



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

## **TITULO**

# **PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

## **CAPITULO I**

### **1.1 RESUMEN**

**Antecedentes:** Se llevó a cabo un estudio transversal cuantitativo de prevalencia sobre la incontinencia urinaria y el conocimiento de las pacientes, urólogos y ginecólogos sobre los ejercicios de Kegel en la ciudad de Cuenca.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de incontinencia urinaria y conocimiento de pacientes, ginecólogos y urólogos sobre los ejercicios de Kegel en Cuenca.

**Materiales y Métodos:** Mediante un formulario previamente validado se aplicó la encuesta a las pacientes que acudieron a la consulta externa y personal médico especializado de las diferentes casas de salud del cantón Cuenca. La muestra fue calculada con un 95% de confianza, tomando en cuenta los datos del censo del año 2001 de la República del Ecuador y se considero a la población de mujeres entre las edades de 15 y 50 años residentes en la ciudad de Cuenca. La muestra del personal médico incluyo a 49 especialistas entre urólogos

~ - 1 - ~

**AUTORES:** *Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.*



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

y ginecólogos; se excluyó a pacientes menores de 15 años y a pacientes de más de 50 años; de la misma manera se excluyó al personal médico que no ejercía la profesión en la ciudad de Cuenca. Posterior a la recolección de datos la información fue ingresada en el programa Excel y analizados con el programa SPSS 15.0 versión evaluación.

**Resultados:** De las mujeres encuestadas el 24.8% refirieron Incontinencia Urinaria, 84.3% no conocían de los ejercicios de Kegel, 37% de las mujeres entre 45 y 50 años presentaron Incontinencia Urinaria ( $p= 0.00$ ), 61.3% de multíparas presentaron Incontinencia Urinaria ( $p=0.00$ ), 80.7% que tuvieron partos presentaron incontinencia Urinaria ( $p=0.00$ )

**Conclusiones:** La incontinencia urinaria pese a ser considerada un tabú en nuestro medio no deja de ser una realidad la cual modifica el estilo de vida de las mujeres; nuestro estudio encontró una prevalencia de Incontinencia Urinaria de 24.8% en las mujeres encuestadas, 98% de los médicos tenían conocimiento sobre los ejercicios de Kegel y 84.3% de las mujeres encuestadas no conocen los ejercicios de Kegel. Se encontró relación entre la edad de la paciente, paridad, instrucción, tipo de parto y cirugías gineco-obstetras con Incontinencia Urinaria.

**Palabras claves:** Incontinencia Urinaria, Histerectomía, Episiotomía



*PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.*

## TITLE

# URINARY INCONTINENCE PREVALENCE AND KNOWLEDGE OF PATIENTS, UROLOGISTS AND GYNOCOLOGISTS ABOUT KEGEL EXERCISES, CUENCA 2009

## SUMMARY

**Background:** A transversal quantitative study was carried out about the prevalence of Urinary Incontinence and knowledge of Kegel Exercises in patients, Urologists and Gynecologists in Cuenca city, 2009.

**Objective:** To determine the prevalence of Urinary Incontinence and knowledge of Kegel Exercises in patients, Urologists and Gynecologists in Cuenca city, 2009.

**Materials and Methods:** A validated questionnaire was applied to female patients who consulted the services of Urologists and Gynecologists in different medical establishments in Cuenca city, Ecuador. The sample was calculated considering 95% confidence level and using a population reported in the last census of the republic of Ecuador. The sample included women aged between 15 and 50 years old who reside in the city of Cuenca; the sample exclusions for this group were patients younger than 15 years and patients older than 50 years. Likewise a questionnaire was applied to 49 specialists (Urologists and Gynecologists), the sample exclusion for this group were Doctors who do not practice in the city of Cuenca. After collecting the data it was

~ - 3 - ~

**AUTORES:** *Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.*



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

interpreted and analyzed using programs Microsoft Excel and SPSS 15.0 evaluation version.

**Results:** Of the females surveyed 24.8% reported Urinary Incontinence, 84.3% had no knowledge of Kegel Exercises, 37% of the women aged between 45 and 50 years old had Urinary incontinence( $p=0.00$ ), 61.3% of women with multiple births had Urinary Incontinence( $p=0.00$ ), 80.7% of women who had deliveries presented urinary Incontinence( $p=0.00$ ).

**Conclusions:** Urinary Incontinence, even though nowadays is consider a Taboo in our society, it continues being a reality which modifies women's ways of living; our investigation found the prevalence for Urinary Incontinence was 24.8%, 98% of the specialist surveyed had knowledge about Kegel exercises and 84.3% of the women surveyed had no idea about the exercises. Our investigation found a direct relation between the patient age, number of children, education level, type of birth and Previous OBGYN surgeries with Urinary Incontinence.

**Key words:** Urinary Incontinence, Hysterectomy, Episiotomy.



## **RESPONSABILIDAD**

Los criterios vertidos en este informe son de exclusiva responsabilidad de sus autores:

Carlos Cuñas Santander

CC .....

Luis Delgado Pesantez

CC .....

Juan Cordero Toral

CC .....



## **AGRADECIMIENTO**

Durante 6 años de arduo trabajo y de muchos sacrificios, llegamos a una nueva etapa en nuestras vidas, una etapa donde la responsabilidad y conocimientos compartidos por nuestros docentes serán de mucha importancia para lograr el bienestar de nuestros pacientes; gracias a todos los docentes que nos ayudaron en nuestra formación.

Agradecemos de manera formal a los distinguidos catedráticos, Dr. Xavier Molina Novillo quien se digno dirigir este trabajo y al Dr. Julio Jaramillo Oyervide asesor del mismo, quienes entregaron todo su tiempo, dedicación e interés, para que esta investigación se lleve a cabo de la mejor manera.

*Carlos Cuñas Santander*

*Luis Omar Delgado*

*Sebastián Cordero Toral*

~ - 6 - ~

**AUTORES:** *Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.*



## **DEDICATORIA**

Al ser supremo, que me bendijo con una esposa comprensible, que me apoyo en todo y que además me regalo las tres razones más importantes de mi vida, mis hijos; Precious, Alejandro y Karla.

A mis padres Segundo Cuñas y Zoila Santander por su ayuda incondicional que me ayudo a lograr el sueño de de mi vida; a mis hermanos gracias por ser comprensibles; a toda la familia Cuñas – Santander y de una manera muy especial a mi abuelita Alcira Santander.

***Carlos Cuñas Santander***

~ - 7 - ~



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

## **DEDICATORIA**

Le dedico toda mi vida de esfuerzo a mi Dios, quien me guió en esta carrera tan hermosa y que siempre estuvo ahí en los momentos más necesarios, quien a su lado tiene a la hermana más buena y bondadosa que uno tuvo el honor de tenerla y quien indujo el pensamiento estudiar esta hermosa carrera.

Por último dedico a mis padres, hermanos, tíos, y primos; que siempre estuvieron pendientes a cada instante apoyándome en momentos que más lo necesitaba con lo cual deseo darles mi mas infinito amor y agradecimiento de puro corazón.

***Luis Omar Delgado P.***

~ - 8 - ~

**AUTORES:** *Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.*





## **DEDICATORIA**

En primer lugar a Dios por haberme guiado por el camino de la felicidad hasta ahora; en segundo lugar a cada uno de los que son parte de mi familia a mi PADRE, mi MADRE, a mis hermanos y a mis tíos, especialmente a Hernán, Editha, Pepe, Evita, Daniel, Eulalia, Rafico y Cecilia; por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora. Por último a mis compañeros de tesis porque en esta armonía grupal lo hemos logrado y a mi director de tesis quién nos ayudó en todo momento.

***Juan Sebastián Cordero Toral***

~ - 9 - ~

**AUTORES:** *Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.*



## **INDICE**

### **CONTENIDO**

<b>CAPITULO I.....</b>	<b>15</b>
1.1 INTRODUCCION.....	15
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.3 JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS.....	19
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>22</b>
2. FUNDAMENTO TEORICO.....	22
2.1 Anatomia funcional del piso pélvico.....	22
2.2 Fisiologia normal de la continencia .....	24
2.3 Fisiopatología de la incontinencia urinaria.....	25
2.4 Tipos de incontinencia urinaria y características.....	25
2.4.1 Incontinencia de esfuerzo .....	25
2.4.2 Incontinencia de urgencia .....	26
2.4.3 Incontinencia funcional.....	26
<b>2.4 FACTORES DE RIESGO QUE DEBILITAN LOS MÚSCULOS DEL PISO PELVICO.....</b>	<b>27</b>
2.4.1 Genero .....	27
2.4.2 Edad.....	28
2.4.3 Menopausia y hipoestrogenismo .....	28
2.4.4 Etnia .....	28



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

2.4.5	Peso .....	28
2.4.6	Paridad .....	29
2.4.7	Histerectomía .....	30
2.4.8	Factores Uroginecologicos.....	30
2.4.9	Otros Factores .....	30
2.5	DIAGNOSTICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA....	31
2.5.1	Diagnostico clinico de la incontinencia urinaria.....	31
2.5.2	Pruebas diagnosticas complementarias .....	33
2.5.2.1	Estudio Urodinamico .....	33
2.5.2.2	Pruebas de Imagen.....	34
2.5.2.2.1	Videocistouretrografia.....	34
2.5.2.2.2	Ecografia.....	34
2.5.2.2.3	Resonancia Magnética.....	35
2.6	TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA....	35
2.6.1	Tratamiento no quirurgico .....	35
2.6.1.1	Los Ejercicios de Kegel.....	36
2.6.1.1.1	Los ejercicios de Kegel durante y después del embarazo.....	40
2.6.1.1.2	Modo de realizar los ejercicios para principiantes.....	40
2.6.1.1.3	Modo de realizar los ejercicios para iniciadas.....	41



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

2.6.2 Tratamiento farmacologico.....	42
2.6.2.1 Incontinencia de Urgencia .....	42
2.6.2.2 Incontinencia de Esfuerzo .....	43
2.6.3 Tratamiento Quirurgico para la incontinencia urinaria .....	44
2.6.3.1 Cabestrillos Sub-uretrales .....	45
2.6.3.2 Colposuspensiones .....	47
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>49</b>
3.1 HIPOTESIS.....	49
3.2. OBJETIVOS.....	49
3.2.1 General.....	49
3.2.2 Específicos .....	49
<b>CAPITULO IV.....</b>	<b>50</b>
4. METODOLOGIA .....	<b>50</b>
4.1. Tipo de estudio.....	50
4.2 Operacionalidad de las Variables.....	51
4.2.1 Operacionalidad de Variables en pacientes.....	51
4.2.2 Operacionalidad de Variables en medico especialistas.....	55
4.3 Matriz de las variables.....	57
4.4. Area de estudio.....	58
4.5 Universo de estudio.....	58
4.6 Muestra de estudio y unidad de analisis.....	59

~ - 12 - ~

**AUTORES:** *Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.*



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

4.6.1 Ponderación de la muestra en pacientes.....	60
4.7 Metodos, tecnicas, instrumentos para la recoleccion de la información.....	61
4.8 Análisis de la información y presentación de resultados.....	62
4.9 Criterios de inclusión y exclusion de la muestra.....	64
4.10 Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar y método para el control y calidad de datos.....	65
4.11 Procedimiento para garantizar aspectos éticos.....	66
4.12 Tabla Basal.....	67
4.12.1 tabla basal en pacientes.....	67
4.12.1 tabla basal en médico especialista.....	68
<b>CAPITULO V.....</b>	<b>69</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>69</b>
5.1 Cumplimiento del estudio.....	69
5.2 Características de la población estudiada.....	70
5.2.1 Características de la Población estudiada de pacientes.....	70
5.2.2 Características de la Población estudiada en médicos especialistas.....	105



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES,  
GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

<b>CAPITULO VI.....</b>	<b>115</b>
6. Discusión.....	115
<b>CAPITULO VII.....</b>	<b>118</b>
7.1 Conclusiones.....	118
7.2 Recomendaciones.....	120
<b>ANEXOS.....</b>	<b>121</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>128</b>
Bibliografía general.....	128
Referencias bibliográficas.....	136



## **CAPITULO I**

### **1.1 INTRODUCCIÓN.**

La incontinencia urinaria es una entidad patológica que se caracteriza por la pérdida involuntaria de orina, la cual se constituye actualmente en una de las patologías que genera graves consecuencias; el 86% de pacientes con incontinencia se siente rechazado socialmente, lo que favorece el aislamiento y retraimiento del afectado. Se calcula que el 10% de la población mundial esta socialmente afectada por el problema de la incontinencia urinaria. Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EUA, el 80% de dichas incontinencias afectan al sexo femenino, tanto por su anatomía, como a consecuencia de los partos. (1)

En general, la incontinencia urinaria afecta al 19% de las mujeres entre 19 y 44 años, al 25% entre 45 y 64 años, y 30% en las mujeres mayores de 65 años. Alrededor del 18% de las mujeres jóvenes (19 a 44 años de edad) y del 28% de las mujeres mayores de 65 años de edad experimentan incontinencia urinaria diariamente, mientras que el 30% de las mujeres mayores de 65 años y el 27% de las mujeres de mediana edad reportan incontinencia urinaria severa. (2)

En ciertas investigaciones tiene una prevalencia que va desde el 6 al 43% tras el parto; para algunas mujeres la incontinencia urinaria tras el parto es temporal, pero otras



padecen problemas de incontinencia urinaria a largo plazo. Un estudio encontró que un 60% de mujeres que experimentaron incontinencia urinaria de estrés durante el embarazo referían que el problema todavía existía quince años después. (3)

La mayor parte de mujeres que padecen esta afección no la reportan ante su médico y en tal razón la incontinencia urinaria de esfuerzo se convierte en un problema de salud sub-diagnosticado y en las estadísticas de los hospitales ocupa el lugar de las tasas de enfermedades poco frecuentes. A este hecho se agrega la falta de comunicación de los médicos en general y de los ginecólogos y urólogos en particular (son las especialidades a quienes consultan más frecuentemente por la incontinencia urinaria de esfuerzo) sobre una alternativa de tratamiento médico que según la literatura especializada produce respuestas terapéuticas beneficiosas: los ejercicios de Kegel. (4)

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La incontinencia urinaria afecta con mayor prevalencia a las mujeres entre 19 y 65 años, con mayor porcentaje cuando son mayores de 65 años. (2)

La incontinencia urinaria encierra diferentes subtipos de como: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, de Urgencia, Mixta y la menos frecuentes como la Incontinencia urinaria por rebosamiento; es muy difícil determinar las prevalencias reales de estas variaciones debido a que la mayoría de





pacientes no consultan a un profesional por vergüenza o porque creen que es algo pasajero, por lo que es subdiagnosticada y en las estadísticas de los hospitales ocupa el lugar de las tasas de enfermedades poco frecuentes. (4)

Existen factores que incrementan la probabilidad de sufrir Incontinencia urinaria entre los principales esta la paridad que en general ha demostrado una prevalencia que va desde el 6 al 43% tras el parto; para algunas mujeres la incontinencia urinaria tras el parto es transitoria, pero otras padecen problemas de incontinencia urinaria a largo plazo. Un estudio encontró que un 60% de mujeres que experimentaron incontinencia urinaria de estrés durante el embarazo referían que el problema todavía existía quince años después. (5)

En un estudio epidemiológico EPINCONT realizado en 27.936 mujeres mayores de 20 años en un condado de Noruega entre 1995 y 1997, 25% de ellas confesaban tener pérdidas de orina. (6)

Otro estudio llevado a cabo en Francia, Alemania, Reino Unido y España, por medio de encuestas por correo a 17.080 mujeres de más de 18 años demostró que 35% de ellas referían pérdidas involuntarias de orina en los 30 días previos. La tasa de prevalencia fue muy similar en todos los países (41 a 44%), excepto en España cuya tasa resultó sorprendentemente menor (23%). (7)

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; trastornos funcionales del parto con IU moderada o severa; la anestesia epidural con IU y la circunferencia cefálica mayor de 38 cm con IU. El resto de los parámetros estudiados (edad gestacional, instrumentación del parto, etc.) no mostraron asociación significativa. (8)

Varios estudios han tratado de medir la calidad de vida relacionada con la salud en las mujeres con incontinencia. Estos estudios varían en su diseño, metodología, criterios de diagnóstico de IU e incluso definición de calidad de vida. Sin embargo, en todos ellos se expone que la IU tiene un impacto negativo notable sobre múltiples aspectos de la vida diaria, tanto en el entorno social (menor interacción social o mayor aislamiento, abandono de algunas aficiones, etc.), como en el físico (limitaciones a la práctica deportiva), sexual (pérdida de la actividad sexual, evitación de la pareja), psicológico (pérdida de la autoestima, apatía, depresión, sentimientos de culpabilidad, etc.), laboral (absentismo, menos relación) y doméstico (precauciones especiales con la ropa, protección de la cama, etc.). (9)

Debido a que la Incontinencia urinaria es un problema de salud que se asocia a problemas sociales y psicológicos los pacientes aprenden a convivir sin entender que es un problema para el cual existen diversos tipos de tratamientos que van desde tratamientos conductuales, tratamientos farmacológicos y tratamientos quirúrgicos; justamente por



esta razón en nuestro país este problema quizás no ha captado la importancia que merece.

Según una investigación realizada en el 2004, en los hospitales Vicente Corral Moscoso (MSP) y José Carrasco Arteaga (IESS) de la ciudad de Cuenca, se consiguió la modificación de la incontinencia urinaria de esfuerzo en un 74.5%, lo que indica que los ejercicios de Kegel son una alternativa válida a ser aplicada como medida terapéutica para la mujer que lo padece independientemente de su condición de maternidad puesto que la incontinencia urinaria de esfuerzo afecta a todas las edades (10).

En el Ecuador no existe estadística, sobre la prevalencia de la incontinencia urinaria a nivel nacional y a provinciales por parte del (MSP), por lo que esta investigación tiene el afán de determinar el porcentaje de pacientes que padece de esta patología a nivel del cantón Cuenca, además determinar el conocimiento de las pacientes y médicos especialistas como son ginecólogos y urólogos sobre los ejercicios de Kegel quienes son los más consultados sobre esta patología. Por lo que hemos decidido presentar este trabajo de investigación, esperando así comprender más sobre esta afectación a nivel local.

### **1.3 JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS.**

Partiendo del hecho que el ejercicio profesional del médico camina hacia la excelencia cuando se cumplen con los requisitos de actualización permanente en su disciplina y de



honestidad en la satisfacción de las necesidades de los pacientes, es razonablemente ético que nuestro trabajo se centre en los intereses del paciente quien en última instancia será el beneficiario de un conocimiento más amplio sobre un problema tan común y las alternativas de tratamiento disponibles para la corrección de este problema.

La Incontinencia urinaria (IU) si bien es un problema frecuente y que en general se resuelve con tratamiento, produce en las personas que la padecen, sentimientos de vergüenza y de temor. La mayoría de las personas tienen miedo de que se produzca la pérdida de orina en un lugar público donde esto no pase desapercibido causándole así vergüenza que luego causara aislamiento y depresión. Tomando en consideración la gravedad de esta patología principalmente por las secuelas que pueden causar en la personas, es incomprensible que en el país no existan estudios que determinen la prevalencia de este problema de salud ni a nivel nacional ni a nivel local, la mayoría de estudios han sido realizados en países Europeos o en los Estados Unidos de Norte América, por ejemplo, se ha demostrado en estos países mediante estudios epidemiológicos entre mujeres adultas de todas las edades las tasas de prevalencia de IU está entre 20 y 50%. En el estudio epidemiológico EPINCONT realizado en 27.936 mujeres mayores de 20 años en un condado de Noruega entre 1995 y 1997, 25% de ellas confesaban tener pérdidas de orina (6).



Un estudio reciente en cuatro países europeos (Francia, Alemania, Reino Unido y España) llevado a cabo sobre las respuestas de una encuesta por correo a 17.080 mujeres de más de 18 años demostró que 35% de ellas referían pérdidas involuntarias de orina en los 30 días previos. La tasa de prevalencia fue muy similar en todos los países (41 a 44%), excepto en España cuya tasa resultó sorprendentemente menor (23%). En ambos estudios se constata claramente que la prevalencia de IU aumenta con la edad, con una tasa típica en adultos jóvenes de 20-30%, un pico alrededor de la edad media (prevalencia 30-40%) y luego un incremento leve y mantenido en edades más avanzadas (prevalencia 30-50%) (7).

Si bien estos estudios nos brindan una idea de que tan frecuente es la Incontinencia urinaria en los países mencionados, la realidad aquí en Ecuador es diferente, la población ecuatoriana no tiene el mismo estilo de vida, no tiene la misma expectativa de vida que en estos países; de aquí la necesidad de involucrarnos más a fondo y buscar una manera de cómo hacer estudios que representen nuestra realidad ya sea a nivel nacional o a nivel local como pretendemos hacer mediante este estudio transversal.



## CAPITULO II

### 2. FUNDAMENTO TEORICO.

La incontinencia urinaria es el escape involuntario de orina, dado por un trastorno del piso pélvico, que surgen por lesiones y deterioro de los músculos, nervios y el tejido conectivo que sostienen y controlan la función pélvica normal. Claro que la incontinencia aumenta con la edad y no hay una época en la vida de una mujer cuando esas estructuras son más vulnerables que durante el embarazo y el parto confiriendo un riesgo de 4 a 11 veces, el cual aumentara según la paridad para desarrollar incontinencia urinaria. (11)

Este problema supone un grado de severidad tanto social o higiénico, con impacto en la calidad de vida física, social, emocional y sexual de la mujer. Un 57% de mujeres en el intervalo de 35 a 74 años de edad experimentan incontinencia urinaria. (12)

#### 2.1 Anatomía funcional del piso pélvico.

El piso pélvico se compone del diafragma pelviano con forma de embudo, de los músculos elevadores del ano y de los coccígeos; el diafragma pelviano músculofascial soporta las vísceras abdominal-pelvianas. Dicho diafragma se suspende como si fuera una hamaca entre el pubis por delante y el coxis por detrás. Lateralmente se inserta en un engrosamiento de la fascia obturatriz. (13)



Los músculos elevadores del ano son los más voluminosos y mas importantes del suelo pélvico, unidos con su pareja del otro lado forman una especie de hamaca muscular entre el pubis y el coxis por detrás, y entre la pared lateral de cada pelvis. (14)

En la mujer este músculo se divide en tres porciones: El pubovaginal, el pubococcígeo e iliococcígeo. Detrás de ellos se encuentran los músculos coccígeos que forman la parte más pequeña del piso pélvico. (15)

La musculatura del complejo elevador del ano por su relación con la fascia endopélvica, la cual brinda un apoyo importante a la uretra, vagina y recto en su descenso a través del piso pélvico

Los músculos peri-uretrales del elevador del ano contienen fibras musculares del tipo 1, las cuales usan metabolismo aeróbico oxidativo para su función y mantienen el tono y el soporte del tipo 2, que utilizan metabolismo anaeróbico lo que les permite mantener el tono durante un periodo prolongado y aumentarlo de manera repentina para compensar el incremento de la presión abdominal que se produce cuando se tose, se estornuda o se hace algún esfuerzo. (16)

Las fibras musculares con mayor capacidad aeróbica oxidativo tienen menos resistencia a la fatiga y viceversa. Los músculos elevadores del ano periuretrales están compuestos del 70% de fibras tipo 1 y del 30% de fibras tipo 2.





El elevador del ano soporta los órganos pélvicos y forma el andamio donde los ligamentos pélvicos se sujetan. El músculo estriado del esfínter uretral contiene fibras tipo 1 y es importante en la función uretral intrínseca y pasiva de la continencia (17).

## **2.2 Fisiología normal de la continencia.**

En un adulto normal, el control urinario se subdivide en dos fases, una el llenado vesical y almacenamiento de orina y otra el vaciamiento vesical o micción. Las vías urinarias bajas tienen la capacidad de almacenar orina a baja presión en tanto el músculo detrusor se encuentra inmóvil, así como de vaciar por completo la vejiga de manera voluntaria con baja resistencia al paso de orina. La vejiga y la uretra son las estructuras más importantes para el almacenamiento y vaciamiento apropiado; como también otros componentes importantes que incluyen la musculatura del piso pélvico, los ligamentos y el control neuronal. (12)

Cuando aumenta transitoriamente la presión abdominal en los casos como: tos, estornudo o levantamiento de peso; también se ejerce presión sobre la vejiga y la uretra proximal. Este aumento de presión abdominal, sugiere que la musculatura, por un aumento reflejo en la actividad del esfínter estriado de la uretra, a través de la inervación somática ayuda aun mas a evitar la pérdida de orina. (13)

Además, a este mecanismo también contribuye el músculo elevador del ano en esa respuesta activa ante el aumento de





presión abdominal. La aponeurosis que sostiene la uretra como un cabestrillo, provee un mecanismo pasivo de continencia, forzando a la uretra hacia abajo y comprimiéndola contra la pared anterior de la vagina, lo que provee el cierre físico de la luz de la uretra cuando aumenta la presión abdominal. (13)

### **2.3 Fisiopatología de la incontinencia urinaria.**

Todos los componentes que contribuyen a la continencia pueden lesionarse durante el parto vaginal y afectarse por el envejecimiento. Tanto las formas anatómicas como las neurológicas contribuyen a la incontinencia. Con una mayor presión intraabdominal, puede forzarse a la uretra proximal a abrirse por fuerzas de desgarramiento que separan sus paredes anteriores y posteriores o por la transmisión no equivalente de una fuerza intraabdominal a la vejiga en mayor proporción que a la uretra. (12)

### **2.4 Tipos de incontinencia urinaria y características.**

Existen diferentes tipos de incontinencia los mismos que son desconocidos por los pacientes ya que ellos identifican todas las manifestaciones de incontinencia como un problema general, en el medio científico es conocido que la incontinencia urinaria tiene variedades según su etiología, a si podemos hablar de los siguientes tipos de incontinencia:

**2.4.1 Incontinencia de esfuerzo** - Perder pequeñas cantidades de orina durante algún movimiento (toser,



estornudar, hacer ejercicio). La incontinencia de esfuerzo es el tipo de incontinencia más común entre las mujeres. Puede ser tratada. (10)

**2.4.2 Incontinencia de urgencia** - Perder grandes cantidades de orina en momentos imprevistos, tales como al dormir, luego de beber una pequeña cantidad de agua, o cuando toca el agua o la escucha correr (como al lavar los platos). (11)

**2.4.3 Incontinencia funcional** - No ser capaz de llegar al baño a tiempo debido a una discapacidad física, obstáculos, o problemas para pensar o comunicarse que le impiden a una persona llegar al baño. Por ejemplo, puede que una persona que padece aterosclerosis sea incapaz de pensar suficientemente bien como para planear una visita al baño a tiempo para orinar, o una persona en silla de ruedas puede estar obstruida y no llegar al baño a tiempo.

Hay otras menos frecuentes como incontinencia por rebosamiento (personas con enfermedades neurológicas graves. (17)

En estudios epidemiológicos amplios se muestra que la Incontinencia Urinaria de esfuerzo es el síntoma de IU 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) (24) Como la IUM es la combinación de IUE y Incontinencia Urinaria de Urgencia, 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 extenso estudio EPINCONT en el que 50% de las mujeres incontinentes tenían síntomas de IUE, 11% de IUU y 36% de IUM. Estos datos han sido confirmados en recientes revisiones (18) (6).

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. Es importante tener en cuenta que estos estudios epidemiológicos están basados en los síntomas que la paciente registra en la encuesta y es más que probable que esto sobredimensione la IUM y la IUU en detrimento de la IUE. (8)

## **2.4 FACTORES DE RIESGO QUE DEBILITAN LOS MÚSCULOS DEL PISO PÉLVICO.**

### **2.4.1 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. (4)

### **2.4.2 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 son: Disminución del tejido elástico, hipo-estrogenismo, deterioro cognitivo entre otras. (8)

### **2.4.3 Menopausia y hipo-estrogenismo.**

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. (20)

### **2.4.4 Etnia**

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.(19)

### **2.4.5 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. (21)

#### **2.4.6 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<sup>17</sup> 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%). (5)

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. (8)



#### **2.4.7 Histerectomía.**

El impacto de la histerectomía en el desarrollo de la IUE no está demostrado. Un ya clásico metaanálisis<sup>19</sup> publicaba 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. (23)

#### **2.4.8 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. (17)

#### **2.4.9 Otros factores.**

Incluyendo cardiopatías, diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, demencia, accidentes cerebro-vasculares, varios fármacos, tabaquismo, abuso del alcohol, etc., se ha relacionado con IU.

Durante el embarazo normal se asocia con un aumento apreciable del agua extracelular y de la diuresis puerperal la cual es la reversión fisiológica de este proceso. Ya que los estímulos para retener líquidos durante el embarazo, el hiperestrogenismo inducido y el aumento de la presión



venosa en la mitad inferior del cuerpo desaparecen luego del parto y desaparece la hipervolemia residual. (5)

Virtrup y col. (1992) siguieron 305 mujeres nulíparas durante el embarazo y el posparto y el 7% desarrollaron incontinencia urinaria por estrés después del parto. Ciertos factores obstétricos como la longitud del segundo estadio del trabajo de parto, la circunferencia cefálica del recién nacido, el peso a nacer y la episiotomía se asociaron con el desarrollo de incontinencia urinaria por estrés después del parto. Ya que el deterioro de la función muscular en la uretra o en torno a ella durante el parto vaginal fue propuesto como la fisiopatología responsable de la incontinencia urinaria. La mayoría de las mujeres recuperaron la micción normal alrededor de 3 meses después del parto. (22)

## **2.5 DIAGNOSTICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA.**

### **2.5.1 Diagnóstico clínico de la incontinencia urinaria.**

Los métodos básicos disponibles en todos los niveles asistenciales para el correcto diagnóstico de la IU son la anamnesis, la exploración física y el diario miccional. Una detallada anamnesis, correctamente enfocada no sólo hacia el tipo de síntomas sino también hacia posibles factores de riesgo, permitirá intuir el tipo de incontinencia y, a partir de ahí, dirigir las pruebas diagnósticas complementarias en ese sentido. (1)

Las características miccionales pueden evaluarse a partir de un diario miccional, en el que la paciente anota durante 3-7



días el intervalo y número de micciones al día, el volumen vaciado, los episodios de incontinencia y la causa (es decir, esfuerzo o urgencia). (11)

Es importante recoger también información acerca de la paridad, utilización de fórceps, episiotomías y duración del trabajo de parto, así como intervenciones previas para la corrección de la IU, intervenciones abdominales y pélvicas. Deben reflejarse así mismo otros factores de riesgo (sobrepeso, estreñimiento crónico, etc.) y fármacos y otras sustancias que pueden contribuir a la IU. (16)

La exploración física debe hacerse con la vejiga llena, con la paciente en posición de litotomía dorsal. Incluye la evaluación de los prolapsos genitales asociados, una exploración neurológica básica de la zona lumbosacra para valorar el tono muscular del suelo pelviano y los reflejos bulbo-cavernoso y ano-cutáneo. La demostración del escape de orina debe hacerse primero en decúbito, haciendo toser a la paciente y observando el escape de orina por la uretra. Si no hay escapes debe repetirse en bipedestación. (18)

El grado de hipermovilidad uretral se puede evaluar con el test del bastoncillo, introduciéndolo en la uretra y valorando el movimiento del mismo con la tos (positivo si es superior a 30°). Finalmente, debe cuantificarse la orina residual mediante sondaje o ecografía. (21)

Pocas pruebas de laboratorio son necesarias. Es imprescindible descartar infección urinaria mediante la





realización de un cultivo de orina. No obstante, se consideran de utilidad como cribado las tiras reactivas, que tienen una elevada especificidad (92-100%) pero variable sensibilidad (35-85%) en el caso de la bacteriuria. (12)

## **2.5.2 Pruebas diagnósticas complementarias.**

### **2.5.2.1 Estudio urodinámico.**

Considerando que lo fundamental en el diagnóstico de IU en la mujer es identificar aquellas pacientes con IUU y distinguirlas de aquéllas que tienen IUE o IUM, y que el diagnóstico exacto de IUU sólo es posible con un método que permita objetivar la presencia de contracciones involuntarias del detrusor en la fase de llenado, y son imprescindibles en mujeres que consultan por IU. (25)

En el caso de una IUE pura (poco frecuente pues se estima en sólo 5-10% IUE como único síntoma) la exploración urodinámica debe confirmar la IUE y excluir la hipo-actividad del detrusor y la vejiga hiperactiva. Debe valorar la acomodación vesical y evaluar el patrón de vaciado y si está alterado, diferenciar una obstrucción vesical de un hipo-contractilidad. (24).

Debe obtener una medida objetiva de la intensidad de la IUE mediante los puntos de presión de fuga o la presión máxima de cierre uretral, estableciendo, si lo hubiera, el diagnóstico de deficiencia esfinteriano intrínseca. Todo lo anterior es determinante en la elección del tratamiento apropiado. En



pacientes con IUU es imprescindible una cistometría para evidenciar la presencia de un detrusor hiperactivo y sus características. En pacientes con IUM es fundamental para conocer el componente de IUE y de detrusor hiperactivo (evaluando la existencia o no de contracciones, la intensidad de las mismas, el volumen en el que se producen). Es importante también para dilucidar otras alteraciones funcionales menos claras (como obstrucción) enmascaradas detrás de supuestas IUM. (25)

Determinar la etiología de la IU en pacientes en las que ha fracasado el tratamiento conservador o farmacológico. (24)

### **2.5.2.2 Pruebas de imagen:**

**2.5.2.2.1 Videocistouretrografía:** puede ser de utilidad en algunos pacientes, y combina medidas de la presión con imágenes radiológicas. Permite la evaluación de pacientes con disfunciones del tracto urinario inferior complicadas, generalmente debidas a alteraciones neurológicas. (26)

**2.5.2.2.2 Ecografía:** aunque los estudios publicados utilizan infinidad de vías de acceso, distintos tipos de transductores y distintas mediciones que hace difícil la validación de las técnicas y la comprobación de los resultados. No obstante, se han definido variables sencillas de medir (distancia uretra-cuello en reposo y esfuerzo) capaces de discernir entre continentes e incontinentes por hiper-movilidad uretral con elevadas sensibilidad y especificidad. (11)



**2.5.2.2.3 Resonancia magnética:** que en los últimos años ha ido adquiriendo gran importancia en el estudio anatómico y funcional del suelo pelviano. No obstante, su indicación queda probablemente reducida a pacientes con IU y prolapso genital grande o complejo, en pacientes jóvenes y en aquellos con discrepancias entre los hallazgos clínicos y los métodos diagnósticos habituales. (11)

## **2.6 TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA.**

Los pacientes que padecen de incontinencia tienen muchas opciones terapéuticas para el tratamiento de esta patología, que se incluyen intervenciones conductuales, farmacoterapia e intervenciones quirúrgicas. Estos tratamientos difieren en sus riesgos vinculados y posibilidad de aminorar los síntomas urinarios específicos de los pacientes.

### **2.6.1 Tratamiento no quirúrgico.**

Para la elección del tratamiento en particular, la **Agency for Health Care Policy and Research's Clinical Practice Guidelines on Urinary Incontinence in Adults**, señalan que el procedimiento menos cruento y peligroso apropiado para la paciente debe ser primero en usarse siendo esta las **Intervenciones Conductuales** para la Disfunción de Vías Urinarias Bajas; la cual se puede dividir en dos categorías: una dirigida a la vejiga y las dirigidas a la salida vesical (rehabilitación del piso pélvico o ejercicios de Kegel la cual fue creada desde 1948 por Arnol Kegel). (10)



Dado a que en una evidencia sobre la efectividad de las intervenciones clínicas no quirúrgicas para tratar la incontinencia urinaria en la comunidad de mujeres; Shamliyan T. y col. seleccionaron 96 estudios controlados randomizados y 3 revisiones sistemáticas publicadas en inglés entre los años 1990-2007. La cual concluyo que los ejercicios de Kegel, está dentro de los niveles moderados de evidencia para controlar la incontinencia urinaria de la mujer tanto tras el parto, por el estrés; como para el hombre que padece incontinencia urinaria después de cirugía de próstata y personas que sufren de incontinencia fecal. También pueden ser útiles a las pacientes para recuperar la activación inconsciente normal de la musculatura del suelo pélvico que se produce con el aumento de la presión intraabdominal. También son eficaces para la incontinencia por urgencia debido a que la contracción del suelo pélvico refuerza el reflejo el suelo pélvico provocando la inhibición de la contracción del detrusor. (17).

### **2.6.1.1 Los ejercicios de Kegel.**

Kegel, el padre de los ejercicios de los músculos pélvicos y del biorretrocontrol, el cual utilizó un perineómetro hecho a base de una sonda intravaginal hinchable conectada a un manómetro, la cual proporcionaba una retroacción visual inmediata de la contracción muscular. (25)

Estos ejercicios de los músculos pélvicos tienen dos funciones. La primera es mejorar la fortaleza muscular y la



capacidad de contracción de los músculos voluntarios para ocluir la uretra. En segundo lugar, sirven como practica de la destreza del uso de músculos para evitar la pérdida urinaria. Incluso en ausencia de aumento de la fortaleza muscular, hay utilidad de la instrucción de las mujeres en esta destreza; ya que en un estudio aleatorio después de apenas una semana de instrucción en estos ejercicios, las mujeres con incontinencia urinaria por esfuerzo leve disminuyeron su pérdida urinaria ante una tos media o intensa en un promedio de 73.3 - 98.2% respectivamente. (14)

Tradicionalmente, para el éxito de los ejercicios de Kegel depende de la práctica apropiada de la técnica y un disciplinario cumplimiento del programa de ejercicios, instruyendo a los pacientes a que realicen los ejercicios, con instrucciones escritas o verbales. Lo cual no resulta eficaz en el paciente incapaz de identificar o aislar adecuadamente los músculos pélvicos. Por lo que una enfermera, un médico o un fisioterapeuta pueden realizar la valoración y la enseñanza de los ejercicios de Kegel. (15)

Se le proporciona a la paciente un programa domiciliario de ejercicios pautados y se les instruye para que utilicen activamente los músculos del suelo pelvis para evitar la pérdida de orina durante las actividades que se asocian con escapes; hasta ahora no se ha podido determinar un numero óptimo de ejercicios necesarios en el día, pero se han prescrito en un numero que varía de 45 y 200 veces. Con la independencia de estos números, se debe instruir a la



paciente a que realicen sus ejercicios dos a tres veces al día en series de 10 a 15, para evitar la fatiga muscular. (15)

Inicialmente se les alecciona a que contraigan los músculos durante el tiempo más largo posible y después a que los relajen durante un periodo de tiempo igual, algunos pacientes pueden ser capaces de contraer solo durante uno o dos segundos, de la cual va incrementándose gradualmente hasta que la paciente es capaz de una contracción durante 10 segundos, siendo de igual forma una mejoría gradual de la incontinencia urinaria que puede ser entre cuatro semanas a seis meses. El efecto de los ejercicios de Kegel sobre los músculos pélvicos, oscila entre una reducción de los episodios de incontinencia que va entre el 56% y el 95%, y además tienen un efecto beneficioso sobre la calidad de vida de la paciente. (16)

Uno de los métodos se basa en sentarse en el sanitario y empezar a orinar. Tiene que tratar de retener el flujo de orina contrayendo los músculos del piso pélvico. Practicando varias veces la persona puede llegar a conocer el grupo correcto de músculos que hace la contracción. No deben contraerse los músculos del abdomen, caderas o nalgas mientras hace este ejercicio. (17)

La práctica de la interrupción del chorro de orina, solo debe utilizarse para localizar los músculos y no como ejercicios ya altera el reflejo normal de la micción y podría inducir a una



alteración de este mecanismo o a dejar residuo de orina en la vejiga al finalizar la micción.

Si se aprende a realizar los ejercicios antes de dilatar su vagina, puede observar que la dilatación resulta más fácil. Esto ocurre porque sabe cuándo están los músculos pélvicos tensos y cuando relajados. Antes de insertar su dedo o cualquier objeto en su vagina, debe tensar-relajar sus músculos. Le hará conocer cuáles son los músculos, y le asegura que estén relajados. Una vez que pueda introducir la punta del dedo en la vagina ya puede practicar a apretarlo con los músculos. Notará que es más fácil mover el dedo con los músculos relajados. (17)

Un porcentaje importante (más del 40%) de los pacientes no logra localizar correctamente los músculos del piso pélvico y en lugar de contraer muchas veces pujan, lo que puede incluso agravar un problema de incontinencia o prolapso. (25)

Aquellos que no estén seguros de estar haciéndolo bien, pueden usar biorretro-alimentación (es un método de reforzamiento positivo) y estimulación eléctrica para identificar el grupo de músculos a trabajar. Se sitúan electrodos en el abdomen y a lo largo de la zona anal. Algunos expertos ponen un sensor en el ano (para los hombres) o en la vagina para monitorizar la contracción de los músculos. En el monitor se puede observar por un gráfico cuáles son los músculos que se contraen y los que están en reposo. El especialista





puede ayudar a identificar los músculos para la ejecución correcta de los ejercicios de Kegel. (26)

#### **2.6.1.1.1 Los ejercicios de Kegel durante y después del embarazo ayuda a:**

- Eliminar o evitar la incontinencia agravada por el peso del bebé sobre tu vejiga durante el embarazo.
- Facilitar el parto y producir menos desgarros (y posiblemente evitar una episiotomía) con menor dolor tras el parto.
- Incrementa la circulación sanguínea en la zona rectal, ayudando a la cicatrización de un desgarro o episiotomía y reducir la posibilidad de hemorroides.
- Evitar el prolapso del útero, vejiga y otros órganos de la zona, después del parto.
- Menor tiempo de hospitalización después del parto sin temor a la incontinencia de urgencia o de esfuerzo. (10)

#### **2.6.1.1.2 Modo de realizar los ejercicios para principiantes:**

1. Se vacía la vejiga.
2. Contrae los músculos de la vagina durante tres segundos y relaja. Repetir 10 veces.
3. Contrae y relaja lo más rápido que se pueda. Repetir 25 veces.
4. Imagina que sujetas algo con tu vagina, mantén esta posición durante 3 segundos y relaja. Repetir 10 veces.





- 5. Imagina que lanzas un objeto con tu vagina, mantén la posición durante 3 segundos y relaja. Repetir 10 veces.

Realizarlos tres veces al día. (27)

### **2.6.1.1.3 Modo de realizar los ejercicios para iniciadas:**

1. Tumbada en el suelo con las rodillas dobladas y las plantas de los pies cara a cara.
2. Se mantienen los músculos del estómago y de la vagina en posición relajada.
3. Se trata de imaginar mentalmente las paredes interiores de la vagina e intentar acercarlas contrayendo los músculos.
4. No se debe flexionar los músculos del estómago ni presionar los glúteos.
5. Contrae lentamente contando hasta diez.
6. Se mantienen los músculos contraídos con la vagina cerrada contando hasta diez.
7. Continuar la contracción, contando hasta diez.
8. Relajar contando hasta diez y volver a empezar.

El ejercicio debe hacerse durante diez minutos.

Dado a que la gran mayoría de las mujeres prefieren hacerlo acostada o sentada en una silla. En la valoración de los ejercicios de Kegel, tras un plazo de 4 a 6 semanas se debe advertir una mejoría, con lo cual se colocara un dedo o dos



entre los músculos de la vagina y se notara que comienza a estrecharse. En algún caso pueden transcurrir hasta 3 meses para notar cambios.

Durante la ejecución de los ejercicios no deben sentir molestias ni en el abdomen ni en la espalda, si esto sucede es que se están realizando de forma incorrecta los ejercicios. Hay quien contiene la respiración o aprieta el tórax mientras contrae los músculos del piso pélvico, no es recomendable, lo correcto es que se relaje y se concentre en lo máximo en los músculos del piso. (9)

## **2.6.2 Tratamiento farmacológico.**

### **2.6.2.1 Incontinencia de urgencia.**

Las estrategias terapéuticas varían en función del tipo de incontinencia, a si el tratamiento farmacológico para la Incontinencia urinaria por Urgencia se basa en la reducción de las contracciones involuntarias del músculo Detrusor; para este tipo de problema se usan fármacos con actividad antimuscarínico, ya que se cree que las contracciones incontroladas del músculo detrusor están mediadas por receptores muscarínicos. Existen varios fármacos con acción antimuscarínica como por ejemplo: Oxibutinina, Tolterodina, Flavoxato, Verapamilo entre otros, de estos fármacos el más usado es la Oxibutinina este disminuye la presión intravesical, las contracciones vesicales y aumenta la capacidad vesical a si mejorando los síntomas urinarios; Su efectividad es limitada por su baja tolerancia. Los efectos adversos

~ 42 ~

**AUTORES:** *Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.*



aparecen en el 50-70% de los pacientes. Los más frecuentes son: sequedad de boca (50%), estreñimiento (15%), visión borrosa (5%), pero también puede producir retención urinaria. En cuanto a la tolterodina es un antagonista competitivo del receptor muscarínico, nuevo y potente. Posee menos potencia que oxibutinina en los receptores muscarínicos de la glándula parótida, pero igual potencia en los receptores muscarínicos de la vejiga. La excelente tolerabilidad de la tolterodina tiene implicaciones en el tratamiento de pacientes con vejiga hiperactiva en términos tanto de tratamiento eficaz como de cumplimiento. Los agentes de acción directa sobre la fibra muscular son flavoxato y verapamil. Flavoxato inhibe la acción del músculo liso y tiene una débil acción anticolinérgica, mientras que el verapamil suprime una contracción no inhibida del detrusor que es resistente a la atropina (28) (29).

#### **2.6.2.2 Incontinencia de esfuerzo.**

El tratamiento farmacológico para este tipo de Incontinencia no es de elección ya que está comprobado que los ejercicios de Kegel son efectivos para la corrección de este tipo de incontinencia, sin embargo existen ciertas indicaciones para el uso de fármacos por ejemplo: diagnóstico dudoso, rechazo a la cirugía, contraindicación de la misma y fracasos del tratamiento quirúrgico. El tratamiento farmacológico para la incontinencia urinaria de esfuerzo se enfoca en el aumento del estímulo alfa adrenérgico a la uretra; Para esto se usaron drogas como la fenilpropanolamina cuyo efecto aumentaba la



presión de cierre uretral por lo tanto disminuye la incontinencia urinaria por esfuerzo, este fármaco fue retirado del mercado en Estados Unidos debido a efectos secundarios graves como la afectación cardiaca. Otro fármaco la Norefedrina disminuye los síntomas de la incontinencia urinaria de esfuerzo y aumenta la presión de cierre uretral. Existe un tratamiento farmacológico combinado el cual esta compuesto por estrógenos y Alfa Adrenérgicos estudios sobre este tipo de tratamiento demostró mejoría de los síntomas de incontinencia urinaria pero la presión de cierre uretral disminuyo en pacientes post menopáusicas (19).

### **2.6.3 Tratamiento quirúrgico para la incontinencia urinaria.**

La cirugía se considera el tratamiento adecuado en las pacientes en las que el tratamiento conservador ha fracasado o en aquellas con IUE moderada-severa. Su propósito es incrementar la resistencia uretral para evitar el escape de orina por la uretra durante los aumentos de la presión intraabdominal, preservando el vaciamiento vesical completo a baja presión. Los procedimientos quirúrgicos pueden clasificarse en tres tipos: Colposuspensiones, Cabestrillos Sub-uretrales e inyectables uretrales. (30)

Los inyectables son el procedimiento menos invasivo y puede efectuarse con anestesia local. Inicialmente este procedimiento fue descrito para IUE por deficiencia esfinteriano intrínseca, aunque también puede ser eficaz en



pacientes con hipermovilidad uretral. Una gran variedad de instancias se han utilizado, incluyendo colágeno, politetrafluoroetileno, silicona, semillas de carbón, dextranómero y ácido hialurónico, e incluso tejidos autólogos como grasa. La mayor parte de ellos se inyectan de forma retrógrada vía transuretral o transvaginal, bajo control endoscópico, en el tejido peri-uretral y alrededor del cuello vesical.

En la actualidad, los datos disponibles sugieren, pero no prueban, su eficacia en cuanto a mejoría subjetiva y objetiva a corto plazo de la IUE, con tasas variables de éxito de 30-80%, pero que disminuyen significativamente con el tiempo. En mujeres con importantes morbilidades puede ser una opción útil teniendo en cuenta que serán necesarias 2 ó 3 inyecciones en 12 meses para obtener un resultado satisfactorio. (30)

### **2.6.3.1 Cabestrillos Sub-uretrales.**

Pueden subdividirse en cabestrillos “clásicos” y mallas “libres de tensión” tipo TVT. En los “clásicos” se han utilizado tanto materiales autólogos (fascia lata, duramadre) como sintéticos (Mersilene, Gore-Tex). Su indicación esencial son aquellas pacientes con deficiencia esfinteriano intrínseca. Asimismo, están indicados en mujeres con cirugía previa para IU fracasada. Un lazo se pasa por completo bajo la uretra o el cuello vesical y se ancla luego anteriormente en algún lugar de la pared abdominal o de las estructuras pélvicas para estabilizar la uretra. Las tasas de curación (definida como



continencia completa) se sitúan en 73-95% y las de éxito (mejoría o continencia) en el 64-100%. (27)

Los resultados parecen ser mejores en pacientes no tratadas previamente y las complicaciones más frecuentes son la disfunción de vaciado vesical con retención (1-4% de las pacientes), hiperactividad vesical “de novo” (6-14% de las pacientes) y erosión del cabestrillo (sobre todo los sintéticos) en vejiga, uretra y vagina. En general, los materiales autólogos parecen estar asociados con una mayor tasa de éxito y con menor número de complicaciones. La malla sub-uretral libre de tensión TVT se ha convertido en el procedimiento más popular en el tratamiento de la IU. Es menos agresivo que cualquiera de los otros procedimientos de cabestrillo, pudiendo incluso realizarse bajo anestesia local. Su propósito es restablecer la adecuada fijación de la uretra media al pubis, reforzando los ligamentos pubouretrales. Una cinta de polipropileno se inserta vía vaginal alrededor de la uretra distal, dejándola sin tensión bajo ella de manera que ejerza la suficiente presión sobre la uretra durante los incrementos de la presión abdominal para prevenir el escape de orina. (30)

Las tasas de curación se sitúan alrededor de 66-91%, con eficacia mantenida más allá de 5 años y una satisfacción del 85% de las pacientes intervenidas. Los datos disponibles indican también que estas tasas de curación son similares a las obtenidas con procedimientos de colposuspensión abiertos. La complicación intra-operatoria más frecuente es la



perforación vesical (en torno a 9% de los pacientes), aunque también se aprecian disfunciones de vaciado vesical (3-5% de las pacientes), infecciones urinarias (6-22%) e hiperactividad vesical “de novo” (3-9%). Son raras, no obstante, las erosiones de la malla. Recientemente se ha introducido una modificación técnica según la cual la malla sub-uretral es introducida en un plano horizontal por debajo de la uretra entre ambos agujeros obturadores de forma percutánea con un tunelizador. Los resultados preliminares son prometedores. (26)

### **2.6.3.2 Colposuspensiones.**

Las colposuspensiones indicadas en pacientes con IU secundaria a hipermovilidad uretral, se han considerado como el patrón de referencia en el tratamiento quirúrgico de la IUE. Su propósito es estabilizar la uretra estirando los tejidos de la proximidad del cuello vesical y la uretra proximal hacia la cavidad pélvica, detrás de la sínfisis púbica. Se utilizan abordajes tanto abdominales como vaginales y actualmente laparoscópicos. (30)

La colposuspensión de Burch ha sido la más ampliamente estudiada, con tasas de curación (restablecimiento completo de la continencia) de 73-92%, con unas tasas de éxito (curación o mejoría) de 81-96%. Además estas tasas se mantienen en el tiempo ya que a los 5-10 años el 70% de las pacientes continúan continentas. Las complicaciones más frecuentes son la disfunción de vaciado vesical (en 2-27% de



las pacientes) y la hiperactividad vesical “de novo” (8-27%). El grado de satisfacción de las pacientes es de 82%. (26)

Una reciente revisión sistemática sobre la efectividad de la colposuspensión laparoscópica puso de manifiesto que las pacientes sometidas a este procedimiento tenían un 8% más de riesgo de IU que las tratadas mediante colposuspensión abierta. Las tasas de curación subjetivas (85-100%) fueron comparables a 6-18 meses de seguimiento, al igual que las complicaciones. (30)





## **CAPITULO III**

### **3.1 HIPOTESIS**

La prevalencia de incontinencia urinaria se estima en un 19 a 30% en estudios realizados en el extranjero; en la población femenina de la ciudad de Cuenca, como en otras partes del extranjero la incontinencia urinaria esta directamente influenciada por factores riesgo, como edad, paridad, tipo de parto. Los ejercicios de Kegel una alternativa al tratamiento quirúrgico son desconocidos por la población.

### **3. 2 OBJETIVOS**

#### **3.2.1 Objetivo general.**

Determinar la prevalencia de incontinencia urinaria y conocimiento de pacientes, ginecólogos y urólogos sobre los ejercicios de Kegel en Cuenca.

#### **3.2.2Objetivos específicos:**

- Identificar la frecuencia de incontinencia urinaria en Cuenca en pacientes de 15 a 50 años de edad.
- Determinar el conocimiento de pacientes, ginecólogos y urólogos sobre los ejercicios de Kegel en Cuenca.
- Sistematizar la información recopilada.



## **CAPITULO IV**

### **4. METODOLOGIA**

#### **4.1. Tipo de estudio.**

Se realizó un estudio cuantitativo transversal de prevalencia para identificar la frecuencia de incontinencia urinaria y el conocimiento de pacientes, ginecólogos – obstetra y urólogos sobre los ejercicios de Kegel, las cuales fueron atendidas en los departamentos de ginecología y urología en hospitales tanto públicos como privados, Clínicas privadas y Subcentro de salud del cantón Cuenca en el 2009.



## 4.2 Operacionalización de las variables.

### 4.2.1 Operacionalización de variables en pacientes.

Variables	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Tiempo	Edad registrada.	Numérica
<b>Instrucción</b>	Años de escolaridad terminada.	Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria Incompleta</li> <li>• Primaria Completa</li> <li>• Secundaria Incompleta</li> <li>• Secundaria Completa</li> <li>• Superior</li> </ul>	SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO
<b>Estado civil</b>	Condición de	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> </ul>	SI/NO



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

	cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casada</li> <li>• Unión Libre</li> <li>• Viuda</li> </ul>	SI/NO SI/NO SI/NO
<b>Residencia</b>	Lugar donde habitualmente vive una persona.	Lugar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vive usted en Cuenca</li> </ul>	SI/NO
<b>Paridad</b>	Estado de una mujer con respecto al número de partos que ha tenido.	Número de hijos/as	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulípara</li> <li>• Primípara</li> <li>• Multípara</li> <li>• Gran multípara</li> </ul>	0 1 <5 >5
<b>Parto</b>	Fenómeno que ocurre al final de la gestación y que termina	Tipo	Vaginal Cesárea	SI/NO SI/NO



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

	con el nacimiento de un recién nacido			
<b>Variables</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>
<b>Embarazo</b>	Estado Gestacional de la mujer		Meses de Gestación	Numérica
<b>Cirugías Previas</b>	Procedimiento quirúrgico anteriores para corrección de enfermedad o deformidad	Cirugías	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histerectomía</li> <li>• Episiotomía</li> </ul>	SI/NO  SI/NO
<b>Incontinencia Urinaria</b>	Salida involuntaria de orina			SI/NO
<b>Conoce los ejercicios</b>	Conocimiento de ejercicios para fortalecer	Conocimiento		SI/NO



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

<b>de Kegel</b>	músculos vesicales.			
<b>Que médico especialista recomienda los ejercicios de Kegel.</b>	Especialista que indica realizar para fortalecer músculos vesicales		Especialista	Ginecólogo Urólogo



#### 4.2.2 Operacionalización de variables en médicos especialistas.

Variables	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
<b>Especialidad</b>	Cuarto nivel de educación	Especialidad	Ginecólogo Urólogo	
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Tiempo	Edad registrada.	Numérica
Años de especialidad	Tiempo desde la obtención del título de cuarto nivel.	Tiempo	Años	Numérica
Sabe que son los ejercicios de Kegel y		Conocimiento		SI/NO



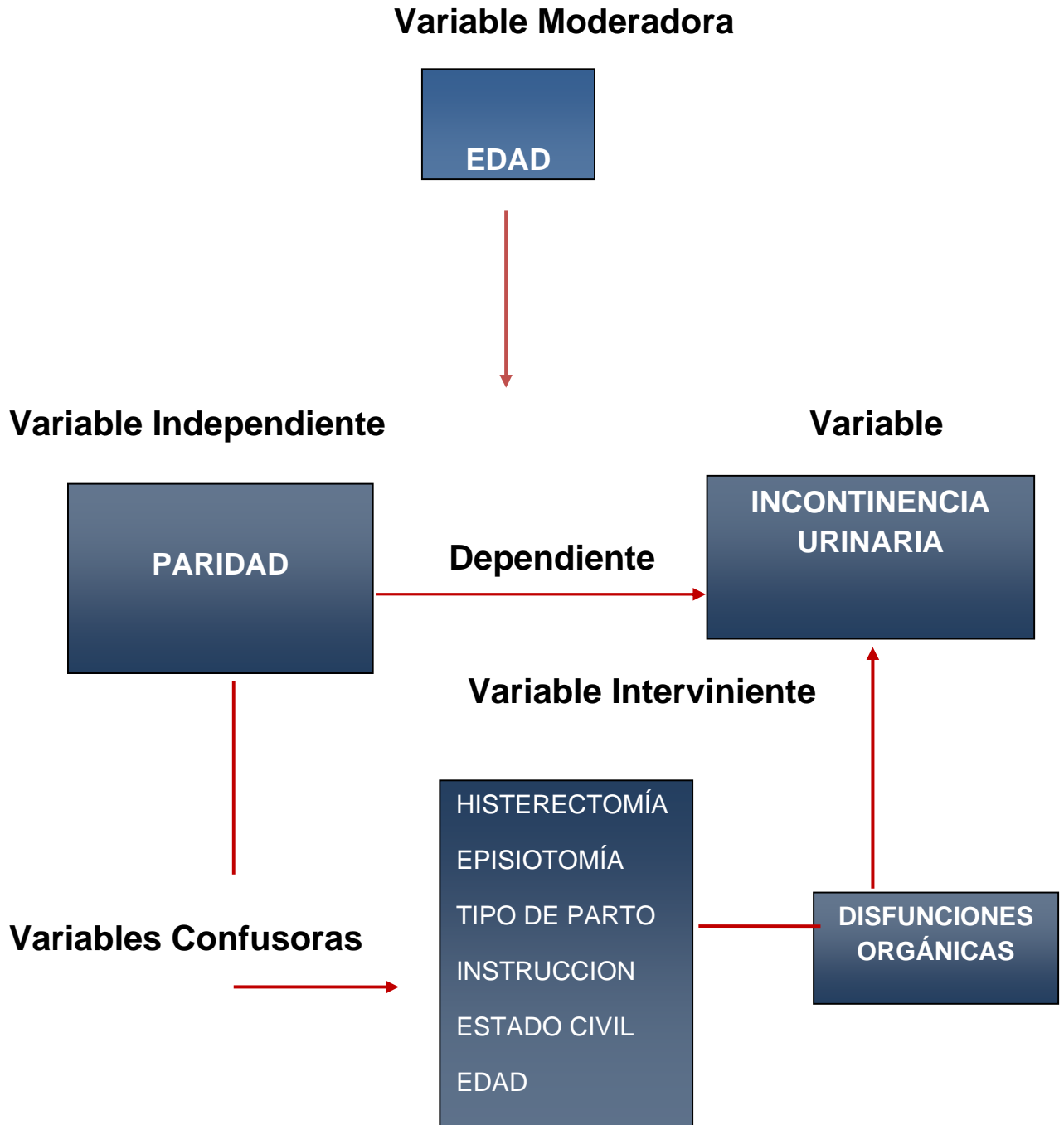
**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

su finalidad				
Los ejercicios de Kegel son efectivos		Conocimiento		SI/NO
A que paciente recomienda los ejercicios de Kegel.		Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulíparas</li> <li>• Primíparas</li> <li>• Multípara</li> <li>• Gran Multípara</li> <li>• Primípara y Multípara</li> <li>• Multípara y Gran Multípara</li> <li>• Todas Las Opciones</li> <li>• No recomienda</li> </ul>	si/no si/no si/no si/no si/no si/no si/no





### 4.3 Matriz de las variables





#### **4.4. Área de estudio.**

Este estudio se realizó en Hospitales públicos como privados, Clínicas privadas y Subcentros de Salud las cuales cuentan con los departamentos de ginecología y urología en el Cantón Cuenca, Provincia del Azuay.

#### **4.5 Universo de estudio.**

**Universo I:** se incluyó a todas las mujeres entre 15 y 50 años (117091 población femenina cuencana según el INEC 2001) atendidas en el sistema de salud tanto público como privado.(31)

**Universo II:** 49 (Ginecólogos y urólogos) del cantón Cuenca, los mismos que se encontraban ejerciendo la profesión y quienes desearon participar en este estudio.



#### 4.4 Muestra de estudio y unidad de análisis.

**Muestra I:** la muestra de pacientes quienes residen en el Cantón Cuenca, obteniendo un rango desde 15 a 50 años con una población de 117091 según los datos del INEC 2001, se procedió a calcular usando el programa de EPIINFO dando los siguientes valores:

Frecuencia esperada	19%
Peor esperado	22%
Tamaño de la muestra	653 Pacientes
10% de posibles perdidas	66 Pacientes
Número de encuestas a realizar	719 Pacientes

**Muestra II:** se incluyeron a los médicos Ginecólogos y urólogos del cantón Cuenca, los mismos que se encontraban ejerciendo la profesión y quienes desearon participar en este estudio **(49 profesionales)**, es decir, la muestra se corresponde con el universo.



#### **4.1.1 Ponderación de la muestra en pacientes.**

La muestra de 720 pacientes se distribuyó proporcionalmente según el número de turnos que se atienden en las instituciones de salud de la ciudad de Cuenca; con lo cual el estudio asegura la representatividad de la misma.

<b>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN CUENCA</b>	<b>NUMEROS DE PACIENTES A SER ENCUESTADAS</b>
<b>HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO</b>	187
<b>HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA</b>	117
<b>HOSPITAL MONTE SINAI</b>	94
<b>HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES</b>	70



<b>CENTRO DE SALUD PUMAPUNGO</b>	94
<b>CENTRO DE SALUD MIRAFLORES</b>	50
<b>CLINICA HOSPITAL SANTA INEZ</b>	65
<b>CLINICA ESPAÑA</b>	27
<b>HOSPITAL MILITAR</b>	16

**Fuente:** Departamento de estadísticas de las instituciones.

**Autores:** Carlos Cuñas, Luis Delgado y Sebastián Cordero

#### **4.7 Métodos, técnicas, instrumentos para la recolección de la información.**

**Método:** la investigación se basó en el método cuantitativo transversal de prevalencia, en la observación directa que se llevo en pacientes, ginecólogos y urólogos en los departamentos de ginecología y urología en hospitales tanto



públicos como privados, clínicas privadas y sub-centro de salud del cantón Cuenca en el 2009.

**Técnica:** Se utilizó una entrevista estructurada.

**Instrumento:** Se elaboró un formulario diseñado exclusivamente para la investigación tanto para pacientes (ANEXO 1) y para los médicos especialistas (Anexo 2); el cual fue previamente validado para su mejoramiento; el resumen de validación se encuentra en anexos, la cual consta de preguntas cerradas con la finalidad de obtener la información que permita un manejo estadístico de los datos.

#### **4.8. Análisis de la información y presentación de resultados.**

##### **Análisis de la información**

La información obtenida se realizó bajo el enfoque cuantitativo y apoyado de la estadística descriptiva.



Las variables cuantitativas fueron manejadas en número de casos (n) y sus porcentajes (%).

### **Programas utilizados**

Una vez obtenida la información cuantitativa fue ingresada en una matriz de datos y procesada con la ayuda del programa estadístico Microsoft office Excel™ versión 2007 en español para Windows™ y programa SPSS 15.0 en español versión evaluación.

### **Presentación de resultados**

Presentamos los resultados de la información recopilada por medio de tablas de distribución de frecuencias, tablas con cruce de variables y gráficos recomendados por la metodología.

Las medidas estadísticas utilizada para el análisis fueron medidas de frecuencia relativa, entre ellas el porcentaje, para las variables cuantitativas.



## 4.9 Criterios de inclusión y de exclusión de las muestras.

### Criterios de inclusión de las muestras.

**Muestra I:** se incluyo a pacientes residentes en el cantón Cuenca quienes fueron atendidas en la consulta externa de Ginecología y Urología de los hospitales, Centros de Salud e Instituciones privadas de entre 15 a 50 años; quienes tras firmar el consentimiento informado desearon participar en la encuesta.

**Muestra II:** se incluyo a todos los Médicos especialistas en Ginecología y Urología que quienes ejercen la profesión en la ciudad de Cuenca y quienes accedieron a participar en la encuesta tras firmar el consentimiento informado.

### Criterios de exclusión.

**Muestra I:** se excluyo a pacientes menores de 15 años y mayores de 50 años, que no residan en la ciudad de Cuenca, que no deseen ser parte de la encuesta y que no firmen el consentimiento informado.





**Muestra II:** se excluyo a Médicos especialistas que no desearon participar de la encuesta, que no ejerzan la profesión y médicos que no firmen el consentimiento informado.

#### **4.10 Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar y método para el control y calidad de datos.**

Se solicito mediante oficio dirigido a los Directores de los Hospitales, Centros de Salud e Instituciones privadas que ellos representan, a quienes se dio a conocer la finalidad sobre el trabajo de investigación y tras la cual se obtuvo la respectiva autorización para la realización de las encuestas en estas instituciones a cuales ellos representan.

Con la autorización obtenida se acudió a las áreas de consulta externa de ginecología y urología de cada institución



para realizar la encuesta a las pacientes y médicos especialistas los cuales cumplían los criterios de inclusión.

Con la información registrada en los formularios tanto para pacientes y personal médico se obtuvieron 720 encuestas a pacientes y 49 encuestas a médicos especialistas, se procedió a revisar 5 formularios por cada 200 encuestas para el control y calidad de los datos y poder comprobar la veracidad de los datos obtenidos.

Una vez obtenida la información se procedió a la respectiva tabulación, graficación e interpretación de resultados.

#### **4. 11 Procedimiento para garantizar aspectos éticos.**

Se elaboro un consentimiento informado el cual explicaba el objetivo de la encuesta, la finalidad del estudio y la cual garantizaba que la información obtenida será usada solo con estos fines; además los autores de esta investigación nos hemos comprometido que la información recolectada es



confiable, sin manipular los datos obtenidos y que los resultados serán utilizados a favor de los pacientes y personal médico quien lo requiera.

#### 4.10 Tabla basal.

##### 4.12.1 Tabla basal en pacientes.

Variable	SI		NO		Total	P	IC	RP
	INCONTINENCIA URINARIA		INCONTINENCIA URINARIA					
	N	%	N	%				
<b>Edad</b>	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Instrucción</b>	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Estado Civil</b>	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Vive en Cuenca</b>	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Paridad</b>	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Tipo de parto</b>	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Embarazo actual</b>	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Mes de gestación</b>	X	X	X	X	X	X	X	X



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

<b>Le han hecho histerectomía</b>	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Le han hecho episiotomía</b>	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Conoce los Ejercicios de Kegel</b>	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Que médico especialista le recomendó los ejercicios de Kegel</b>	X	X	X	X	X	X	X	X

**4.12.2 Tabla basal de médico especialista.**

Variable	GINECO-OBSTETRA		UROLOGIA		Total	P	IC	RP
	N	%	N	%				
<b>Edad</b>	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Años de Especialidad</b>	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Sabe que son los ejercicios de Kegel y su Finalidad</b>	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Los ejercicios de</b>	X	X	X	X	X	X	X	X



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

<b>Kegel son efectivos</b>								
<b>A que pacientes recomienda los ejercicios de Kegel</b>	X	X	X	X	X	X	X	X

## **CAPITULO V**

### **RESULTADOS**

#### **5.1 Cumplimiento del estudio.**

En total de encuestas realizadas en este estudio fueron de 720 a pacientes de los diferentes Hospitales, Centros de Salud e Instituciones privadas de Salud del Cantón Cuenca, Provincia del Azuay; obteniéndose los siguientes resultados.



## 5.2 Características de la población estudiada.

5.2. 1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA DE PACIENTES			
<b>MUESTRA</b>	<b>Características generales</b>	<b>Residencia en Cuenca (n= 702)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI 89,9%</li> <li>• NO 10,1%</li> </ul>
		<b>Sexo (n =720)</b>	Femenino 100%
		<b>Edad (n =710)</b>	Promedio 28.29 años Edad mínima 15 edad máxima 50
		<b>Educación Recibida (n = 715)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Primaria Incompleta 4,9%</li> <li>•Primaria Completa 17,8%</li> <li>•Secundaria Incompleta 11,7%</li> <li>•Secundaria Completa 22,2%</li> <li>•Superior 43,4%</li> </ul>
		<b>Estado Civil (n = 710)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera 47,2%</li> <li>• Casada 36,9%</li> <li>• Unión Libre 14,1%</li> <li>• Viuda 1,8%</li> </ul>



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

		<b>Número de Hijos (n=706)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulípara 46,9%</li> <li>• Primípara 10,9%</li> <li>• Multípara 36,8%</li> <li>• Gran Multípara 5,4%</li> </ul>												
<b>5.2. 1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA DE PACIENTES</b>															
<b>MUESTRA</b>	<b>Características generales</b>	<b>Tipo de parto (n = 450)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vaginal</b> 71,3%</li> <li>• <b>Cesárea</b> 28,7%</li> </ul>												
		<b>Embarazo Actual (n =662)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SI</b> 6,9%</li> <li>• <b>NO</b> 93,1%</li> </ul>												
		<b>Meses de Gestación (n=46)</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">MES</th> <th style="text-align: left;">%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2,2</td></tr> <tr><td>2</td><td>2,2</td></tr> <tr><td>3</td><td>13</td></tr> <tr><td>4</td><td>13</td></tr> <tr><td>5</td><td>6,5</td></tr> <tr><td>6</td><td>21,7</td></tr> </tbody> </table>	MES	%	1	2,2	2	2,2	3	13	4	13	5	6,5
MES	%														
1	2,2														
2	2,2														
3	13														
4	13														
5	6,5														
6	21,7														



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

			7	19,6
			8	10,9
			9	10,9
		<b>Le han hecho histerectomía (n =706)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI 4,8%</li> <li>• No 95,2</li> </ul>	
		<b>Le han hecho episiotomía (N =617)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI 31,1%</li> <li>• NO 68,9%</li> </ul>	
		<b>Tiene usted incontinencia urinaria. ( n =707)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI 24,8%</li> <li>• NO 75,2%</li> </ul>	
		<b>Conoce los ejercicios (Kegel) (n =709)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI 15,7%</li> <li>• NO 84,3%</li> </ul>	
		<b>Que médico especialista recomendó los ejercicios Kegel (n =102)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gineco-obstetra 79,4%</li> <li>• Urólogo 20,6%</li> </ul>	

**FUENTE:** Formulario de recolección de datos

**ELABORADO POR:** Carlos Cuñas, Luis Delgado y Sebastián Cordero





**Tabla # 1**  
**Distribución de la incontinencia urinaria y conocimiento**  
**de las pacientes sobre los ejercicios de Kegel, según**  
**edad, Cuenca 2009.**

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
15 - 19	162	22,8
20 - 24	185	26,1
25 - 29	104	14,6
30 - 34	69	9,7
35 - 39	58	8,2
40 - 44	51	7,2
45 - 50	81	11,4
<b>Total</b>	<b>710</b>	<b>100,0</b>

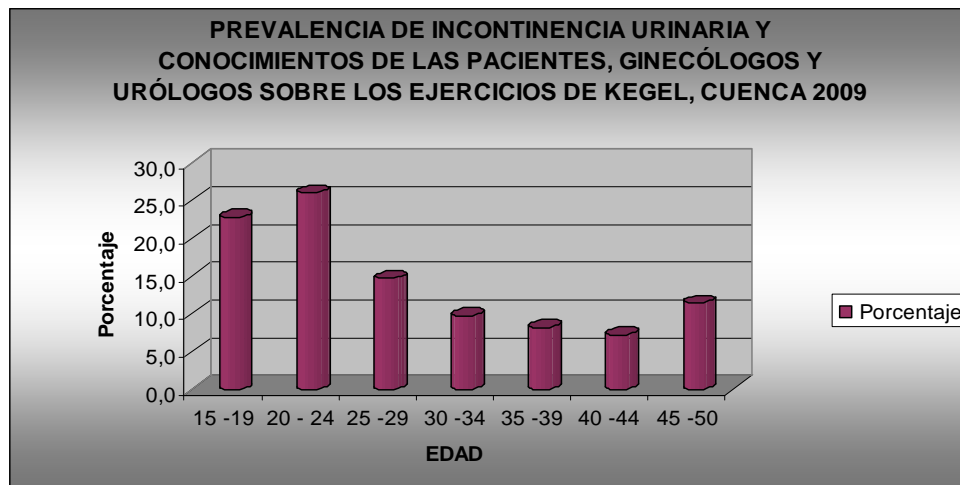
**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

**Gráfico # 1**



**Fuente:** Tabla # 1.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**INTERPRETACIÓN:** la distribución según edad muestra, el 26.1%. de las mujeres encuestadas se encuentran en el grupo etareo entre 20 y 24 años; la media general de la muestra fue de 19 años.

\*SPSS excluyó 7 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.



**Tabla # 2**

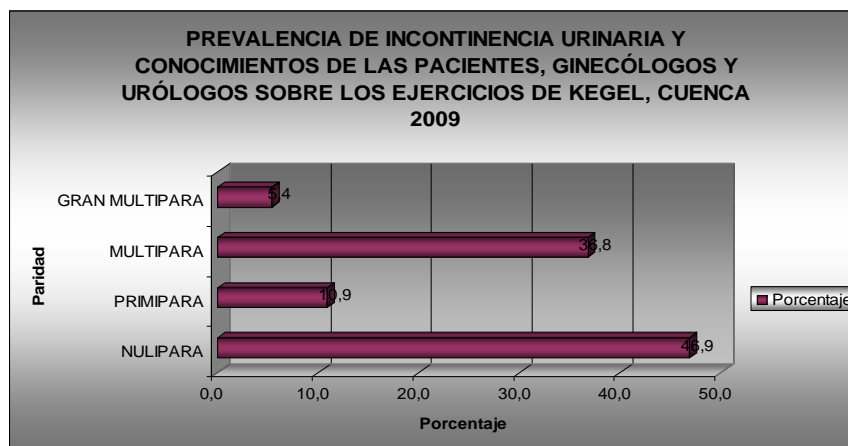
**Distribución de la incontinencia urinaria y conocimiento de las pacientes sobre los ejercicios de Kegel, según paridad, Cuenca 2009.**

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
NULIPARA	331	46,9
PRIMIPARA	77	10,9
MULTIPARA	260	36,8
GRAN MULTIPARA	38	5,4
Total	706	100,0

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**Grafico # 2**



**Fuente:** Tabla # 2.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.



**INTERPRETACIÓN:** la distribución según paridad mostro que el 46.9% son nulíparas y el 36.8% son multíparas.

\*SPSS excluyó 11 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.

**Tabla # 3**

**Distribución de la incontinencia urinaria y conocimiento de las pacientes sobre los ejercicios de Kegel, según el tipo de parto, Cuenca 2009.**

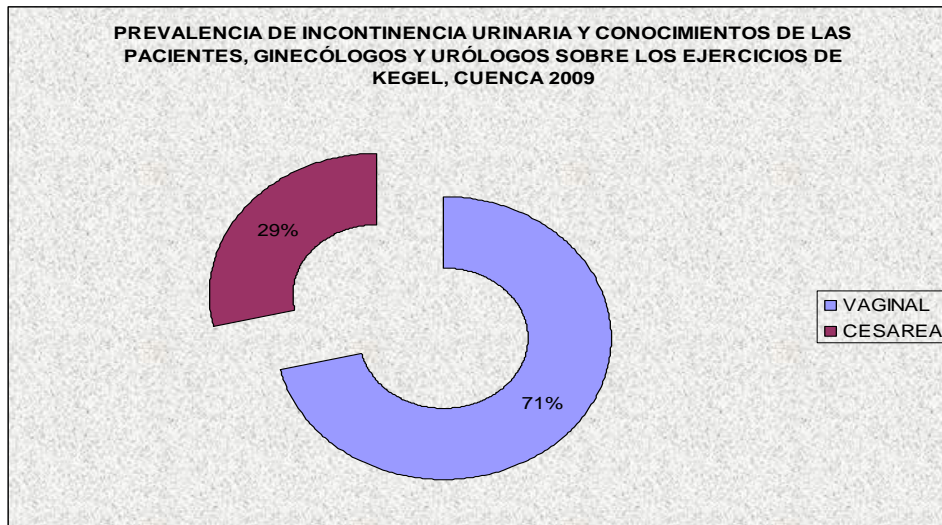
<b>Tipo de parto</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
VAGINAL	321	71,3
CESAREA	129	28,7
Total	450	100,0

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.



### **Grafico # 3**



**Fuente:** Tabla # 3.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**INTERPRETACIÓN:** la distribución según tipo de parto mostro que el 71% tuvieron Partos Vaginales y 29% tuvieron cesáreas.

\*SPSS excluyó 267 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma ya que en los formularios se cuenta con la variable “nulíparas”.



**Tabla # 4**

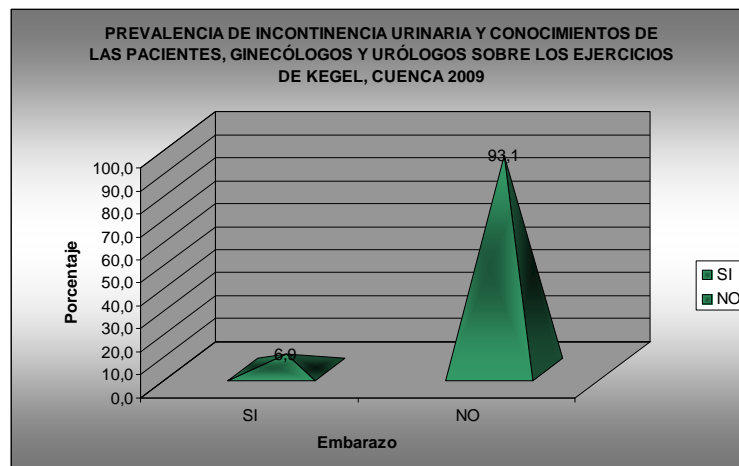
**Distribución de la incontinencia urinaria y conocimiento de las pacientes sobre los ejercicios de Kegel, según embarazo actual, Cuenca 2009.**

Embarazo Actual	Frecuencia	Porcentaje
SI	46	6,9
NO	616	93,1
Total	662	100,0

Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**Grafico # 4**



Fuente: Tabla # 4.

Elaboración: C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.



**INTERPRETACIÓN:** De las mujeres encuestadas el 93.1% no cursaban embarazo.

\*SPSS excluyó 55 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.

**Tabla # 5**

**Distribución de la incontinencia urinaria y conocimiento de las pacientes sobre los ejercicios de Kegel, según histerectomía, Cuenca 2009.**

Histerectomía	Frecuencia	Porcentaje
SI	34	4,8
NO	672	95,2
Total	706	100,0

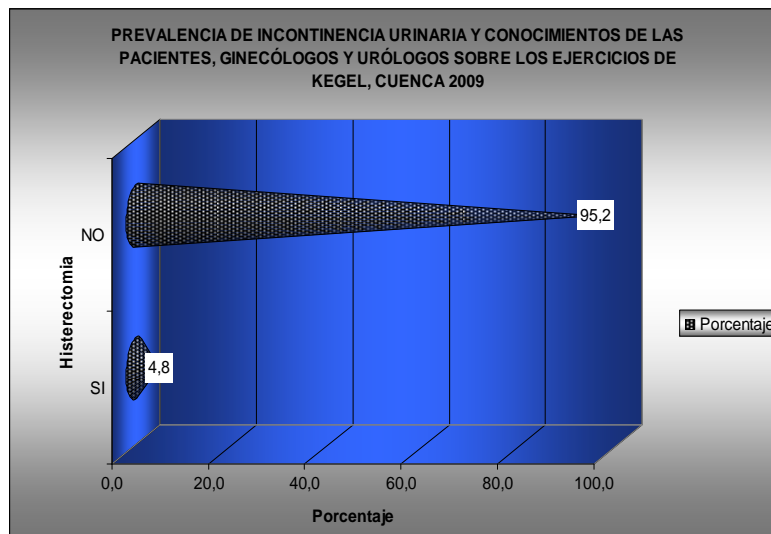
**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

**Grafico # 5**



**Fuente:** Tabla # 5.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**INTERPRETACIÓN:** el 95.2% de las mujeres encuestadas no se habían sometido a una histerectomía y solo 4.8% si lo han hecho.

\*SPSS excluyó 11 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.





**Tabla # 6**

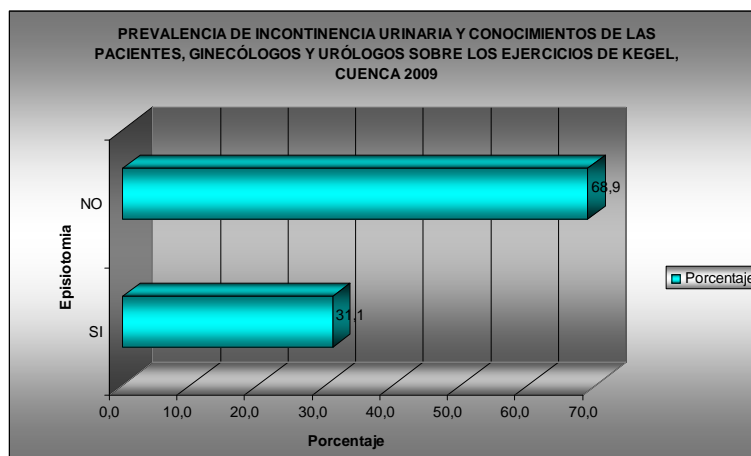
**Distribución de la incontinencia urinaria y conocimiento de las pacientes sobre los ejercicios de Kegel, según episiotomía, Cuenca 2009.**

Episiotomía	Frecuencia	Porcentaje
SI	192	31,1
NO	425	68,9
Total	617	100,0

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**Grafico # 6**



**Fuente:** Tabla # 6.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**INTERPRETACIÓN:** de las mujeres con paridad solo al 31.1% fueron sometidas a una episiotomía.

~ 81 ~

**AUTORES:** Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.



\*SPSS excluyó 100 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.

**Tabla # 7**

**Distribución de la incontinencia urinaria y conocimiento de las pacientes sobre los ejercicios de Kegel, según incontinencia urinaria, Cuenca 2009.**

<b>Incontinencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	175	24,8
NO	532	75,2
Total	707	100,0

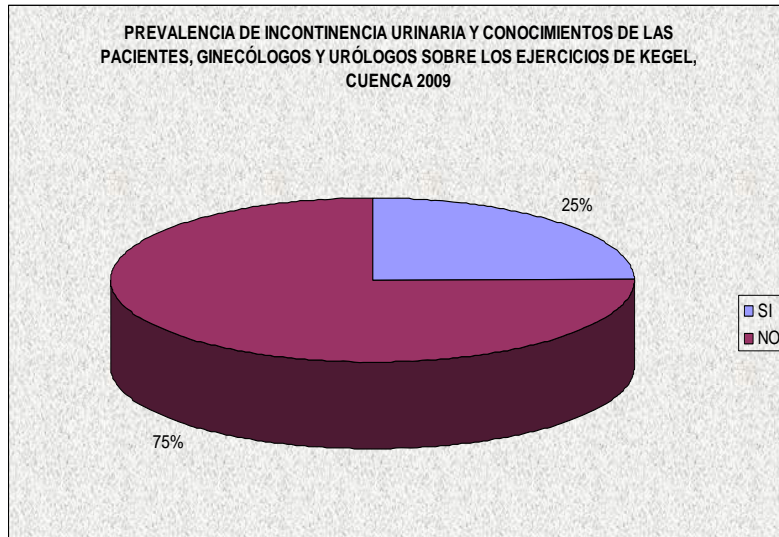
**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

**Grafico # 7**



**Fuente:** Tabla # 7.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**INTERPRETACIÓN:** de las mujeres encuestadas el 24,8% refirieron Incontinencia Urinaria.

\*SPSS excluyó 10 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.



**Tabla # 8**

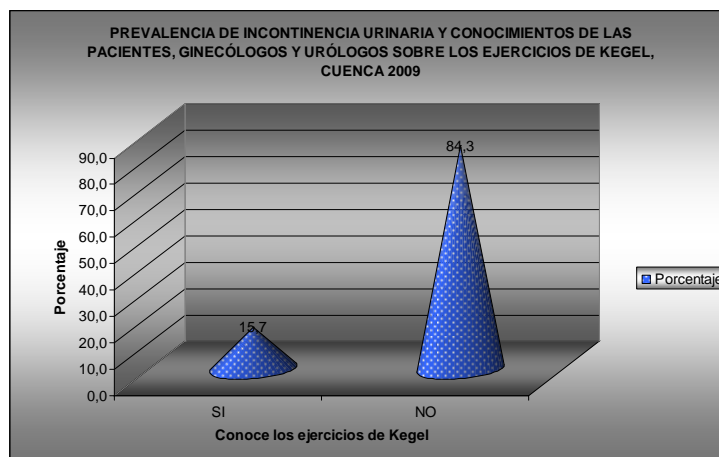
**Distribución de la incontinencia urinaria y conocimiento de las pacientes sobre los ejercicios de Kegel, según conocimiento de los ejercicios de Kegel, Cuenca 2009.**

Conoce los ejercicios de Kegel	Frecuencia	Porcentaje
SI	111	15,7
NO	598	84,3
Total	709	100,0

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**Grafico # 8**



**Fuente:** Tabla # 8.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.



**INTERPRETACIÓN:** el 84.3% de las mujeres encuestadas no conocían de los ejercicios de Kegel.

\*SPSS excluyó 8 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.

**Tabla # 9**

**Distribución de la incontinencia urinaria y conocimiento de las pacientes sobre los ejercicios de Kegel, según el médico especialista que informo sobre los ejercicios de Kegel, Cuenca 2009.**

<b>Médico Especialista</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
MEDICO GINECO OBSTETRA	81	79,4
MEDICO URÓLOGO	21	20,6
Total	102	100,0

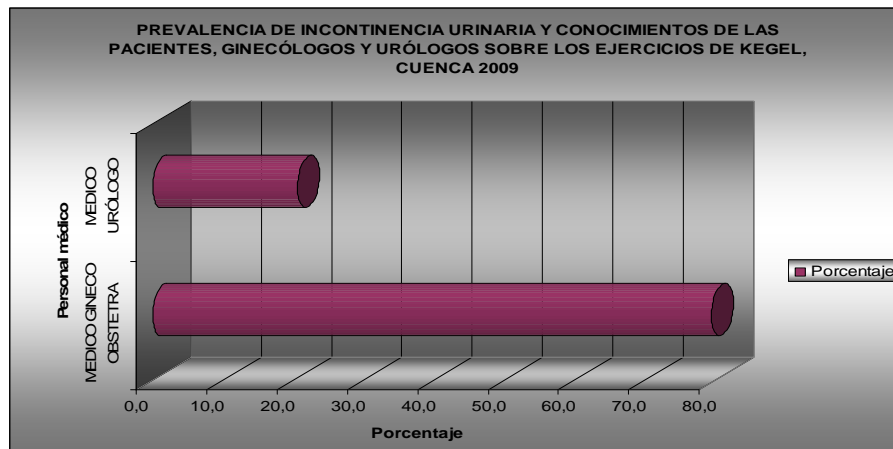
**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

**Grafico # 9**



**Fuente: Tabla # 9.**

**Elaboración: C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.**

**INTERPRETACIÓN:** de las pacientes que si sabían de los ejercicios de Kegel, 79.4% fueron instruidas por médicos Gineco-obstetras.

\*SPSS excluyó 615 valores perdidos, que no fueron ingresados en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.



**Tabla # 10**

**Distribución de la incontinencia urinaria y conocimiento de las pacientes sobre los ejercicios de Kegel, según edad y su asociación con incontinencia urinaria, Cuenca 2009.**

EDAD (agrupada en rango de 5)		INCONTINENCIA URINARIA		Total
		SI	NO	
15 - 19	FRECUENCIA	1	3	4
	EDAD (AÑOS)	25,0%	75,0%	100,0%
	INCONTINENCIA URINARIA	,6%	,6%	,6%
	Total	,1%	,4%	,6%
20 - 24	FRECUENCIA	9	182	191
	EDAD EN AÑOS	4,7%	95,3%	100,0%
	INCONTINENCIA URINARIA	5,1%	34,3%	27,1%
	Total	1,3%	25,8%	27,1%
25 – 29	Recuento	16	150	166



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

	<b>EDAD EN AÑOS</b>	9,6%	90,4%	100,0%
	<b>INCONTINENCIA URINARIA</b>	9,1%	28,3%	23,5%
	<b>Total</b>	2,3%	21,2%	23,5%

<b>IEDAD (agrupada en rango de 5)</b>		<b>INCONTINENCIA URINARIA</b>		<b>Total</b>
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	
30 - 34	<b>FRECUENCIA</b>	33	61	94
	<b>EDAD EN AÑOS</b>	35,1%	64,9%	100,0%
	<b>INCONTINENCIA URINARIA</b>	18,8%	11,5%	13,3%
	<b>Total</b>	4,7%	8,6%	13,3%
35 - 39	<b>FRECUENCIA</b>	25	43	68
	<b>EDAD EN AÑOS</b>	36,8%	63,2%	100,0%
	<b>INCONTINENCIA URINARIA</b>	14,2%	8,1%	9,6%
	<b>Total</b>	3,5%	6,1%	9,6%





**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

40 - 49	FRECUENCIA	27	35	62
	EDAD EN AÑOS	43,5%	56,5%	100,0%
	INCONTINENCIA URINARIA	15,3%	6,6%	8,8%
	Total	3,8%	5,0%	8,8%
45 - 50	FRECUENCIA	65	56	121
	EDAD EN AÑOS	53,7%	46,3%	100,0%
	INCONTINENCIA URINARIA	37%	10,6%	17,2%
	Total	9,2%	7,9%	17,2%
<b>Total</b>	FRECUENCIA	176	530	706
	EDAD EN AÑOS	24,9%	75,1%	100,0%
	INCONTINENCIA URINARIA	100,0%	100,0%	100,0%
	Total	24,9%	75,1%	100,0%

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**INTERPRETACIÓN:** 37% de las mujeres entre 45 a 50 años presentan incontinencia urinaria. La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una  $p=0.000$ .

~ 89 ~

**AUTORES:** Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.



**Tabla # 11**

**Distribución de la incontinencia urinaria y conocimiento de las pacientes sobre los ejercicios de Kegel, según el número de hijos y su asociación con incontinencia urinaria, Cuenca 2009.**

NUMEROS DE HIJOS		INCONTINENCIA URINARIA		TOTAL
		SI	NO	
NULIPARA	FRECUENCIA	19	305	324
	NUMERO DE HIJOS	5.9%	94.1%	100.0%
	INCONTINENCIA URINARIA	11.0%	58.1%	46.4%
	Total	2.7%	43.7%	46.4%
PRIMIGESTATA	FRECUENCIA	23	53	76
	NUMERO DE HIJOS	30.3%	69.7%	100.0%
	INCONTINENCIA URINARIA	13.3%	10.1%	10.9%
	Total	3.3%	7.6%	10.9%
MULTIPARA	FRECUENCIA	106	154	260
	NUMERO DE HIJOS	40.8%	59.2%	100.0%
	INCONTINENCIA URINARIA	61.3%	29.3%	37.2%
	Total	15.2%	22.1%	37.2%

~ 90 ~

**AUTORES:** Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

GRAN MULTIPAR A	FRECUENCIA	25	13	38
	NUMERO DE HIJOS	65.8 %	34.2%	100.0%
	INCONTINENCIA URINARIA	14.5 %	2.5%	5.4%
	Total	3.6%	1.9%	5.4%
Total	FRECUENCIA	173	525	698
	NUMERO DE HIJOS	24.8 %	75.2%	100.0%
	INCONTINENCIA URINARIA	100.0%	100.0%	100.0%
	Total	24.8 %	75.2%	100.0%

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**INTERPRETACIÓN:** el 61,3% de las mujeres multiparas presentaron incontinencia urinaria. La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una  $p=0.000$ .



**Tabla # 12**

**Distribución de la incontinencia urinaria y conocimiento de las pacientes sobre los ejercicios de Kegel, según el tipo de parto y su asociación con incontinencia urinaria, Cuenca 2009.**

TIPO DE PARTO		INCONTINENCIA URINARIA		Total
		SI	NO	
VAGINAL	FRECUENCIA	130	191	321
	TIPO DE PARTO	40.5%	59.5%	100.0%
	INCONTINENCIA URINARIA	80.7%	66.3%	71.5%
	Total	29.0%	42.5%	71.5%
CESAREANA	FRECUENCIA	31	97	128
	TIPO DE PARTO	24.2%	75.8%	100.0%
	INCONTINENCIA URINARIA	19.3%	33.7%	28.5%
	Total	6.9%	21.6%	28.5%
Total	FRECUENCIA	161	288	449
	TIPO DE PARTO	35.9%	64.1%	100.0%
	INCONTINENCIA URINARIA	100.0%	100.0%	100.0%
	Total	35.9%	64.1%	100.0%

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.



**INTERPRETACIÓN:** el 80,7% que tubieron parto vaginal presentaron incontinencia urinaria. La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una  $p=0.001$ .

**Tabla # 13**

**Distribución de la incontinencia urinaria y conocimiento de las pacientes sobre los ejercicios de Kegel, según embarazo actual y su asociación con incontinencia urinaria, Cuenca 2009.**

EMBARAZO ACTUAL		INCONTINENCIA URINARIA		Total
		SI	NO	
SI	FRECUENCIA	19	26	45
	EMBARAZO ACTUAL	42.2%	57.8%	100%
	INCONTINENCIA URINARIA	11.1%	5.3%	6.8%
	Total	2.9%	4.0%	6.8%
NO	FRECUENCIA	152	461	613
	EMBARAZO ACTUAL	24.8%	75.2%	100%
	INCONTINENCIA URINARIA	88.9%	94.7%	93.2%
	Total	23.1%	70.1%	93.2%
Total	FRECUENCIA	171	487	658
	EMBARAZO ACTUAL	26.0%	74.0%	100.0%
	INCONTINENCIA URINARIA	100 %	100 %	100 %
	Total	26.0%	74.0%	100%

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.



**INTERPRETACIÓN:** el 11,1% de las mujeres que cursa un embarazo presentaron incontinencia urinaria. La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una  $p=0.010$ .

**Tabla # 14**

**Distribución de la incontinencia urinaria y conocimiento de las pacientes sobre los ejercicios de Kegel, según histerectomía y su asociación con incontinencia urinaria, Cuenca 2009.**

HISTERECTOMIZADA		INCONTINENCIA URINARIA		Total
		SI	NO	
SI	FRECUENCIA	19	15	34
	HISTERECTOMIA	55.9%	44.1%	100.0%
	INCONTINENCIA URINARIA	10.9%	2.8%	4.8%
	Total	2.7%	2.1%	4.8%
NO	FRECUENCIA	156	514	670
	HISTERECTOMIA	23.3%	76.7%	100.0%
	INCONTINENCIA URINARIA	89.1%	97.2%	95.2%
	Total	22.2%	73.0%	95.2%
Total	FRECUENCIA	175	529	704
	HISTERECTOMA	24.9%	75.1%	100.0%
	INCONTINENCIA	100.0	100.0	100.0%



	URINARIA	%	%	
	Total	24.9%	75.1%	100.0%

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**INTERPRETACIÓN:** el 10,9% de las mujeres histerectomizadas presentaron incontinencia urinaria. La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una  $p=0.000$ .

### Tabla # 15

**Distribución de la incontinencia urinaria y conocimiento de las pacientes sobre los ejercicios de Kegel, según episiotomía y su asociación con incontinencia urinaria, Cuenca 2009.**

EPISIOTOMIA		INCONTINENCIA URINARIA		TOTAL
		SI	NO	
SI	FRECUENCIA	87	105	192
	EPISIOTOMIA	45.3%	54.7%	100.0%
	INCONTINENCIA URINARIA	52.4%	23.4%	31.2%
	Total	14.1%	17.1%	31.2%
NO	FRECUENCIA	79	344	423
	EPISIOTOMIA	18.7%	81.3%	100.0%
	INCONTINENCIA URINARIA	47.6%	76.6%	68.8%

~ 95 ~

**AUTORES:** Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

	Total	12.8%	55.9%	68.8%
<b>Total</b>	FRECUENCIA	166	449	615
	EPISIOTOMIA	27.0%	73.0%	100.0%
	INCONTINENCIA URINARIA	100.0%	100.0%	100.0%
	Total	27.0%	73.0%	100.0%

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**INTERPRETACIÓN:** el 52,4% de las mujeres que se realizo la episiotomia presentaron incontinencia urinaria. La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una  $p=0.000$ .





**Tabla # 16**

**Distribución de la incontinencia urinaria y conocimiento de las pacientes sobre los ejercicios de Kegel, según conocimiento de los ejercicios de Kegel y su asociación con incontinencia urinaria, Cuenca 2009.**

CONOCE LOS EJERCICIOS DE KEGEL		INCONTINENCIA URINARIA		Total
		SI	NO	
SI	FRECUENCIA	42	69	111
	CONOCE LOS EJERCICIOS DE KEGEL	37.8%	62.2%	100.0%
	INCONTINENCIA URINARIA	24.0%	13.1%	15.8%
	Total	6.0%	9.8%	15.8%
NO	FRECUENCIA	133	459	592
	CONOCE LOS EJERCICIOS DE KEGEL	22.5%	77.5%	100.0%
	INCONTINENCIA URINARIA	76.0%	86.9%	84.2%
	Total	18.9%	65.3%	84.2%
TOTAL	FRECUENCIA	175	528	703
	CONOCE LOS EJERCICIOS DE KEGEL	24.9%	75.1%	100.0%



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

	INCONTINENCIA URINARIA	100.0 %	100.0 %	100.0%
	Total	24.9%	75.1%	100.0%

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**INTERPRETACIÓN:** el 76% de las mujeres que no conocían los ejercicios de Kegel presentaron incontinencia urinaria. La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una  $p=0.001$ .



**Tabla # 17**

**Distribución de la incontinencia urinaria y conocimiento de las pacientes sobre los ejercicios de Kegel, según episiotomía y su asociación con número de hijos con incontinencia urinaria, Cuenca 2009.**

EPISIO TOMIA	NUMERO DE HIJOS		INCONTINENCIA URINARIA		Total
			SI	NO	
SI	NULIPARA	FRECUENCIA	4	17	21
		NUMERO DE HIJOS	19.0%	81.0%	100 %
		INCONTINENCIA URINARIA	4.7%	16.2%	11.0%
		Total	2.1%	8.9%	11.0%
	PRIMIPAR A	FRECUENCIA	12	23	35
		NUMERO DE HIJOS	34.3%	65.7%	100%
		INCONTINENCIA URINARIA	14.0%	21.9%	18.3%
		Total	6.3%	12.0%	18.3%
	MULTIPAR A	FRECUENCIA	63	62	125
		NUMERO DE HIJOS	50.4%	49.6%	100%
		INCONTINENCIA URINARIA	73.3%	59.0%	65.4%
		Total	33.0%	32.5%	65.4%
GRAN MULTIPAR A	FRECUENCIA	7	3	10	
	NUMERO DE HIJOS	70.0%	30.0%	100 %	

~ 99 ~

**AUTORES:** Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

		INCONTINENCIA URINARIA	8.1%	2.9%	5.2%
		Total	3.7%	1.6%	5.2%
	Total	FRECUENCIA	86	105	191
		NUMERO DE HIJOS	45.0%	55.0%	100%
		INCONTINENCIA URINARIA	100.0%	100%	100%
		Total	45.0%	55.0%	100%

EPISIOTOMIA	NUMERO DE HIJOS		INCONTINENCIA URINARIA		Total
			SI	NO	
NO	NULIPARA	FRECUENCIA	13	221	234
		NUMERO DE HIJOS	5.6%	94.4%	100%
		INCONTINENCIA URINARIA	16.5%	65.0%	55.8%
		Total	3.1%	52.7%	55.8%
	PRIMIPARA	FRECUENCIA	9	28	37
		NUMERO DE HIJOS	24.3%	75.7%	100%
		INCONTINENCIA URINARIA	11.4%	8.2%	8.8%
		Total	2.1%	6.7%	8.8%
	MULTIPARA	FRECUENCIA	39	81	120
		NUMERO DE HIJOS	32.5%	67.5%	100%
		INCONTINENCIA	49.4%	23.8%	28.6%

~ 100 ~

**AUTORES:** Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

		URINARIA	%		
			Total	9.3%	19.3%
GRAN MULTIPAR A	FRECUENCIA	18	10	28	
	NUMERO DE HIJOS	64.3 %	35.7%	100%	
	INCONTINENCIA URINARIA	22.8 %	2.9%	6.7%	
	Total	4.3%	2.4%	6.7%	
Total	FRECUENCIA	79	340	419	
	NUMERO DE HIJOS	18.9 %	81.1%	100%	
	INCONTINENCIA URINARIA	100%	100%	100%	
	Total	18.9 %	81.1%	100%	

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**INTERPRETACIÓN:** 73% de las pacientes multiparas quienes se realizaron una episiotomis presentaron Incontinencia Urinaria. La asociación entre estas 3 variables es estadísticamente significativa con una  $p=0.010$ .



**Tabla # 18**

**Distribución de la incontinencia urinaria y conocimiento de las pacientes sobre los ejercicios de Kegel, según conocimiento de los ejercicios de Kegel y su asociación con la paridad e incontinencia urinaria, Cuenca 2009.**

CONOCE LOS EJERCICIOS DE KEGEL	NÚMERO DE HIJOS		INCONTINENCIA URINARIA		Total
			SI	NO	
SI	NULIPARA	FRECUENCIA	2	31	33
		NUMERO DE HIJOS	6.1%	93.9%	100.0%
		INCONTINENCIA URINARIA	4.8%	45.6%	30.0%
		Total	1.8%	28.2%	30.0%
	PRIMIPARA	FRECUENCIA	12	4	16
		NUMERO DE HIJOS	75.0%	25.0%	100.0%
		INCONTINENCIA URINARIA	28.6%	5.9%	14.5%
		Total	10.9%	3.6%	14.5%
	MULTIPARA	FRECUENCIA	23	32	55
		NUMERO DE HIJOS	41.8%	58.2%	100.0%
		INCONTINENCIA URINARIA	54.8%	47.1%	50.0%
		Total	20.9%	29.1%	50.0%



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

	GRAN MULTIPARA	FRECUENCIA	5	1	6
		NUMERO DE HIJOS	83.3%	16.7%	100.0%
		INCONTINENCIA URINARIA	11.9%	1.5%	5.5%
		Total	4.5%	.9%	5.5%
	Total	FRECUENCIA	42	68	110
		NUMERO DE HIJOS	38.2%	61.8%	100.0%
		INCONTINENCIA URINARIA	100.0%	100.0%	100.0%
		Total	38.2%	61.8%	100.0%

CONOCE LO EJERCICIOS DE KEGEL	NÚMERO DE HIJOS	INCONTINENCIA URINARIA		Total	
		SI	NO		
NO	NULIPARA	FRECUENCIA	17	272	289
		NUMERO DE HIJOS	5.9%	94.1%	100.0%
		INCONTINENCIA URINARIA	13.0%	60.0%	49.5%
		Total	2.9%	46.6%	49.5%
	PRIMIPARA	FRECUENCIA	11	48	59
		NUMERO DE HIJOS	18.6%	81.4%	100.0%
		INCONTINENCIA	8.4%	10.6%	10.1%



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

		URINARIA			
		<b>Total</b>	1.9%	8.2%	10.1%
MULTIPARA	FRECUENCIA	83	121	204	
	NUMERO DE HIJOS	40.7%	59.3%	100.0%	
	INCONTINENCIA URINARIA	63.4%	26.7%	34.9%	
	Total	14.2%	20.7%	34.9%	
	GRAN MULTIPARA	FRECUENCIA	20	12	32
	NUMERO DE HIJOS	62.5%	37.5%	100.0%	
	INCONTINENCIA URINARIA	15.3%	2.6%	5.5%	
	Total	3.4%	2.1%	5.5%	
Total	FRECUENCIA	131	453	584	
	NUMERO DE HIJOS	22.4%	77.6%	100.0%	
	INCONTINENCIA URINARIA	100.0%	100.0%	100.0%	
	Total	22.4%	77.6%	100.0%	

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**INTERPRETACIÓN:** 63,4% de pacientes multiparas no conocían los ejercicios de Kegel presentaron incontinencia urinaria. La asociación entre estas 3 variables es estadísticamente significativa con una  $p=0.000$ .





## 5.2. Características de la población estudiada.

5.2. 2 Características de la población estudiada de médicos especialistas			
<b>MUESTRA</b>	<b>Características Generales</b>	<b>Especialidad (n= 49)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medico Gineco-Obstetricia 69,4%</li> <li>• Medico Urólogo 30,6%</li> </ul>
		<b>Edad del personal Médico (n= 49)</b>	<b>Promedio</b> 50,65 Años <b>Mínimo</b> 30 Años <b>Máximo</b> 80 Años
		<b>Años de Especialidad (n =49 )</b>	<b>Promedio</b> 15,55 Años <b>Mínimo</b> 1 Años <b>Máximo</b> 40 Años
		<b>Sabe que son los ejercicios de Kegél y su finalidad (n = 49)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SI</b> 98%</li> <li>• <b>NO</b> 2%</li> </ul>
		<b>Cree que los ejercicios de Kegél son efectivos (n =48)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SI</b> 93,8%</li> <li>• <b>NO</b> 6,3%</li> </ul>
		<b>A que paciente recomendaría los ejercicios de Kegél. (n = 48)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nulíparas</b> 2,1%</li> <li>• <b>Primíparas</b> 20,8%</li> <li>• <b>Multípara</b> 29,2%</li> <li>• <b>Gran Multípara</b> 10,4%</li> </ul>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Primípara y Multípara</b> 2,1%</li> <li>• <b>Multípara y Gran Multípara</b> 25%</li> <li>• <b>Todas Las Opciones</b> 8,3%</li> <li>• <b>No recomienda</b> 2,1%</li> </ul>
--	--	--	---

**FUENTE:** Formulario de recolección de datos

**ELABORADO POR:** Carlos Cuñas, Luis Delgado y Sebastián Cordero

### Tabla # 19

**Distribución de incontinencia urinaria y conocimiento de ginecólogos y urólogos sobre los ejercicios de Kegel, según su especialidad, Cuenca 2009.**

Medico Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
GINECO OBSTETRA	34	69,4
UROLOGO	15	30,6
Total	49	100,0

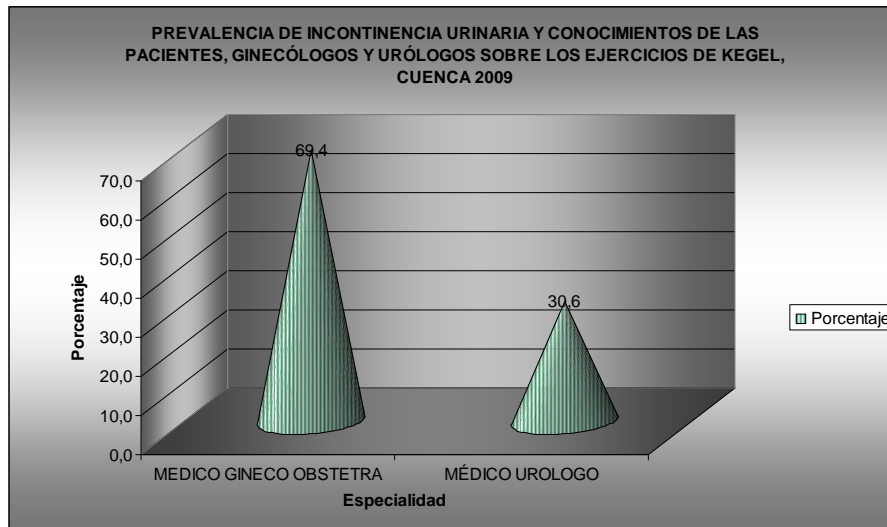
**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

**Grafico # 19**



**Fuente:** Tabla #19.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**INTERPRETACIÓN:** la distribución del personal médico según especialidad fue 69.4% Gineco-Obstetras y 30.6% Urólogos.



**Tabla # 20**

**Distribución de incontinencia urinaria y conocimiento de ginecólogos y urólogos sobre los ejercicios de Kegel, según su conocimiento sobre los ejercicios de Kegel, Cuenca 2009.**

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
SI	48	98,0
NO	1	2,0
Total	49	100,0

Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**Grafico # 20**



**Fuente:** Tabla # 20.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.



**INTERPRETACIÓN:** del personal médico encuestado 98,0% tenía conocimientos sobre los ejercicios de Kegel y solo el 2% no conocía de los mismos.

**Tabla # 21**

**Distribución de incontinencia urinaria y conocimiento de ginecólogos y urólogos sobre los ejercicios de Kegel, según la efectividad de los ejercicios de Kegel, Cuenca 2009.**

<b>Son Efectivos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	45	93,8
NO	3	6,3
Total	48	100,0

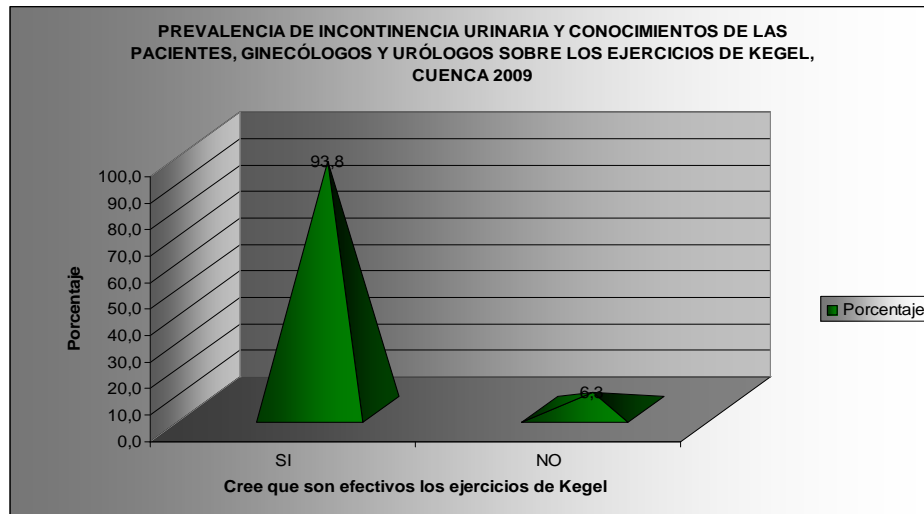
**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

**Grafico # 21**



**Fuente:** Tabla # 21.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**INTERPRETACIÓN:** el 93,8% de los médicos encuestados respondieron que los ejercicios de Kegel si son efectivos.

\*SPSS excluyó 1 valor perdido, que no fue ingresado en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.



**Tabla # 22**

**Distribución de incontinencia urinaria y conocimiento de ginecólogos y urólogos sobre los ejercicios de Kegel, según a que pacientes recomienda los ejercicios de Kegel, Cuenca 2009.**

A quien recomienda	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	1	2,1
Primípara	10	20,8
Multípara	14	29,2
Gran Multípara	5	10,4
Multípara y Gran Multípara	12	25,0
Recomienda a todas	4	8,3
No recomienda a nadie	1	2,1
Primípara y Multípara	1	2,1
Total	48	100,0

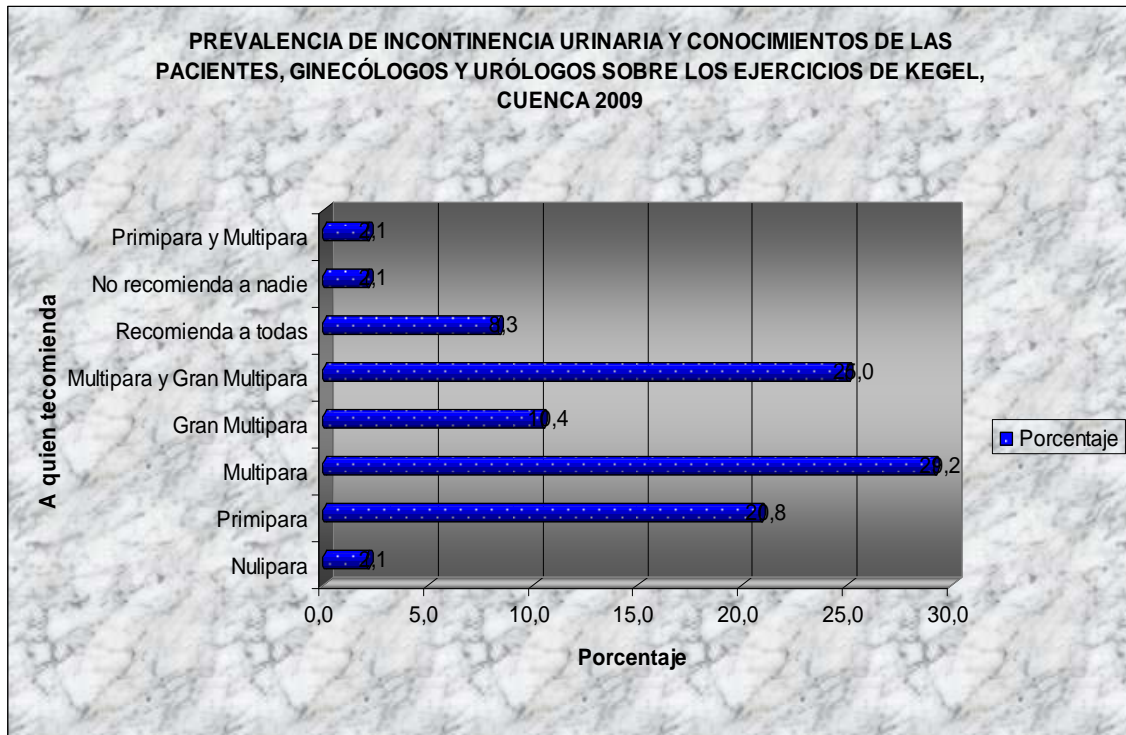
**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

**Grafico # 22**



**Fuente:** Tabla # 22.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**INTERPRETACIÓN:** el 29.2% de los médicos recomienda los ejercicios de Kegel a pacientes multíparas, seguido por el 25% que representa a multíparas y gran multíparas.

\*SPSS excluyó 1 valor perdido, que no fue ingresado en el sistema, por no existir en la ficha o por no encontrar la misma.





**Tabla # 23**

**Distribución de incontinencia urinaria y conocimiento de ginecólogos y urólogos sobre los ejercicios de Kegel, según cree que los ejercicios de Kegel son efectivos y su asociación con médico especialista, Cuenca 2009.**

CREE QUE LOS EJERCICIOS DE KEGEL SON EFECTIVOS		ESPECIALIDAD		Total
		GINECO OBSTETRA	UROL OGO	
SI	FRECUENCIA	33	12	45
	CREE QUE LOS EJERCICIOS DE KEGEL SON EFECTIVOS	73.3%	26.7%	100.0 %
	ESPECIALIDAD	100.0%	80.0%	93.8%
	Total	68.8%	25.0%	93.8%
NO	FRECUENCIA	0	3	3
	CREE QUE LOS EJERCICIOS DE KEGEL SON EFECTIVOS	.0%	100.0%	100.0 %
	ESPECIALIDAD	.0%	20.0%	6.3%
	Total	.0%	6.3%	6.3%
TOTAL	FRECUENCIA	33	15	48
	CREE QUE LOS EJERCICIOS DE KEGEL SON EFECTIVOS	68.8%	31.3%	100.0 %
	ESPECIALIDAD	100.0%	100.0%	100.0



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

				%
	Total	68.8%	31.3%	100.0%

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** C. Cuñas, L. Delgado y S. Cordero.

**INTERPRETACIÓN:** el 73,3% de los especialistas como son los ginecologos creen que los ejercicios de Kegel son efectivos. La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una  $p=0.008$ .



## CAPITULO VI

### 6. DISCUSIÓN

La incontinencia Urinaria, siendo un problema concreto pero poco conocido, puede acarrear graves consecuencias que van desde aislamiento, disfunción laboral hasta depresión, convirtiéndole en un problema físico, social y mental.

La información para este estudio fue recolectada en los diferentes establecimientos de salud de la ciudad de Cuenca; tomando en consideración cuales de estos establecimientos acoge la mayor cantidad de pacientes según turnos entregados al día, los números de pacientes a ser encuestadas están expuestos en el cuadro denominado ponderación de la muestra.

El análisis estadístico de nuestro estudio nos acerca a la realidad del problema, el problema se identifica como Incontinencia Urinaria, el mismo que se relaciona a los diferentes factores de riesgo como la edad, paridad, tipo de parto y cirugías previas como histerectomía y episiotomía.

Las pacientes que padecen de incontinencia urinaria, no son instruidas por médicos especialistas como los ginecólogos y urólogos sobre una alternativa de tratamiento como los ejercicios de Kegel para prevenir o corregir la incontinencia urinaria, los médicos especialistas son los más consultados sobre esta patología y conocen este tratamiento alternativo contra la incontinencia urinaria.



Con la finalidad de relacionar el problema con sus diferentes factores de riesgo, a demás saber si las pacientes conocen los ejercicios de Kegel y que médico especialista la instruyo, decidimos recolectar datos mediante encuestas en los establecimientos de salud más concurridos de la ciudad de cuenca; Hospital Regional Vicente corral Moscoso, Hospital José Carrasco Arteaga, Hospital Monte Sinaí, Hospital San Martin de Porres, Centro de Salud Pumapungo, Centro de Salud Miraflores, Clínica Santa Inés, Clínica España y Hospital Militar; también se recolecto un segunda encuesta dirigido a médico especialista de estas instituciones para saber si conocen los ejercicios de Kegel y a que pacientes recomiendan y poder confrontar estas dos encuestas previamente validado por los autores y la ayuda de 10 estudiantes de 4to año de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de Cuenca.

La literatura para este estudio fue consultada en la biblioteca de la facultad de medicina de la Universidad de Cuenca y también se Consulto librerías Electrónicas como The New England Journal of Medicine y Scielo. A nivel internacional se encontró diferentes estudios los cuales representaban la realidad de diferentes países Europeos, aquí en Ecuador no existe un estudio científico que demuestre la realidad de este problema en nuestra gente; a nivel local existe un trabajo de investigación realizado en el 2004 en el cual ya se destapa la magnitud del problema y la utilización de los ejercicios de



Kegel para corregir la incontinencia urinaria, esperamos con este trabajo complementar lo hallado en ese estudio.

En el estudio epidemiológico EPINCONT realizado en 27.936 mujeres mayores de 20 años en un condado de Noruega entre 1995 y 1997, 25% de ellas confesaban tener pérdidas de orina. (6)

Un estudio reciente en cuatro países europeos (Francia, Alemania, Reino Unido y España) llevado a cabo sobre las respuestas de una encuesta por correo a 17.080 mujeres de más de 18 años demostró que 35% de ellas referían pérdidas involuntarias de orina en los 30 días previos. La tasa de prevalencia fue muy similar en todos los países (41 a 44%), excepto en España cuya tasa resultó sorprendentemente menor (23%). (7)

Se han estudiado varios parámetros obstétricos que pueden contribuir a la aparición de incontinencia urinaria como trastornos funcionales del parto con IU moderada o severa. El resto de los parámetros estudiados (edad gestacional, instrumentación del parto, etc) no mostraron asociación significativa. (8).

Este estudio nos ha dado una visión global de nuestra realidad, la misma que no es muy diferente, comparada a la que se encontró a nivel de otros países desarrollados.



## CAPITULO VII

### 7. 1 CONCLUSIONES

- Este trabajo demostró que de las mujeres entre las edades de 15 a 50 años de edad quienes fueron encuestadas, el 24.8% manifestaron Incontinencia Urinaria.
- El 84.3% de las mujeres encuestadas no conocían de los ejercicios de Kegel.
- De las pacientes que si sabían de los ejercicios de Kegel, 79.4% fueron instruidas por médicos Gineco-obstetras.
- De los médicos especialistas encuestado 98,0% tenía conocimientos sobre los ejercicios de Kegel y solo el 2% no conocía de los mismos.
- El 93,8% de los médicos especialistas encuestados respondieron que los ejercicios de Kegel si son efectivos.

Además con el uso de cruces estadísticos se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

- El 80,7% de mujeres que tuvieron parto presentaron incontinencia urinaria. La asociación entre estas 2 variables es estadísticamente significativa con una  $p=0.001$ .

~ 118 ~

**AUTORES:** *Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.*



- El 73% de las pacientes multiparas quienes se realizaron una episiotomia presentaron Incontinencia Urinaria. La asociación entre estas 3 variables es estadísticamente significativa con una  $p=0.010$ .
- El 81,1% de mujeres multiparas quienes tuvieron partos presentaron incontinencia urinaria. La asociación entre estas 3 variables es estadísticamente significativa con una  $p=0.014$ .
- Como ya se manifesto anteriormente, estos resultados son muy interesantes ya que nos dan a conocer una prevalencia de Incontinencia urinaria considerable en nuestro medio; tambien podemos decir que nuestro estudio nos ha puesto frente a una realidad preocupante ya que se demostro que el 98% de los medicos especialistas tienen conocimiento sobre los ejercicios de Kegel y que ademas el 93.8% de ellos saben que los ejercicios son efectivos, sin embargo este conocimiento no se ve reflejado en el conocimiento de los ejercicios de Kegel por parte de las pacientes, ya que 84.3% de las mujeres no tenian conocimiento de estos ejercicios ni de sus beneficios.



## **7.2 Recomendaciones.**

- La difusión de este estudio a la comunidad pública y científica.
- Informar e instruir a las pacientes el correcto procedimiento para la realización de los ejercicios de Kegel.
- El uso de los resultados obtenidos en este estudio, para incentivar y complementar nuevos estudios.
- Que se realicen estudios más específicos para clasificar los tipos de incontinencia urinaria a nivel local o nacional.
- Utilizar medios instructivos sobre los factores de riesgo y métodos para la prevención de la incontinencia urinaria.
- Realizar estudios a nivel nacional para comprender la magnitud del problema que padece nuestra población.





**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES,  
GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

# ANEXOS

~ 121 ~

**AUTORES:** *Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.*



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES,  
GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

**ANEXOS Nº1**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**FORMULARIO PARA RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES**

PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS  
PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE  
KEGEL, CUENCA 2009.

**FORMULARIO # \_\_\_\_\_**

1. EDAD:  años.

2. INSTRUCCIÓN

Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Primaria completa	<input type="checkbox"/>
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>
Superior	<input type="checkbox"/>

3. ESTADO CIVIL

Soltera	<input type="checkbox"/>
Casada	<input type="checkbox"/>
Unión libre	<input type="checkbox"/>
Viuda	<input type="checkbox"/>

4. Vive en el Cantón Cuenca Si  No

5. PARIDAD Nulípara  Primípara  Multípara  Gran Multípara

6. TIPO DE PARTO Vaginal  Cesárea

7. EMBARAZO ACTUAL SI  NO

8. Mes de gestación: \_\_\_\_\_

~ 122 ~

**AUTORES:** Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

9. POR ALGUN MOTIVO LE HAN TENIDO QUE SACAR SU UTERO

SI

NO

10. LE HAN HECHO UN CORTE EN LA VULVA PARA FACILITAR LA SALIDAD DEL BEBE.

SI

NO

9. TIENE USTED INCONTINENCIA URINARIA:  SI  NO

10. SABE QUE SON LOS EJERCICIOS DE KEGEL Y CUAL ES SU FINALIDAD:

SI  NO

NOTA: en caso de contestar SI.

QUE PERSONAL MÉDICO LO RECOMENDÓ.

- MÉDICO GINECO-OBSTETRA
- MÉDICO URÓLOGO

**Nombre del Encuestador:.....**



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES,  
GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

**ANEXO. 2**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**FORMULARIO DE RECOPIACION DE DATOS DEL PERSONAL MÉDICO.**

**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS  
PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE  
KEGEL, CUENCA 2009.**

PERSONAL MÉDICO ENCUESTADO.

- MÉDICO GINECO-OBSTETRA
- MÉDICO URÓLOGO

1. EDAD DEL MEDICO/A  AÑOS                      AÑOS DE ESPECIALIDAD

2. ¿SABE QUE SON LOS EJERCICIOS DE KEGEL Y CUAL ES SU FINALIDAD?

SI                       NO

3. ¿C REE USTES QUE LOS EJERCICIOS DE KEGEL SON EFECTIVOS?

SI.....                      NO.....

4. ¿A QUE PACIENTE RECOMENDARIA LOS EJERCICIOS DE KEGEL?

Nulípara     Primípara     Multípara     Gran Multípara

**Nombre del Encuestador:.....**

~ 124 ~

**AUTORES:** *Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.*



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

### **ANEXO. 3**

#### **UNIVERSIDAD DE CUENCA**

---

#### **FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

#### **ESCUELA DE MEDICINA**

### **PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

Nosotros; Luis Delgado, Carlos Cuñas y Sebastián Cordero, estudiantes de VI año de la Escuela de Medicina, estamos realizando una encuesta como parte de nuestra tesis de grado para la obtención de nuestro título como médicos de la república del Ecuador; el propósito de la encuesta es determinar la prevalencia de incontinencia urinaria y determinar el conocimiento de las pacientes, Ginecólogos y Urólogos sobre los ejercicios de Kegel; dicha encuesta tendrá una duración de 5 minutos, para el desarrollo de este estudio necesitamos su consentimiento y dejamos claro que su participación no representara ninguna remuneración económica y que su beneficio será conocer más acerca de este problema y como evitarlo. Queremos dejar en claro que la información de esta encuesta será usada estrictamente para el estudio ya mencionado y que en ningún momento la participante de esta encuesta será sometida a riesgo físico ni psicológico.

Yo como participante dejo constancia que mi participación es voluntaria y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida.

FIRMA.....

~ 125 ~

**AUTORES:** *Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.*



**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

#### **ANEXO. 4**

### **UNIVERSIDAD DE CUENCA**

---

### **FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

### **ESCUELA DE MEDICINA**

### **PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL MEDICO ESPECIALISTA**

Nosotros; Omar Delgado, Carlos Cuñas y Sebastián Cordero, estudiantes de VI año de Escuela de Medicina, estamos realizando una encuesta como parte de nuestra tesis de grado para la obtención de nuestro título como médicos de la república del Ecuador; el propósito de la encuesta es determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y el conocimiento de las pacientes, Ginecólogos y Urólogos sobre los ejercicios de Kegel; la encuesta tendrá una duración de 5 minutos; para el desarrollo de este estudio necesitamos su consentimiento el mismo que no tendrá remuneración económica y como beneficio se le facilitara la conclusión del estudio. La información de esta encuesta será usada estrictamente para el estudio ya mencionado.

Yo.....Dejo constancia que mi participación es voluntaria y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida.

FIRMA.....

~ 126 ~

**AUTORES:** *Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.*



## **PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.**

### **VALIDACION DE LOS CUESTIONARIOS PARA RECOLECCION DE INFORMACION**

Con el objetivo de validar los cuestionarios para la recolección de datos, se aplicó la encuesta a 20 pacientes y 5 especialistas; los especialistas no tuvieron problemas para entender el propósito de la encuesta y contestaron sin ningún problema todas las preguntas; por otra parte las pacientes si tuvieron problemas para comprender ciertas preguntas que contenían terminología médica por ejemplo:

La pregunta #8 pregunta sobre Cirugías Previas y se pregunta específicamente si la paciente se ha realizado una Histerectomía o una Episiotomía, 12 de las 20 pacientes desconocían el significado de la terminología médica; por lo cual se decidió cambiar la pregunta a:

- ¿Por algún motivo le han tenido que sacar el útero?
- ¿Le han hecho un corte en la vulva para facilitar la salida del bebe?

De la misma manera y por la misma razón la pregunta #9 pregunta sobre si la paciente tiene o no incontinencia urinaria, para facilitar el entendimiento se cambió la pregunta a:

- ¿Tiene usted escape involuntario de orina?

Y por último la Pregunta #10 pregunta sobre el conocimiento sobre los ejercicios de Kegel lo cual no fue entendido por la mayoría de pacientes por lo que se decidió cambiar la pregunta a:

- ¿Conoce los ejercicios para corregir el escape involuntario de orina?
- Posterior a la validación se procedió a realizar las encuestas.

LOS AUTORES.

~ 127 ~

**AUTORES:** *Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.*



## BIBLIOGRAFIA GENERAL

1. ABRAMS P, FREEMAN R, ANDERSTRON C, et.  
Tolterodine a new antimuscarinic agent: as effective but better tolerated than Oxibutanina in patients with overactive bladder Br J Urol. N° 81. 1998. Pág.: 801-810
2. AHLSTROM K, SANDAHL B, SJOBERG B, et. Effect of combined treatment with Fenylpropanolamina and Estradiol, compare to Estradiol treatment alone in post menopausal women with stress urinary incontinence. Revista Gynecol Obstet. N° 30. 1990. Pág.: 37-43
3. ANDRADE J. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con ejercicios de Kegel. Hospital Vicente Corral y José Carrasco. Cuenca. Universidad de Cuenca. Escuela de Medicina. 2004. Pág.: 10 – 75.
4. BAIGRIE RJ, KELLEHER JP, FAUCETT DP, et.  
Oxibutinina: is it safe. Br J Urol. N° 62. 1988 62. Pág.: 319-322
5. BERK Jonathan. GINECOLOGIA DE NOVAK. 13° Ed.  
México. Mc Graw-Hill interamericana. 2004. Pág.531-554
6. BOTERO J. Obstetricia y Ginecología. 7° Ed. Bogotá.  
Quebecor World. 2004. Pág.: 451- 456





7. BROWN JS, SAWAYA G, THOM DH, GRADY D.  
Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. N°. 356. 2000. Pág.: 535-539.
8. CARDOZO L. New developments in the management of stress urinary incontinence. N° 94. 2004. (Supl. 1): Pág: 1-3.
9. CLÍNICAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS.  
Incontinencia urinaria. Vol.1. México. Graw-Hill Interamericana. 2004. Pág.: 1- 101
10. CLÍNICAS UROLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA.  
Problemas Urológicos y Embarazo.34 vol. España. ELSEVIER MASSON. 2007. Pág.: 10- 11
11. CLÍNICAS UROLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA.  
Urología Femenina. 3 vol. España. Graw-Hill Interamericana. 2003. Pág.: 525- 566
12. CLÍNICAS UROLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA. Vejiga Hiperactiva. Vol. 33. España. ELSEVIER MASSON. 2006. Pág.: 10- 11



13. DWYER PI. Differentiating stress urinary incontinence from urge urinary incontinence. Int J Gynaecol Obstet. N°. 86. 2004. (Suppl. 1). Pág.: 17-24.
14. ESPUNA Montserrat, REBOLLO Pablo, PUIG Montserrat y DILLA Tatiana. Determinación de las preferencias de las mujeres sobre el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante el método de la comparación de parejas. En España Revista Urología. . Vol. 60. N° 2. 2007. Pág. 147-154. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06142007000200006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000200006&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0004-0614. **Accedido: 30/09/2009**
15. FLORES Sergio. Actualización en Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en Mujeres. SOCIEDAD MEXICANA DE UROLOGÍA GINECOLÓGICA. 9 noviembre 2008. Disponible en: [www.smug-ac.com/pdf/actualizacion\\_iue.pdf](http://www.smug-ac.com/pdf/actualizacion_iue.pdf) - **Accedido: 30/09/2009**
16. GARCIA J. et al. Guía clínica para incontinencia urinaria en adultos mayores. En México Revista Médica Seguro Social. Vol. 46 N°4. 2007. Pág. 415-422 Disponible en:



edumed.imss.gob.mx/edumed/rev\_med/pdf/gra\_art/A158.

pdf **Accedido: 30/09/2009**

17. HANNESTAD YS, RORTVEIT G, SANDVIK H, et. community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. J Clin Epidemiol. N° 53. 2000. Pág. 1150-1157.
18. Instituto Nacional de Estadísticas de Ecuador (INEC) (2001) Indicadores Básicos de Población, Ecuador - Cuenca. Disponible: [www.inec.gov.ec/document\\_library/get\\_file?folderId](http://www.inec.gov.ec/document_library/get_file?folderId)  
Accedido: 30/10/2009
19. LOUGHLIM Kevin. Clínicas urológicas de Norteamérica. Incontinencia Urinaria. 3 Vol. México. Mc Graw-Hill interamericana. 2002. Pág.562-566
20. LOSE G. The burden of stress urinary incontinence. Revista Europea Urologia. N°. 4. 2005. Pág: 5-10.
21. MARTINEZ Saura, F.; et. Incontinencia urinaria, una visión desde Atención Primaria.Vol.11. N°2. 2007. Pág. 25-40. Disponible en:

~ 131 ~

**AUTORES:** *Carlos Cuñas S, Luis Delgado P y Sebastián Cordero.*



[www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682001000200002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000200002&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1131-5768. **Accedido: 30/09/2009**

22. MINASSIAN Va, DRUTZ Hp, AL-BADR A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet.* N°. 82. 2003. Pág. 327-338.

23. NIHIRA MA, HENDERSON N. Epidemiology of urinary incontinence in women. *Curr Womens Health.* N° 3. 2003. Pág.: 340-347.

24. NOVEDADES DEL CLAP NOVEDADES DEL CLAP  
[www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/.../NOVEDADES/Noved27.pdf](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/.../NOVEDADES/Noved27.pdf)  
**Accedido: 30/09/2009.**

25. PEREZ A. Ginecología. 3ª ed. Santiago de Chile. Mª. Pilar Marín Villasante. 2003. Pág. 421 – 431

26. PEREZ SANZ, G. et al. TVT para la incontinencia urinaria femenina: estudio multicéntrico español. En *Revista Española Urología.* Vol. 29. N° 7. 2005. Pág. 632-640. Disponible en:  
[www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S02](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02)



10-48062005000700002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0210-4806. **Accedido: 30/09/2009**

27. QUEIPO ZARAGOZA, J.A. et al. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo Post-Prostatectomía radical mediante malla anclada a ramas isquiopubianas. En Revista Española Urología. Vol.29. N° 8. 2005.Pág. 764-768. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062005000800008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062005000800008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0210-4806. **Accedido: 30/09/2009**

28. ROBLES, J. E. La incontinencia urinaria. En *Revista San Navarra*. Vol. 29. N° 2. 2006. Pág.: 219-231. Disponible en: [www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000300006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300006&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1137-6627. **Accedido: 30/09/2009**

29. RONDINI F-D., Carlos et al. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. COMPARACIÓN DE TRES ALTERNATIVAS QUIRÚRGICAS. EN: *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*. Vol. 69. N° 6. 2009. Pág. 414-



418. **Disponible** **en:**  
[www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262004000600002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000600002&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0717-7526. doi: 10.4067/S0717-75262004000600002.

**Accedido: 30/09/2009**

30. RORTVEIT G, HANNESTAD YS, DALTEVEIT AK, HUNSKAAR S. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Obstet Gynecol.* N°. 98. 2001. Pág: 1004-1110.
31. RORTVEIT G, DALTEVEIT AK, HANNESTAD YS, HUNSKAAR S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med.* N° 348. 2003 Pág: 900-907.
32. SANDVICK H, SEIM A, VANVIK A, et. Severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: Comparison with 48-hour pad-weighing tests. *Neurourol Urodyn.* N° 19. 2000. Pág: 137-145.
33. SCHWART. *Principios de Cirugía.* 8a ed. México. Graw-Hill Interamericana. 2004. Pág.: 1572- 1577



34. SUBAK LL, JOHNSON C, WHITCOMB and BOBAN D, et. Does weight loss improve incontinence in moderately obese women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* N° 13. 2002. Pág: 40-43.
35. URIBE Arcila, J. F. et al Teorías y técnicas de incontinencia urinaria femenina. En Colombia *Revista de Urología.* Vol. 18. N° 1. 2009. Pág: 59-70. Disponible en: [www.urologiacolombiana.com/revistas/abril-2009/010.pdf](http://www.urologiacolombiana.com/revistas/abril-2009/010.pdf) - **Accedido: 30/09/2009**
36. WILLIAMS. *Obstetricia.* 21° ed. Estados Unidos. 2004. Pág.: 350-351
37. [Www.invenia.es/inveniaextensions:perineometro\\_uso\\_domestico\\_prevencion\\_incontinencia\\_urinaria.](http://www.invenia.es/inveniaextensions:perineometro_uso_domestico_prevencion_incontinencia_urinaria) Accedido: 12/05/2009
38. [www.intermedicina.com/avances/ginecologia/ago44.pdf](http://www.intermedicina.com/avances/ginecologia/ago44.pdf) **Accedido: 12/05/2009**
39. ZUDAIRE J, ROBLES J. et. Incontinencia femenina: evaluación urodinámica. *Revista Médica Universidad Navarra.* N°. 48. 2004. Pág: 32-36.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CLÍNICAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS. Incontinencia urinaria. Vol.1. México. Graw-Hill Interamericana. 2004. Pág.: 1- 101
2. NIHIRA MA, HENDERSON N. Epidemiology of urinary incontinence in women. Curr Womens Health. N° 3. 2003. Pág: 340-347.
3. CARDOZO L. New developments in the management of stress urinary incontinence. N° 94. 2004. (Supl. 1): Pág:1-3.
4. URIBE Arcila, J. F. et al Teorías y técnicas de incontinencia urinaria femenina. En Colombia Revista de Urología. Vol. 18. N° 1. 2009. Pág: 59-70. Disponible en: [www.urologiacolombiana.com/revistas/abril-2009/010.pdf](http://www.urologiacolombiana.com/revistas/abril-2009/010.pdf) -  
**Accedido: 30/09/2009**
5. CLÍNICAS UROLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA. Problemas Urológicos y Embarazo. 34 vol. España. ELSEVIER MASSON. 2007. Pág.: 10- 11
6. HANNESTAD YS, RORTVEIT G, SANDVIK H, et. community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study.





Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. J Clin Epidemiol. N° 53. 2000. Pág. 1150-1157.

7. DWYER PI. Differentiating stress urinary incontinence from urge urinary incontinence. Int J Gynaecol Obstet. N°. 86. 2004. (Suppl. 1). Pág: 17-24.

8. RORTVEIT G, HANNESTAD YS, DALTVEIT AK, HUNSKAAR S. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Obstet Gynecol. N°. 98. 2001. Pág: 1004-1110.

9. ROBLES, J. E. La incontinencia urinaria. En *Revista San Navarra*. Vol. 29. N° 2. 2006. Pág.: 219-231. Disponible en: [www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000300006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300006&lng=es&nrm=iso). ISSN 1137-6627.

**Accedido: 30/09/2009**

10. ANDRADE J. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con ejercicios de Kegel. Hospital Vicente Corral y José Carrasco. Cuenca. Universidad de Cuenca. Escuela de Medicina. 2004. Pág.: 10 – 75

11. CLÍNICAS UROLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA. Urología Femenina. 3 vol. España. Graw-Hill Interamericana. 2003. Pág: 525- 566



12. MINASSIAN Va, DRUTZ Hp, AL-BADR A. Urinary incontinence as a worldwide problem. Int J Gynaecol Obstet. N°. 82. 2003. Pág. 327-338.
13. SCHWART. Principios de Cirugía. 8a ed. México. Graw-Hill Interamericana. 2004. Pág.: 1572- 1577
14. PEREZ A. Ginecología. 3ª ed. Santiago de Chile. Mª. Pilar Marín Villasante. 2003. Pág. 421 – 431
15. WILLIAMS. Obstetricia. 21° ed. Estados Unidos. 2004. Pág.: 350-351
16. LOUGHLIM Kevin. Clínicas urológicas de Norteamérica. Incontinencia Urinaria. 3 Vol. México. Mc Graw-Hill interamericana. 2002. Pág.562-566
17. BERK Jonathan. GINECOLOGIA DE NOVAK. 13° Ed. México. Mc Graw-Hill interamericana. 2004. Pág.531-554
18. FLORES Sergio. Actualización en Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en Mujeres. SOCIEDAD MEXICANA DE UROLOGÍA GINECOLÓGICA. 9 noviembre 2008. Disponible en: [www.smug-ac.com/pdf/actualizacion\\_iue.pdf](http://www.smug-ac.com/pdf/actualizacion_iue.pdf) - **Accedido: 30/09/2009**
19. AHLSTROM K, SANDAHL B, SJOBERG B, et. Effect of combined treatment with Fenylpropanolamina and Estradiol,



compare to Estradiol treatment alone in post menopausal women with stress urinary incontinence. Revista Gynecal Obstet. N° 30. 1990. Pág.: 37-43

20. SUBAK LL, JOHNSON C, WHITCOMB and BOBAN D, et. Does weight loss improve incontinence in moderately obese women. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. N° 13. 2002. Pág: 40-43.

21. GARCIA J. et al. Guía clínica para incontinencia urinaria en adultos mayores. En México Revista Médica Seguro Social. Vol. 46 N°4. 2007. Pág. 415-422 Disponible en: [edumed.imss.gob.mx/edumed/rev\\_med/pdf/gra\\_art/A158.pdf](http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A158.pdf)

**Accedido: 30/09/2009**

22. BOTERO J. Obstetricia y Ginecología. 7° Ed. Bogota. Quebecor World. 2004. Pág: 451- 456

23. BROWN JS, SAWAYA G, THOM DH, GRADY D. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. N° 356. 2000. Pág: 535-539.

24. ZUDAIRE J, ROBLES J. et. Incontinencia femenina: evaluación urodinámica. Revista Médica Universidad Navarra. N°. 48. 2004. Pág: 32-36.



25. [Www.invenia.es/inveniaextensions:perineometro\\_uso\\_domestico\\_preencion\\_incontinencia\\_urinaria](http://www.invenia.es/inveniaextensions:perineometro_uso_domestico_preencion_incontinencia_urinaria). Accedió: 12/05/2009
26. PEREZ SANZ, G. et al. TVT para la incontinencia urinaria femenina: estudio multicéntrico español. En Revista Española Urología. Vol. 29. N° 7. 2005. Pág. 632-640. Disponible en: [www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062005000700002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062005000700002&lng=es&nrm=iso). ISSN 0210-4806.  
**Accedido: 30/09/2009**
27. [www.intermedicina.com/avances/ginecologia/ago44.pdf](http://www.intermedicina.com/avances/ginecologia/ago44.pdf)  
Accedió: 12/05/2009
28. BAIGRIE RJ, KELLEHER JP, FAUCETT DP, et. Oxibutinin: is it safe. Br J Urol. N° 62. 1988 62. Pág: 319-322
29. ABRAMS P, FREEMAN R, ANDERSTRON C, et. Tolterodine a new antimuscarinic agent: as effective but better tolerated than Oxibutanina in patients with overactive bladder Br J Urol. N° 81. 1998. Pág: 801-810
30. RONDINI F-D., Carlos et al. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. COMPARACIÓN DE TRES



*PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES, GINECÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LOS EJERCICIOS DE KEGEL, CUENCA 2009.*

ALTERNATIVAS QUIRÚRGICAS. EN: Revista Chilena Obstetricia y Ginecología. Vol. 69. N° 6. 2009. Pág. 414-418.

**Disponible** **en:**

[www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262004000600002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000600002&lng=es&nrm=iso). ISSN 0717-7526.

doi: 10.4067/S0717-75262004000600002. **Accedido:**

**30/09/2009**

31. Instituto Nacional de Estadísticas de Ecuador (INEC) (2001) Indicadores Básicos de Población, Ecuador - Cuenca.

Disponible:

[www.inec.gov.ec/document\\_library/get\\_file?folderId](http://www.inec.gov.ec/document_library/get_file?folderId)

**Accedido:**30/10/2009.