial, y a consecuencia del parto vaginal se suele producir daño en la MSP por diversos motivos, dando lugar a incontinencia urinaria de estrés o de esfuerzo. (Cabañas Armesilla & Chapinal, 2014)

GAH: se define como un conjunto de técnicas posturales que provocan el descenso de la presión intraabdominal y la coactivación de los abdominales y del SP, consiguiendo a largo plazo un aumento del tono en ambos grupos musculares, reduciendo el riesgo de POP e IU. La progresión en la instrucción de la GAH (Gimnasia Hipopresiva Abdominal) tiene dos fases: el periodo de aprendizaje (recomiendan practicar dos veces por semana durante 15 o 20 minutos durante las dos primeras semanas y después 20 minutos diarios) y el de automatización (los ejercicios diseñados por el terapeuta deben practicarse de forma diaria, durante 20 minutos a lo largo de varios meses y de manera autónoma, realizándose controles mensuales para valorar los efectos obtenidos). Como contraindicaciones se encontraron: cardiopatía, hipertensión arterial (ambas debido a la activación del sistema simpático), embarazo y disfunción obstructiva respiratoria. En cualquier caso, se debe medir la presión arterial antes y después de los ejercicios ya que muchas veces la hipertensión no está diagnosticada. (Sánchez Sánchez & Díaz Águila, 2012)

## Información

Acción y efecto de informar. Comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada.

## Conocimiento

Acción y efecto de conocer. Noción, saber o noticia elemental de algo

## Saber

Tener noticia o conocimiento de algo. Estar instruido en algo. (Real Academia Española, 2023)

## Población

Mujeres de 35 a 85 años.

Franja etaria	Cantidad
35 a 44 años	28
45 a 54 años	20
55 a 64 años	21
65 a 74 años	18
75 a 85 años	23
Total	110

Tabla 1: Franja etaria de la población encuestada, Ascensión, Argentina 2023

## Muestra

Se seleccionó de la población para realizar el estudio un total de 110 mujeres. A conveniencia. Esto hace que carezca de rigor.

## Métodos y procedimientos

Tipo de estudio:

Descriptivo observacional transversal

Técnica de recolección de datos:

El instrumento destinado para obtener respuestas sobre el problema en estudio es una encuesta, mediante formato papel, ya que permite la recolección de datos sobre un mayor número de personas, en una franja etaria más amplia y en un periodo de tiempo bastante breve, dicho instrumento consta de 20 ítems o preguntas. La encuesta contiene el test ICIQ-SF (para auto diagnóstico de IU), y escala de Oxford para la valoración de la contractibilidad de la musculatura del suelo pélvico y preguntas diseñadas para el enfoque kinésico, además han sido elaboradas en función del problema y los objetivos de la presente investigación.

Plan de recolección de datos:

Los datos serán recolectados por la investigadora, mediante formato papel, de manera anónima y con previo aviso sobre el destino académico de dicha encuesta. Para ello se distribuirá de forma presencial. Una vez finalizado el tiempo determinado se procederá al vaciado y análisis de los datos.

Categorías:

Edad:

Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana. (Real Academia Española, 2023)

- 1) 35 a 44 años.
- 2) 45 a 54 años.
- 3) 55 a 64 años.
- 4) 65 a 74 años.
- 5) 75 a 85 años.

Incontinencia urinaria:

El término incontinencia hace referencia a un síntoma, la pérdida de orina que conlleva la involuntariedad de la misma; a un signo, porque la pérdida se puede demostrar de forma objetiva; y a una condición, ya que se puede demostrar mediante estudios urodinámicos la causa que la provoca (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

Autopercepcion:

La autopercepción, es la capacidad del ser humano para recolectar información del ambiente interno (e.g. pensamientos, sentimientos) y/o externo (e.g. relación con los padres, relación con compañeros), integrarlas e interpretarlas para producir como respuesta una representación de sí mismo en un dominio específico. Es un concepto dinámico que se encuentra en constante ajuste y cambia según las experiencias y la interpretación que se realice de las misma. (Jiménez Díaz, Morera Castro, & Araya Vargas, 2018)

Factores:

Elemento o causa que actúan junto con otros. (Real Academia Española, 2023)

(Nihira & Henderson, 2003) Varias razones (longitud uretral, diferencias anatómicas en el suelo pelviano, efectos del parto) intentan justificar la diferencia de que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar IU. Sin embargo, esta razón de riesgo varía con la edad: en menores de 60 años las mujeres tienen cuatro veces más probabilidades que los hombres de padecer IU, pero en mayores de 60 años sólo dos veces más.

(Sandvick, Seim, Vanvik, & Hunskaar, 2009) Refieren que para casos de menopausia e hipoestrogenismo: la atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pelviano, así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral. Estudios recientes, no obstante, no han demostrado que la menopausia por sí misma sea un factor de riesgo independiente de la edad.

(Subak, y otros, 2002) Estudios multivariados demuestran que las mujeres blancas tienen una prevalencia de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo tres veces mayor que las mujeres negras, atribuyéndose a diferencias raciales en el tejido conjuntivo o en los músculos. La obesidad es uno de los factores de riesgo independiente para la Incontinencia Urinaria en mujeres mayores. Un índice de masa corporal (IMC) alto se correlaciona con una mayor prevalencia de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo y de Incontinencia Urinaria Mixta, así como con la severidad de la Incontinencia Urinaria. Se conoce poco sobre la pérdida de peso como tratamiento de la Incontinencia Urinaria.

(Viktrup & Lose, 2000) Menciona actores uroginecológicos: los prolapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, 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 IU

Paridad: el parto es un factor establecido de riesgo de IUE y IUM entre las mujeres jóvenes y de mediana edad. (31-42% de las embarazadas tienen IUE y en 51% de ellas persiste algún grado de IU postparto). Por otro lado, recientemente se ha comprobado que las mujeres con partos por cesárea (prevalencia 15,8%) tienen un riesgo mayor de IU que las nulíparas (prevalencia 10,1%), pero que el parto vaginal se asocia con el riesgo mayor (prevalencia 24,2%).

Hay una asociación entre histerectomía e IU a largo plazo, es decir, muchos años tras la cirugía sobre todo en mujeres mayores de 60 años en las que el riesgo de IU se incrementaba hasta 60%. Otros estudios, no encuentran esta asociación.

Otros factores: incluyendo cardiopatías, diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, demencia, accidentes cerebrovasculares, varios fármacos, tabaquismo, abuso del alcohol, etc., se han relacionado con IU. (Robles, 2006)

Tipos de incontinencia urinaria:

Incontinencia urinaria de esfuerzo: Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión intraabdominal (toser, reír, correr e incluso andar), teniendo poca relación con la actividad del detrusor. Este tipo de incontinencia 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. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

Incontinencia urinaria de urgencia: Es la pérdida involuntaria de orina asociada a una necesidad imperiosa y súbita de evacuar que se denomina urgencia. Está precedida de una sensación de urgencia imposible de controlar, que se debe a una contracción involuntaria del músculo detrusor.

Se relaciona no solamente con el género, sino también con la edad, pues presenta mayor incidencia en edades más avanzadas. Clínicamente suele acompañarse de un aumento en la frecuencia miccional, denominada polaquiuria (más de 8 micciones al día) y de nicturia (aumento de la frecuencia miccional nocturna). (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

Incontinencia urinaria mixta: Es la que se presenta con urgencia y también al realizar ejercicios, esfuerzos, estornudos o toser. La pérdida se produce por un doble mecanismo: hiperactividad del detrusor e incompetencia esfinteriana.

Es el tipo más frecuente en la mujer después de la incontinencia de esfuerzo, siendo su prevalencia del 35%. (Gómez Ayala, 2008)

Siendo la IUE, la IUU y la IUM los tipos más frecuentes, hay otras formas de presentación con un porcentaje menor y algunas de forma ocasional: IU por rebosamiento (se manifiesta en forma de goteo y es asociada a una retención urinaria), IU continua (pérdida involuntaria y continua sin deseo miccional) y la enuresis nocturna (pérdidas de orina durante el sueño). Como así también son las que se producen durante el coito, o climacturia, la incontinencia con la risa (giggle incontinence) y el goteo post-miccional.

Incontinencia “funcional”: se produce en pacientes cuyo aparato urinario no tiene problema alguno, pero que debido a trastornos físicos (movilidad reducida), cognitivos (demencia), arquitecturales (barreras arquitectónicas en pacientes con movilidad reducida) o al uso de determinados medicamentos no son capaces de llegar al baño. Suele observarse en pacientes ancianos. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

Tratamiento kinésico:

Ejercicios de la Musculatura del Suelo Pélvico: Durante la sesión se realizan ejercicios de contracción perineal estimulados y evaluados por el kinesiólogo. El número de repeticiones depende de la fatigabilidad del músculo. Cuando el paciente logra contraer voluntariamente su periné, repite un plan de ejercicios para realizar fuera de la sesión.

En el entrenamiento y reeducación de la musculatura del suelo pélvico una de las dificultades es la falta de capacidad o habilidad para contraerla, un 30% de mujeres son incapaces de realizar una contracción correcta, por lo que previo al tratamiento debería ser valorada esta capacidad, al igual que la aparición de sinergias musculares de los músculos abdominales,

glúteos o aductores cuando se solicitan la contracción aislada de la musculatura del suelo pélvico. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

**Biofeedback (biorretroalimentación):**

Es un sistema que recoge o capta información de un proceso fisiológico que sucede de forma inconsciente para el individuo; dicha información se amplifica y es devuelta en forma de señal visual o auditiva para que pueda ser captada por la paciente, indicando el momento en el cual debe realizar la contracción y la relajación.

Existen diferentes métodos, entre ellos el BFB mediante electromiografía o mediante manometría, tanto con aplicación de electrodos intracavitarios como de superficie.

Tiene como objetivos que la paciente consiga un buen control voluntario sobre la musculatura estriada (músculo elevador del ano o esfínter uretral externo), una mayor conciencia de la zona pelvi-perineal y una disminución de las contracciones de los músculos antagonistas.

(Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

**Electroestimulación Funcional (EEF):** Consiste en una estimulación de origen nervioso que tiene como objetivo actuar sobre los circuitos o fibras nerviosas responsables de la incontinencia urinaria. Busca activar las raíces sacras S1-S2-S3, para conseguir una contracción de la musculatura implicada en esta disfunción. Para que esta herramienta pueda ser utilizada precisa de un arco reflejo íntegro en la paciente. El mecanismo y modo de actuación depende de la causa que provoque la IU de la estructura que sea estimulada mediante la corriente eléctrica. Se puede realizar con electrodos vaginales o con los electrodos cutáneos o transcutáneos. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

**Entrenamiento Vesical:** Es considerado como un tratamiento comportamental que implica un proceso de aprendizaje individual de nuevos patrones miccionales para restablecer los que se consideran normales, en quienes se encuentran alterados. El programa debe contener tres elementos clave: educación al paciente sobre anatomía de la vejiga, sobre incontinencia, mecanismos de control de la urgencia vesical; una micción programada con ajuste de la frecuencia miccional mediante la ampliación de los periodos inter-vaciados (con aumento progresivo); y refuerzo positivo proporcionado por el fisioterapeuta. Precisa de la

participación activa de los pacientes (plena capacidad cognitiva y física) y muy motivados ante la terapia. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

Estimulación del Nervio Tibial Posterior: Provoca una electroestimulación retrógrada del plexo nervioso sacro. Se ha aplicado tanto de forma transcutánea, con electrodo de superficie como percutánea, con electrodo aguja, con el electrodo activo colocado por encima del maléolo medial y el electrodo adhesivo dispersivo cerca del arco plantar. En relación a la pauta de tratamiento la Asociación de Urología Europea recomienda realizar una sesión de 30 minutos a la semana durante un periodo inicial de 12 semanas. Para que los efectos se mantengan a largo plazo se requiere un tratamiento crónico con sesiones más espaciadas, aproximadamente 1 sesión cada tres semanas.

En la guía se describían como tratamientos la Magnetoterapia, Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea (TENS) y Dispositivos Intracavitarios (Conos Vaginales). Pero en la actualidad hay poca evidencia científica que lo demuestre. (Díaz Mohedo, Medrano Sánchez, & Suárez Serrano, 2013)

GAH se define como un conjunto de técnicas posturales que provocan el descenso de la presión intraabdominal y la coactivación de los abdominales y del SP, consiguiendo a largo plazo un aumento del tono en ambos grupos musculares, reduciendo el riesgo de POP e IU. La progresión en la instrucción de la GAH (Gimnasia Hipopresiva Abdominal) tiene dos fases: el periodo de aprendizaje y el de automatización. Como contraindicaciones se encontraron: cardiopatía, hipertensión arterial (ambas debido a la activación del sistema simpático), embarazo y disfunción obstructiva respiratoria. En cualquier caso, se debe medir la presión arterial antes y después de los ejercicios ya que muchas veces la hipertensión no está diagnosticada. (Sánchez Sánchez & Díaz Águila, 2012)

Encuesta

Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Fecha de cumplimentación del presente cuestionario: \_\_\_\_\_

Por favor Marque con una CRUZ (X) su respuesta:

1) ¿Tiene usted pérdida de orina?

SI	NO
----	----

2) ¿Se le presentan repentinamente las ganas de orinar?

SI	NO
----	----

3) ¿Se le ha escapado la orina porque no le da tiempo a llegar al baño?

SI	NO
----	----

4) ¿Usa usted algún tipo de apósito para la pérdida de orina?

Protectores diarios tipo Carefree	SI	NO
Toalla menstrual	SI	NO
Paños	SI	NO
Pañales	SI	NO

Otro: .....

5) ¿Tiene familiares que tengan pérdida de orina?

SI	NO
----	----

6) “Incontinencia urinaria”: es toda pérdida involuntaria de orina:

Conoce este término	SI	NO
Sabe de qué se trata	SI	NO

7) Solo responder si usted tuvo, tiene o cree tener incontinencia urinaria.

¿Cómo se siente?

Avergonzada	
Incomoda	
Molesta	
No le desagrada	

8) Solo responder si usted tuvo, tiene o cree tener incontinencia urinaria.

Cuál o cuáles de los siguientes factores cree que está relacionado.

Marque con una cruz (X)

- Edad: .....
- Menopausia: .....

- Hipoestrogenismo (disminución de la producción de estrógeno en los ovarios): .....
- Peso: .....
- Histerectomía (cirugía para extirpar el útero y, en ocasiones, los órganos y tejidos que lo rodean.): .....
- Tener hijos: ..... Si es así, ¿Cuántos?: .....
- Prolapsos (abultamiento o caída de una parte del cuerpo) de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, .....
- Debilidad de los músculos del suelo pelviano.....
- Cirugía uroginecológica previa, .....
- Estreñimiento, .....
- Cistitis .....
- Infecciones del tracto urinario .....
- Desconozco la causa: .....
- Otros:  
.....  
.....

9) ¿Sabe que por ser mujer aumentan sus posibilidades de tener Incontinencia Urinaria?

SI	NO
----	----

10)

a) ¿Sabe que hay formas de prevenir la Incontinencia Urinaria?

SI	NO
----	----

b) El 50% de la población de mujeres en algún momento de su vida puede llegar a cursar con esta patología, “incontinencia urinaria”.

¿Le gustaría recibir más información sobre lo que es la pérdida de orina y cómo prevenirla?

SI	NO
----	----

11) ¿Cree que es importante una consulta médica en caso de tener pérdida de orina?

SI	NO
----	----

12) ¿Qué tratamiento piensa que es más efectivo para la Incontinencia urinaria?

Quirúrgico	
Farmacológico	
Kinésico	
Ninguno	

Otros: .....

13) ¿Sabe que puede ir al kinesiólogo si tiene pérdida de orina?

SI	NO
----	----

14) ¿Realizó alguna vez tratamiento kinésico por pérdida de orina?

SI	NO
----	----

15) ¿Cree usted que el sobrepeso en la mujer está relacionado con incontinencia urinaria?

SI	
NO	
NO SE	

16) Según la Escala de Oxford para la valoración de la contractibilidad de la musculatura del suelo pélvico en que rango se ubicaría:

0/5 Ausencia de contracción.	
1/ 5 Contracción muy débil	
2/5 Contracción débil	
3/5 Contracción moderada, con tensión y mantenida.	
4/5 Contracción buena. Mantenimiento de la tensión con resistencia.	
5/5 Contracción fuerte. Mantenimiento de la tensión con fuerte resistencia.	

Le estaría muy agradecida si contestase a las siguientes preguntas, pensando en cómo se ha encontrado en el último mes.

17) ¿Con qué frecuencia pierde orina?

(Marque sólo una respuesta)

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

18) Me gustaría saber su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que pierde, (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

0	No se me escapa nada	
1	Muy poca cantidad	
2	Una cantidad moderada	
3	Mucha cantidad	

19) ¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
Nada											Mucho										

20) Indique en que situaciones presenta pérdida de orina

Nunca	
Cuando se encuentra quieta/ tranquila.	
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	

Muchas gracias por contestar estas preguntas.

*¡La rehabilitación de Piso Pélvico puede mejorar tu calidad de vida!*

Presentación, análisis e interpretación de datos

Los resultados que a continuación se presentan fueron estructurados de acuerdo a la estadística descriptiva, es decir, conformada por tablas y gráficos estadísticos.

EDAD	SIN IU		CON IU		
35 – 44	23,64%	26	1,82%	2	28
45 – 54	15,46%	17	2,73%	3	20
55 – 64	10%	11	9,09%	10	21
65 – 74	7,27%	8	9,09%	10	18
75 – 85	5,45%	6	15,45%	17	23
<b>Total</b>	<b>61,82%</b>	<b>68</b>	<b>38,18%</b>	<b>42</b>	<b>110</b>

Tabla 2: Porcentaje de IU según rango etario.

De las 110 encuestas entregadas, respondidas y recuperadas, en los meses de marzo y abril del año 2023 en la localidad de Ascensión. 42 mujeres referían tener incontinencia urinaria y 68 no referían tener incontinencia. Estos datos arrojaron una prevalencia de Incontinencia Urinaria del 38,18%. Donde de acuerdo al rango etario, de 35 a 44 años un 1,82%, de 45 a 54 años 2,73%, de 55 a 64 años 9,09% , de 65 a 74 años 9,09% y 15,45% de 75 a 85 años.

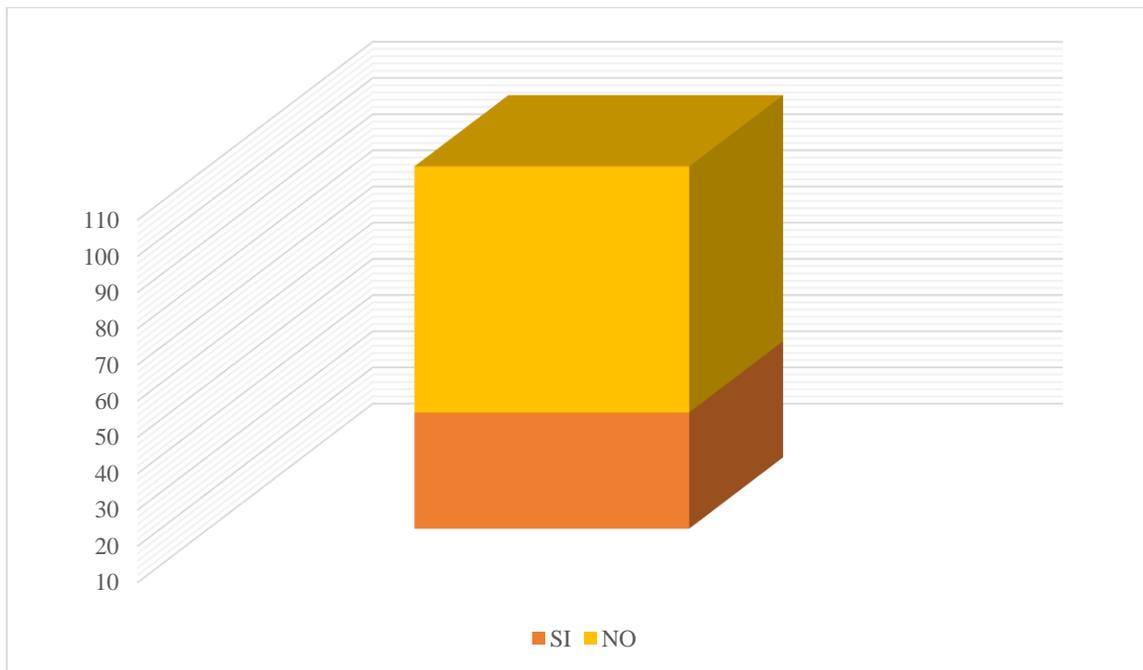


Figura 1: Población que tiene pérdida de orina.

Análisis: En la presente figura se establece una prevalencia del 38,18% de la población tiene pérdida de orina de un total de 110 encuestas realizadas en los meses de marzo y abril en Ascensión, Argentina 2023

- Naranja: 42 (SI)
- Amarillo: 68 (NO)

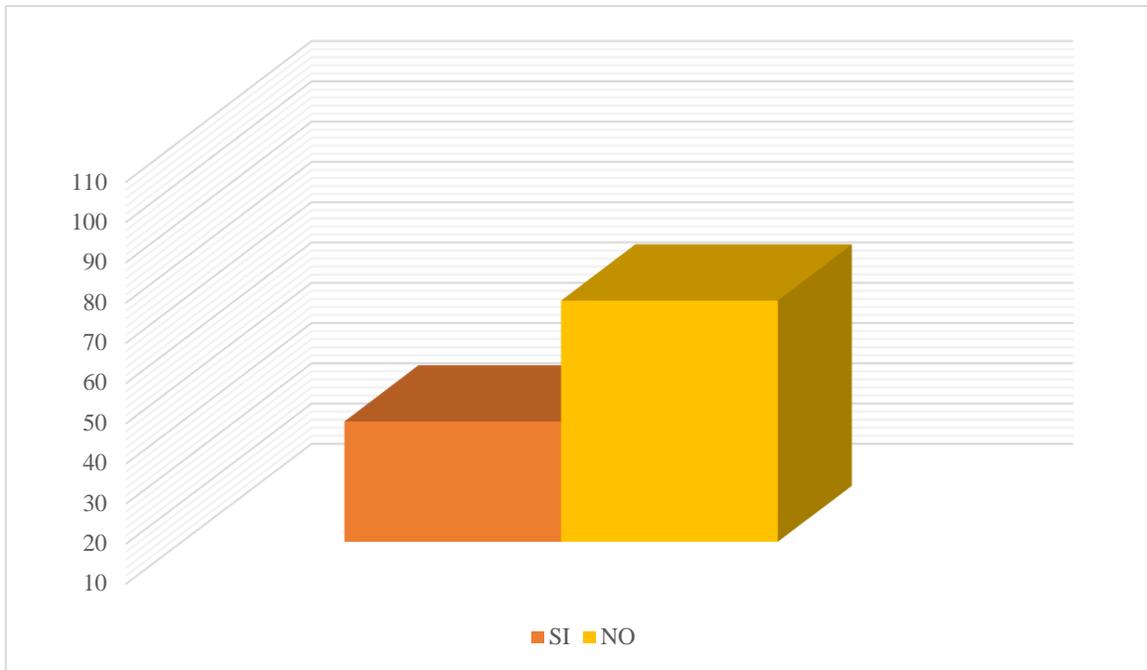


Figura 2: Población que presenta repentinamente ganas de orinar.

Análisis: La presente figura expresa la población femenina que tienen repentinamente las ganas de orinar con un 36,36% y las que no lo perciben 63,64% en Ascensión en los meses de marzo y abril del año 2023.

Naranja: 40 (SI)

Amarillo: 70 (NO)

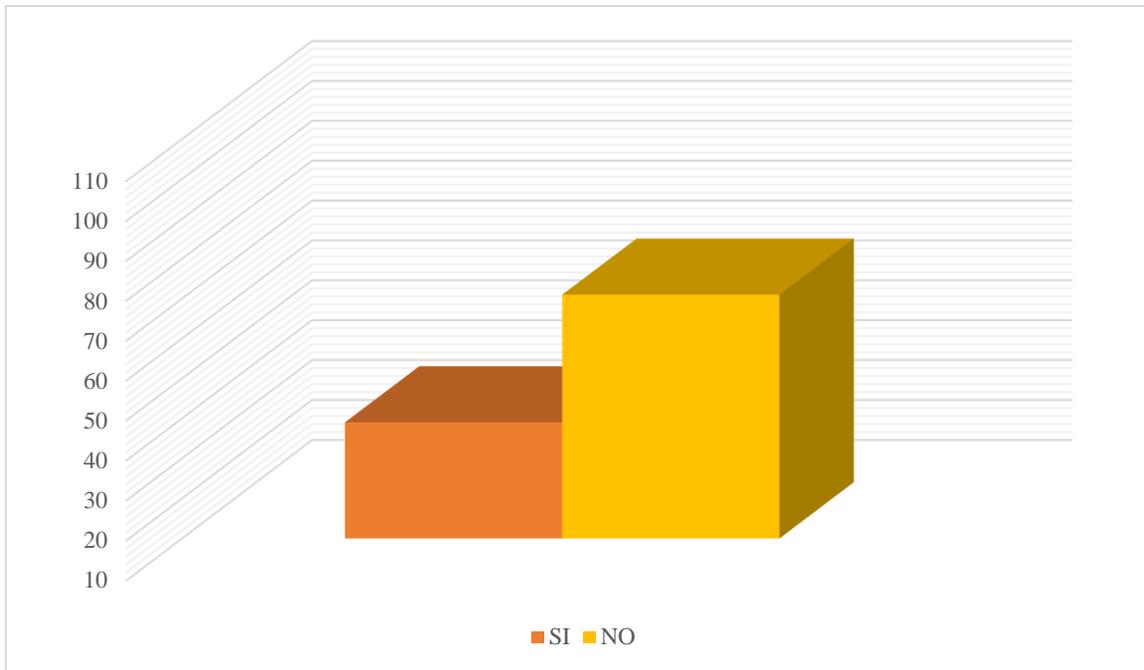


Figura 3: Escape de orina por no llegar a tiempo al baño.

Análisis: La presente figura diferencia la cantidad de mujeres que tienen perdida de orina por no llegar a tiempo al baño en un 35,45% y un 64,55% de las que no, en Ascensión, Argentina 2023.

Naranja: 39 (SI)

Amarillo: 71 (NO)

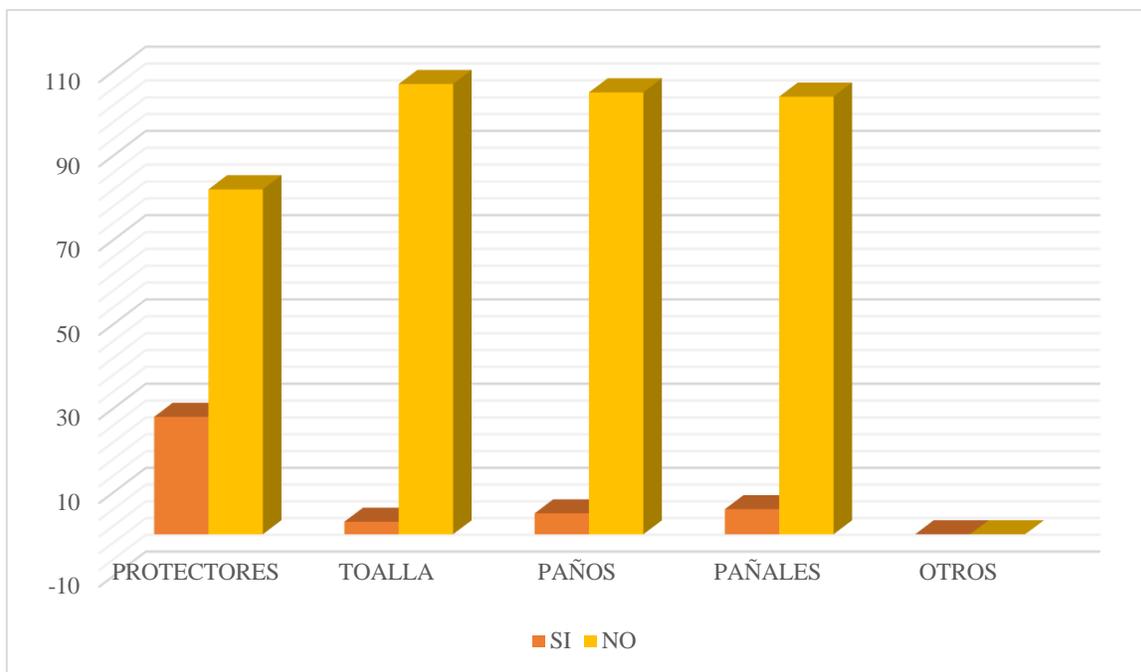


Figura 4: Utilización de apósitos para la pérdida de orina.

Análisis: En el presente gráfico se expresa que la totalidad de mujeres incontinentes 38,18% utilizan apósitos y, además, se expresa el índice comparativo entre los tipos de apósitos que eligen para la pérdida. 25,45% usa protectores, 2,73% usan toalla, 4,55% paños, 5,45% pañales.

Protectores: 28

Toalla: 3

Paños: 5

Pañales: 6

Otros: 0

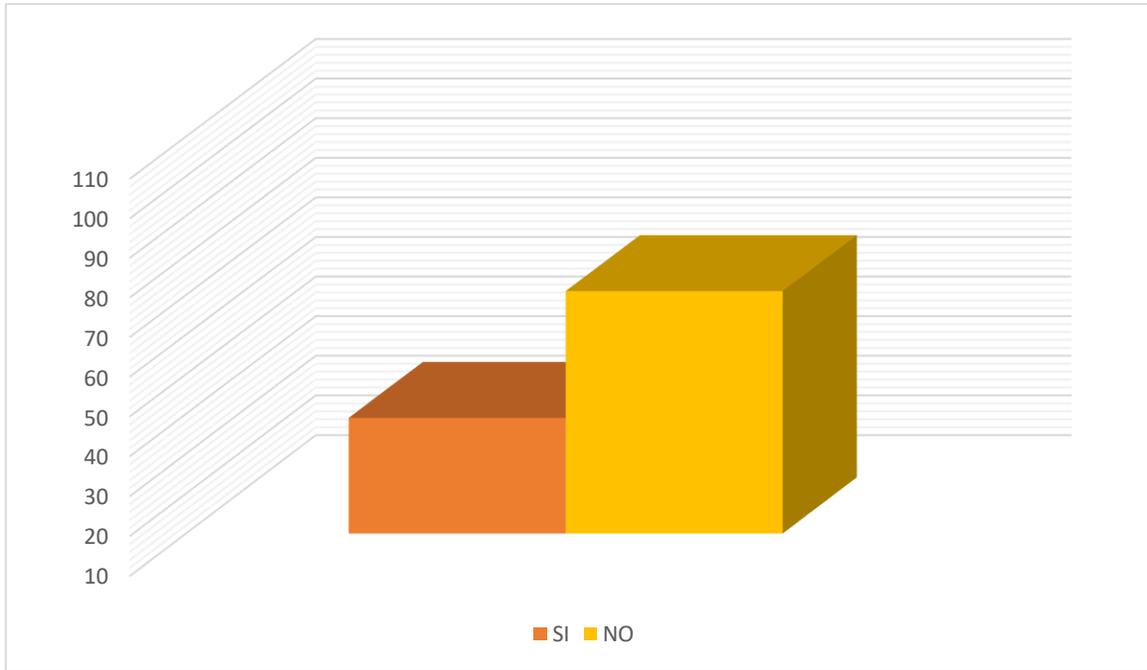


Figura 5: Familiares con pérdida de orina.

Análisis: El presente gráfico marca que el 35,45% de la población encuestada en los meses de marzo y abril del año en curso tienen familiares con pérdida de orina, mientras que el 64,55 % no registran tener.

Naranja: 39 (SI)

Amarillo: 71 (NO)

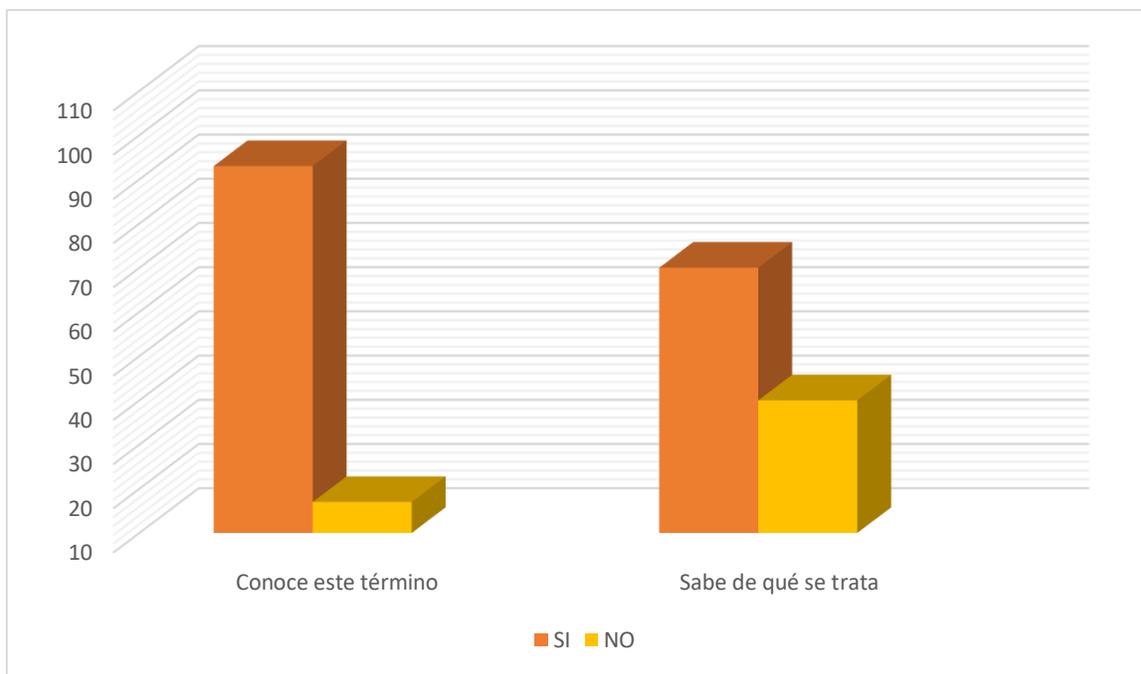


Figura 6: Población que conoce el término IU, y la que sabe o no de que se trata.

Análisis: La presente figura muestra el nivel de conocimiento de la población femenina de Ascensión el 2023, frente al término Incontinencia urinaria reflejado en 84,55% conoce el término, 15,45% no conoce el término, 63,64% sabe de qué se trata, 36,36% no sabe de qué se trata.

Conoce este término: Naranja (93); Amarillo (17)

Sabe de qué se trata: Naranja (70); Amarillo (40)

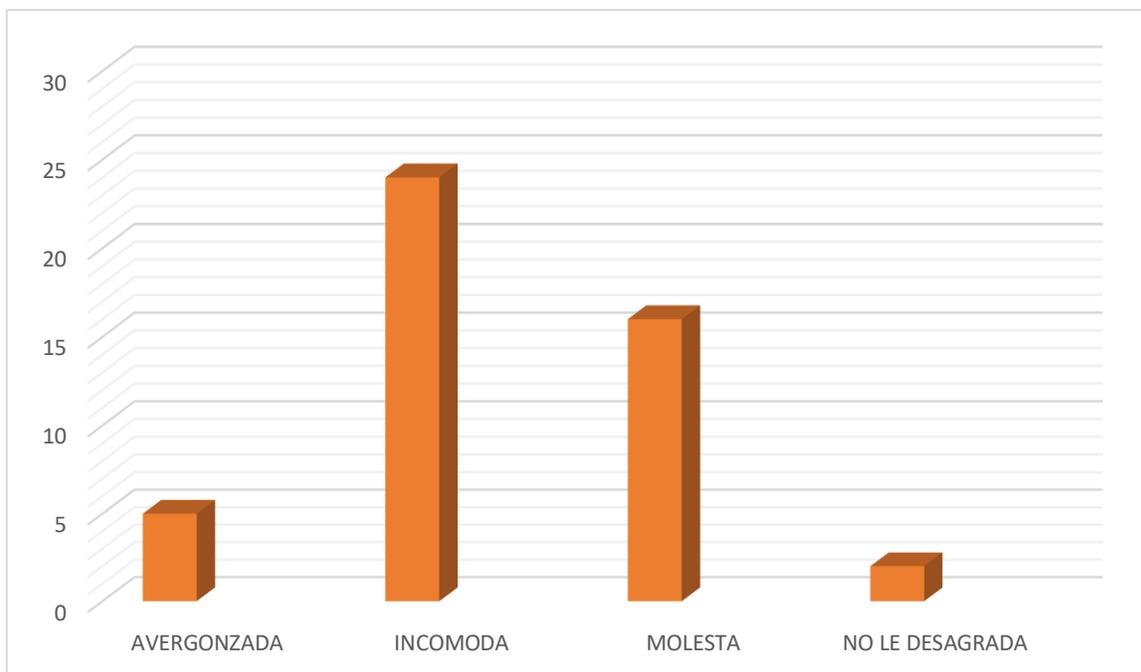


Figura 7:Autopercepción de la población encuestada.

Análisis: El presente gráfico respondido por mujeres que tuvieron, tienen o creen tener incontinencia urinaria se expresa de modo preciso como se autoperciben frente a esta disfunción, .

Avergonzada: 5 (10,63%)

Incomoda: 24 (51,06%)

Molesta: 16 (34,04%)

No le desagrada: 2 (4,25%)

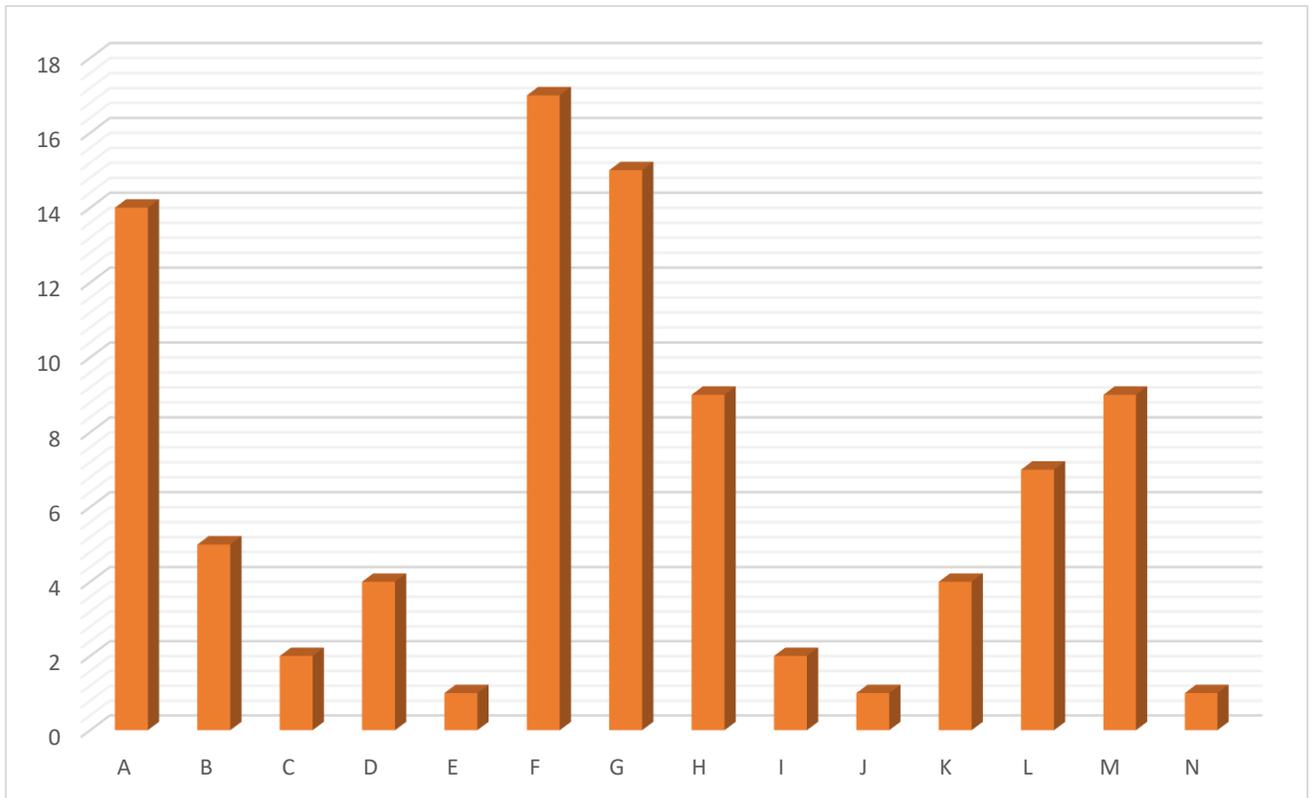


Figura 8: Factores que la población cree que están relacionados.

Análisis: En el presente gráfico respondido por mujeres que tuvieron, tienen o creen tener incontinencia urinaria se expresa el índice de factores que creen que están relacionados con su incontinencia.

- A. Edad: 14
- B. Menopausia: 5
- C. Hipoestrogenismo: 2
- D. Peso: 4
- E. Histerectomía: 1
- F. Hijos: 17
- G. Prolapso: 15
- H. Debilidad de los músculos del suelo pelviano: 9
- I. Cirugía uroginecológica previa: 2
- J. Estreñimiento: 1
- K. Cistitis: 4
- L. Infecciones del tracto urinario: 7

M. Desconozco causa: 9

N. Otros: antecedentes de cáncer de mama, falta de hormona.

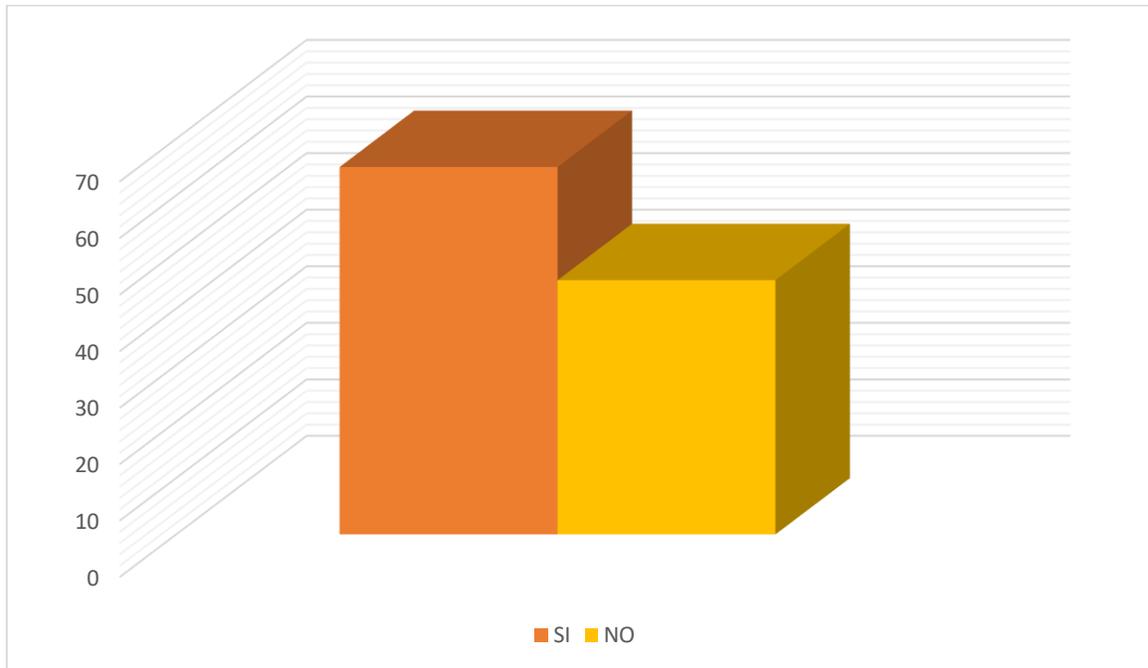


Figura 9: Por ser mujer aumentan las posibilidades de IU.

Análisis: El presente gráfico marca según la encuesta realizada en los meses de marzo y abril, la cantidad de mujeres que creen que el sexo femenino está relacionado con la incontinencia con una prevalencia de 59,09% y en un porcentaje menor las que no creen que esté relacionado el sexo femenino con incontinencia urinaria con un 40,91% .

Naranja: 65

Amarillo: 45

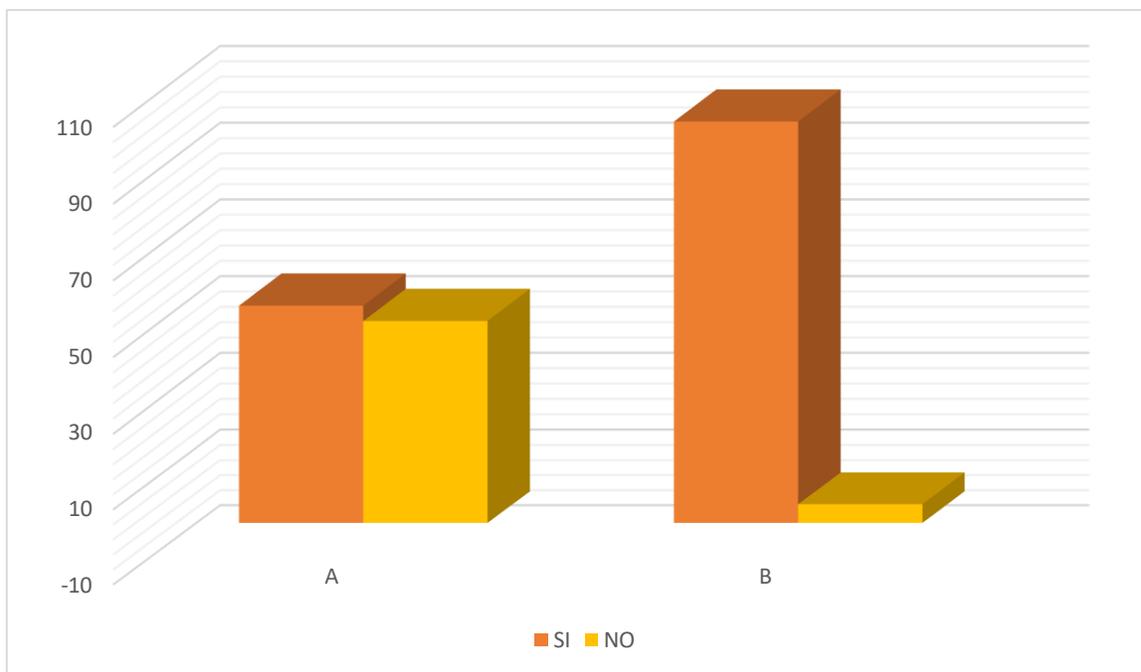


Figura 10: A) Saben que hay formas de prevenirla - B) Les gustaría recibir información sobre IU.

Análisis: La presente figura hace referencia a la respuesta del ítem 10 de la encuesta realizada en los meses de marzo y abril del año en curso, en Ascensión, dividida en:

A. Un 51,82% saben que hay formas de prevenir la Incontinencia Urinaria y 48,18% desconoce.

Naranja:57 (SI) ; Amarillo: 53 (NO)

B. A un 95,45 % les gustaría recibir más información sobre lo que es la pérdida de orina y como prevenirla y un 4,55% opto por no recibir información relacionada con incontinencia urinaria.

Naranja: 105 (SI); Amarillo: 5 (NO)

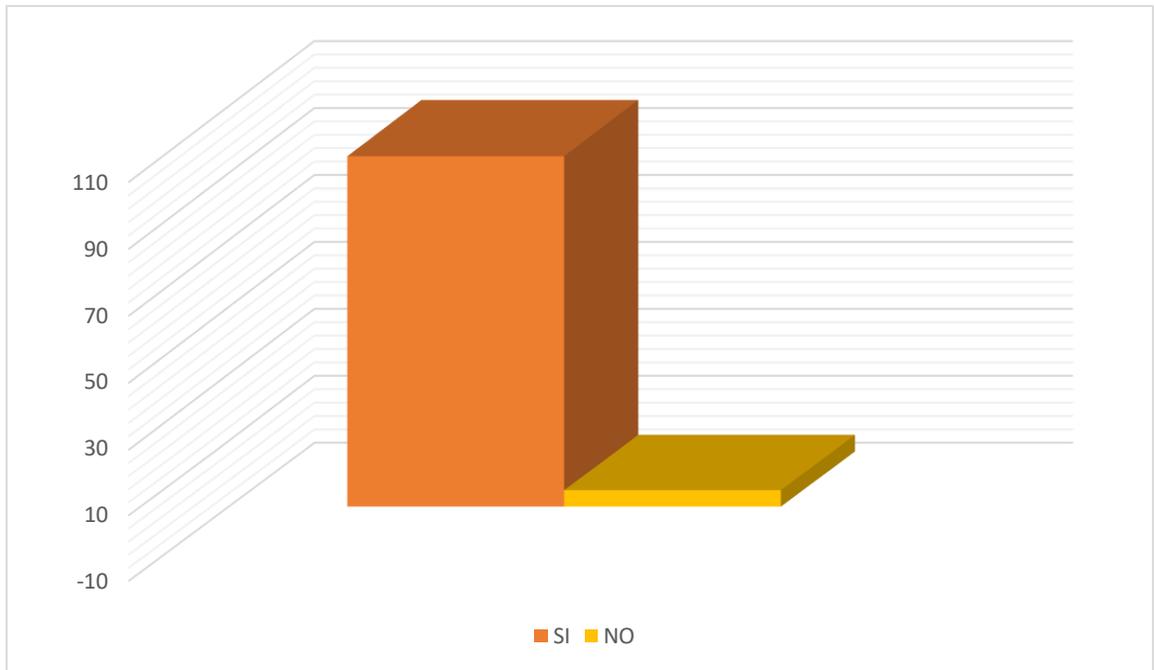


Figura 11: Mujeres que creen que es importante una consulta médica.

Análisis: La presente figura expresa que el 95,45% de la población de Ascensión encuestada en los meses de marzo y abril del año en curso, cree que es importante realizar una consulta médica en caso de presentar pérdida de orina, mientras que un 4,55% cree que no es necesaria una consulta.

Naranja: 105 (SI)

Amarillo: 5 (NO)

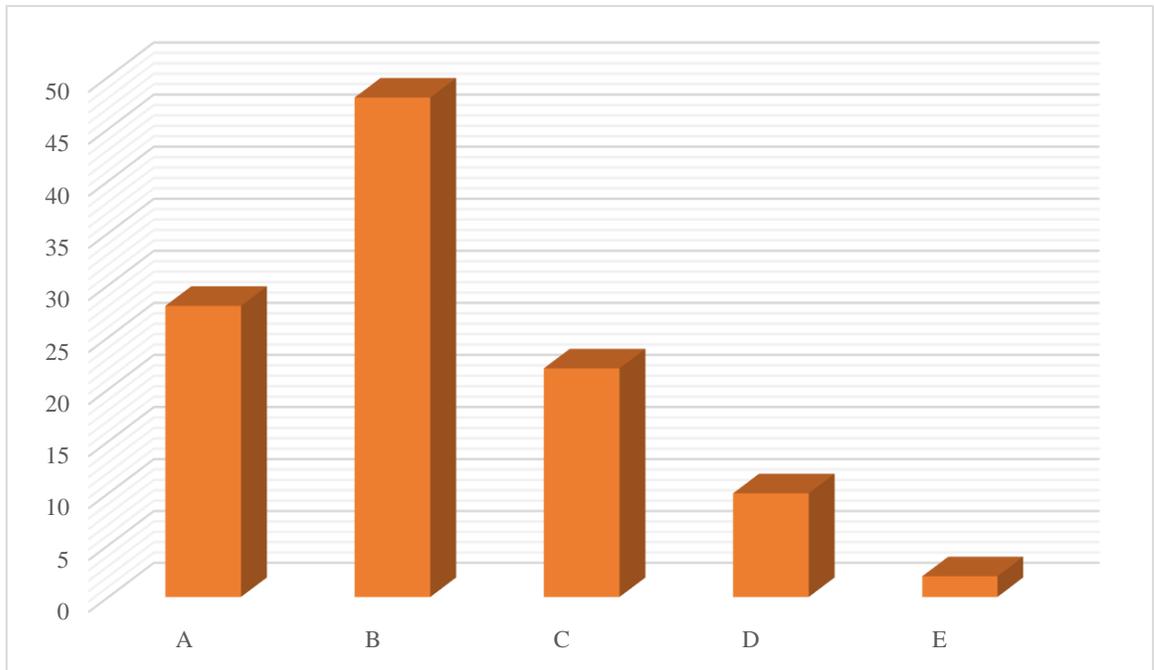


Figura 12: Tratamiento más efectivo para IU.

Análisis: En la presente figura se expresa de modo preciso cual sería el índice de tratamiento más efectivo para incontinencia urinaria. Según lo obtenido por la encuesta realizada en los meses de marzo y abril del año en curso en Ascensión, 43,64% tratamiento farmacológico, 25,45% tratamiento quirúrgico, 20% tratamiento kinésico, 9,09% ninguno, 1,82% refieren otros (ejercicio, gimnasia).

- A. Quirúrgico: 28
- B. Farmacológico: 48
- C. Kinésico: 22
- D. Ninguno: 10
- E. Otros: ejercicio, gimnasia.

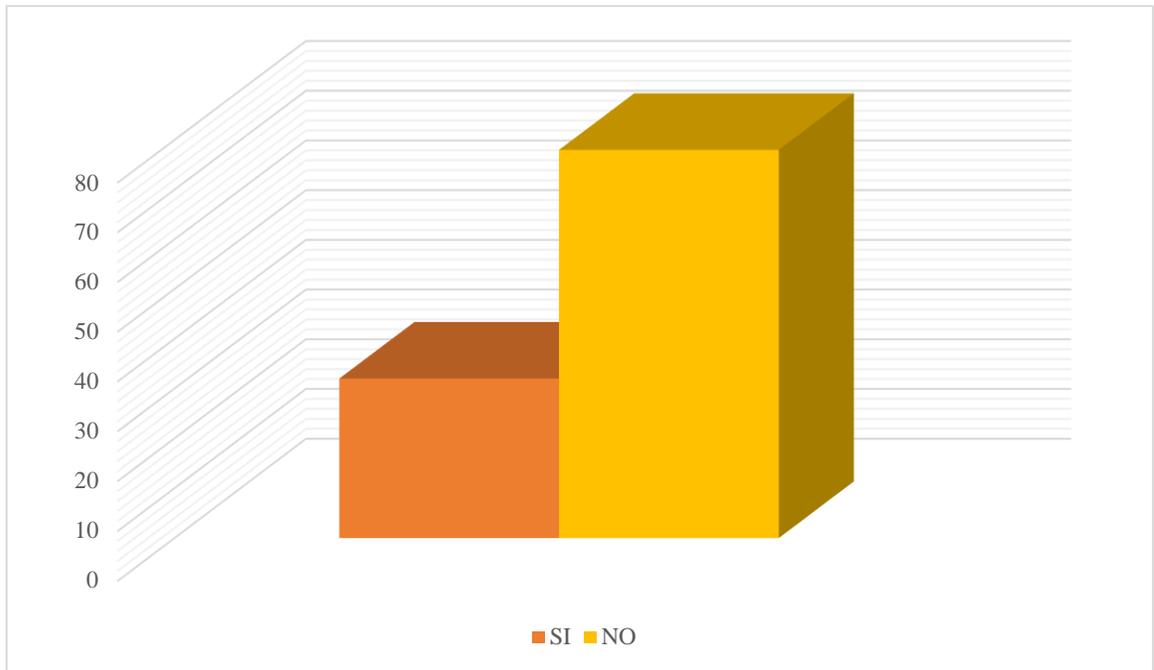


Figura 13: Consulta kinésica por pérdida de orina.

Análisis: La presente figura refleja el pensamiento de las personas encuestadas en la localidad de Ascensión en los meses de marzo y abril del 2023 sobre una consulta kinésica frente a una pérdida de orina. 29,09% opina que es importante realizar una consulta kinésica, mientras que el 70,91% piensa que no es importante o relevante la intervención kinésica en IU.

Naranja: 32 (SI)

Amarillo: 78 (NO)

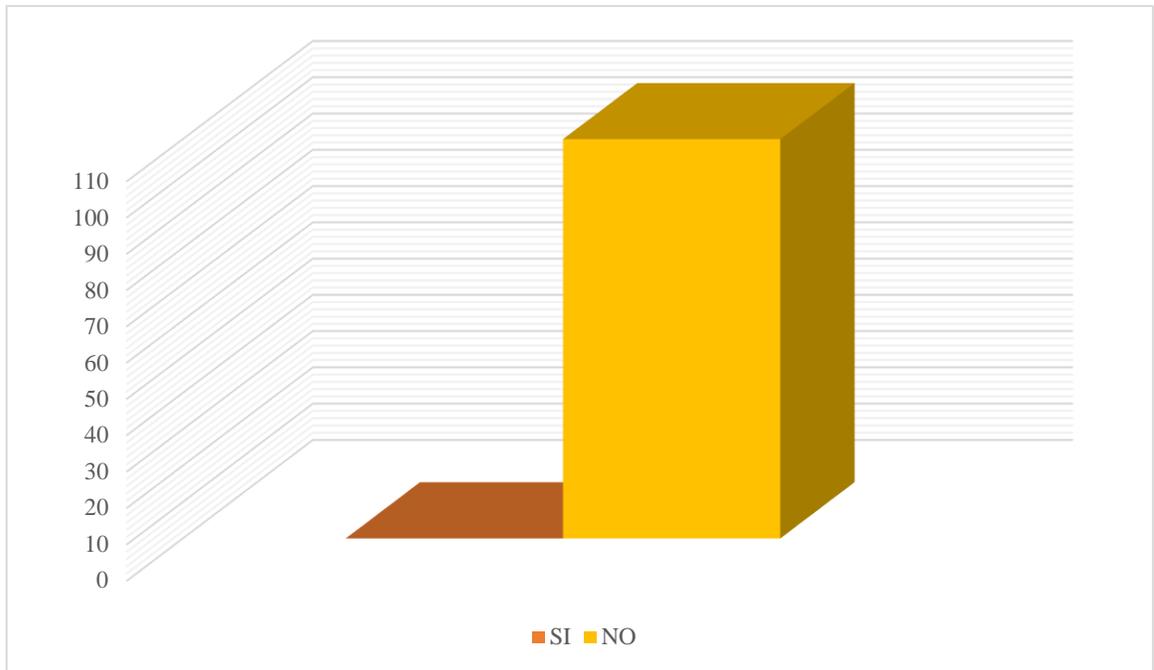


Figura 14: Mujeres que realizaron tratamiento kinésico por IU.

Análisis: La presente figura muestra la cantidad de mujeres de la localidad de Ascensión que realizaron tratamiento kinésico por incontinencia urinaria. La prevalencia fue del 100% de ausencia en tratamiento para pérdida de orina. Datos obtenidos en los meses de marzo y abril del año 2023.

Naranja: 0 (SI)

Amarillo:110 (NO)

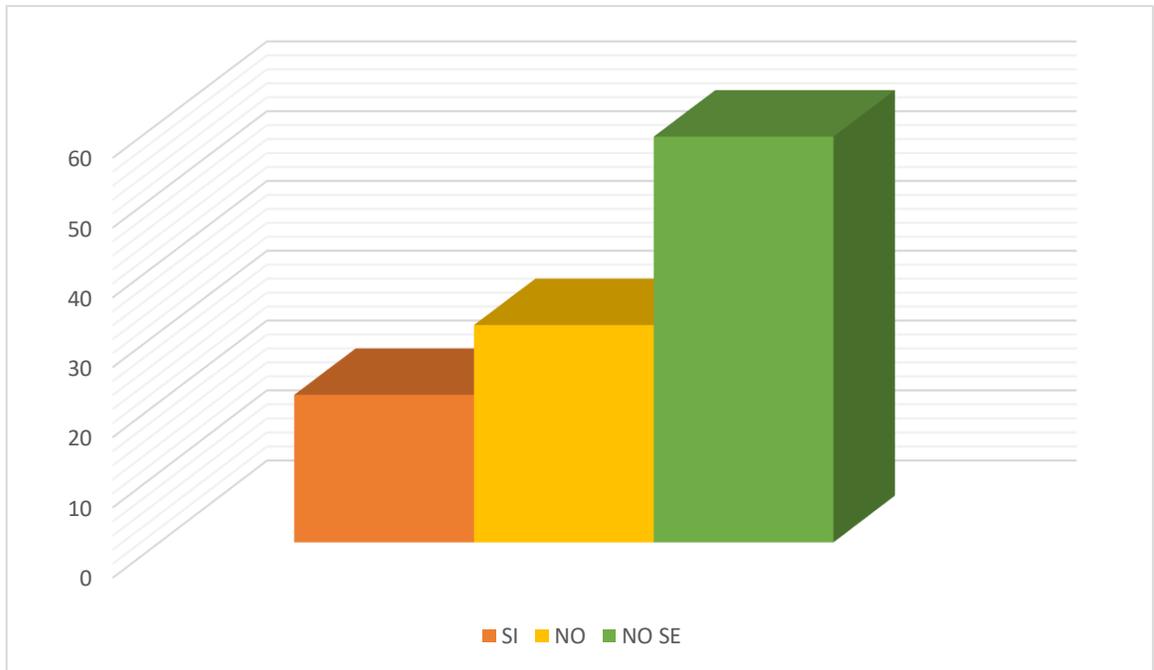


Figura 15: Sobrepeso relacionado con IU.

Análisis: La presente figura integra el índice de mujeres que creen que el sobrepeso está relacionado con la incontinencia en un 19,09%, las que desconocen que está relacionado con un 52,73% y las que creen que no está relacionado con un 28,18%. Datos obtenidos en los meses de marzo y abril en Ascensión, 2023.

Naranja: 21 (SI)

Amarillo:31 (NO)

Verde: 58 (NO SE)

0/5 Ausencia de contracción. 7

1/ 5 Contracción muy débil	13
2/5 Contracción débil	13
3/5 Contracción moderada, con tensión y mantenida.	21
4/5 Contracción buena. Mantenimiento de la tensión con resistencia.	36
5/5 Contracción fuerte. Mantenimiento de la tensión con fuerte resistencia.	20

Tabla 3: Escala de Oxford

Análisis: La presente tabla de Escala de Oxford para la valoración de la contractibilidad de la musculatura del suelo pélvico, permitió determinar en qué posición se encuentra cada encuestada en Ascensión. En forma decreciente:

4/5 Contracción buena. Mantenimiento de la tensión con resistencia. (32,73%)

3/5 Contracción moderada, con tensión y mantenida. (19,09%)

5/5 Contracción fuerte. Mantenimiento de la tensión con fuerte resistencia. (18,18%)

1/ 5 Contracción muy débil. (11,82%)

2/5 Contracción débil. (11,82%)

0/5 Ausencia de contracción. (6,36%)

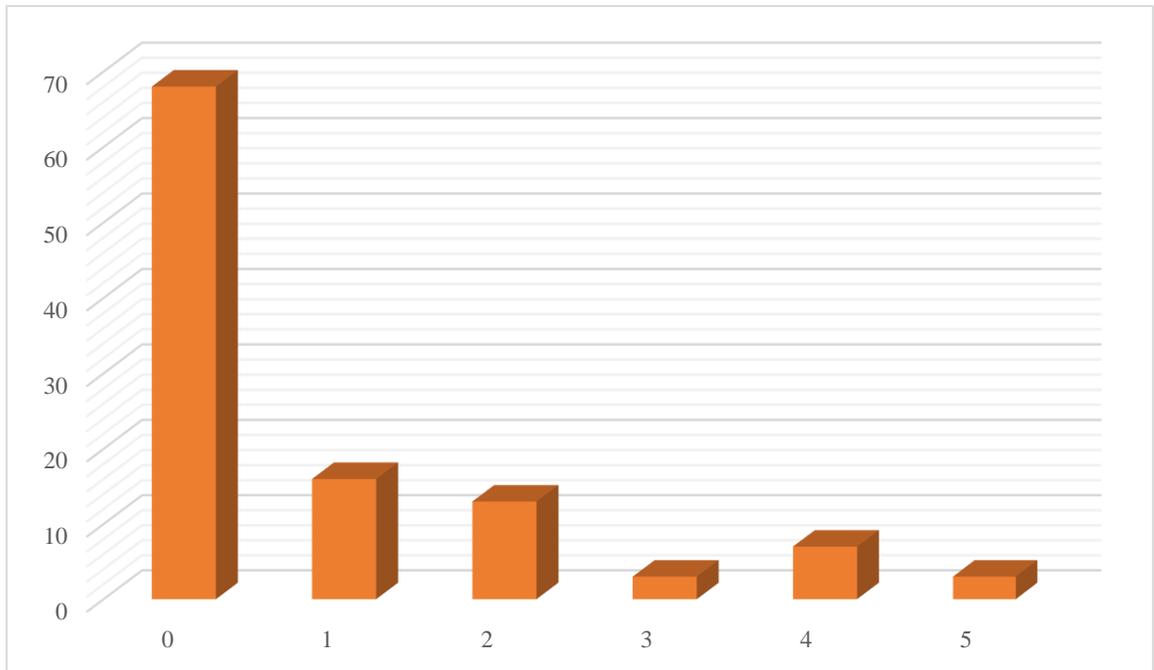


Figura 16: Frecuencia de la pérdida de orina.

Análisis: La presente figura muestra datos del último mes de las encuestadas incontinentes, reflejando la frecuencia con la que pierden orina. Datos obtenidos en los meses de marzo y abril, Ascensión 2023.

- 0. Nunca: 68  
(61,82%)
- 1. Una vez a la semana: 16  
(14,55%)
- 2. 2-3 veces/semana: 13  
(11,82%)
- 3. Una vez al día: 3  
(2,73%)
- 4. Varias veces al día: 7  
(6,36%)
- 5. Continuamente: 3  
(2,72%)

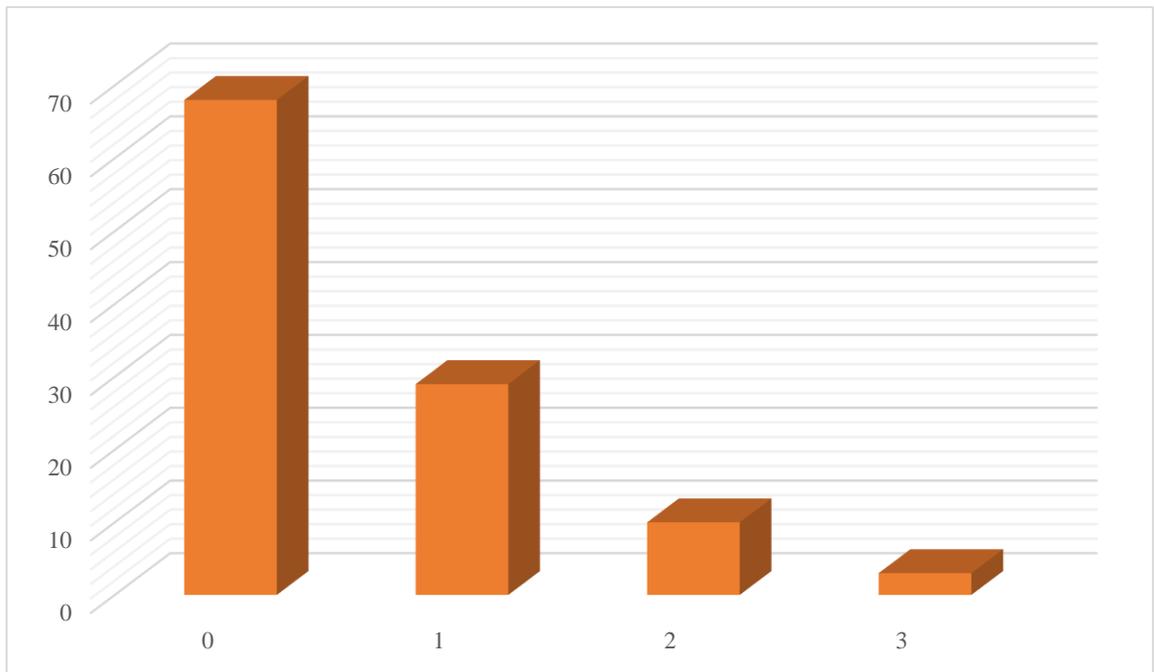


Figura 17:Cantidad de orina que pierden.

Análisis: La presente figura muestra datos del último mes de las encuestadas, expresando la cantidad de orina que pierden, (tanto si llevan protección como si no). Datos obtenidos en los meses de marzo y abril del año 2023, Ascensión.

0. No se me escapa nada: 68  
(61,82%)
1. Muy poca cantidad: 29  
(26,36%)
2. Una cantidad moderada: 10  
(9,09%)
3. Mucha cantidad: 3  
(2,73%)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
68	6	4	6	3	6	6	4	2	1	4

Tabla 4: Medida en que los escapes de orina afectan la vida diaria.

Análisis: La presente tabla muestra datos del último mes de las encuestadas, reflejando en qué medida estos escapes afectan su vida diaria. Datos obtenidos en los meses de marzo y abril del año en curso, Ascensión.

- 0. 68: (61,82%)
- 1. 6: (5,45%)
- 2. 4: (3,64%)
- 3. 6: (5,45%)
- 4. 3: (2,73%)
- 5. 6: (5,45%)
- 6. 6: (5,45%)
- 7. 4: (3,64%)
- 8. 2: (1,82%)
- 9. 1: (0,91%)
- 10. 4: (3,64%)

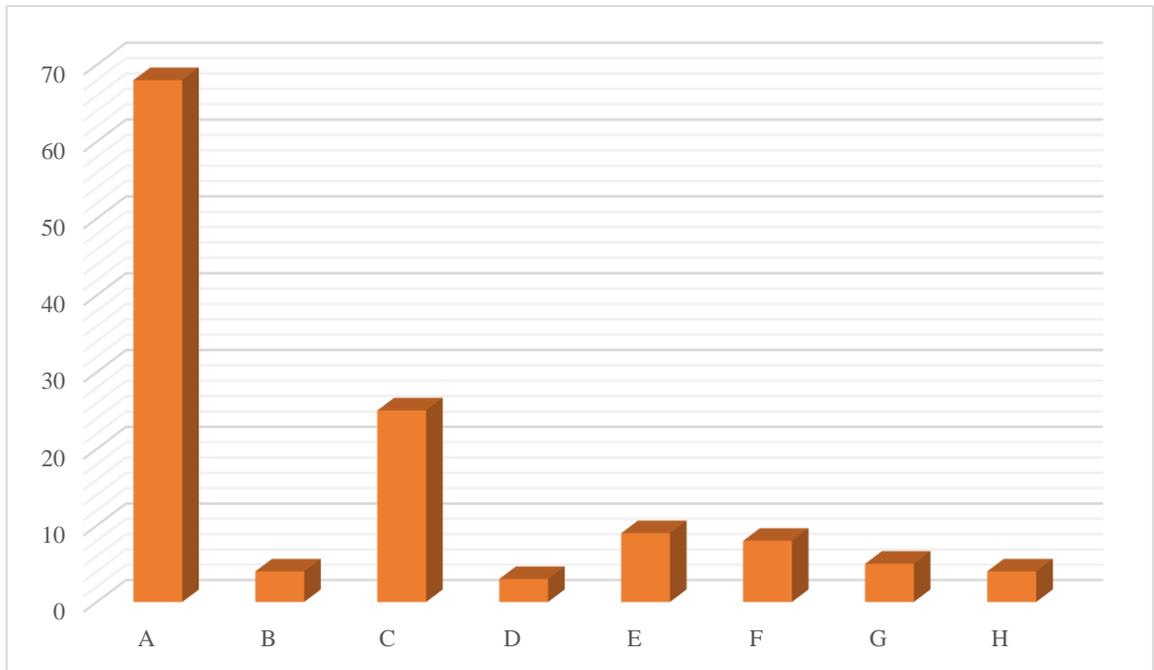


Figura 18: Situaciones en la que presentan pérdida de orina.

Análisis: La presente figura muestra datos del último mes de las encuestadas, expresando en que situaciones presentan pérdida de orina. Datos obtenidos en los meses de marzo y abril del año 2023, Ascensión.

- A. Nunca: 68
- B. Cuando se encuentra quieta/tranquila: 4
- C. Al toser o estornudar: 25
- D. Mientras duerme: 3
- E. Al realiza esfuerzos/ejercicio: 9
- F. Cuando termina de orinar y ya se ha vestido: 8
- G. Sin motivo evidente: 5
- H. De forma continua: 4

## Conclusión

Del análisis pormenorizado de la investigación, basada en el contenido explícito de las ciento diez (110) encuestas realizadas en la localidad de Ascensión, partido de Gral. Arenales, he logrado establecer en forma fehaciente que:

El 38,18% tiene pérdida de orina; el 36,36% del total presenta repentinamente ganas de orinar, el 35,45% presentó en algún momento de su vida escape de orina por no llegar a tiempo al baño. La totalidad de mujeres incontinentes (42) utilizan apósitos, (28) protectores diarios representando un 24,45%, (3) toalla menstrual 2,73%, (5) paños 4,55%, (6) pañales 5,45%. El 35,45% del total refiere tener familiares con pérdida de orina.

Las encuestadas que tuvieron, tienen, o creen tener Incontinencia Urinaria expresaron una o más sensaciones frente a esta disfunción, con un 51,06% incomoda, 34,04% molesta, 10,63% avergonzada y 4,25% no le desagrada. Además, determinaron el factor o los factores relacionados con su incontinencia, en forma decreciente: (hijos, prolapso, edad, debilidad de la musculatura, desconocen la causa, infecciones del tracto urinario, menopausia, peso, cistitis, hipoestrogenismo, cirugía uroginecológica previa, histerectomía, estreñimiento, antecedentes de cáncer de mama – falta de hormona).

Con respecto al conocimiento con el que cuenta la población como consecuencia y efectuando una minuciosa comparación, el 84,55% conoce el término, mientras que el 15,45% desconoce, el 63,64% sabe de qué se trata y un 36,36% expreso desconocer el significado. El 59,09% sabe que por ser mujer aumentan las posibilidades, existiendo en esta misma respuesta una diferencia reducida con la población que expreso desconocer que el sexo femenino se relaciona con un aumento en las posibilidades de tener Incontinencia Urinaria, el 51,82% sabe que hay formas de prevenir la Incontinencia Urinaria y el 48,18% desconoce, el 95,45% le gustaría recibir más información, mientras que el 4,54% prefiere no recibir. El 95,45% cree que es importante una consulta médica. Con respecto al sobrepeso, 19,09% sabe que está relacionado, 28,18% no y 52,73% desconoce, el 29,09% sabe que puede ir al kinesiólogo, y el 100% nunca realizó un tratamiento kinésico para IU. El tratamiento farmacológico fue el que predominó con un 43,64%.

Sumado a lo anteriormente redactado es importante agregar que varios estudios han tratado de medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en las mujeres incontinentes, en todos ellos se expone que la Incontinencia Urinaria tiene un impacto negativo notable sobre

múltiples aspectos de la vida diaria, tanto en el entorno social, físico, sexual, psicológico, laboral y doméstico.

Es importante resaltar que mucha gente pierde orina en un momento determinado de la vida, por eso, mediante esta encuesta pude registrar la información que tiene la población femenina sobre incontinencia urinaria y los beneficios de la rehabilitación kinésica; además si tienen conocimiento de prevención y/o tratamiento sobre incontinencia urinaria; si saben que el kinesiólogo es un profesional especializado para tratar la incontinencia urinaria y registrar el conocimiento de la población sobre los factores relacionados con incontinencia urinaria.

Pude observar que ninguna de las personas encuestadas realizó tratamiento kinésico por incontinencia, además, el 70,91% de las mujeres encuestadas en los meses de marzo y abril del año 2023 en Ascensión, desconocían del rol del kinesiólogo a la hora de resolver esta disfunción, razón por la cual predominó el tratamiento farmacológico.

Es necesario promocionar el tratamiento kinésico, considerado como la primera línea de abordaje por su efectividad, bajo costo y ausencia de efectos secundarios.

También pude saber hasta qué punto les preocupa esta situación impactándoles en su calidad de vida. Mediante la utilización de la Escala de Oxford y el test ICIQ-SF (utilizado para auto diagnóstico de IU).

La Incontinencia Urinaria no es obviamente un proceso de riesgo vital, pero deteriora significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce su autoestima. La afectación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) por la IU puede incluso ser mayor que la provocada por algunas enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial. (Robles, 2006)

## Bibliografía

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., . . . Wein, A. (2011). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Elsevier*.
- Cabañas Armesilla, M. D., & Chapinal, A. (2014). Revisión de los fundamentos teóricos de la gimnasia abdominal hipopresiva. *ELSEVIER*, 59-66.
- Chiang, H., Susaeta, R., Valdevento, R., Rosenfeld, R., & Finsterbusch, C. (2013). Incontinenci urinaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 219-227.
- Díaz Mohedo, E., Medrano Sánchez, E., & Suárez Serrano, C. (2013). *Guía de práctica Clínica para fisioterapeutas en la incontinencia urinaria femenina*. España: Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía.
- Franklin, J. (2017). EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA CONSULTA GINECOLÓGICA. *Universidad del Magdalena*, 1-7.
- Gómez Ayala, A. (2008). Incontinencia urinaria femenina. Diagnóstico, tratamiento y prevención. *ELSEVIER*, 60-71.
- González Ruiz de León, C., Pérez Haro, M., Jalón Monzón, A., & García Rodríguez, J. (2017). Actualización en incontinencia urinaria femenina. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 578-584.
- Hunskar, S., Burgio, K., Diokno, A., Herzog, A., Hjälmás, K., & Lapitan, M. (2003). Epidemiología e historia natural de la incontinencia urinaria en la mujer. *PubMed*, 16-23.
- Jiménez Díaz, J., Morera Castro, M., & Araya Vargas, G. (2018). Validez y confiabilidad del “Perfil de Autopercepción para Adultos” en el ámbito educativo. *SciELO*.
- León Torres, K. (2016). INCONTINENCIA URINARIA. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXIII*, 247 - 253.
- Martinez Saura, F., Fouz Lopez, C., Gil Diaz, P., & Tellez Martinez-Fornes, M. (2001). Incontinencia urinaria: una visión desde Atención Primaria. *Medifam*, 55-64.

- Nihira, M. A., & Henderson, N. (2003). Epidemiología de la incontinencia urinaria en la mujer. *PubMed*, 340-347.
- Real Academia Española*. (2023). Obtenido de Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE).
- Robles, J. (2006). La incontinencia urinaria. *SciELO*.
- Sánchez Sánchez, B., & Díaz Águila, M. E. (29 de Mayo de 2012). Efectividad de la gimnasia abdominal hipopresiva frente al entrenamiento perineal clásico en el fortalecimiento del suelo pélvico de la mujer: revisión sistemática. . *Universidad de Alcalá*, págs. 12-17.
- Sandvick, H., Seim, A., Vanvik, A., & Hunskaar, S. (2009). Un índice de gravedad para encuestas epidemiológicas de la incontinencia urinaria femenina: comparación con pruebas de pesaje de almohadillas de 48 horas. *PubMed*, 137-145.
- Simó, A. P., Izquierdo, A. M., Benítez, R. P., & Porcar, L. C. (2013). Una revisión sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Enfuro*, 9-16.
- Subak, L., Johnson, C., Whitcomb, E., Boban, D., Saxton, J., & Brown, J. (2002). ¿La pérdida de peso mejora la incontinencia en mujeres moderadamente obesas? *PubMed*, 40-43.
- Thüroffa, J., Abramsb, P., Anderssonc, K., Artibanid, W., Chapplee, C., Drakeb, M., . . . Tubarof, A. (2011). Guías EAU sobre incontinencia urinaria. *SciELO*.
- Verde Rello, Z., & Benito Mena, N. (16 de julio de 2018). Tratamiento fisioterapeutico en la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Universidad de Valladolid*, págs. 5-6.
- Viktrup, L., & Lose, G. (2000). Síntomas del tracto urinario inferior 5 años después del primer parto. *PubMed*, 336-340.