



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad De Medicina

Tesis

EFICACIA DE LOS EJERCICIOS DE KEGEL EN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma de la especialidad en Medicina Familiar.

Presenta:

Méd. Gral María Concepción Cruz Palma.

Dirigido Por:

Med. Esp. Ericka Esther Cadena Moreno.

Co-Director:

M.I.M.S.P. Leticia Blanco Castillo.

Santiago De Querétaro, Qro.Febrero 2020.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

EFICACIA DE LOS EJERCICIOS DE KEGEL EN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA, EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General: María Concepción Cruz Palma

Dirigido por:

Med. Esp. Ericka Esther Cadena Moreno

Co-dirigido por:

Co-director: M.I.M.S.P. Leticia Blanco Castillo

SINODALES

Med. Esp. Ericka Esther Cadena Moreno

Presidente

M.I.M.S.P. Leticia Blanco Castillo

Secretario

M.I.M.S.P. Roxana Gisela Cervantes Becerra

Vocal

Med. Esp. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz

Suplente

Med. Esp. Omar Rangel Villicaña

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Febrero 2020
México.

RESUMEN

Introducción: La incontinencia urinaria se define como el escape involuntario de orina; esta patología afecta el bienestar físico, económico, cultural y familiar de las pacientes. Diversos estudios reportan que los ejercicios de Kegel ayudan a disminuir la sintomatología de estas pacientes, mejorando su estado de salud y calidad de vida. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de los ejercicios de Kegel en la percepción de la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria.

Materiales y métodos: Estudio cuasi experimental que en pacientes usuarios del programa “Pasos por tu salud”; criterios de inclusión: pacientes del sexo femenino con síntomas compatibles para incontinencia urinaria según el ICIQ-SF; excluyendo a las pacientes analfabetas, con discapacidad física para realizar ejercicios de kegel y se eliminaron a aquellas que abandonaron el programa durante el periodo de estudio. El tamaño de muestra se calculó utilizando la fórmula para dos proporciones, con una $p_1=0.5$ y $p_2=0.23$ se trabajó con una cola, un nivel de confianza de 95% y un poder de prueba del 80%; con una $n=36$. Se analizó la eficacia de los ejercicios de Kegel en la percepción de la calidad de vida. Todos los datos se vaciaron en un paquete estadístico; se realizó análisis con estadística descriptiva e inferencial; donde se incluyeron promedios, desviaciones estándar, porcentajes, prueba de t pareada y prueba de z para dos poblaciones.

Resultados: Se estudiaron 41 pacientes, con un promedio de edad de 61.02 (IC 95%; 59.13 - 62.91); de las cuales 32 eran amas de casa, representando el 78.0% de los casos. De acuerdo al ICIQ-SF 25 pacientes presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo que representó el 61.0%, incontinencia urinaria de urgencia en 4.9% e incontinencia urinaria mixta en 34.1% El Potenziani-14-CI-IO-2000 determinó la calidad de vida antes de los ejercicios de Kegel con un promedio de la percepción de la calidad de vida de 7.95 y al final de 5.48 (IC 95%; 1.63 - 3.28) con t de 6.025 y una p estadísticamente significativa del 0.000. **Conclusión:** Son eficaces los ejercicios de Kegel en la percepción de la calidad de vida de pacientes con incontinencia urinaria.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, calidad de vida, ejercicios de Kegel.

SUMMARY

Introduction: Urinary incontinence is defined as the involuntary leakage of urine; This pathology affects the physical, economic, cultural and family well-being of patients. Several studies report that Kegel exercises help reduce the symptoms of these patients, improving their health and quality of life. **Objective:** To evaluate the effectiveness of Kegel exercises in the perception of the quality of life of patients with urinary incontinence. **Materials and methods:** Quasi-experimental study that in patients using the “Steps for your health” program; Inclusion criteria: female patients with compatible symptoms for urinary incontinence according to ICIQ-SF; excluding illiterate patients, with physical disabilities to perform kegel exercises and those who left the program during the study period were eliminated. The sample size was calculated using the formula for two proportions, with a $p_1 = 0.5$ and $p_2 = 0.23$ we worked with a tail, a confidence level of 95% and a test power of 80%; with an $n = 36$. The effectiveness of Kegel exercises in the perception of quality of life was analyzed. All data were emptied in a statistical package; analysis with descriptive and inferential statistics was performed; where averages, standard deviations, percentages, paired t test and z test for two populations were included. **Results:** 41 patients were studied, with an average age of 61.02 (95% CI; 59.13 - 62.91); of which 32 were housewives, representing 78.0% of the cases. According to ICIQ-SF, 25 patients presented urinary stress incontinence that represented 61.0%, urgent urinary incontinence in 4.9% and mixed urinary incontinence in 34.1%. Potenziari-14-CI-IO-2000 determined the quality of life before Kegel exercises with an average perception of quality of life of 7.95 and at the end of 5.48 (95% CI; 1.63 - 3.28) with t of 6.025 and a statistically significant p of 0.000. **Conclusion:** Kegel exercises are effective in the perception of the quality of life of patients with urinary incontinence.

Keywords: Urinary incontinence, quality of life, Kegel exercises.

DEDICATORIAS

A mis padres, por darme la vida, por su apoyo incondicional, por sus sacrificios para salir adelante, ya que este logro no solo es mío, sino también de ellos.

Recordarles lo orgullosa que estoy de ser su hija y sé que ellos de igual forma lo están de mí, porque gracias a su amor, educación, principios y valores, soy más fuerte día a día y he logrado llegar a mis metas.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Ericka Cadena y a la Dra. Leticia Blanco por su confianza, y apoyo en el desarrollo de este proyecto. Ya que cuando todo se tornaba gris sus enseñanzas y consejos me hacían ver la luz y volver al camino.

A mis pacientes, por creer en el proyecto y ser parte del mismo, ya que sin su participación no se habría logrado.

A mis amigas y amigos, que sin esperar nada a cambio me ofrecieron su apoyo y amistad incondicional, que me ayudo a seguir adelante y siempre dar lo mejor de mí.

Dirección General de Bibliotecas UJAQ

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Abreviaturas y siglas	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
II.1. Incontinencia Urinaria: definición y prevalencia	3
II.2 Factores de riesgo para Incontinencia urinaria	4
II.3 Diagnostico	5
II.3.1 Anamnesis	5
II.3.2 Exploración física	6
II.3.3 Estudios complementarios	7
II.4 Tratamiento	8
II.4.1 Tratamiento conservador	8
II.4.1.1 Ejercicios de Kegel	10
II.4.2 Tratamiento farmacológico	14
II.4.3 Tratamiento quirúrgico	14
II.5 Calidad de vida y calidad de vida relacionada con salud	15
II.6 Educación en salud	17

III.FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	20
IV. HIPÓTESIS ESTADÍSTICA	21
V. OBJETIVOS	
V.1 Objetivo General	22
VI. MATERIAL Y METODOS	
VI.1 Tipo de investigación	23
VI.2 Población o unidad de análisis	23
VI.3 Muestra y tipo de muestra	23
VI.3.1 Criterios de selección	24
VI.3.2 Variables estudiadas	25
VI.4 Técnicas e instrumentos	25
VI.5 Procedimiento	26
VI.5.1 Análisis estadístico	29
VI.5.2 Consideraciones éticas	29
VII. RESULTADOS	31
VIII. DISCUSIÓN	37
IX. CONCLUSIONES	39
IX.1 PROPUESTAS	40
X. BIBLIOGRAFIA	41
ANEXOS	44

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
IV.1	Frecuencia según características sociodemográficas	32
IV.2	Características gineco-obstétricas	33
IV.3	Características clínicas	34
IV.4	Características de incontinencia urinaria	35
IV.5	Percepción de la calidad de vida antes y después de los ejercicios de kegel	36

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Abreviaturas y siglas

SIC: Sociedad Internacional de Continencia.

IU: Incontinencia urinaria.

IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo.

IEU: Incontinencia urinaria de urgencia.

IUM: Incontinencia urinaria mixta.

ICIQ-SF: International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form

Dirección General de Bibliotecas UAQ

I. INTRODUCCIÓN

La Sociedad Internacional de Continencia (SIC) define la incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de orina, se estima que 4 de cada 10 mujeres cursa con este problema; en México se ha reportado una prevalencia de 46.5% en población general en edades de 20 a 80 años cifras muy similares a otros países (Velázquez, 2007).

Es considerada una patología con un pronóstico sin gravedad para la vida, por tal motivo se minimiza, ya que las mujeres que padecen este problema no buscan la atención médica por falta de información, pena o información errónea por la diversidad cultural en la que se desarrollan; sin embargo, esta patología repercute de manera importante en la calidad de vida de las pacientes, afectando su autonomía, vida cotidiana, merma su autoestima, provoca alteraciones del sueño y sentimientos de vergüenza que favorecen el aislamiento de las personas que la padecen, afectando su dinámica familiar, laboral y conyugal, por lo que es considerado un problema de salud con gran impacto social y económico (Cortes-Gálvez, 2014; Silva, 2018).

La orientación en salud nos ayuda a informar y tomar medidas sobre esta patología, ayudando a un diagnóstico temprano y así poder detener o retrasar su evolución; se ha observado que las mujeres que la padecen suponen que la incontinencia urinaria forma parte normal del envejecimiento por lo que desconocen la existencia de tratamientos diferentes a la cirugía. Las posibilidades terapéuticas incluyen farmacoterapia, ejercicios de rehabilitación de suelo pélvico, tratamiento paliativo y tratamiento quirúrgico (Rodas, 2010).

Los ejercicios de Kegel son parte del tratamiento no farmacológico; consisten en contraer y relajar los músculos del suelo pélvico, en diferentes posturas y con diferente ritmo y pautas, evitando contraer al mismo tiempo los músculos glúteos, los abdominales y los aductores, manteniendo la respiración normal. Se deben realizar en diferentes posturas: sentada, acostada boca arriba,

de pie, tres sesiones programadas durante el día con un número de repeticiones de diez en cada sesión, incluso pueden realizarse durante sus actividades cotidianas como los quehaceres del hogar, maneja, etc. (Rodas, 2010; Rial, 2015).

Diversa literatura describe que el realizar ejercicios de Kegel, puede prevenir la aparición de incontinencia urinaria o mejorar la sintomatología en >25% de los casos y de esta manera mejora la calidad de vida de las pacientes (Rial, 2015).

Así al identificar tempranamente la incontinencia urinaria, realizando un tamizaje en el primer nivel de atención y educar sobre los ejercicios de Kegel como una medida preventiva para disminuir su incidencia ayudará a la disminución de la demanda en los servicios de salud, por esta patología, además de mejorar su situación personal, familiar y social de cada paciente.

II. ANTECEDENTES

II.1. Incontinencia Urinaria: Definición y prevalencia

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) define la incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de orina en la cual podemos clasificarla en incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia o mixta (Trejos, 2013).

La incontinencia urinaria de esfuerzo se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (como, por ejemplo, toser, reír o correr) esta se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral, como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral, por dos causas no excluyentes: hipermovilidad uretral o deficiencia esfinteriana intrínseca. La incontinencia urinaria de urgencias es la pérdida involuntaria de orina acompañada, o inmediatamente precedida, de deseo inmediato de la micción; la causa de esta urgencia es la contracción involuntaria del musculo detrusor vesical por hiperactividad. La incontinencia urinaria mixta es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a urgencia como a esfuerzo (Magaña et al, 2007; Brenes et al 2013).

Diversa literatura demuestra la amplia variedad de tasas de prevalencia que se atribuye a diferentes definiciones, diferentes instrumentos y sobre todo las características de la población de estudio. Se describe que la incontinencia urinaria incrementa con la edad; en México se realizó un estudio observacional, transversal descriptivo realizado en Distrito Federal en el periodo del 1 Marzo al 31 Julio del 2006, incluyendo a todas las mujeres que quisieran participar en el estudio se logró determinar una prevalencia de incontinencia urinaria del 46.5%; tasa similar a la reportada en la población estadounidense con una prevalencia del 45% pero menos a la descrita en la población Británica con un 69%; esto

principalmente por las diferencias en las poblaciones previamente estudiadas. (Magaña et al 2007; Velázquez-Magaña et al, 2007).

II.2 Factores de riesgo para Incontinencia urinaria

Se han identificado una serie de factores de riesgo de Incontinencia Urinaria (IU) en la mujer:

- *Edad y menopausia.* La prevalencia de IU aumenta con la edad hasta el 50% en las mujeres. La atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pélvico y a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral, mecanismo involucrado en la fisiopatología de la IU. Estudios recientes, no obstante, no han demostrado que la menopausia por sí misma sea un factor de riesgo independiente de la edad (Magaña, 2007).

- *Obesidad.* Existen estudios epidemiológicos que demuestran que la obesidad y el sobrepeso son factores de riesgo para la IU, podría deberse a que el mayor peso condicionaría presiones intra abdominales elevadas que producirían lesión del suelo pélvico (Magaña,2007).

- *Paridad.* Se considera que las modificaciones hormonales y mecánicas en el embarazo son un factor de riesgo. El tipo y número de partos influye negativamente sobre el suelo pélvico, provocando daños que pueden desencadenar incontinencia. La cesárea programada disminuye el riesgo de IU frente al parto vaginal, siendo este el principal responsable de la disfunción del suelo pélvico como consecuencia de la hiperactividad mecánica de los tejidos músculo-conjuntivos y nerviosos (Velázquez-Magaña, 2007; Velázquez 2007).

- *Fármacos.* El uso de antidepresivos y antihipertensivos (disminuyen la presión uretral), se asocia a la IU. Sorprendentemente, no se observó relación entre el uso de diuréticos e IU (Velázquez, 2007).

- *Diabetes.* No se conoce muy bien el mecanismo, pero podría tener relación con la neuropatía y vasculopatía que se produce en esta enfermedad (Velázquez, 2007).

- *Ejercicio físico.* La prevalencia de IU en mujeres deportistas de elite es muy alta, dependiendo de la actividad que se practique, ya que los deportes de alto impacto presentan mayores consecuencias lesivas para el suelo pélvico (Velázquez, 2007).

- *Otros.* Cirugía ginecológica, infecciones urinarias, deterioro cognitivo y funcional, menopausia, tabaco, enfermedades neurológicas, sedentarismo y depresión (Velázquez-Magaña, 2007).

II.3 Diagnóstico.

II.3.1 Anamnesis.

El diagnóstico clínico de la incontinencia urinaria es un proceso que debe realizar el médico de atención primaria puesto que se puede hacer con una adecuada anamnesis, siendo conscientes de la falta de tiempo en las consultas, se debe optimizar al máximo el interrogatorio o hacerlo en más de una visita. La incontinencia urinaria es un trastorno por el que a menudo nuestros pacientes no consultan a pesar de todo, es muy prevalente, por lo que podría plantar la necesidad de hacer un cribado en la población que se considere de alto riesgo (Trejos, 2013).

Una parte fundamental para el diagnóstico de esta enfermedad es una completa historia clínica, brindando especial importancia las enfermedades neurológicas, los antecedentes obstétricos, cirugías pélvicas o de tratamiento con radioterapia, puesto que podrían ser los causantes o contribuyentes de la incontinencia urinaria. Es importante diferenciar el tipo de clínica predominante; si

es el componente de esfuerzo o el de urgencia o ambos y qué síntomas la acompañan. Actualmente se disponen de múltiples formularios validados al castellano, cada uno con una utilidad determinada. Los más usados son el IU-4 y el ICIQ-SF(Toquero 2007).

Cuestionarios Validados	
Diagnóstico, grado y calidad de vida (CV)	International Consultation on Incontinence Questionnaire-Shirt Form (ICIQ-SF)
Diagnostico etiológico y grado	International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (IU-4 o IU-5) Cuestionario de Vila Coll et al.
Calidad de vida	King's Health (KHQ) ICIQ-SF Incontinence Impact Questionnaire

II.3.2.- Exploración física

Debe incluir la exploración del abdomen y los flancos, la región genital y perineal realizando un tacto vaginal para valorar la existencia de prolapsos de órganos pélvicos. Se debe recostar a la paciente en la camilla para hacer una exploración abdominal a fin de descartar globo vesical, masas abdominales o pélvicas que pudieran comprimir vejiga. La exploración ginecológica que incluya la inspección de prolapsos ya que son causa frecuente de incontinencia urinaria de esfuerzo o puede llegar a obstruir la salida de la orina. Aún con la paciente en la camilla, podemos aprovechar para confirmar la incontinencia urinaria de esfuerzo

pidiendo a la paciente que de un golpe de tos y observando si hay pérdida de orina. Se realizará, asimismo, una exploración del área de las raíces sacras S2-S4, comprobando además el tono del esfínter anal (Toqueros,2007).

Existen maniobras específicas las cuales son realizadas principalmente por el especialista dentro de las cuales se encuentran:

- *Q-Tip test*: Consiste en introducir un hisopo a través del meato y realizar una maniobra de Valsalva. En caso de que el hisopo se movilice $> 30^\circ$ se considera hipermovilidad uretral (Chiang, 2013).

- *Test de Marshall-Marchetti-Krantz*: Se indica a la paciente que realice una maniobra de Valsalva comprobando la pérdida de orina con la misma. Posteriormente, con el dedo índice apoyado sobre el borde inferior de la uretra, en la cara anterior de la vagina se repite la maniobra para comprobar el efecto que tendría la colocación de una cinta suburetral sobre la pérdida previa. Ambas maniobras sirven para evaluar la incontinencia urinaria de esfuerzo (Juarranz, 2002; Chiang, 20013).

II.3.3.- Estudios complementarios.

Los estudios urodinámicos se recomienda realizar en todas las pacientes con incontinencia urinaria en las cuales son candidatas a un probable tratamiento invasivo; el cual consta de los siguientes elementos:

- **Flujometría.** Permite conocer el volumen miccional, el flujo máximo y el residuo pos miccional (Juarranz 2002).

- **Cistomanometría.** Estudia la fase de llenado y el comportamiento del detrusor al aumentar la presión vesical. Identifica hiperactividad del detrusor y las posibles alteraciones de la distensibilidad vesical o acomodación. En condiciones

normales, al aumentar el volumen dentro de la vejiga la presión del detrusor apenas se modifica (Juarranz, 2002; Rodas 2010).

- Presión-flujo. Estudia la fase de vaciado. Permite diagnosticar o descartar obstrucción al flujo o insuficiencia de la capacidad contráctil del detrusor, midiendo la velocidad del flujo durante la micción y la presión del detrusor (Juarranz, 2002; Velázquez-Magaña, 2007).

II.4 Tratamiento.

Para el éxito del tratamiento de la incontinencia urinaria la clave radica en el diagnóstico temprano y la correcta clasificación. El tratamiento de elección de la incontinencia urinaria de esfuerzo es la rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico. El tratamiento farmacológico está limitado a pocos casos y sólo los agonistas alfa-adrenérgicos con o sin estrógenos tienen eficacia documentada. Si no responde a medidas conservadoras se recurre a la cirugía. En los pacientes con incontinencia mixta se debe abordar por separado los diferentes tipos de incontinencia (Rodas, 2010; González-Ruiz de León, 2017).

Las estrategias terapéuticas varían en función del tipo de incontinencia, en el caso de incontinencias transitorias, el tratamiento debe dirigirse a los factores precipitantes y a la patología subyacente. Podemos hablar de un tratamiento conservador donde se incluyen los ejercicios de Kegel; un tratamiento farmacológico y un tratamiento quirúrgico (Lucas, 2015).

II.4.1 Tratamiento conservador

El tratamiento conservador para la incontinencia urinaria incluye las siguientes opciones:

- Medidas generales. A toda persona incontinente se le debe recomendar una ingesta moderada de líquidos (1-1,5 l/día), evitar cafeína y alcohol, tratamiento de la obesidad, el estreñimiento, la tos crónica, eliminar barreras físicas, adaptar el inodoro y llevar prendas holgadas (González-Ruiz de León, 2017).

- Ejercicios de Kegel: constituyen el tratamiento de primera línea en el abordaje de la incontinencia de esfuerzo leve-moderada, pero también pueden ser útiles en el tratamiento de la vejiga hiperactiva y en el tratamiento de la incontinencia urinaria después de una prostatectomía radical o una resección prostática trasuretral (RPTU). Consiste en contraer vigorosamente los músculos pubo-coccígeos sin utilizar los músculos del abdomen o glúteos. Es importante enseñar al paciente cómo hacerlo durante una inspección digital. Se considera que lo más eficaz es realizar de 40 a 80 contracciones por día con 5 segundos de descanso después de cada contracción para permitir la reoxigenación del músculo. Con el objetivo de fortalecer los músculos del piso pélvico (García-Astudillo, 2015; González-Ruiz de León, 2017).

La duración mínima requerida para conseguir beneficios es de 15-20 semanas. Se han comunicado beneficios objetivos de hasta un 75% cuando se realizan programas de fisioterapia supervisados en el hospital, frente a un 29% obtenido con los programas de ejercicios domiciliarios (García-Astudillo 2015).

- Terapia física-*biofeedback*. Técnicas desarrolladas para que, conociendo el paciente la función del suelo de la pelvis, pueda posteriormente regular su función y monitorizar sus progresos. A fin de facilitar la información al paciente se usan el perineómetro (dispositivo vaginal con un manómetro que refleja los cambios en la presión intravesical cuando la mujer realiza los ejercicios de Kegel), y el *biofeedback*, que utiliza electrodos de superficie (sondas vaginales o anales). La terapia de *biofeedback* requiere personal fisioterapeuta con experiencia, y es sólo un tratamiento complementario a los ejercicios del suelo pélvico (García-Astudillo,2015; González-Ruiz de León, 2017).

- Conos vaginales de distintos pesos (20 a 100 g). La contracción sostenida de los músculos de la pelvis para mantener el cono en el interior de la vagina fortalece la musculatura del suelo pélvico. Parecen ser útiles en el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo, pero no sustituyen a los ejercicios de Kegel, sino que su papel es sólo ayudar a realizarlos correctamente (Chiang, 2013).

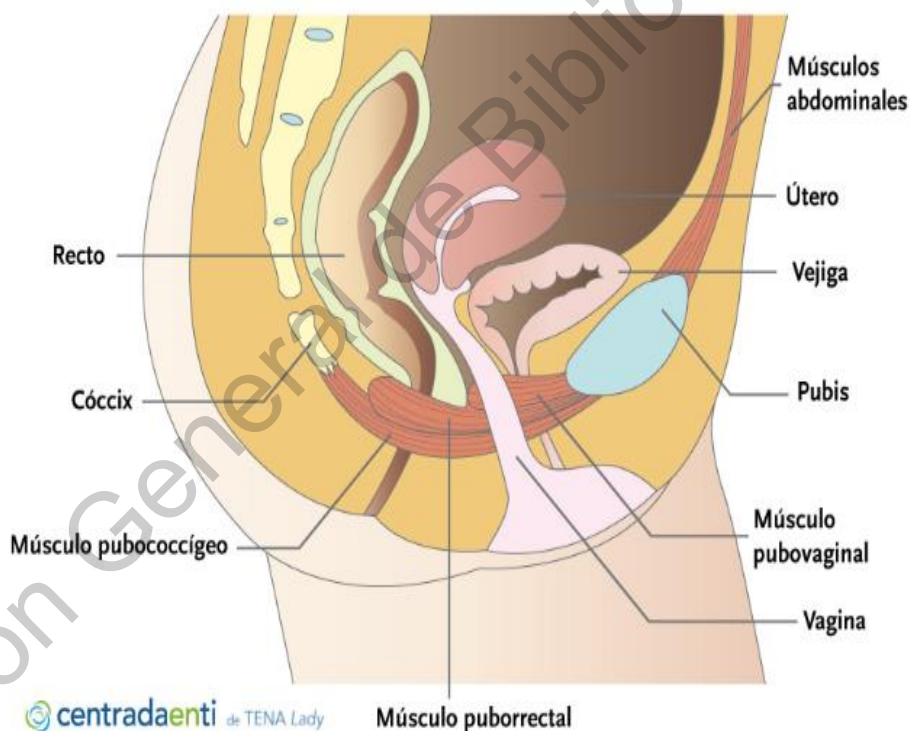
- Electroestimulación. Se ha utilizado para el tratamiento de la IU de esfuerzo, IU de urgencia, IU mixta y los síndromes dolorosos vesicales. Consiste en la estimulación de los nervios pudendos o sacros utilizando electrodos vaginales o anales. Aunque se han comunicado tasas de éxito de un 35- 65% para mujeres con diferentes tipos de incontinencia, todavía existe controversia sobre la utilidad de esta terapia (García-Astudillo,2015; González-Ruiz de León, 2017).

II.4.1.1 Ejercicios de Kegel

Los ejercicios de Kegel, ayudan a fortalecer la musculatura del suelo pélvico, músculos que sirve de soporte a los órganos que se encuentran en el abdomen y la pelvis. Esta musculatura también sostiene, levanta y controla los esfínteres e interviene en la respuesta sexual. Cuando esta red muscular se debilita, una de las consecuencias es la pérdida involuntaria de orina o incontinencia urinaria (Rodas, 2010).

Los ejercicios de Kegel, creados por el doctor estadounidense Arnold Kegel en 1948, suelen combinarse actualmente con biofeedback o electroestimulación, tratamientos que deben recibirse de manos de profesionales especializados en rehabilitación del suelo pélvico. Para que los Kegel sean eficaces hay que practicarlos correctamente y a diario (Juarranz, 2002, Rodas 2010).

Antes de hacer los ejercicios hay que localizar los músculos correctos. Un buen momento para encontrarlos es al orinar: una vez que se ha vaciado parte del contenido de la vejiga se interrumpe el flujo como si cerráramos un grifo. Los músculos que cortan el flujo de orina son los que hay que fortalecer para evitar las pérdidas. Esta prueba no debe repetirse frecuentemente porque además de no ser una buena forma de ejercitar el suelo pélvico podría crear el efecto contrario de la incontinencia, es decir, la retención de orina. Sí se pueden realizar cada quince días a manera de test para comprobar si aumenta el tono muscular. Cuando los Kegel se hacen correcta y regularmente, la mayoría de las mujeres nota una mejoría entre las doce semanas siguientes (Andrade, 2013).



Músculos de piso pélvico (Fuente: www.centradaenti.es)

Es importante estar relajadas y respirar regularmente durante su ejecución, evitando aguantar el aire. El vientre, los glúteos y los muslos deben estar relajados. Se pueden poner las manos sobre ellos para asegurarse de que no están contraídos cuando se trabajan los músculos del suelo pélvico, que es

adonde hay que dirigir la concentración. Una forma de comprobar que se están trabajando los músculos correctos es introducir un dedo en la vagina y contraer el área. Sentir presión en el dedo es una señal de que los ejercicios se están haciendo bien. Los expertos recomiendan no superar las repeticiones recomendadas, ya que sobre exigir la musculatura no acelerará el progreso. Por el contrario, si los músculos se fatigan terminarán debilitándose, con lo que la pérdida de orina empeorará. Descansar entre contracciones y permitir que el músculo se recupere es tan importante como la contracción (Rodas, 2010).

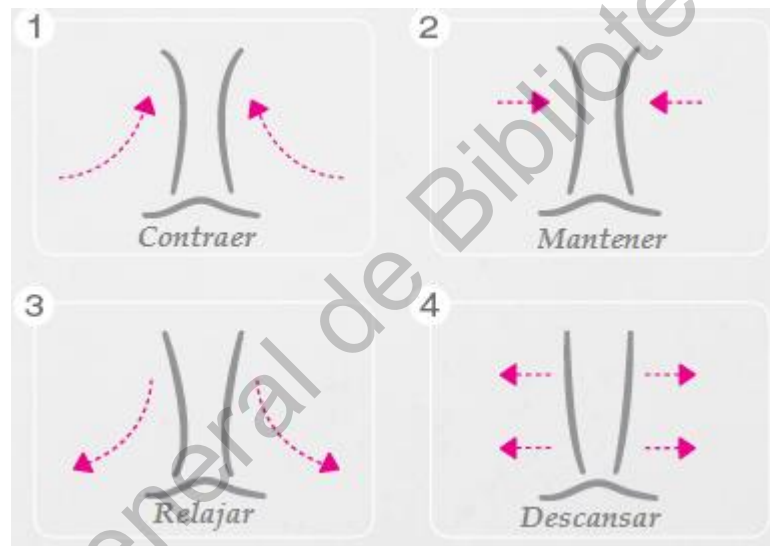


Secuencia de ejercicios de Kegel (Fuente: www.reeducaciondesuelopelvico.com)

Primero se comienza tensando lentamente los músculos del recto y de la vagina, llevándolos hacia arriba. Se mantiene la contracción contando lentamente hasta cinco y se relaja, pero sin empujar. Al principio los músculos se resistirán a mantenerse contraídos y es posible que se relajen antes de llegar a contar hasta cinco. Hay que continuar practicando hasta poder mantener la contracción 10 segundos. Los intervalos de descanso son también de 10 segundos. Se

recomienda practicar diez repeticiones, tres veces por día (Andrade, 2013). Secuencia de ejercicios de Kege

La posición para practicarlos, según recomiendan los expertos del departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Iowa, es acostada o sentada, con las piernas juntas al principio para ir separándolas a medida que los músculos se tonifican. Otros expertos sugieren que las mujeres experimenten con diferentes posiciones hasta encontrar aquella que favorezca la localización de los músculos y su correcta contracción (Rodas, 2010).



Ejercicios de Kegel Fuente: <https://dayanadoula.com/wp-content/uploads/2017/05/physio-fisio-girona.png>

Una vez que la musculatura se ha fortalecido es importante continuar con un régimen de mantenimiento, por ejemplo, realizando los ejercicios una vez al día. Para que éstos se conviertan en un hábito, algunos expertos sugieren asociarlos a otros hábitos ya establecidos como el lavarse los dientes, ducharse o mirar el programa favorito de televisión. Otros, por el contrario, recomiendan dedicar un tiempo exclusivo para hacerlos con el objeto de no tener distracciones y concentrarse en su correcta ejecución (Andrade, 2013).

II.4.2 Tratamiento farmacológico

El empleo de fármacos en el tratamiento de la incontinencia urinaria se basa en la existencia de neuroreceptores colinérgicos, beta-adrenérgicos y alfa-adrenérgicos, que producen contracción o relajación vesicouretral en función del fármaco administrado. Los medicamentos más usados, en la incontinencia son aquellos que mejoran la fase de continencia, entre los que se debe destacar los anticolinérgicos, algunos medicamentos de acción mixta como la oxibutinina y tolterodina como relajantes musculares anticolinérgicos; algunos antidepresivos como la imipramina y bloqueadores de los canales de calcio como diltiazem (Lucas, 2015).

Son en general medicamentos seguros, que pueden ser usados tanto en población pediátrica como geriátrica. El efecto secundario que suele limitar más su uso y que dificulta la adhesión al esquema terapéutico es la sequedad bucal y de otras mucosas, especialmente en el caso de los anticolinérgicos. Recientemente, ha aparecido la duloxetina, antidepresivo que a través de una acción específica a nivel del Núcleo de Onuff, induce cierre esfinteriano, lo que ha permitido su uso en incontinencia urinaria de esfuerzo femenina y en incompetencia esfinteriana intrínseca en ambos sexos; sin embargo, la experiencia es muy limitada (González-Ruiz de León, 2017).

II.4.3 Tratamiento quirúrgico.

La cirugía es el tratamiento de elección para la incontinencia urinaria de esfuerzo grave o para aquella que no ha respondido al tratamiento conservador. El propósito de las técnicas quirúrgicas es colocar el cuello vesical y la uretra proximal en una posición intraabdominal y lograr una compresión adecuada del esfínter urinario. Las técnicas más utilizadas son la colposuspensión de Burch o la técnica de Marshall-Marchetti-Krantz, con unas tasas de curación del 90%. Ante

lesión del mecanismo esfinteriano, los mejores resultados se obtienen con técnicas de cabestrillo o *slings* (Rodas, 2010; Williams, 2015).

En la incontinencia urinaria de urgencia la cistoplastia de aumento o la derivación urinaria se recomiendan sólo en casos graves e intratables, como último recurso. La cirugía es la mejor forma de tratar las dificultades del vaciado debidas a obstrucción uretral extrínseca causadas por la compresión de un útero miomatoso, o una hiperplasia benigna de próstata en caso de los hombres (Juarranz, 2002).

La clave del éxito en el tratamiento radica en el diagnóstico temprano y la correcta clasificación. Aunque existen cuestionarios validados que permiten clasificar clínicamente los distintos tipos de incontinencia urinaria, el estudio urodinámico es el procedimiento más adecuado para realizar el diagnóstico. El tratamiento de elección de la incontinencia urinaria de esfuerzo es la rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico. El tratamiento farmacológico está limitado a pocos casos y sólo los agonistas alfa-adrenérgicos con o sin estrógenos tienen eficacia documentada. Si no responde a medidas conservadoras se recurre a la cirugía. El tratamiento más efectivo en la incontinencia urinaria por rebosamiento es la cirugía. En los enfermos con incontinencia mixta se debe abordar por separado los diferentes tipos de incontinencia (Rodas, 2010; Williams, 2015).

II,5 Calidad de vida y calidad de vida relacionada con salud

La calidad de vida es definida por la Organización Mundial de la Salud como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Esta definición implica varios aspectos como ya se mencionó y debe ser el propio individuo el que evalúe su percepción de calidad de vida y no debe ser reflejada por la opinión del personal de salud (OMS, 1996).

Por otro lado, tenemos la definición de calidad de vida relacionada con salud (CVRS); donde encontramos diferentes definiciones descritas por diversos autores sin embargo en general se refiere a la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual de la capacidad, para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. Algunos autores recomiendan la utilización de la CRVS como un indicador de resultado en los diseños de investigación clínica, existiendo incluso guías para su diseño y evaluación (OMS, 1996).

La incontinencia urinaria ya definida como el escape involuntario de orina, es una situación subdiagnosticada, de donde un pequeño número de pacientes que la padecen buscan atención médica y la otra parte solo realiza cambios a su rutina diaria para tratar de tolerar los síntomas como evitar eventos sociales, evitar realizar actividades físicas limitan la ingesta de líquidos uso de protectores entre otros. A pesar que la incontinencia urinaria no constituye un riesgo para la vida, puede generar un gran impacto a nivel psicológico, físico, mental, social, higiénico y económico para la sociedad afectando en conjunto la calidad de vida de estos pacientes, interfiriendo en sus actividades cotidianas en todos los escenarios posibles (Carreño, 2013).

La determinación de la calidad de vida se evalúa con cuestionarios relacionados con las deficiencias, discapacidades y minusvalías que sufren los pacientes. Las escalas que determinan la calidad de vida también se conocen como cuestionarios de medida del estado de salud, ya que valoran los síntomas físicos y el efecto en la funcionalidad de los individuos; por lo tanto, menor salud indica menor calidad de vida. Diversa literatura ya ha evaluado la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria utilizando diversos instrumentos validados y autorizados para su medición; como lo es el ICIQ-IU-SF y el I-QOL (Rodríguez, 2015).

Es por eso que la evaluación de la calidad de vida puede constituir un parámetro clave en los estudios del costo beneficio y contribuir así a la optimización del uso de recursos. Al aportar información fundamental sobre los

aspectos tanto físicos, psicológicos y sociales de los pacientes ayuda para mejorar la relación médico paciente, apego a tratamiento y sobre todo realizar detecciones oportunas para su diagnóstico y tratamiento; y así prevenir la aparición y la evolución de complicaciones en los pacientes, mejora su calidad de vida, disminuye los ingresos a medios hospitalarios, tienen un mejor desempeño en su vida diaria ya que este es el objetivo de las unidades de primer nivel de atención y al realizar una valoración de la calidad de vida es una herramienta importante tomando en cuenta diferentes enfoques que se afectan en la vida del paciente y así poder mejorar la práctica médica con los pacientes día a día (Martínez, 2008).

La valoración del impacto de la IC en la calidad de vida puede ser valorado por diferentes cuestionarios; donde se incluye el Potenziari-14-CI-QoL-200, que valora el impacto de la incontinencia urinaria en las mujeres con incontinencia urinaria, este cuestionario consiste en 14 preguntas, con tres opciones a elegir: siempre = 2 puntos, a veces = 1 punto, nunca = 0 puntos. Las preguntas hacen referencia al momento en el que la mujer tiene las pérdidas de orina, y la repercusión en diferentes actividades. Si se obtienen entre 0 y 14 puntos, se considera repercusión ligera o moderada; y para considerar que la repercusión es intensa, la puntuación oscilaría entre 15 y 28 puntos (Serrano-Guzman, 2014)

II.6.- Educación en salud

La educación se define como aquel proceso de aprendizaje con la adquisición de conceptos, habilidades, valores, creencias y hábitos; esta comúnmente se lleva a cabo bajo la dirección de figuras de autoridad, como los padres, profesores; sin embargo, en la actualidad se habla del aprendizaje autodidacta donde el propio alumno puede educarse a sí mismo (Rodríguez, 2014).

Al hablar de educación es importante mencionar a la teoría del aprendizaje significativo la cual aborda todos los elementos, factores, condiciones que garantizan el adquirir, asimilar y retener el contenido que una institución ofrece al alumno de manera que logre adquirir un significado para sí mismo. El origen de esta teoría se basa en el interés por conocer y explicar las propiedades del aprendizaje que se puedan relacionar con formas eficaces para provocar cambios cognitivos para poder otorgar tanto un significado individual como social (Rodríguez, 2014).

Paul Ausubel, psicólogo estadounidense, desarrolló la teoría del aprendizaje significativo; bajo la influencia de Jean Piaget, creía que la comprensión de conceptos, ideas y principios se lograban bajo un razonamiento deductivo; donde el mencionaba:

“El factor más importante que influye en el aprendizaje, es lo que el alumno ya sabe. Determinar esto y enseñarle en consecuencia” (Ausubel 1968).

Jean Piaget es otro representante de la teoría del constructivismo, ya que él fundamenta que una persona desde que es niño se ve implicado en la tarea de ir dando significado a todo lo que se encuentra a su alrededor, por lo que debe de iniciar a construir conocimientos acerca de él mismo, de los demás y de todo lo que se encuentre a su alrededor; esto a través de un intercambio entre él y su entorno, lo cual va a favorecer a que se vaya construyendo poco a poco una comprensión tanto de sus acciones como las del mundo externo. Para Piaget, el conocimiento se encuentra unido a las transformaciones del mundo en el que se encuentra; por lo tanto, se basa en la interacción entre una persona y el objeto, dando por consiguiente la construcción de un conocimiento general (Rodríguez, 2014).

Algunos factores importantes en el aprendizaje significativo que debemos tomar siempre presente son:

- Que los contenidos que hay que aprender deben basarse en las necesidades y los problemas actuales del individuo.
- El funcionamiento de la persona en sus dimensiones biológica, psicológica, espiritual y social
- El medio ambiente en el que se da el aprendizaje (Andrade, 2013)

Esta teoría es parte del constructivismo que es una corriente donde el aprendizaje se basa en una construcción propia que se va produciendo a cada momento cómo resultado de una interacción entre el ambiente y con lo que disponga. Se puede decir que el conocimiento es una construcción e integración que una persona realiza sobre experiencias previas; así que el aprendizaje significativo es el resultado de la relación de lo que se quiere aprender y de lo que ya se tiene conocimiento previo; construyendo su propio conocimiento por decisión e interés (Rodríguez, 2014).

La educación en salud basada en un aprendizaje significativo puede lograrse con el apoyo de diversas estrategias para la adquisición de este nuevo conocimiento y puedan integrarlo con lo previamente aprendido y puedan integrarlo a su vida diaria. Ya que el objetivo es proporcionar información y conocimientos primordiales para el mantenimiento y promoción de la salud (Velazco, 2010).

III.FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La incontinencia urinaria es una patología infra diagnosticada, diversos aspectos como la educación, ambiente sociocultural minimizan este padecimiento; se estima que 4 de cada 10 mujeres cursa con este problema, en México se ha reportado una prevalencia de 46.5% en población general en edades de 20 a 80 años cifras muy similares a otros países (Velázquez, 2007)

Las mujeres que padecen dicha patología no buscan atención medica debido a vergüenza o falta de conocimiento sobre el tema; muchas mujeres suponen que la incontinencia urinaria forma parte normal del desarrollo por lo que desconocen la existencia de tratamientos diferentes a la cirugía (Rodríguez, 2014).

Las posibilidades terapéuticas incluyen farmacoterapia, ejercicios de rehabilitación de suelo pélvico, tratamiento paliativo y tratamiento quirúrgico. La rehabilitación del suelo pélvico incluye los ejercicios de Kegel que deben realizarse de forma regular para ejercitar y tonificar los músculos del suelo pélvico y mejorar la incontinencia (Martínez, 2008).

Estudios recientes indican que la rehabilitación muscular del suelo pélvico que incluye ejercicios de Kegel, ejercicios con conos vaginales, biofeedback, entre otros reduce los episodios de incontinencia urinaria en 54-72%; con estos datos se demuestra que es el tratamiento de primera opción en mujeres con incontinencia leve y moderada (Verdejo,2010).

Los ejercicios de Kegel como monoterapia en la rehabilitación de piso pélvico han mejorado sintomatología de la incontinencia urinaria >25%, sin embargo, debido a la falta de conocimiento de dichos ejercicios o la mala ejecución de ellos, puede ser un factor que repercute en lugar de mejorar sus síntomas y por consecuencia afecta directamente en la calidad de vida de las pacientes (Velazquez, 2007).

IV. HIPÓTESIS ESTADISTICA

Ho: No hay mejoría en la percepción de la calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria posterior a los ejercicios de Kegel en una unidad de primer nivel de atención.

Ha: Existe mejoría en la percepción de la calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria posterior a los ejercicios de Kegel en una unidad de primer nivel de atención.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

V.OBJETIVOS

V.1.OBJETIVO GENERAL

Determinar la eficacia de los ejercicios de kegel en la percepción de la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria en una unidad de primer nivel de atención.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

VI. MATERIAL Y METODOS

VI.1. Tipo de investigación:

Se realizó un cuasi experimento tipo antes y después

VI.2. Población o unidad de análisis

Pacientes mujeres con incontinencia urinaria integrantes del grupo “Pasos por la salud” en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 durante un periodo de seis meses en el 2019.

VI.3 Muestra y tipo de muestra

El tamaño de muestra se obtuvo con la fórmula para dos proporciones, se trabajó con una cola, un nivel de confianza de 95% con una probabilidad de error del 5% (0.05) y un poder de 80%.

Formula:

$$n: \frac{(p_1 q_1 + p_2 q_2)(k)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

p1: Corresponde al porcentaje de mejoría en calidad de vida después de realizar los ejercicios de Kegel 50% (0.5)

q1: Corresponde a la no ocurrencia del evento por tanto se estima a partir del valor establecido para p1, utilizando la formula q: 1-p (q: 1- 0.5 = 0.5)

p2: Constituye el porcentaje esperada de desenlace (mejoría) 23% (0.23)

q2: Corresponde a la no ocurrencia del evento por tanto se estima a partir del valor establecido para p1, utilizando la formula q: 1-p (q: 1- 0.23 = 0.77)

$$n = \frac{[(0.5)(0.5) + (0.23)(0.77)](6.2)}{(0.5 - 0.23)^2}$$

$$n = \frac{[0.250 + 0.177](6.2)}{(0.27)^2}$$

$$n = \frac{[0.427](6.2)}{0.0729}$$

$$n = \frac{2.6474}{0.0729}$$

$$n = 36.31$$

El tamaño de muestra mínimo fue de 36, sin embargo, se trabajó con 41 pacientes para realizar este estudio.

El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple

VI.3.1. Criterios de selección

Se incluyeron pacientes del sexo femenino, que supieran leer y escribir, que fueran derechohabientes y usuarias del grupo "Pasos por la salud", con síntomas de incontinencia urinaria determinado por el cuestionario ICIQ-IU-SF.

Se excluyeron a las pacientes con alguna discapacidad para realizar ejercicio o aquellos que no firmaron el consentimiento informado.

Y se eliminaron a pacientes que no cumplieron con un mínimo de 90% de asistencia a las sesiones, así como aquellos con cuestionarios incompletos.

VI.3.2. Variables estudiadas

Se estudiaron variables sociodemográficas, gineco-obstétrica, clínicas e impacto de calidad de vida en incontinencia urinaria.

Dentro de las variables sociodemográficas, se interrogó edad, escolaridad y ocupación; para lo que se aplicaron preguntas con opción múltiple donde se incluyó primaria, secundaria, preparatoria/técnico, licenciatura y posgrado como respuestas para la escolaridad; para ocupación de incluyo ama de casa, profesionista, comerciante, obrero, pensionada o ninguno.

Los antecedentes gineco-obstétricos interrogados fueron número de embarazos, número de partos vaginales y presencia o no de menopausia, esta última utilizando respuesta dicotómica con sí o no. Otras características clínicas interrogadas fueron peso y talla, estreñimiento y enfermedades crónicas, para lo que se utilizó preguntas dicotómicas para estreñimiento y de opción múltiple para enfermedad crónica donde se incluyó diabetes tipo 2, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer u otro.

VI.4. Técnicas e instrumentos

El ICIQ-SF es un instrumento utilizado para la incontinencia urinaria donde se evaluó la frecuencia, cantidad y tipo de incontinencia urinaria, el cual consta de 3 ítems con preguntas de opción múltiple, donde se evalúa frecuencia, cantidad e impacto de la incontinencia urinaria; instruyendo ya validado en 35 idiomas diferentes, cuenta con un alfa de cronbach de 0.87.

El impacto de la calidad de vida se midió a través del instrumento Potenziani-14-CI-IO-QOL-2000 el cual cuenta con 14 ítems con preguntas tipo Likert donde nunca=0, A veces=1 y Siempre=2, se suman la puntuación de cada respuesta para evaluar el impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de

vida. Repercusión ligera-moderada sobre su calidad de vida= 0-14 puntos y repercusión intensa sobre la calidad de vida= 15-28 puntos.

VI.5 Procedimiento

Posterior a la autorización por el comité local de investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por la Directora de Tesis, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la unidad especificada.

Se acudió en horario matutino a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de la Delegación 23 de Querétaro, con los pacientes participantes en el programa “pasos por la salud”, se seleccionó a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y se les invitó a participar, se realizó una reseña breve del objetivo y de los beneficios que adquirirán si decidían participar.

A las pacientes que aceptaron participar que firmaron consentimiento informado, una vez obtenida la autorización escrita se procedió a seleccionar a los pacientes que se incluyeron en el estudio por medio del instrumento ICIQ-UI-SF con el cual se identificaron a las pacientes que cursan con incontinencia urinaria, ya conformado el grupo a estudiar que cumplió con los criterios de inclusión se aplicó el instrumento Potenziani-14-CI-IO-QOL-2000 para valorar el grado de repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida.

Ya integrado el grupo de estudio se realizaron 3 sesiones donde se otorgó información sobre los ejercicios de Kegel además de ejecutarlos en conjunto; se invirtió 30 a 45 minutos en cada sesión, donde se abordó de la siguiente manera.

Sesión 1: Se realizó una reunión dentro de las instalaciones de la unidad, utilizando equipo audiovisual, papel américa y plumones, con el objetivo de brindar información sobre la definición de incontinencia urinaria, características clínicas y clasificación.

El coordinador inició la presentación donde se plantearon los objetivos de la sesión, posteriormente se realizó una lluvia de ideas sobre el significado de la incontinencia urinaria para las pacientes, con la finalidad de tener una base y concluir juntos la definición correcta; para luego realizar una breve exposición sobre las características clínicas de la incontinencia urinaria.

Por último, se explicó la diferencia entre incontinencia urinaria de esfuerzo, la incontinencia urinaria de urgencia e incontinencia urinaria mixta, concluyendo con comentario y dudas por parte de los pacientes. Con una duración de 45 min.

Sesión 2: En auditorio de la unidad, con apoyo audiovisual y presentación, se presentó la segunda sesión una semana posterior a la primera, con el objetivo de informar sobre el diagnóstico y el tratamiento de la incontinencia urinaria.

El coordinador utilizó una técnica expositiva donde se abordó brevemente en términos coloquiales el tema de diagnóstico, enfocándose principalmente en los síntomas que pueden presentarse en dicha patología, además de algunas pruebas incluyendo la exploración física y algunas pruebas como la Flujometría.

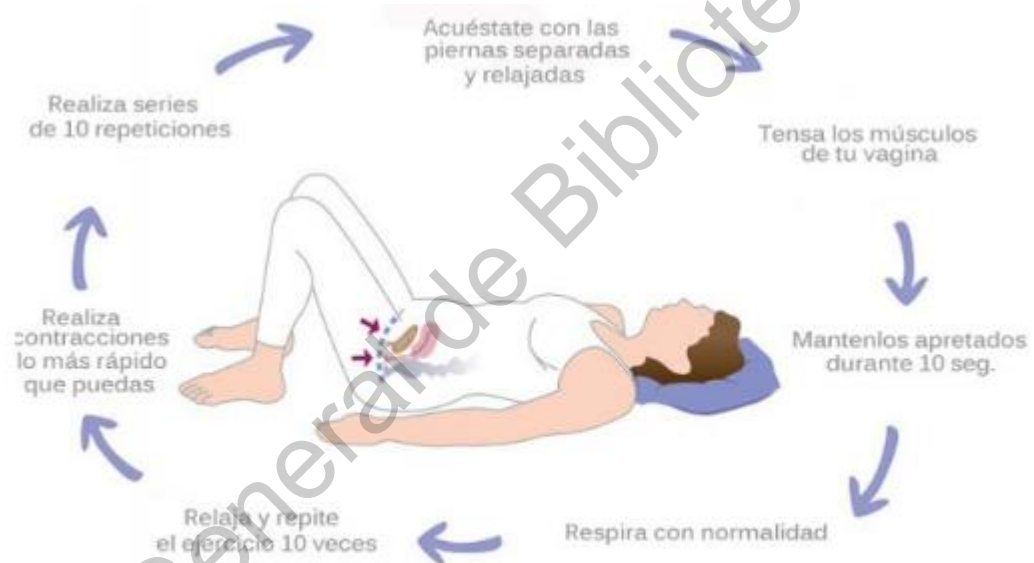
Abordando por último el tratamiento integral, incluyendo a los ejercicios de Kegel, enfocándose en la importancia de realizarlos; identificaron los músculos a trabajar, así como la frecuencia de la realización, se otorgó un folleto sobre estos ejercicios, como y cuando realizarlos con la finalidad de que los realizaran correctamente y obtener los beneficios de estos. La sesión se desarrolló en 30 minutos

Sesión 3: Para concluir se realizó un taller, en la parte del estacionamiento de la unidad, donde se solicitó un tapete a las participantes, así

como asistir con ropa cómoda. Para realizar en forma conjunta los ejercicios, integrando la información previa de las sesiones pasadas.

Para comenzar, se les indicó a las pacientes se acostarán sobre los tapetes, posteriormente se realizaría flexión de las rodillas.

Posteriormente se indicó que levantarán lentamente la cadera, al mismo tiempo realizando la contracción de los músculos de piso pélvico. Durante mínimo 5 segundos.



Secuencia de ejercicios de Kegel (Fuente: www.reeducaciondesuelopelvico.com)

El coordinador, posterior a mostrar el ejemplo, paso entre todas las pacientes verificando que no realizaran contracción en abdomen o glúteo, ya que esa es una práctica incorrecta de los ejercicios, entre cada serie de 5 segundos de contracción se intercalo con periodos de descanso, relajando los músculos y bajando la cadera durante 10 segundos. Esta secuencia se repitió por 10 veces.

Por último, se reafirmó la importancia de la frecuencia de los ejercicios, los cuales se deben realizar tres veces al día, en frecuencia diez contracciones

intercalando con diez segundos de relajación por diez veces, tres veces al día con un total de 30 en 24 horas; para observar resultados. Se corrigieron malas prácticas de los ejercicios y se disiparon dudas, esta última sesión duro 45 minutos.

Seis meses después de la última sesión se citó nuevamente al participante para aplicar por segunda ocasión el instrumento Potenziani-14-CI-IO-QOL-2000 para evaluar y comparar con los resultados previos a los ejercicios de Kegel.

IV.5.1. Análisis estadístico

Dentro del análisis estadístico se incluyó promedios, desviación estándar, porcentajes y prueba de t pareada

IV.5.2. Consideraciones éticas

Este estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos y así como de la declaración de Helsinki, Finlandia, actualizada en Corea 2013. Así como a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, siendo aprobado por el comité local de investigación.

Se requirió consentimiento informado de todos los pacientes encuestados, donde se explicó el objetivo de la investigación que es determinar la eficacia de los ejercicios de kegel en la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria en una unidad de primer nivel de atención.

Se garantizó la confiabilidad de resultados, sin violar los aspectos éticos ni se expuso la integridad o salud, así como la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio.

Se explicaron los beneficios de contar con la información acerca de esta patología, principalmente de cómo realizar ejercicios de kegel para mejorar su sintomatología y de igual forma su calidad de vida. Así como algunos efectos secundarios como dolor muscular. El estudio fue de bajo riesgo para la salud física y mental del paciente.

Se derivó a todas las pacientes con sus médicos familiares, para realizar protocolo de estudio completo, y derivar a otra especialidad de ser necesario otorgando a las participantes un abordaje multidisciplinario.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

VII. RESULTADOS

Se estudiaron 41 pacientes, con un promedio de edad de 61.02 (IC 95%; 59.13 - 62.91); de las cuales 32 eran amas de casa, representando el 78.0% de los casos. El grado de escolaridad que predominó fue primaria en 22 pacientes en un 53.7% de la población; el resto de los resultados sociodemográficos se muestran en el cuadro IV.1.

Dentro de las características gineco-obstétricas el promedio de embarazos fue de 3.75 (IC 95%; 3.35 - 4.16), de los cuales un promedio de 3.14 (IC 95%; 2.57 - 3.72) concluyeron en parto vaginal; el 90.2% fueron pacientes postmenopáusicas como se muestra en el cuadro IV.2

De las características clínicas, el estreñimiento se presentó en 4 pacientes con 9.8%; de las comorbilidades destacó la hipertensión arterial en 24 pacientes que representa un 58.5% y el sobrepeso en 25 pacientes representando el 61.0%. (Cuadro IV.3).

De acuerdo al ICIQ-SF 25 pacientes presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo que representó el 61.0%. En cuanto a la percepción del escape de orina 29 pacientes que representa 70.7% lo consideraron como “muy poca cantidad”, la frecuencia la estimaron como “una vez a la semana” 20 pacientes representando un 48.8%, el resto de las características de la incontinencia urinaria se muestran en el cuadro IV.4.

El Potenziari-14-CI-IO-2000 se determinó antes de los ejercicios de Kegel con un promedio de la percepción de la calidad de vida de 7.95 y al final de 5.48 (IC 95%; 1.63 - 3.28) con t de 6.025 y una p estadísticamente significativa del 0.000. (Cuadro IV.5).

Cuadro IV.1 Frecuencia según características sociodemográficas

Característica sociodemográfica	Frecuencia	Porcentaje	IC 95% n=41	
			Inferior	Superior
Escolaridad				
Primaria	22	53.7	38.4	69.0
Secundaria	17	41.5	26.4	56.6
Licenciatura	2	4.9	1.7	11.5
Ocupación				
Ama de casa	32	78.0	65.3	90.7
Comerciante	3	7.3	0.7	15.3
Obrera	1	2.4	2.3	7.1
Pensionada	5	12.2	2.2	22.2

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo titulado “Eficacia de los ejercicios de Kegel en la percepción de la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria de primer nivel de atención”.

Cuadro IV.2 Características gineco-obstétricas

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95% n=41	
			Inferior	Superior
Menopausia				
Presente	37	90.2	81.1	99.3
Ausente	4	9.8	0.7	18.9
	Promedio	Desviación estándar	IC 95%	
			Inferior	Superior
Paridad	3.75	1.28	3.35	4.16
Partos vaginales	3.14	1.82	2.57	3.72

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo titulado “Eficacia de los ejercicios de Kegel en la percepción de la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria de primer nivel de atención”.

Cuadro IV.3 Características clínicas

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95% n=41	
			Inferior	Superior
Estreñimiento				
Presente	4	9.8	0.7	18.9
Ausente	37	90.2	81.1	99.3
Comorbilidades				
Diabetes tipo 2	10	24.4	11.3	37.5
Hipertensión arterial	24	58.5	43.4	73.6
Diabetes-Hipertensión	5	12.2	2.2	22.2
Otro*	2	4.9	-1.7	11.5
IMC				
Normal (18-24.9)	7	17.1	5.6	28.6
Sobrepeso (25-29.9)	25	61.0	46.1	75.9
Obesidad I(30-34.5)	4	9.8	0.7	18.9
Obesidad II (35-39.9)	5	12.2	2.2	22.2

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo titulado “Eficacia de los ejercicios de Kegel en la percepción de la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria de primer nivel de atención”.

Cuadro IV.4 Características de incontinencia urinaria

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95% n=41	
			Inferior	Superior
Clasificación:				
Esfuerzo	25	61.0	46.1	75.9
Urgencia	2	4.9	-1.7	11.5
Mixta	14	34.1	19.8	48.6
Frecuencia:				
Una vez por semana	20	48.8	33.5	64.1
2-3 por semana	11	26.8	13.2	40.4
Una vez al día	4	9.8	0.7	18.9
Varias veces al día	6	14.6	3.8	25.4
Cantidad				
Muy poca cantidad	29	70.1	56.1	84.1
Una cantidad moderada	12	29.3	15.4	43.2

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo titulado “Eficacia de los ejercicios de Kegel en la percepción de la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria de primer nivel de atención”.

Cuadro IV.5 Percepción de la calidad de vida antes y después de los ejercicios de Kegel

		Diferencia	IC 95% n=41		<i>t</i>	<i>p</i>
			Inferior	Superior		
Promedio						
Inicial	7.95	2.47	1.63	3.28	6.025	0.000
Final	5.48					

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo titulado “Eficacia de los ejercicios de Kegel en la percepción de la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria de primer nivel de atención”.

VIII. DISCUSIÓN

La incontinencia urinaria afecta directamente la calidad de vida que involucra el bienestar físico, económico, psicológico, cultural y familiar de las pacientes. Los ejercicios de Kegel ayudan a la rehabilitación del piso pélvico con lo que se disminuye los escapes involuntarios, mejorando su sintomatología y su calidad de vida. Diversa literatura aborda este tema sin embargo no se ha logrado incluir con éxito esta terapia en población mexicana; se ha estudiado que la correcta ejecución y la constancia de estos ejercicios de Kegel han mejorado su sintomatología hasta un 25%; he ahí donde radica la importancia de este trabajo que estriba en la relevancia de estos ejercicios para mejorar la calidad de vida o incluso su prevención (Velázquez-Magaña,2007).

Los ejercicios de Kegel tienen la finalidad de fortalecer los músculos del piso pélvico y disminuir los escapes involuntarios de orina. Al integrar los ejercicios en un grupo cautivo facilito el cumplimiento de estos; con la supervisión correcta de su ejecución. Para evaluar la eficacia de los ejercicios de Kegel se valoró indirectamente por la percepción de la calidad de vida en un antes y un después. El instrumento utilizado fue el Potenziari-14-CI-IO-2000; sin embargo, al aplicarlo surgieron dudas en algunos ítems principalmente en el área de la intimidad sexual; ya que algunas pacientes hacían referencia a que ya no tenían actividad sexual.

El tipo de incontinencia con más prevalencia fue la incontinencia urinaria de esfuerzo con en un 61.0% lo cual es similar a estudios en la población mexicana; como se describe por Velázquez et al que determino en su estudio una prevalencia en un 54.3% en habitantes de la Ciudad de México; mientras que Martínez et al describe una prevalencia del 58% en Guadalajara; con lo que se demuestra que el tipo de incontinencia con más prevalencia es la incontinencia urinaria de esfuerzo seguida de la mixta.

La incontinencia urinaria debería considerarse como un problema de salud pública; pero por la diversidad sociocultural de las pacientes y el desconocimiento de esta patología o creer que es parte del envejecimiento hace

que no busquen atención oportuna, provocando que sea infra-diagnosticada; sin embargo, esto conlleva a una alteración importante en la calidad de vida. Su manejo debe ser multidisciplinario, que incluya terapia de reeducación de piso pélvico, incluyendo los ejercicios de Kegel como primera línea para su manejo en un periodo mínimo de 3 meses. Existe diversa literatura que habla sobre la rehabilitación de piso pélvico donde se incluyen ejercicios de kegel, uso de conos vaginales, estimulación eléctrica y biofeedback; eficaz para mejorar la sintomatología de la incontinencia urinaria hasta un 73% (Rodas, 2013).

La monoterapia con ejercicios de Kegel realizados de forma regular, y correctamente en un periodo mínimo de 15 semanas ha demostrado beneficios del 29% en programas de ejercicios domiciliarios (Juarrabz-Sanz, 2014). En el presente estudio tras implementar los ejercicios de Kegel se determinó una disminución de la percepción de calidad de vida; con un promedio antes de aplicación de los ejercicios de un 7.95 comparada con un 5.48 posterior a la aplicación de estos. Ambos promedios clasificaron en una repercusión leve a moderada, sin embargo, se observó que la mayoría de las puntuaciones cercanas a repercusión severa disminuyeron considerablemente.

Este tipo de estudios, educan y ayuda a crear conciencia a la población, haciéndolos responsables de su propia salud, varias de las pacientes expresaron los beneficios tanto sociales como económicos tras mejorar su sintomatología después de realizar los ejercicios de Kegel; comentaron que ya no les preocupaba salir por miedo a algún accidente, ayudando a su confianza y autonomía; de igual forma disminuyó el consumo de productos como toallas sanitarias o pañales, ayudando a su economía. Brindaron esta información a familiares y amigas para beneficiarse o incluso prevenir los síntomas de incontinencia urinaria.

Esto es un parte aguas para seguir incluyendo la educación en las unidades de primer nivel de atención; principalmente en los grupos cautivos y posteriormente a la población en general, enfocado en un principio preventivo más que curativo; ayudando a mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

IX. CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria es una patología muy en la población del estado de Querétaro, el instrumento ICIQ-SF resulto ser una herramienta practica y eficaz para la detección de esta patología.

La incontinencia urinaria de esfuerzo fue la de mayor prevalencia en este grupo de estudio, seguida de la incontinencia mixta y por último la incontinencia de urgencia.

Al termino de los ejercicios de kegel se observó una mejoría significativa en la percepción de la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria. Ya que gracias a la ejecución correcta y constante se logró disminuir los síntomas de esta patología.

IX.1.. PROPUESTAS

Incluir tamizaje sobre incontinencia urinaria a mujeres >50 años para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Informar sobre la incontinencia urinaria a la población en general, iniciando en los grupos cautivos como DiabetIMSS, Pasos por tu salud, El y ella, etc.

Brindar información sobre los ejercicios de Kegel para una prevención de la aparición de sintomatología.

Capacitar a los médicos familiares adscritos a cada uno de los consultorios sobre los beneficios que obtienen sus pacientes candidatas a recibir información sobre los ejercicios de Kegel, para su posterior monitorización.

Hacer llegar la información obtenida en el estudio a la especialidad de ginecología y obstetricia para brindar una consulta de forma integrada a las pacientes que padezcan algún grado de incontinencia urinaria.

Realización de carteles para ser colocados en puntos estratégicos de las unidades de medicina familiar para que todos los usuarios tengan acceso a información sobre los ejercicios de Kegel.

X. BIBLIOGRAFIA

- Andrade ME. 2013. Percepción del nivel de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con incontinencia urinaria que asisten a tratamiento de reeducación de piso pélvico. *Uro colomb*; 22 (2): 17-24.
- Brenes FJ, Cozar JM, Esteban M, Fernández-Pro A, Molero JM. 2013. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. *Semergen*; 39 (4):197-207.
- Busquets M, Serra R. 2012. Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena urinaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA). *Rev med chile*; 140: 340-346.
- Carreño LM, Angarita-Fonseca A, Pinto AL, Delgado AN, García LM. 2015. Calidad de vida relacionada con salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso de Bucaramanga, Colombia. *Rev cienc salud* 13 (1): 63-67.
- Chiang H, Susaeta R, Valdenito R, Rosenfeld R, Finsterbusch C. 2013. Incontinencia urinaria. *Rev med clin condes*; 24(2) 213-227.
- España M, Castro M, Carbonell C, Dilla T. 2007. Comparación entre el cuestionario " ICIQ-UI short form" y el "King's health questionnaire" como instrumentos de evaluación de la incontinencia urinaria en mujeres. *Actas urol esp*; 31(5) 502-510.
- García K, Alviarez L, Torres A. 2011. Estrategias para el aprendizaje significativo y su relación con el rendimiento académico en inglés. *Synergies*; 6:67-80.
- García-Astudillo E, Pinto-García MP, Laguna-Sáez J. 2015. Incontinencia urinaria: frecuencia y factores asociados. *Fisioterapia*; 37(4):145-54.

- González-Ruiz de León C, Pérez-Haro ML, Jálón-Monzón A, García-Rodríguez J. 2017. Actualización en incontinencia urinaria femenina. *Semergen* (12) 43:8, 5537-598.
- Juarranz M, Terrón R, Roca M, Soriano T, Villamor M, Calvo MJ. 2002. Tratamiento de la incontinencia urinaria. *Aten primaria*. 30(9); 323-332.
- Lucas MG, Bedretdinova D, Bosch JLHR, Cruz F, Nambiar AK, Nilsson A, et al. 2015. Guidelines on Urinary Incontinence. *European association of urology*. 2-66.
- Magaña MV, Hugo H, López B, Poceros GR, Oviedo G, Ruz ESN, et al. 2007. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta; 347-56.
- Martinez B, Salinas AS, Giménez JM, Donate MJ, Pastor H, Virseda JA. 2008. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas urológicas españolas*; 32(2): 202-210.
- Robles JE. 2006. La incontinencia urinaria. *An sist sanit Navr* ; 26 (2) 219-231.
- Rodas MC, García HA. 2010. Una aproximación a la terapia de piso pélvico en el manejo de la incontinencia urinaria femenina en la ciudad de Cali. *Urol. Colomb*; 19(3): 49-58.
- Rodríguez LV. 2014. Metodologías de enseñanza para un aprendizaje significativo. *Revista digital universitaria UNAM*; 15(11): 1-16.
- Rodríguez ML. 2014. La teoría del aprendizaje significativo. *Proc of the first Int, conference on concept mapping*. Pamplona, España.
- Rodríguez RL, García MM. 2007. Compendio de estrategias bajo el enfoque por competencias. *Instituto nacional de Sonora*; 1-47.
- Toquero F, Zarco J, Martínez E, Conejero A, Gimeno V, Such T. 2007. Guía de buena práctica clínica en incontinencia urinaria. *Madrid* 978 (84): 1-86.

Trejos S.2013. Diagnóstico y abordaje de incontinencia urinaria de esfuerzo en primer nivel de atención. Rev medica Costa Rica y Centroam; (606):307–12.

Urzúa A, Caqueo-Urizar A. 2012. Calidad de vida: Una revision teorica del concepto. Terapia psicologica 2012; 30(1): 67-71.

Urzua A.2010. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev Med Chile; 138: 358-365.

Velazco, J, Mosquera A.2010 Manual de estrategias didácticas.

Velázquez M, Hugo H, Rojas G, Neri ES, Sánchez C. 2007. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. Ginecol Obstet Mex;75:347-356.

Velázquez-Magaña M, Aguirre-Ramos G, Álvarez-Valero R, Méndez-González JA, González-cofrades J. 2007. Incontinencia urinaria en mujeres del Distrito Federal. An Med (Mex); 52 (1):14-21.

WHO Quality of life assessment group. 1996. Que calidad de vida?/ Grupo de la OMS sobre la calidad de vida.

Williams RA. 2015. Manejo de la incontinencia urinaria en la mujer. Rev medc de cost rica y centroa: 72 (614); 205-220.

ANEXOS

Anexo 1.- Consentimiento informado

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)</p>	<p>FOLIO:</p>
<p>Nombre del estudio:</p>	<p>Eficacia de los ejercicios de kegel en la percepción de la calidad de vida de pacientes con incontinencia urinaria en una unidad de primer nivel de atención</p>
<p>Patrocinador externo (No aplica):</p>	<p>NO APLICA</p>
<p>Lugar y fecha:</p>	<p>SANTIAGO DE QUERETARO 2018</p>
<p>Número de registro:</p>	
<p>Justificación y objetivo del estudio:</p>	<p>Determinar la eficacia de los ejercicios de kegel en la calidad de vida de pacientes con incontinencia urinaria en una unidad de primer nivel de atención</p>
<p>Procedimientos:</p>	<p>Informar y realizar ejercicios de kegel durante seis meses; se aplicara instrumento de calidad de vida en incontinencia urinaria antes y después de los ejercicios de kegel</p>
<p>Posibles riesgos y molestias: +</p>	<p>Incomodidad y/o molestias durante la ejecución de los ejercicios de kegel. Puede presentar dolor muscular</p>
<p>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</p>	<p>Identificar patología y brindar una alternativa terapéutica para mejorar cuadro de incontinencia urinaria</p>
<p>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</p>	<p>Se informara a la paciente resultado de la encuesta, y se deriva a su médico correspondiente quien tomara medidas necesarias.</p>
<p>Participación o retiro:</p>	<p>La paciente es libre de retirarse en cualquier momento de la entrevista</p>
<p>Privacidad y confidencialidad:</p>	<p>TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA PARA EL ESTUDIO ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL</p>
<p>En caso de colección de material biológico (si aplica):</p>	<p>NO APLICA</p>
<p>Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):</p>	<p>NO APLICA</p>
<p>Beneficios al término del estudio:</p>	<p>Promover los ejercicios de Kegel como tratamiento no farmacológico para mejorar calidad de vida en pacientes con Incontinencia Urinaria y concientizar la importancia de realizarlos, ya que en la actualidad no se promueven con la frecuencia deseada.</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p>	
<p>Investigador Responsable:</p>	<p>Dra. Ericka Esther Cadena Moreno Médico familiar adscrito a la UMF 9 matricula 99235437 tel 4421064061 dra.ecadena@gmail.com</p>
<p>Colaboradores:</p>	<p>María Concepción Cruz Palma Residente de Medicina Familiar. Adscripción UMF # 9. Matricula: 99268724 Teléfono: 5526892625 Correo:konny.peque@gmail.com</p> <p>Dra. Leticia Blanco Castillo Especialista en Medicina Familiar adscrito a la UMF 9 Matricula: 99231263 Celular: 442 127 61 40 Correo electrónico: leticia.blanco@imss.gob.mx;</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p>	
<p>Nombre y firma del sujeto</p>	<p>Nombre y firma del sujeto</p>



Anexo 2
INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO
UNIDAD POSGRADO



RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

“EFICACIA DE LOS EJERCICIOS DE KEGEL EN LA PERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

Nombre: _____ NSS: _____ Folio: _____

1. Características Sociodemográficas		
1. Edad _____ años	2. Escolaridad (1) Primaria (2) Secundaria (3) Prepa/técnico (4) Licenciatura (5) Posgrado	3. Ocupación (1) Ama de casa (2) Profesionista (3) Comerciante (4) Obrero (5) Pensionado (6) Ninguno
2. Características Clínicas		
4. IMC _____	5. Antecedentes GO Paridad (núm hijos) _____ Núm partos vaginales _____	6. Menopausia: (1) Sí (0) No
7. Presenta estreñimiento <3 evacuaciones por semana: (1) Sí (0) No	8. Se Conoce Con Alguna Enfermedad: (1) Diabetes Mellitus (2) Hipertensión Arterial (3) Insuficiencia Renal (4) Cáncer (5) Otro	9. Impacto de calidad de vida en incontinencia urinaria: (1) _____ (1ra) (2) _____ (2da)

Anexo 3



INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO
UNIDAD POSGRADO

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR



CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA

International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form

(ICIQ-SF)

1. <i>¿Con que frecuencia pierde orina?</i>	()
(0) Nunca (1) Una vez a la semana (2) 2-3 veces por semana (3) Una vez al día (4) Varias veces al día (5) Continuamente	
2. <i>Cantidad de orina que pierde normalmente:</i>	()
(0) No se me escapa nada (2) Muy poca cantidad (4) Una cantidad moderada (6) Mucha cantidad	
3. <i>Estos escapes de orina que tiene ¿Cuánto afecta su vida diaria?</i>	
Nada 0-----10 Mucho	
4. <i>¿Cuándo pierde orina?</i>	(1) Sí (0) No
Nunca pierde orina	
Pierde orina antes de llegar al baño	
Pierde orina cuando tose o estornuda	
Pierde cuando duerme	
Pierde orina cuando hace esfuerzo físico/ ejercicio	
Pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido	
Pierde orina sin un motivo evidente	
Pierde orina de forma continua	

Anexo 4



INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO
UNIDAD POSGRADO

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR



CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER (Potenziani-14-CI-IO-QOL-2000)

Seleccione una se las siguientes respuestas según corresponda.

PREGUNTA	Nunca (0)	A veces (1)	Siempre (2)
1. ¿Presenta incontinencia urinaria en reposo, acostada o sentada?			
2. ¿Presenta incontinencia urinaria mientras tose, estornuda o se ríe?			
3. ¿Presenta incontinencia urinaria mientras hace esfuerzos, ejercicios aeróbicos o multifuerza?			
4. ¿Presenta incontinencia urinaria mientras realiza su actividad sexual?			
5. ¿Presenta incontinencia urinaria relacionada con momentos de urgencia urinaria?			
6. ¿Presenta incontinencia urinaria con la vejiga llena o inclusive con la vejiga con poca orina?			
7. ¿La incontinencia urinaria repercute negativamente en su actividad sexual?			
8. ¿La incontinencia urinaria la ha limitado en su vida social (reuniones, recreación)?			

9. ¿La incontinencia urinaria la ha limitado y afectado negativamente en su trabajo?			
10. ¿La incontinencia urinaria la ha convertido en una persona solitaria y apartada?			
11. ¿La incontinencia urinaria ha provocado en usted crisis depresivas o de angustia?			
12. ¿Necesita usted usar pañales o toallas diarias por su incontinencia urinaria?			
13. Cree usted que la incontinencia urinaria tiene tratamiento?			
14. ¿Se sometería usted a alguna modalidad de tratamiento para mejorar y/o curar su incontinencia urinaria?			

Puntuación final:

Repercusión LIGERA - MODERADA sobre su calidad de vida = 0-14 PUNTOS
 Repercusión INTENSA sobre su calidad de vida = 15-28 PUNTOS

Anexo 5



Incontinencia Urinaria

¿Qué es?

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina.

¿Por qué ocurre?

Son muchas las causas que pueden provocar incontinencia urinaria:

- Numero de partos vaginales
- Sobrepeso y Obesidad
- Diabetes
- Menopausia (ausencia de menstruación)
- Alteración de piso pélvico (Vejiga y/o útero caído)



¿Cómo detectarlo?

Si usted ha tenido perdida sin querer de orina cuando:

- Antes de llegar al sanitario
- Al toser o al estornudar
- Mientras duerme
- Al realizar esfuerzo físico o actividad física

Puede que usted curse con Incontinencia urinaria

Debe informar a su Medico Familiar de los síntomas para que oriente e informe sobre su padecimiento,

Ejercicios de Kegel

Ayudan a ejercitar los músculos del piso pélvico con lo que ayuda a mejorar los síntomas de incontinencia urinaria o prevenir su aparición en un futuro

1. Identifica los músculos correctos

4. Realiza 10 repeticiones en la mañana, 10 en la tarde y 10 en la noche

2. Realiza contracción de estos músculos durante 10 segundos y descansa 10 segundos

5. No debes contraer otros músculos al mismo tiempo (No contraer abdomen, ni glúteos)



3. Realiza 10 repeticiones

6. Si se realizan diario en un periodo mínimo de 3 meses notarás los cambios