



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

**“INCONTINENCIA URINARIA EN HOSPITAL ENRIQUE SOTOMAYOR
ENTRE LOS AÑOS 2014 – 2015”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR POR EL TÍTULO DE MÉDICO**

AUTORA:

DENISSE ALEJANDRA PINELA BALDEÓN

TUTOR:

DR. ERNESTO DÍAZ JALÓN

GUAYAQUIL-ECUADOR

2016-2017



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a Denisse Alejandra Pinela Baldeón ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar el Título de Médico de la República del Ecuador

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

ESCUELA DE MEDICINA

I



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	“INCONTINENCIA URINARIA EN HOSPITAL ENRIQUE SOTOMAYOR ENTRE LOS AÑOS 2014-2015”		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	PINELA BALDEÓN DENISSE ALEJANDRA		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	DR. LUIS PLAZA / DR. ERNESTO DÍAZ JALÓN		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS – ESCUELA DE MEDICINA		
CARRERA:	CARRERA DE MEDICINA		
TÍTULO OBTENIDO:	MÉDICO GENERAL		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	MAYO, 2017	No. DE PÁGINAS:	67
ÁREAS TEMÁTICAS:	CIENCIAS DE SALUD		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	INCONTINENCIA URINARIA, PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO.		

RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):

La Incontinencia urinaria, enfermedad frecuente en mujeres que en hombres, aumenta con la edad. Este trabajo fue realizado en el Hospital Enrique Sotomayor; se consideraron 4800 historias clínicas de las pacientes tratadas en el departamento de Urología en los años 2014 y 2015; mediante estudio con enfoque cuantitativo, diseño descriptivo no experimental, método utilizado la observación indirecta retrospectiva y transversal, se analizaron las historias clínicas de pacientes con Incontinencia Urinaria además de factores de riesgo asociados a la patología, bajo criterios de inclusión y exclusión fueron seleccionadas 581 historias clínicas.

Una vez realizada la investigación se ingresaron los datos clasificados para analizarlos estadísticamente mediante el programa informático SPSS 22 empleando un nivel de significación de 0,05 evidenciándose los resultados; entre los tipos de incontinencia urinaria la de mayor prevalencia es la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo que corresponden al 70% siendo notoria en pacientes cuyas edades se encuentran entre 55-65 años.

ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0982219066	E-mail: ninis_daf4e@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL – FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS	
	Teléfono: 042390311	
	E-mail: www.ug.edu.ec	

II

Guayaquil, _____

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado NOMBRE Y APELLIDO DEL DOCENTE TUTOR, tutor del trabajo de titulación _____ certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por _____ (NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE (S)), con C.I. No. _____, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de _____, en la Carrera/Facultad, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

DOCENTE TUTOR REVISOR

C.I. No. _____

III

LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS

Yo, **DENISSE ALEJANDRA PINELA BALDEÓN** con C.I. No **0926647264**, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“INCONTINENCIA URINARIA EN HOSPITAL ENRIQUE SOTOMAYOR ENTRE LOS AÑOS 2014 – 2015”** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

DENISSE ALEJANDRA PINELA BALDEÓN

C.I. No.0926647264

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no

IV

DEDICATORIA

Es mi deseo, dedicar este trabajo a mi familia, por ser mi apoyo incondicional durante todos estos años de carrera, que me alentaron a no bajar los brazos y a siempre luchar por lo que uno quiere; dedicarlo también a aquellas personas que desinteresadamente contribuyeron en la realización de este trabajo, personas que de alguna u otra manera se llevaron mi estimación.

AGRADECIMIENTO

Primero quiero agradecer a Dios por darme las fuerzas necesarias en los momentos en que más lo necesité y por bendecirme con la excelente familia que se encuentra a mi lado; quienes son el motor para la ejecución de mis proyectos de vida, dar gracias a mi mamá por ser mi pilar, mi consejera y mi amiga cuando muchas veces quise desfallecer, gracias a mi Padre por ser esa persona exigente académicamente que muchas veces no comprendía su manera de ser pero hoy por hoy agradezco cada una de sus exigencias; los dos son el balance perfecto de mi vida y son la razón de porque hoy por hoy me encuentro aquí; gracias a mis tías que son mis otras madres por estar tan pendientes de mí y disfrutar de mi felicidad como si fuese la de ellas, gracias a mis amigos que forme durante estos años y que se lograron convertir en mis verdaderos hermanos luchando cada año en subir un escalón más juntos. Gracias al Dr. Ernesto Díaz que fue el causante de mi afición por la cirugía, gracias a él y sus conocimientos hoy por hoy la Urología se define dentro de mis proyectos de estudio a futuro.

VI

“INCONTINENCIA URINARIA EN HOSPITAL ENRIQUE SOTOMAYOR ENTRE LOS AÑOS 2014 – 2015”

Autor: Denisse Alejandra Pinela Baldeón

Tutor: Dr. Ernesto Díaz Jalón

RESUMEN

La Incontinencia urinaria, enfermedad frecuente en mujeres que en hombres, aumenta con la edad. Este trabajo fue realizado en el Hospital Enrique Sotomayor; se consideraron 4800 historias clínicas de las pacientes tratadas en el departamento de Urología en los años 2014 y 2015; mediante estudio con enfoque cuantitativo, diseño descriptivo no experimental, método utilizado la observación indirecta retrospectiva y transversal, se analizaron las historias clínicas de pacientes con Incontinencia Urinaria además de factores de riesgo asociados a la patología, bajo criterios de inclusión y exclusión fueron seleccionadas 581 historias clínicas.

Una vez realizada la investigación se ingresaron los datos clasificados para analizarlos estadísticamente mediante el programa informático SPSS 22 empleando un nivel de significación de 0,05 evidenciándose los resultados; entre los tipos de incontinencia urinaria la de mayor prevalencia es la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo que corresponden al 70% siendo notoria en pacientes cuyas edades se encuentran entre 55-65 años.

Palabras Claves: Incontinencia Urinaria, Prevalencia, Factores de riesgo.

VII

Author: Denisse Alejandra Pinela Baldeón

Advisor: Dr. Ernesto Díaz Jalón

ABSTRACT

Urinary incontinence, a common disease in women than in men, increases with age. This work was performed at the Enrique Sotomayor Hospital; We considered 4800 medical records of patients treated in the state of Urology in the years 2014 and 2015; A quantitative approach, a non-experimental descriptive design, a retrospective and cross-sectional indirect method was used to analyze the clinical histories of patients with urinary incontinence in addition to the risk factors associated with the pathology, under inclusion and exclusion criteria 581 Clinical stories.

Once the research was done, the data for the SPSS 22 software were inserted using a significance level of 0.05 and the results were evidenced; Among the types of urinary incontinence, the most prevalent is Urinary Incontinence of Effort, which corresponds to 70% and is notorious in patients whose ages are between 55-65 years.

Key Words: Urinary Incontinence, Prevalence, Risk Factors.

Tabla de contenido

DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO	viii
ABSTRACT.....	II
INDICE DE FIGURAS.....	IV
INDICE DE TABLAS	IV
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
1. EL PROBLEMA.....	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2 JUSTIFICACIÓN	4
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.4 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.5 TEMA.....	5
1.6 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.7 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
CAPÍTULO II	6
2. MARCO TEÓRICO.....	6
4. HIPÓTESIS:.....	28
5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:.....	28
6. MATERIALES Y MÉTODOS	29
6.1 METODOLOGÍA	29
6.2 TÉCNICA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION:	29
Técnicas Documental:.....	29
Recolección de la información y consideraciones éticas.	30
6.3 MATERIALES:	31
6.4 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO (NACIONAL, ZONAL, PROVINCIAL, CANTONAL, Y LOCAL).....	31
6.5 UNIVERSO Y MUESTRA	31
6.7 VIABILIDAD	31
6.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	31
6.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	32
CAPÍTULO IV.....	34

7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
CAPÍTULO V	44
8. CONCLUSIONES	44
CAPÍTULO VI.....	45
9. RECOMENDACIONES.....	45
BIBLIOGRAFÍA García A., (2002),” <i>Incontinencia Urinaria</i> ” Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Iatreia vol.15 no.1 Medellín Jan./Mar. 2002.....	46
ANEXOS	49

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 FÁRMACOS ANTICOLINÉRGICOS DE USO EN UROLOGÍA	25
FIGURA 2 FRECUENCIA PORCENTAJE DE PACIENTES CON IU VS PACIENTES CON OTRAS PATOLOGÍAS UROLÓGICAS	34
FIGURA 3 FRECUENCIA VERSUS SUBTIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA.	36
FIGURA 4 FRECUENCIA VERSUS EDAD DEL PACIENTE.....	37
FIGURA 5 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES IU DE ACUERDO AL TRATAMIENTO QUE FUERON SOMETIDOS.....	38
FIGURA 6 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES IU Y IU + ENFERMEDADES ASOCIADAS.....	39
FIGURA 2 FRECUENCIA PORCENTAJE DE PACIENTES CON IU VS PACIENTES CON OTRAS PATOLOGÍAS UROLÓGICAS	49
FIGURA 3 FRECUENCIA VERSUS SUBTIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA.	50
FIGURA 4 FRECUENCIA VERSUS EDAD DEL PACIENTE.....	51
FIGURA 5 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES IU DE ACUERDO AL TRATAMIENTO QUE FUERON SOMETIDOS.....	52
FIGURA 6 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES IU Y IU + ENFERMEDADES ASOCIADAS.....	53

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 SITUACIÓN - CONFLICTO	3
TABLA 2 FACTORES DE RIESGO POTENCIALES ASOCIADOS CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.....	19
TABLA 3 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	32
TABLA 4 VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN POR EDAD.	33
TABLA 5 VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN POR ENFERMEDADES ASOCIADAS.....	33
TABLA 6 VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN POR TRATAMIENTO.	33
TABLA 7 PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA EN EL ÁREA DE UROLOGÍA.	34
TABLA 8 TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA.	35
TABLA 9 PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON PERITONITIS CLASIFICADOS POR EDAD.	37
TABLA 10 DISTRIBUCIÓN DE TRATAMIENTOS QUE SE APLICARON A PACIENTES CON IU.....	38
TABLA 11 DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES ASOCIADAS EN PACIENTES CON IU.....	39
TABLA 12 CRUCE DE DATOS DE TIPOS DE IU VERSUS EDAD DEL PACIENTE	40
TABLA 13 CRUCE DE DATOS DE TIPOS DE IU VERSUS RANGOS DE EDAD DEL PACIENTE.	40
TABLA 14 CRUCE DE DAOS DE TIPOS DE IU VERSUS TRATAMIENTO.....	41
TABLA 15 TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA VERSUS TRATAMIENTO.	41
TABLA 7 PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA EN EL ÁREA DE UROLOGÍA.	49
TABLA 8 TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA.	50
TABLA 9 PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON PERITONITIS CLASIFICADOS POR EDAD.	51
TABLA 10 DISTRIBUCIÓN DE TRATAMIENTOS QUE SE APLICARON A PACIENTES CON IU.....	52

TABLA 11 DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES ASOCIADAS EN PACIENTES CON IU.....	53
TABLA 12 CRUCE DE DATOS DE TIPOS DE IU VERSUS EDAD DEL PACIENTE	53
TABLA 13 CRUCE DE DATOS DE TIPOS DE IU VERSUS RANGOS DE EDAD DEL PACIENTE.	54
TABLA 14 CRUCE DE DAOS DE TIPOS DE IU VERSUS TRATAMIENTO.....	54
TABLA 15 TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA VERSUS TRATAMIENTO.	54

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria de acuerdo con la Sociedad Internacional de Continencia (Haylen y cols., 2010), se define como cualquier pérdida involuntaria de orina. Esta definición abarca varios aspectos de la incontinencia, incluyendo síntomas, signos físicos, la observación urodinámica y la condición en su conjunto.

En cuanto al contexto de prevalencia mundial, según estudios en Latinoamérica, América anglosajona y Europa se considera que esta patología afecta en un gran número a mujeres que a hombres y que esta aumenta conforme aumenta la edad de las personas.

El presente estudio permita determinar mediante un enfoque cuantitativo, diseño descriptivo no experimental, de observación indirecta retrospectiva y transversal los casos de incontinencia urinaria en mujeres, las cuales fueron tratadas en la Consulta Externa Urológica del Hospital Enrique Sotomayor; diferenciar los Tipos de Incontinencia que existen; así como también determinar la prevalencia a diferentes edades y el tratamiento al que fueron sometidas por decisión del especialista.

En nuestro país se han realizado pocos trabajos estadísticos acerca de la prevalencia de Incontinencia Urinaria, lo que inspiró a la realización del mismo que tiene como objetivo: Establecer a través de la revisión de historias clínicas la frecuencia de las pacientes tratadas en dicho hospital según sus variables epidemiológicas de importancia, Describir los tipos de tratamientos y presentar los datos obtenidos en gráficos estadísticos con modelo de tendencia central.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incontinencia urinaria se encuentra dentro de los diversos inconvenientes que sufre la especie humana, siendo considerada un problema que con frecuencia se presenta en la sociedad afectando más a mujeres que a hombres y su prevalencia aumenta conforme aumenta la edad.

La Incontinencia urinaria es una patología que no compromete la vida del paciente, pero lo afecta en los campos psicológicos, físicos y de bienestar social. Además, la morbilidad que acompaña a la incontinencia urinaria sobre todo en edades avanzadas, puede ser importante. Entre las patologías asociadas a esta enfermedad destacan las infecciones de vías urinarias, la celulitis, las úlceras de presión por la humedad e irritación de la piel adyacente y la interrupción del sueño por nicturia, trayendo como consecuencia la depresión, baja autoestima, retraimiento e incluso disfunción sexual.

La literatura indica que las tasas de prevalencia son elevadas, durante la primera etapa de la edad adulta (20 a 30%), un pico amplio alrededor de la edad media (30-40%), y luego un incremento continuo en las mujeres en edad avanzada (30 a 50%); alcanzando hasta un 69% en la población femenina, de acuerdo a las publicaciones de Thom DH, Van den Eeden, et al 2006.

Según la publicación de la Sociedad Mexicana de Urología 2015, el número de mujeres en USA, con defectos en el piso pélvico fue de 28.1 millones en relación a la población femenina existente; en la cita se determina que cada mujer presenta un riesgo estimado del 11% de ser sometida a una cirugía para corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo, sin embargo, el porcentaje de mujeres que padecen Incontinencia Urinaria de Esfuerzo es elevado

por cuanto las pacientes no buscan tratamiento oportuno. En Sudamérica, específicamente en Chile un estudio realizado por el Servicio de Urología de la Clínica Las Condes en Santiago..., revela que, en los adultos mayores, entre 30 y 40% de los que tienen edades entre 60 y 70 años la cifra aumenta a 60%. Ellos suelen pensar que la incontinencia sólo se soluciona mediante una intervención quirúrgica, cosa que dista mucho de la realidad, sin embargo, son pocos los casos en los cuales los pacientes se someten cirugía.

En el Ecuador, los casos de Incontinencia urinaria que llegaban a la consulta urológica en el Hospital Gineco-obstétrico Enrique Sotomayor eran cada vez más altos y la relación que existe con otros países según el tipo de pacientes involucradas generalmente es el mismo, Lo que despertó en mi la motivación para la realización del presente trabajo investigativo, si bien antes de dar un tratamiento, el rol que cumple la anamnesis es fundamental en estos casos, debido que la Incontinencia urinaria se la clasifica en varios Tipos y a partir de ellos se puede empezar con un adecuado tratamiento.

SITUACIÓN-CONFLICTO:

Causas	Efectos
Distensibilidad vesical escasa	Variación del volumen vesical por un cambio en la presión del Detrusor.
Deficiencia esfinteriana intrínseca (menopausia, climaterio)	Funcionamiento defectuoso intrínseco del esfínter uretral
Hipermovilidad uretral	Infecciones de Vías urinarias

Tabla 1 Situación - Conflicto

1.2 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio es conveniente por cuanto sus resultados aportarán a la mejora de las acciones hospitalarias, conocimiento y comprensión acerca de esta patología por parte de la sociedad ecuatoriana, ya que el desconocimiento de las consecuencias que genera la incontinencia urinaria en los pacientes provoca muchas alteraciones.

Otro aspecto muy importante en éste estudio investigativo es la modificación de la calidad de vida de la mujer ecuatoriana, siendo ellas las que con frecuencia se encuentran involucradas en esta patología urológica, debido que anatómica y fisiológicamente el piso pélvico de la mujer está destinado a debilitarse, ya sea éste por múltiples partos, por incremento en la edad; recordando siempre que una mujer en etapa de climaterio y dentro de la etapa menopáusica sufre un gran impacto hormonal que agudiza el problema intrínseco del tracto urinario inferior incluyendo su vejiga y su uretra.

A partir de los datos estadísticos de prevalencia de la enfermedad generar un mejor protocolo de manejo de los pacientes con IU en el hospital, evitando así el aumento de factores de riesgos y de complicaciones que comprometan la calidad de vida de las pacientes, permitiendo de esta manera llegar a resolver los problemas de morbilidad mediante un tratamiento oportuno, consideraciones citadas en el Plan Nacional del Buen vivir del gobierno, cuyo enunciado estima: "Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud."

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la prevalencia de Incontinencia Urinaria en las pacientes atendidas en la consulta externa de urología en el Hospital Enrique Sotomayor entre los años 2014-2015?

1.4 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.

El presente problema es de naturaleza científica, el campo de acción es el de Ciencias de la Salud, Área de Urología, se desarrollará en pacientes no embarazadas del Hospital Gineco-obstétrico Enrique Sotomayor durante el período 2014-2015.

1.5 TEMA.

“Incontinencia Urinaria en los pacientes del Hospital Enrique Sotomayor entre los años 2014-2015”.

1.6 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la prevalencia de Incontinencia Urinaria en mujeres no embarazadas en servicio de Urología tratados en el Hospital Enrique Sotomayor entre los años 2014-2015.

1.7 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Establecer a través de la revisión de historias clínicas la frecuencia de las pacientes tratadas en el servicio de urología del Hospital Enrique Sotomayor y según sus variables epidemiológicas de importancia entre los años 2014 - 2015.
- Describir los tipos de tratamientos al que fueron sometidas las pacientes del presente.
- Presentar los datos obtenidos en gráficos estadísticos con modelo de tendencia central.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 DEFINICIÓN

La incontinencia urinaria de acuerdo con la Sociedad Internacional de Continencia (Haylen y cols., 2010), se define como la pérdida involuntaria de orina. Existe simultáneamente como un síntoma, queja, signo, hallazgo y condición.

Dentro del amplio contexto de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI), La IU se considera como un síntoma de almacenamiento, en oposición a los síntomas de vaciamiento: “almacenamiento” se refiere a la fase de llenado del ciclo miccional, mientras que “vaciamiento” hace referencia a la fase de evacuación.

2.2 ANTECEDENTES.

En todo el mundo la incontinencia de orina es un problema común que afecta entre el 5% al 69% de las mujeres adultas, reflejándose muchas veces en un deterioro de su vida social. (Schroder, 2010). La incontinencia urinaria es dos a tres veces más frecuente en mujeres que en hombres. Según la Sociedad Internacional de Continencia (ICS), la Incontinencia urinaria representa un problema higiénico y psicosocial que afecta significativamente la calidad de vida en un 20% de las mujeres.

La forma más común es la Incontinencia de Esfuerzo, siendo responsable del 48% de los casos, le sigue en frecuencia la Incontinencia de Urgencia, provocada por la hiperactividad vesical, en un 17%.⁴ En el Ecuador, en el año 2011 se realizó en Cuenca un estudio transversal en adultos mayores atendidos en IESS, encontrando una prevalencia de 68.13% (Siranaula, 2011). Durante el año 3 Ramos L, Pavón E. Recuerdo Histórico de la Incontinencia Urinaria. 2000; 3-8. 4 Palma P. Uroginecología. 2006; 1: 14- 18. - 6 - 2013 el Instituto Nacional de Estadísticas y censos (INEC) reportó 202 casos de incontinencia urinaria no especificada a

nivel nacional, de estos el grupo con mayor prevalencia de esta patología fluctúa entre los 45 a 54 años, en hombres y mujeres. (INEC, 2013).

La incontinencia urinaria, es la incapacidad para controlar la micción. La incontinencia Urinaria se caracteriza por la pérdida de fluido en forma ocasional hasta la incapacidad total para retener un determinado volumen de orina. La incontinencia urinaria no es una condición que va de la mano con el incremento de edad de las personas, sin embargo, es muy común en las personas mayores.

La importancia de su detección deriva de las repercusiones que puede producir, entre las que podemos mencionar.

- Médicas: infecciones urinarias, úlceras por presión, depresión.
- Psicológicas y sociales: ansiedad, caída de autoestima, aislamiento social.
- Económicas: gastos médicos, gastos por cuidados a largo plazo.

El diagnóstico depende casi en su totalidad de la información que el médico logre obtener del paciente mediante las preguntas claves que realice, razón por lo cual se llegan a las siguientes aseveraciones.

- No es un cambio normal del incremento de la edad, es una patología.
- Las causas agudas y reversibles son las más frecuentes.
- Es importante descartar causas obstructivas en el hombre antes de iniciar tratamiento.
- La retención aguda de orina es una urgencia urológica.

3.3 ETIOLOGÍA

La fisiopatología subyacente de la Incontinencia Urinaria es multifactorial y específica para el subtipo de Incontinencia Urinaria (p.eje., Incontinencia Urinaria de Esfuerzo vs Incontinencia Urinaria de Urgencia). En la Incontinencia Urinaria de Urgencia, la hiperactividad del Detrusor o a contracción involuntaria de la vejiga es el evento etiológico que

resulta en un episodio de incontinencia. Las causas de hiperactividad del Detrusor son variadas e incluyen daño neurológico (cerebro o médula espinal); cambios de la función del tracto urinario inferior debido a la edad; déficit hormonal u obstrucción del tracto urinario; o en la mayoría de los casos, causas idiopáticas.

El daño neurológico típicamente conlleva a la pérdida del control urinario de la micción, lo cual produce SVH (vejiga neurogénica). Para lesiones en la corteza cerebral o en los ganglios basales (es decir, suprapónicas) el daño del cerebro induce hiperactividad ya que se reduce la inhibición voluntaria de la micción, mientras que se preserva la sensibilidad y la coordinación del esfínter. Para las lesiones inferiores del tallo encefálico, incluyendo la médula espinal, el daño elimina el control voluntario y la coordinación del esfínter, lo que genera hiperactividad del Detrusor mediada por reflejos espinales. Usualmente, hay pérdida de la sensibilidad vesical, así como de la coordinación entre la contracción del Detrusor y en la relajación del esfínter urinario (es decir, disinergia detrusor-esfínter). El daño neurológico a las estructuras distales de la medula espinal, como las raíces nerviosas o los nervios periféricos, también pueden llevar a una disfunción vesical y del tracto urinario inferior.

Se piensa que la lesión por aplastamiento al nervio pudiendo durante el trabajo de parto y el parto contribuye a la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Las condiciones sistémicas, tales como la esclerosis múltiple, pueden afectar múltiples componentes de las vías neurológicas, lo que conlleva a varios trastornos de la micción.

En situaciones no neurológicas como las idiopáticas, la hiperactividad del detrusor se puede desarrollar como resultado de cambios fisiopatológicos del músculo de la vejiga, lo que afecta la contractibilidad, y a los cambios en el balance entre la inervación motora y sensorial.

Los efectos de la edad, los déficits hormonales, la obstrucción del tracto urinario, la hipoxia local y la denervación parcial de la vejiga tienden a promover la contracción y la

hiperactividad del detrusor. La hipersensibilidad de los nervios aferentes (es decir, sensoriales) de la vejiga también pueden desencadenar actividad del detrusor.

Para Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, los mecanismos son diferentes; los cambios en el soporte anatómico, en los componentes estructurales y en la función tanto en la uretra como del cuello vesical contribuyen principalmente a los episodios de incontinencia. Los factores, en parte necesarios para mantener la continencia urinaria y prevenir la pérdida de orina, incluyen un esfínter estriado funcional y saludable; un tejido uretral submucoso bien vascularizado y un soporte intacto de la pared vaginal. Cuando cualquiera de estos factores se compromete, la uretra no puede mantenerse cerrada en reposo o con el aumento en la presión abdominal, y se produce Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. La pérdida del soporte vaginal o del soporte del piso pélvico de la uretra y la vejiga hace que la uretra “se hunda” inapropiadamente durante los periodos en los que se aumenta la presión abdominal (es decir, estrés o esfuerzo); la uretra proximal gira y desciende lejos de su posición retropúbica. Se evita el cierre de la misma y se produce escape de la orina. Este cambio en la posición uretral se describe comúnmente como Hiper movilidad. La debilidad primaria del esfínter uretral, independientemente de la hiper movilidad (es decir, deficiencia intrínseca del esfínter), también pueden llevar a Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.

En esta situación, se pierde el cierre de la mucosa uretral, como resultado de una función deficiente del esfínter o de tejido submucoso débil, o de ambos. Tradicionalmente, la deficiencia intrínseca del esfínter y de la hiper movilidad uretral fueron vistas como mecanismos dicotómicos para Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Sin embargo, el actual entendimiento de la fisiopatología de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo considera a estos factores como un mecanismo continuo, en el que la mayoría de las mujeres tienen ambos componentes.

En este trabajo de investigación se evidencia la prevalencia de incontinencia urinaria en los habitantes de países vecinos, donde se identifica que la mayor frecuencia de esta complicación, las presentan las personas de sexo femenino, de raza blanca y mayor edad.

Rincón Ardila Olga, Feb. 2015, “Prevalence and risk factors for urinary incontinence among women consulting in primary care. Rev. Méd. Chile vol. 143 no.2 Santiago feb. 2015”, expresa lo siguiente:

En la cuarta Consulta Internacional de Continencia, se realizó una revisión de la mejor evidencia disponible y se encontró que la prevalencia de algún grado de IU oscilaba entre 25 y 45% en mujeres y que entre 7 y 37% de las mujeres de entre 20 y 39 años reportaban algún episodio de incontinencia de orina diariamente. En las mujeres mayores de 60 años, este porcentaje varió entre 9 y 39% (Ardila, 2015).

Revisando la información de este artículo se evidencia que en Chile la mayor afectación de esta patología la experimentan mujeres, cuya edad supera los 60 años y con menor porcentaje las mujeres en edad fértil cuyo promedio de edad es de 40 ± 2 años, por tal razón se confirma que el género y la edad son considerados factores predominantes.

En la misma publicación se muestran otros resultados de trabajos realizados por otros investigadores y donde se menciona la prevalencia de IU de 62,2% en una población cerrada de la región central de Chile con poca migración *Salazar, et al.*

Un trabajo realizado en la isla de Pascua con iguales objetivos por Hardwardt y colaboradores permitió determinar una prevalencia de 77% de incontinencia urinaria en las mujeres de dicha localidad. Se puede evidenciar a partir de estos trabajos realizados en diferentes sectores de Chile que la prevalencia de esta enfermedad varía en sus porcentajes pero no deja de ser un problema de salud pública que repercute en la sociedad chilena a pesar de que la Incontinencia Urinaria no representa una amenaza mortal, tiene muchas influencias negativas sobre las personas en sus condiciones psicosociales y estado físico, asociada con una

importante disminución en la calidad de vida, generándose costos adicionales directos e indirectos para preservar la salud.

Fagerstrom Cristhel, Enero 2013, EN SU ARTICULO PUBLICADO EN INTERNET “Prevalencia de Incontinencia Urinaria en la población de adulto mayor en Chile” expresa lo siguiente:

La Incontinencia Urinaria prevalencia en Chile es 12,2%, la frecuencia I.U aumenta con la edad, calidad de vida y abstención social en personas incontinentes, que forman parte de la población adulto mayor (Cristhel, 2013).

En este artículo al igual que el anterior se deja clara constancia de que la afectación de incontinencia urinaria en la población chilena es caracterizada en los adultos mayores que pasan los 60 y 65 años recayendo en las mujeres de raza blanca, es decir, el patrón se mantiene tanto en edad como género y se confirma mediante estudios comparativos dicha situación.

La autora establece comparaciones con la prevalencia de I.U de Chile y otros lugares, considerando el mismo rango de edad, por ejemplo.

- CANADA 25%
- AUSTRALIA 36.6% - 41.6%
- HOLANDA 46%
- TAIWAN 39.3%

Estos datos nos permiten establecer que la prevalencia en Chile es menor, además que las personas con I.U se abstienen de realizar todo tipo de actividad social en un porcentaje de 9% y de realizar actividad sexual en 6%. Finalmente este trabajo investigativo permitió diferenciar los adultos mayores por la distribución urbano-rural, niveles sociales, culturales, educativos y económicos confirmando un problema de salud pública.

García López Antonio, enero-marzo, 2012, “Incontinencia Urinaria investigación realizada en la Facultad de Medicina Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Rev. Méd. Iatreia vol.15 no.1 Medellín Mar. 2012”, expresa lo siguiente:

A la fecha, casi todos los estudios se han hecho en individuos de raza blanca y se requieren datos de grupos étnicos diferentes. Aunque la incontinencia urinaria es un síntoma de muchos trastornos, definir los factores predisponentes es útil para identificar las personas en riesgo y definir medidas de tipo preventivo (García, 2012).

Se conoce relativamente poco sobre la evolución natural de la incontinencia urinaria de las personas, tomando en consideración la remisión espontánea, tasa de incidencia, edad, etnias.

Los trabajos realizados por Norton y Bump, permiten realizar las siguientes consideraciones:

- La incontinencia urinaria afecta de 30 a 40% de las estadounidenses ancianas.
- La intensidad y ciertos tipos de incontinencia urinaria aumentan con la edad.
- Las mujeres de raza blanca presentan una prevalencia de incontinencia de esfuerzo en las pruebas urodinámicas 2-3 veces mayor que las afro-estadounidenses.
- Dependiendo del género, las mujeres mayores de 60 años tuvieron 1.5 a 2 veces más probabilidades de presentar incontinencia urinaria que los varones de edad similar.

En este artículo se menciona varios factores que contribuyen a la incontinencia urinaria como, vejiga, cuello vesical y uretra los mismos que funcionan de manera normal pero cuando los músculos, aponeurosis y nervios circundantes están íntegros. En el mismo texto ampliamente se describe las diferentes formas para evaluar la incontinencia urinaria tales como: Valoración clínica, valoración física (sensibilidad y motricidad, examen vaginal, prueba del hisopo o Q-tip, prueba de esfuerzo, prueba de Marshall-Bonney), y valoración mediante ayudas diagnósticas (estudios de rutina, cistouretroscopia, urodinamia, imagenología), entre lo más sobresaliente del texto.

De Souza Santos Claudia Regina, Conceicao Gouveia Santos Vera Lucia, sept-oct. 2010, "Prevalencia de la incontinencia urinaria en muestras aleatorias de la población urbana de Pouso Alegre, minas Gerais, Brasil investigación realizada en la Universidad de Sao Paulo, Brasil. Rev. Latino- Am. Enfermagem" expresa lo siguiente:

Los términos incontinencia urinaria y pérdidas urinarias pueden ser utilizados como sinónimos y acatado por los investigadores y especialistas de la ICS. La IU tiene origen en varios factores, algunos estudios demostraron su ocurrencia asociada a cirugías ginecológicas y al sexo femenino, edad avanzada y al número de hijos, hipertensión arterial, diabetes mellitus, partos domiciliarios e infección del tracto urinario. Algunos medicamentos también han sido citados, por ejemplo: diurético, vasodilatadores, anti-histamínicos, sedativos, tranquilizantes y narcóticos (De Souza y Conceica, 2010).

La presente cita revela un estudio para conocer la prevalencia de la incontinencia urinaria, de los factores de predicción demográficos y clínicos de la presencia de Incontinencia Urinaria. Este estudio se caracteriza por ser epidemiológico de corte transversal, aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo, para el efecto se realizó un muestreo estratificado del universo empleándose una muestra compuesta de 519 individuos con edad ≥ 18 años, residentes en 341 domicilios del área urbana, sorteados aleatoriamente, aplicándose varias pruebas entre las que citamos Chi-cuadrado, Hosmer Lemeshow y regresión logística multivariante (stepwise). Las prevalencias de Incontinencia Urinaria fueron estandarizadas por sexo y edad, en una muestra de 519 personas, siendo 20,1% en la población general - 32,9% eran mujeres y 6,2% hombres. Los factores más fuertemente asociados a la Incontinencia Urinaria fueron: mayor tiempo de pérdidas (OR=29,3; $p < 0,001$), diabetes mellitus (OR=17,7; $p < 0,001$), accidente vascular encefálico (OR=15,9; $p < 0,001$). y cistocele (OR=12,5; $p < 0,001$). Se puede establecer que la mayoría de los trabajos que se realizan, son considerando grupos específicos de sectores poblacionales donde se determina que la prevalencia es mayor en mujeres de edad avanzada y que los factores indicadores o predictivos son el tiempo de pérdida de variados volúmenes de orina, enfermedades como diabetes mellitus y cistocele. Resultando ser los mismos indicadores que se presentan como resultados de otras investigaciones en otros países.

Siranaula Arias Verónica, Urgilés Alvarado Susana, Viteri Barriga Mariuxi, Abril 2011, EN SU ARTICULO PUBLICADO EN INTERNET “Prevalencia y factores de riesgo de la incontinencia urinaria en los adultos mayores que asisten a los servicios sociales del “instituto ecuatoriano de seguridad social” octubre 2010 - abril 2011” expresa lo siguiente:

En nuestro país no existen estudios que revelen la prevalencia real I.U, así como los factores de riesgo asociados; debido a que por considerarse una patología habitual de su edad, por vergüenza o prejuicios, es infravalorada (Siranaula et al., 2011).

El presente estudio es realizado por tres aspirantes al título de médicos, quienes preocupadas por la cantidad de pacientes que asistieron a la consulta en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en un periodo de 7 meses.

En el estudio Transversal de Prevalencia participaron 365 Adultos Mayores de 60 años que asistieron a los Servicios Sociales del IESS entre los meses de septiembre 2010 a abril 2011, quienes previa capacitación sobre el tema decidieron llenar cuestionarios previamente seleccionados y analizados válidos para la recolección de datos sobre Prevalencia y Factores de Riesgo de la Incontinencia Urinaria. El análisis se realizó con la intención de conocer la magnitud, mediante procedimientos estadísticos como razón de prevalencia, intervalo de confianza, valor p, obteniéndose los siguientes resultados: La prevalencia Global de Incontinencia Urinaria fue 68,13%; en el sexo Femenino (75,28%) y en el Masculino (42,86%). Los Factores de Riesgo que se asociaron fueron: Estado nutricional de riesgo (Obesidad, sobrepeso y desnutrición; 71,43%), Infección de Tracto Urinario (72,77%), Cirugía pélvica (72,91%), Hipertensión Arterial (82,65%), Diabetes (85,1%), Demencia (100%), Parkinson (100%). Mientras que factores como: Edad; mayores de 70 años (63,68%), Enfermedades prostáticas (47,92%), Multiparidad (2 o más hijos; 75,58%), Enfermedades Reumáticas (71,05%) y Enfermedades Tiroideas (64,29%), no se asociaron con Incontinencia Urinaria.

3.4 SÍNTOMAS Y SIGNOS

Incontinencia de Urgencia

El síntoma es la pérdida involuntaria de orina asociada con un deseo repentino y fuerte de orina (urgencia). El signo es la observación de la pérdida involuntaria de orina por la uretra sincrónica con una necesidad incontrolable de orinar.

Incontinencia de esfuerzo

El síntoma es la referencia de pérdida involuntaria de orina durante la tos, el estornudo o ejercicios físicos, como actividades deportivas, cambios repentinos de deposición y circunstancias similares. El signo es la observación de la pérdida involuntaria de orina sincrónica con la tos, el estornudo o el ejercicio físico.

Incontinencia inconsciente (inadvertida)

El síntoma es la pérdida involuntaria de orina que no está acompañada de urgencia o esfuerzo. El signo es la observación de pérdida de orina sin que el paciente perciba urgencia o esfuerzo.

Filtración continua

El síntoma es la referencia de pérdida involuntaria de orina continua. El signo comprende la observación de filtración continua.

Enuresis nocturna

El síntoma es la referencia de pérdida urinaria que se produce solo durante el sueño. El signo comprende la observación de filtración durante el sueño.

Goteo posmiccional

El síntoma es la referencia de goteo de orina que se produce después de la micción. El signo es la observación de esa pérdida.

Incontinencia por rebosamiento

La incontinencia por rebosamiento es la pérdida de orina que supera la capacidad vesical normal. No es un síntoma, pero el signo es la demostración de incontinencia acompañada por retención urinaria.

3.5 CLASIFICACIÓN

La incontinencia urinaria puede clasificarse de diferentes formas, siendo las más importantes por su relevancia las que se detallan a continuación.

Clasificación de la Incontinencia Urinaria basada en el síntoma

Los subtipos más comúnmente reconocidos de la Incontinencia Urinaria son la incontinencia urinaria de esfuerzo, la incontinencia urinaria de urgencia y la incontinencia urinaria mixta.

- La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Es la pérdida involuntaria de orina asociada con el esfuerzo o el ejercicio físico o al estornudar o toser. Se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral.
- La Incontinencia Urinaria de Urgencia. Se define como la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia, un deseo súbito e irresistible de orinar, que es difícil de diferir. Por “urgencia” se entiende cuando el paciente se queja de la aparición súbita de un deseo miccional claro e intenso, difícil de demorar. Esta sensación de urgencia es consecuencia de una contracción involuntaria del detrusor vesical o puede de ser también secundaria a otras causas, como estenosis uretral, etc.
- La Incontinencia Urinaria Mixta. Es una combinación de las dos primeras formas, es decir la pérdida involuntaria de orina asociada con la urgencia y con el esfuerzo o el ejercicio, o al estornudar o toser.

Los otros tipos de Incontinencia Urinaria incluyen:

- La Incontinencia Urinaria funcional, que está relacionada con la incapacidad de alcanzar el baño con un sistema urinario normal
- La Incontinencia Urinaria por desbordamiento, que se produce por sobre distensión o retención vesical; y la enuresis, la incontinencia insensible y continua.

La Incontinencia Urinaria denota un síntoma, un signo y una patología. El síntoma indica la manifestación del paciente (o de quien lo cuida) de la pérdida involuntaria de orina, el signo es la demostración objetiva de la pérdida de orina y la patología es el proceso fisiopatológico de base, como lo demuestran la clínica o las técnicas urodinámicas.

Clasificación de la Incontinencia Urinaria basada en la severidad

La incontinencia urinaria también puede clasificarse de acuerdo con su severidad. Este aspecto es clave puesto que la severidad influye no sólo en la afectación de la calidad de vida, sino también en la opción de tratamiento. A diferencia de la clasificación basada en el síntoma, no existe una clasificación estándar de la severidad. La forma fundamental para su evaluación consiste básicamente en la medición de dos parámetros cuantitativos, que son la frecuencia y el volumen de las pérdidas.

La anamnesis nos es de gran ayuda a la hora de la estimación de la severidad de la Incontinencia Urinaria ya que nos determina la frecuencia de las pérdidas, el número de compresas que utiliza la mujer y si se ha requerido cirugía para su tratamiento. En el caso de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, el tipo de esfuerzo que condiciona la incontinencia nos orienta hacia la severidad de las pérdidas, pudiendo aparecer con grandes esfuerzos (la tos o el estornudo), esfuerzos moderados (levantar pesos, correr o subir escaleras) y leves (por ejemplo gritar o el cambio de postura).

Hay algunos autores que denominan Incontinencia Urinaria leve a pequeñas pérdidas que ocurren pocas veces al mes, la Incontinencia Urinaria moderada si ocurren todos los días

en pequeña cantidad y severa a las pérdidas que llaman “significativas” o de chorro grande que ocurren al menos una vez a la semana. En una revisión en ancianos los autores denominan Incontinencia Urinaria severa a las pérdidas al menos semanales, “regulares” o “las que ocurren casi todo el tiempo”. También se ha investigado el efecto del cuidador o la necesidad de cuidados especiales de personas de mayor edad en la influencia de la evaluación de la severidad y han encontrado que diferentes niveles de exigencia en los cuidados por parte de los pacientes hacen que la severidad de la Incontinencia Urinaria cambie hacia una Incontinencia Urinaria más severa. Como vemos, hay diferentes formas de alcanzar el diagnóstico de Incontinencia Urinaria severa, pero sea cual sea la utilizada, es un tipo de Incontinencia Urinaria que se identifica con relativa facilidad.

3.6 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de incontinencia urinaria se clasificaron como predisponentes, incitantes, promotores o descompensantes. Los factores predisponentes son:

- Sexo: la incontinencia urinaria es mucho más frecuentes en mujeres que en hombres
- Genética: diversos estudios sugirieron una predisposición genética para la incontinencia de esfuerzo y urgencia
- Raza, cultura y medio ambiente: la incontinencia urinaria de esfuerzo es más común en blancos que en negros, pero es probable que las causas sean multifactoriales
- Colágeno: en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo se encontró prominencia de subtipos de colágenos de menos sostén
- Factores anatómicos y neurológicos: parto, cirugía, lesión de nervios o músculos pelvianos y radiación.

Los factores que promueven la incontinencia son los hábitos del estilo de vida como nutrición, obesidad, tabaquismo, grado de actividad, hábitos higiénicos, consumo de líquidos y fármacos.

Los factores descompensadores son envejecimiento, bienestar físico y mental, entorno y fármacos.

FACTORES DE RIESGO POTENCIALES ASOCIADOS CON IUE	
Edad	Histerectomía
Paridad	Actividad física
Parto vaginal	Cigarrillo
Obesidad	Dieta
Diabetes	Otras condiciones médicas
Terapia de reemplazo hormonal	Historia familiar

Tabla 2 Factores de Riesgo Potenciales Asociados con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.

3.7 DIAGNÓSTICO

Para llegar al diagnóstico de Incontinencia Urinaria la correcta anamnesis, exploración física y Estudio de Urodinamia es fundamental.

En la anamnesis podemos determinar la gravedad de la enfermedad valorando su cantidad (número de veces al día y cantidad del escape de orina), así como también valorar la existencia de enfermedades predisponentes como: obesidad, enfermedades psiquiátricas, disminución de la movilidad, Infección Vías Urinarias a repetición y por último determinar factores predisponentes como: la actividad diaria con muchos esfuerzos físicos, ingesta abundante de líquido y la toma de diuréticos como es el caso de las pacientes asociadas a problemas cardíacos.

La evaluación de síntomas como: el número de micciones, el tipo de Incontinencia Urinaria, síntomas asociados, presencia de nicturia, enuresis, urgencia miccional; son efectos prácticos que se pueden agrupar de la siguiente manera.

	IUE	IUU	DISFUNCIÓN VACIADO
Tipo de escape	Con el esfuerzo	Con sensación de urgencia	Continua, sin cusa
Factores precipitantes	Tos, reír, saltar...	Vejiga llena, ruido, frío...	Ninguno
Frecuencia miccional	Normal	Aumentada >8 veces/día	Dificultad para la micción
Volumen escape	Pequeño	Grande	Goteo continuo

Figura 1 Síntomas según la Incontinencia Urinaria.

La exploración física en la consulta es también el punto clave, una exploración al área genital ayudándonos de la Posición de Litotomía nos orienta a identificar prolapsos grandes, defectos anatómicos, cicatrices, asimetrías, trofismo cutáneo. Para objetivar la presencia de Incontinencia Urinaria; se pedirá a la paciente que realice maniobra de Valsalva y se evaluará la existencia de escapes.

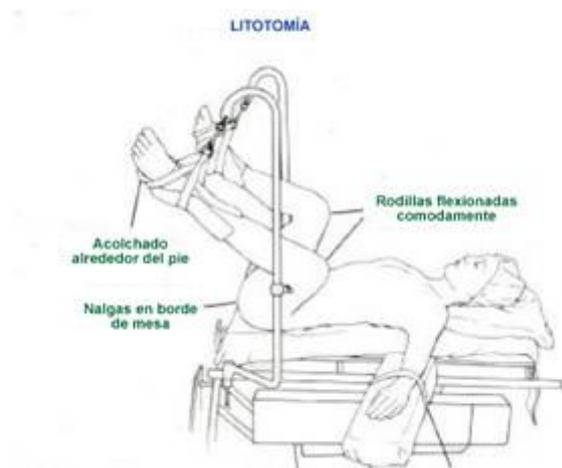


Figura 2. Posición de Litotomía



Figura 3. Cistocele, Enterocel, Desgarro perineal. Fuente

Determinar la existencia de Hipermovilidad a través de la Prueba de Marshal – Bonney fue la más utilizada en la Consulta, esta resulta durante el tacto vaginal pidiéndole a la paciente que tosa fuertemente, y observaremos un descenso del cuello vesical y pared vaginal anterior (unión uretro-vesical) y si existe Incontinencia Urinaria veremos un escape. Luego, con dos dedos presionamos en cara lateral superior de la vagina provocando la elevación del cuello vesical, le pedimos a la paciente que tosa, si no se produce escape la Prueba es Positiva reflejando Incontinencia Urinaria por hipermovilidad uretral y habrá un buen resultado quirúrgico tras técnica de banda libre de tensión.

Otra técnica menos utilizada es la Q.TIP Test que resulta mediante la introducción de un hisopado vaselinado por la uretra hasta superar la presión del esfínter uretral interno. Le pedimos a la paciente que tosa, observando un movimiento del hisopo que debe ser menor a 30 grados si no existe hipermovilidad uretral

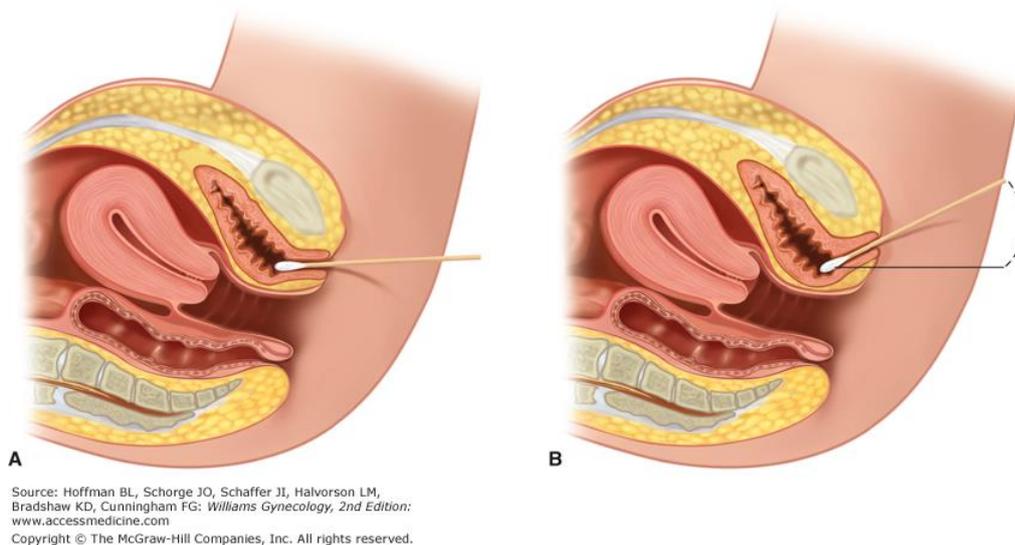


Figura 4. Q. TIP Test

La medición del residuo postmiccional a través de la Ecografía es otro estudio diagnóstico utilizado en la consulta, si existe un residuo mayor de 50cc sugiere una disfunción del vaciado vesical.

Otro método diagnóstico es la Urodinamia, el cual constituye un pilar fundamental en el diagnóstico y la clasificación de los subtipos de Incontinencia Urinaria. Aunque es criticado por tener falsos positivos, en la actualidad se lo exige como estudio obligatorio previo a la cirugía en la paciente con Incontinencia Urinaria de esfuerzo.

El Estudio Urodinámico combina los resultados de distintas Técnicas Urodinámicas:

a) **Flujometría:** Consiste en el estudio del flujo urinario, esto permite estudiar la fase de vaciado vesical y si este es completo o no. Se determinan dos valores el Flujo máximo y el flujo medio, comparando estos valores con tablas de la población general permite saber si existe o no disminución de las resistencias (aunque no permite determinar el origen de las mismas). Permite conociendo la cantidad inicial y final valorar la cuantía del residuo postmiccional. Su principal utilidad radica en que si el flujo es anormal sugiere una disfunción del vaciado vesical.

b) **Cistomanometría:** Se considera el patrón oro en el diagnóstico y clasificación del tipo de Incontinencia Urinaria lo cual es fundamental para el tipo de tratamiento a aplicar. Consiste en la introducción de un manómetro intravesical que nos medirá la presión intravesical. Simultáneamente se recoge la presión intrabdominal mediante una sonda rectal. Durante la fase de llenado se determina: la capacidad máxima vesical (capacidades menores de 300 cc pueden deberse a una cistitis intersticial, mayores de 500cc pueden indicar un defecto en la fase de vaciado), la acomodación vesical al llenado y la presencia de contracciones espontáneas del Detrusor. Permite también objetivar si los aumentos de presión abdominal se corresponden con un escape y su cuantía.

3.8 TRATAMIENTO

El objetivo fundamental del tratamiento de la Incontinencia Urinaria es mejorar la calidad de vida de las pacientes. A la hora de elegir el tipo de tratamiento debemos tener en cuenta la situación personal de la mujer, sus circunstancias actuales y futuras, así como la especial vulnerabilidad de las mujeres de edad ante ciertos fármacos y ante las intervenciones quirúrgicas.

Es muy importante evaluar la percepción del impacto de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo sobre su calidad de vida (International Consultation on Incontinence Questionnaire/ICIQ-SF), la esperanza de vida de la paciente y el riesgo que puede presentar la misma ante una eventual intervención quirúrgica. A modo de ejemplo, una puntuación igual o menor de 6 en el ICIQ-SF nos indica un impacto nulo de la Incontinencia Urinaria sobre su calidad de vida, independientemente del grado de severidad que podamos detectar en la enferma mediante la exploración física o los estudios urodinámicos. Por el contrario, podemos encontrar enfermas afectas de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo leve desde el punto de vista clínico y urodinámico, con puntuaciones en la misma prueba muy elevadas (el máximo es 21).

El tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo consiste en tratar de aumentar la resistencia de la uretra para que la presión intravesical no supere a la uretral durante los esfuerzos.

Como alternativas terapéuticas podemos contemplar la rehabilitación muscular del suelo pélvico y la cirugía. Existe un fármaco no comercializado en España (duloxetina un inhibidor de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina), que aumenta el tono del esfínter externo, lo que permite mejorar o curar la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Los resultados iniciales han sido prometedores, pero falta un seguimiento a largo plazo para poder analizar su eficacia en la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.

Rehabilitación muscular del suelo pélvico

Es la contracción activa de los músculos del suelo pélvico realizada de forma regular, que puede realizarse con o sin la ayuda de sistemas de biofeedback. Pueden emplearse de forma asociada técnicas como la electroestimulación, que consiguen hacer consciente a la enferma de los grupos musculares que debe ejercitar. Una vez que la paciente ha aprendido a realizar los ejercicios, debe mantener una disciplina para que la Rehabilitación Muscular del Suelo Pélvico sea efectiva (existen datos clínicos con un alto grado de recomendación sobre su eficacia en la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo leve y moderada), por lo que debe considerarse como el primer escalón en el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Por supuesto, hay que tener en cuenta las características de cada paciente.

Una mujer inconstante o que no logre aprender los ejercicios de Rehabilitación Muscular del Suelo Pélvico enseñados por personal especializado dudosamente se va a beneficiar de esta excelente arma terapéutica. Otro dato a tener en cuenta es el aumento de satisfacción de la paciente en sus relaciones sexuales, al convertirse la musculatura del periné en un elemento activo durante el coito.

En la Incontinencia Urinaria de Urgencia puede utilizarse la Rehabilitación Muscular del Suelo Pélvico, ya que desde el punto de vista neurológico existe una vía inhibitoria sobre el reflejo parasimpático de la micción cuando se activa el pudendo. Se han usado también técnicas conductuales tales como el prompted voiding (estrategia según la cual el paciente va a orinar antes de que se le presente la urgencia). Estas medidas pueden considerarse complementarias del tratamiento farmacológico.

Anticolinérgicos

Dado que el parasimpático es el encargado de generar el reflejo miccional, los anticolinérgicos inhibidores de los receptores M2 y M3 en el área vesical son los medicamentos

que se emplean en el tratamiento de la Vejiga Hiperactiva y, en consecuencia, en el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Urgencia.

Hace años se usaron medicamentos antidepresivos con efecto anticolinérgico. La aparición en el mercado en la década de 1980 de la oxibutinina supuso un cambio en la visión de este problema.

Desde entonces, han aparecido diversos anticolinérgicos. Todos ellos muestran eficacia en comparación con el placebo en los estudios, pero la eficacia clínica en ocasiones deja mucho que desear. Esta afirmación es especialmente cierta en los enfermos con Incontinencia Urinaria de Urgencia por Vejiga Hiperactiva de origen neurológico, en los que las dosis han de ser más elevadas que las registradas para el medicamento.

- Fármacos anticolinérgicos de uso en Urología**

 - Oxibutinina (la presentación en parche no está comercializada en España)
 - Cloruro de trospio
 - Tolterodina
 - Darifenacina (no comercializada en España)
 - Solifenacina
 - Fesoterodina (en proceso de comercialización)

Figura 1 Fármacos Anticolinérgicos de uso en Urología

Uno de los efectos secundarios más molestos, causa de un buen número de abandonos del tratamiento, es la sequedad de boca, que se produce en todos ellos de forma más o menos similar por disminución de la producción salivar.

Probablemente, la eficacia parcial de estos medicamentos se deba a que la contracción del detrusor no se realiza de forma exclusiva mediante el sistema colinérgico parasimpático, sino que hay sistemas tales como el purinérgico (que usa el ATP como neurotransmisor), del que desconocemos casi todo, que parece ser que modula y puede desencadenar una contracción del detrusor de forma independiente. Hay otros muchos neurotransmisores con un futuro prometedor que actualmente se encuentran en fase de investigación, como es el caso de los relacionados con el óxido nítrico.

Un efecto adverso a tener en cuenta en el “anciano frágil” es el bloqueo de parte de los receptores M1 cerebrales, ya que buen número de estos medicamentos atraviesan la Barrera Hematoencefálica. Ello puede interferir con los circuitos de la memoria, por lo que la familia de estos pacientes debe estar prevenida ante su rara aparición. El efecto es reversible tras suspender el tratamiento. Otros efectos adversos son estreñimiento por enlentecimiento del tránsito y visión borrosa (disfunción de los músculos ciliares).

Los pacientes con glaucoma de ángulo cerrado en tratamiento deben ser evaluados por su oftalmólogo antes de iniciar el tratamiento (hecho no siempre posible por hipertensión ocular), al igual que los pacientes con enfermedad de Parkinson, que deben tener el visto bueno de sus neurólogos. Por último, no hay que olvidar la rara intoxicación anticolinérgica por sobredosis accidental o la toma concomitante de fármacos que afectan al CYP450, ya que la mayoría de los anticolinérgicos usan esta vía de degradación metabólica.

En los pacientes que no responden al tratamiento anticolinérgico se aconseja volver a descartar causas orgánicas (por ejemplo, un carcinoma in situ vesical, que es imposible de detectar mediante ecografía por tratarse de un tumor completamente plano, pero de alto grado). Estos pacientes deben ser remitidos al urólogo para estudios especiales, tales como una cistoscopia, una toma de citología por “barbotaje” y/o biopsia vesical.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico está dirigido a aumentar el soporte de la uretra y con ello aumentar la resistencia uretral durante los esfuerzos. En los casos con una clara hipermovilidad uretral, e incluso en la insuficiencia esfinteriana intrínseca no grave ni asociada a uretra fija, las técnicas de suspensión uretral sin tensión (técnicas mínimamente invasivas de tipo TVT o TOT) se han convertido en las pruebas de referencia y han desplazado a las técnicas de colposuspensión como la de Burch, que durante años fue la técnica más eficaz. Las técnicas de suspensión uretral sin tensión se basan en los estudios de Petros y Ulmsten, que proponen una nueva concepción de la dinámica pélvica (teoría integral de Petros) (17), y consiste en colocar una malla de material sintético (de polipropileno trenzado monofilamento) por debajo de la uretra, hacia la cara posterior púbica en el caso del TVT o hacia los agujeros obturadores en el TOT, a modo de refuerzo del ligamento pubouretral. La bandeleta se coloca sin tensión alguna, de forma que constituirá un soporte uretral que funcionará sólo en los casos en los que la paciente realice esfuerzos. La bandeleta actuará generando fibrosis, por lo que sólo durante las primeras semanas la enferma ha de evitar esfuerzos importantes. Su colocación contraindica, en principio, un parto vaginal, aunque se ha descrito algún caso sin complicaciones aparentes ni recidivas significativas de la IUE tras el parto (18). Se trata de una técnica que puede practicarse con anestesia local, aunque suele realizarse con procedimientos de “estancia corta” y anestesia raquídea o sedoanalgesia.

En los casos en los que predomine la sospecha de deficiencia esfinteriana intrínseca, con uretras fijas, la técnica a utilizar debe ser más oclusiva. Durante años se usaron técnicas de cabestrillo, en las que mediante una bandeleta, habitualmente de aponeurosis autóloga, se suspendía la uretra con una cirugía abierta. Hoy suelen utilizarse técnicas mínimamente invasivas y regulables (como el Reemex®), que tienen en este tipo de incontinencia su principal indicación. Otras técnicas tales como la inyección de diversas sustancias en la zona periuretral

(técnicas de tipo bulking) se han empleado en estos casos, pero la eficacia que están demostrando hasta el momento es baja. En pacientes seleccionadas, la implantación de un esfínter artificial puede ser la solución, que desde un punto de vista técnico es más compleja que en el varón.

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo como síntoma de una disfunción del suelo pélvico puede asociarse a otras patologías, como el prolapso genital, que presenta un tercio de las pacientes (cistocele o prolapso vaginal anterior; rectocele o prolapso vaginal posterior; prolapso uterino y enterocele), o a la incontinencia fecal. Por ello, tras una valoración conjunta de la patología pélvica, se impone una corrección también conjunta. De ahí la importancia de la creación de “Unidades Funcionales de Suelo Pélvico”, formadas por urólogos especializados en el tema, ginecólogos, cirujanos con especial dedicación en coloproctología y digestólogos dedicados al estudio de la dinámica intestinal. De no concebirse así, la corrección parcial de un problema pélvico puede llevar asociado el empeoramiento de otro compartimiento.

4. HIPÓTESIS:

Este trabajo no tiene hipótesis ya que el diseño metodológico del mismo es univariado.

5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:

El presente trabajo por ser un estudio transversal consta de una sola variable que es “Incontinencia Urinaria”.

CAPÍTULO III

6. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 METODOLOGÍA

El presente trabajo tiene un enfoque cuantitativo, es de diseño descriptivo no experimental, el método utilizado es el de observación indirecta, retrospectivo y transversal.

6.2 TÉCNICA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION:

Técnicas Documental:

En este capítulo se presentan los principales métodos que se utilizaron para el desarrollo de la investigación bajo la recolección de historias clínicas, las cuales han sido clasificadas según variables biodemográficas, según el tipo de Incontinencia Urinaria que presentaron las mujeres implicadas, según el tratamiento de elección del especialista y según las patologías quirúrgicas y urológicas asociadas.

Este trabajo se realizó gracias al Departamento de Docencia del Hospital Gineco - Obstétrico Enrique Sotomayor, el cual nos autorizó el libre acceso a las historias clínicas y el Departamento de Estadística de la Facultad de Veterinaria de la Universidad de Guayaquil que gracias al programa IBM SPSS 22 Statistics y la plataforma de Excel 2010 se pudo clasificar, tabular y graficar los datos analizados.

Se pudieron determinar que en los años 2014 y 2015 fueron atendidas 4800 pacientes en la Consulta Externa de Urología, de las cuales 581 tuvieron Incontinencia Urinaria y los 4219 pacientes restantes no entraban en nuestro estudio por cumplir algunos de los criterios de exclusión ya pautado anteriormente.

Al realizar una revisión exhaustivamente las historias clínicas surgió una nueva caracterización debido a que el 76% de las mujeres atendidas en consulta externa Urológica no solo consultaban por esta patología sino que además de la Incontinencia Urinaria presentaban

otros hallazgos que incluso desconocían como litiasis renal, cistocele, cistorectocele, enfermedades psiquiátricas, etc. que despertó la posibilidad de una nueva clasificación aparte de las ya mencionadas; así como también hubieron casos de pacientes que consultaban por un cistocele o por cálculo renal sin saber que tenían Incontinencia Urinaria puesto que hasta la actualidad muchas pacientes consideran normal el escape de orina a cierta edad.

Las Variables epidemiológicas o también conocidas como Variables Biodemográficas incluidas en este estudio tenemos:

- Edad. Después de revisar las 581 historias clínicas, el rango etario determinado en la investigación es de 35 hasta 65 años.
- Sexo. Con respecto al lugar de investigación, siendo este el Hospital Enrique Sotomayor el universo involucrado son las mujeres.
- Nivel de educación. El 80% de las pacientes implicadas cursaron la secundaria, el 20% restante son profesionales.
- Actividad laboral. El 30% de las mujeres son amas de casa mientras que el otro 70% laboran en oficinas, como profesoras y esto nos hace pensar que estas mujeres debido a su riguroso horario de trabajo se aguantan el deseo de orinar, lo que es posible que explique la presencia de IVU a repetición lo cual es considerado como factor de riesgo de IU

Recolección de la información y consideraciones éticas.

Una vez recolectados los datos se realizará el análisis documental correspondiente y desde luego se guardará la confidencialidad de la información recibida, omitiendo el nombre de las pacientes. El análisis y recolección de datos se realizó mediante, tablas, gráficos, formulas en la plataforma de Excel 2010 y programa IBM SPSS 22 Statistics.

6.3 MATERIALES:

- **Recursos humanos:** Interno rotativo (recolectora de datos), tutor
- **Recursos físicos:** historia clínica, laptop, internet, revistas, libros, lápiz, resaltador, hoja.

6.4 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO (NACIONAL, ZONAL, PROVINCIAL, CANTONAL, Y LOCAL)

Ecuador, zonal 8, Guayas, Guayaquil, Área de Consulta de externa de Urología, Hospital Enrique Sotomayor.

6.5 UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO:

Todas las pacientes que hayan sido diagnosticadas con Incontinencia Urinaria en el Hospital Enrique Sotomayor durante el periodo 2014-2015.

6.6 MUESTRA:

La muestra serán todas las pacientes que hayan sido tratadas por Incontinencia Urinaria durante el periodo de estudio, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

6.7 VIABILIDAD

El presente trabajo de investigación es viable por cuanto es de interés dentro del área de salud y se cuenta con el apoyo correspondiente de las autoridades del departamento de docencia del Hospital Enrique Sotomayor para su ejecución. Además de contar con el aval de la Universidad de Guayaquil, y la colaboración y contribución académica del Dr. Ernesto Díaz Jalón tutor de tesis.

6.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- **Inclusión:**
 - Pacientes atendidas por incontinencia urinaria.

- Pacientes con historia clínica completa.
- **Exclusión:**
 - Pacientes con otro diagnóstico urológico que no sea incontinencia urinaria.
 - Pacientes que no presentan historia clínica completa.
 - Pacientes embarazadas

6.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE DE INVESTIGACIÓN	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE
Incontinencia Urinaria	Se define como la pérdida involuntaria de orina. Existe simultáneamente como un síntoma, queja, signo, hallazgo y condición	<ul style="list-style-type: none"> ● Escape de orina involuntario ● Olor en la orina. ▪ Disuria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IUE ▪ IUU ▪ IUM ▪ Si ▪ No ▪ Si ▪ No 	Historia Clínica

Tabla 3 Variables de investigación

VARIABLES CARACTERIZACIÓN	DEFINICIÓN	INDICADORES	FUENTE
Edad	Vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. El rango etario de esta investigación comprende de 35 a 65 años de las mujeres atendidas en Consulta externa por el servicio de Urología	<ul style="list-style-type: none"> • 35 – 45 años • 45 – 55 años • 55 65 años 	Historia Clínica

Tabla 4 Variables de Caracterización por edad.

VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN	DEFINICIÓN	INDICADORES	FUENTE
Patologías quirúrgicas/uroológicas asociadas	Son las patologías que corresponden al trastorno de piso pélvico y patologías urológicas más frecuentes asociadas según el estudio a Incontinencia urinaria alrededor del 76%	<ul style="list-style-type: none"> • Litiasis renal • Cistocele • Rectocele • Cistorectocele • Infección de Vías Urinarias 	Historia Clínicas

Tabla 5 Variable de caracterización por enfermedades asociadas.

VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE
Tratamiento	Conjunto de medios de cualquier clase (farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o de los síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento conservador • Tratamiento quirúrgico 	<ul style="list-style-type: none"> • Fármacos • Ejercicios de Kegel • TVT • TVT + Cistopexia 	Historia Clínica

Tabla 6 Variable de caracterización por tratamiento.

CAPÍTULO IV

7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

7.1 RESULTADOS

Gracias a la ayuda estadística del hospital al ofrecernos el libre acceso a las historias clínicas y del programa IBM SPSS Statistics Standard Edition, donde se pudo tabular toda la información, nos dio a conocer los siguientes resultados:

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE UROLOGÍA

PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA ÁREA UROLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pacientes con Incontinencia Urinaria	581	12%
Pacientes con otras patologías urológicas	4219	88%
Total	4800	100%

Tabla 7 Pacientes atendidas en consulta externa en el área de urología.

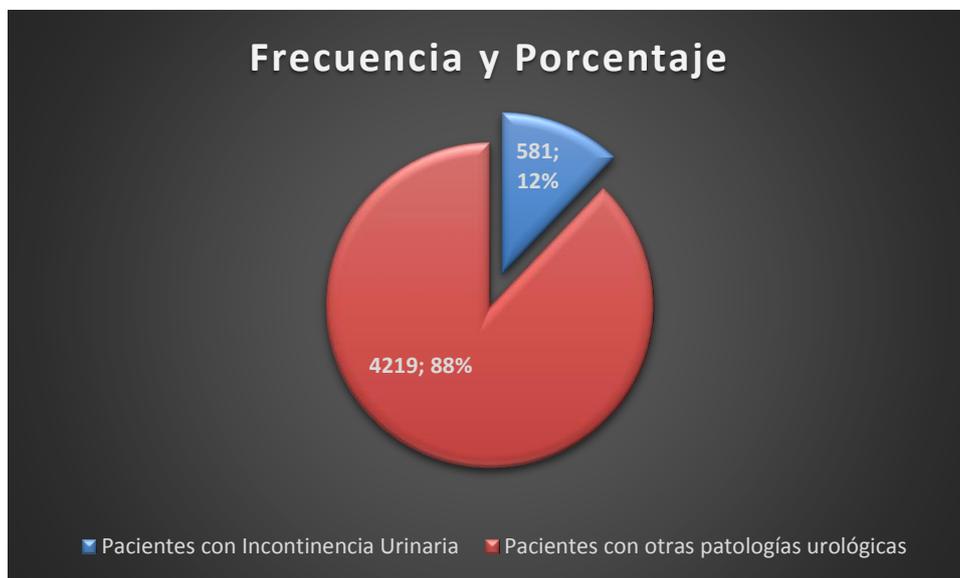


Figura 2 Frecuencia Porcentaje de pacientes con IU vs pacientes con otras patologías urológicas

Fuente: Historias clínicas del Hospital Enrique Sotomayor en los años 2014 - 2015
Autora: Denisse Pinela Baldeón

Interpretación de datos:

Se estudió un total de 4800 historias clínicas de las pacientes tratadas en la Consulta Externa del departamento de Urología en los años 2014 y 2015, después del análisis de todas estas historias clínicas se logró determinar que solo 581 correspondían a la patología de incontinencia Urinaria que representan el 12%.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS SUBTIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

SUBTIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Incontinencia Urinaria Urgencia	137	23.6	23.6	100.0
Incontinencia Urinaria de esfuerzo	410	70.6	70.6	76.4
Incontinencia Urinaria de Mixta	34	5.9	5.9	5.9
Total	581	100.0	100.0	

Tabla 8 Tipos de incontinencia urinaria.

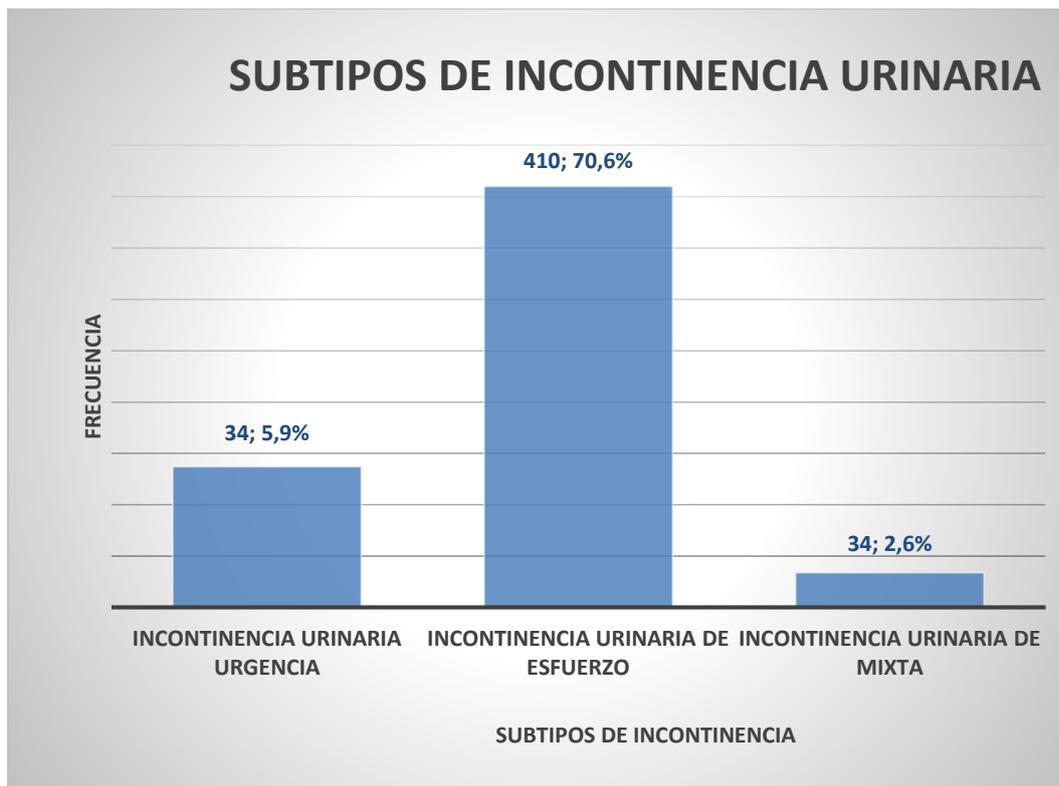


Figura 3 Frecuencia versus Subtipos de incontinencia urinaria.

Fuente: Historias clínicas del Hospital Enrique Sotomayor en los años 2014 - 2015
 Autora: Denisse Pinela Baldeón

Interpretación de datos:

La tabla representa una alta tasa de casos de Incontinencia Urinaria de esfuerzo (70%) según las historias clínicas analizadas, siendo esta la más común a nivel de Latinoamérica, paralelamente se logró determinar que durante este periodo hubo un elevado número de cirugías practicadas para la corrección de este problema en el Hospital Enrique Sotomayor.

DISTRIBUCION SEGÚN EDADES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INCONTINENCIA URINARIA

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
35 a 45 años	102	17.6	17.6	17.6
45 a 55 años	206	35.5	35.5	53.0
55 a 65 años	273	47.0	47.0	100.0
Total	581	100.0	100.0	

Tabla 9 Pacientes diagnosticados con peritonitis clasificados por edad.

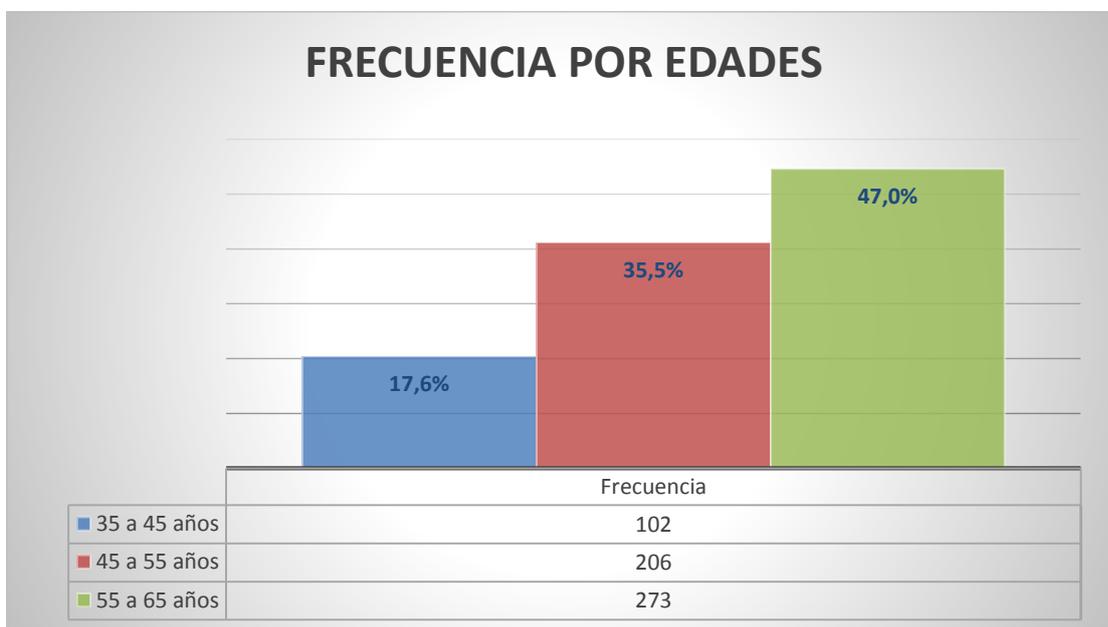


Figura 4 Frecuencia versus edad del paciente

Fuente: Historias clínicas del Hospital Enrique Sotomayor en los años 2014 - 2015
 Autora: Denisse Pinela Baldeón

Interpretación de datos:

La tabla demuestra la distribución de las pacientes con Incontinencia Urinaria por edades, de donde se obtiene la información que los adultos entre las edades 55-65 años tienen mayor afectación de esta patología y representa el 47% de la población de estudio.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TRATAMIENTO AL QUE FUERON SOMETIDAS LAS PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tratamiento Conservador	171	29.4	29.4	29.4
Tratamiento Quirúrgico	410	70.6	70.6	100.0
Total	581	100.0	100.0	

Tabla 10 Distribución de tratamientos que se aplicaron a pacientes con IU.

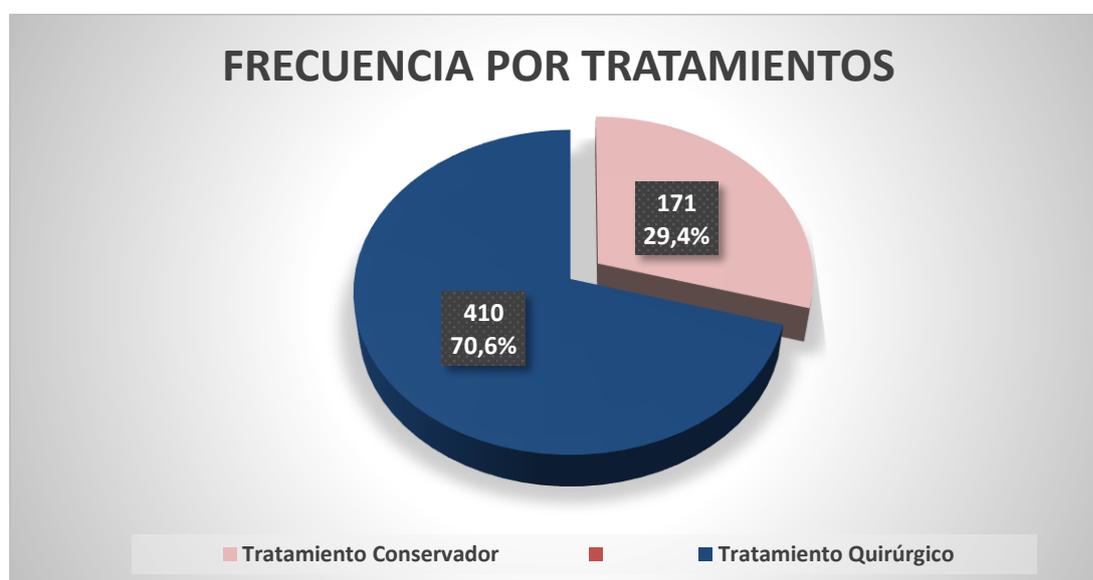


Figura 5 Distribución de pacientes IU de acuerdo al tratamiento que fueron sometidos.

Fuente: Historias clínicas del Hospital Enrique Sotomayor en los años 2014 - 2015
 Autora: Denisse Pinela Baldeón

Interpretación de datos:

De acuerdo a la revisión de las historias clínicas se pudo determinar que 410 pacientes se sometieron a cirugía durante este periodo representando el 70.6%; mientras que el 29.4% que corresponde a 171 pacientes recibieron tratamiento conservador, cabe recalcar que las pacientes con una Incontinencia urinaria de esfuerzo generalmente deben recibir un tratamiento quirúrgico pero dentro de la población de estudio hubieron pacientes que necesitaban disponer

de dicho tratamiento y optaron por el tratamiento conservador por temor al riesgo de la cirugía obteniendo en algunas ocasiones una evolución favorable.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PATOLOGÍAS ASOCIADAS EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA.

Patologías Quirúrgicas		Patologías Urológicas	
Cistocele %	Cistorectocele %	Litiasis Renal %	Infección de vía urinarias %
67,1	8,1	15,8	9

Tabla 11 Distribución de enfermedades asociadas en pacientes con IU.

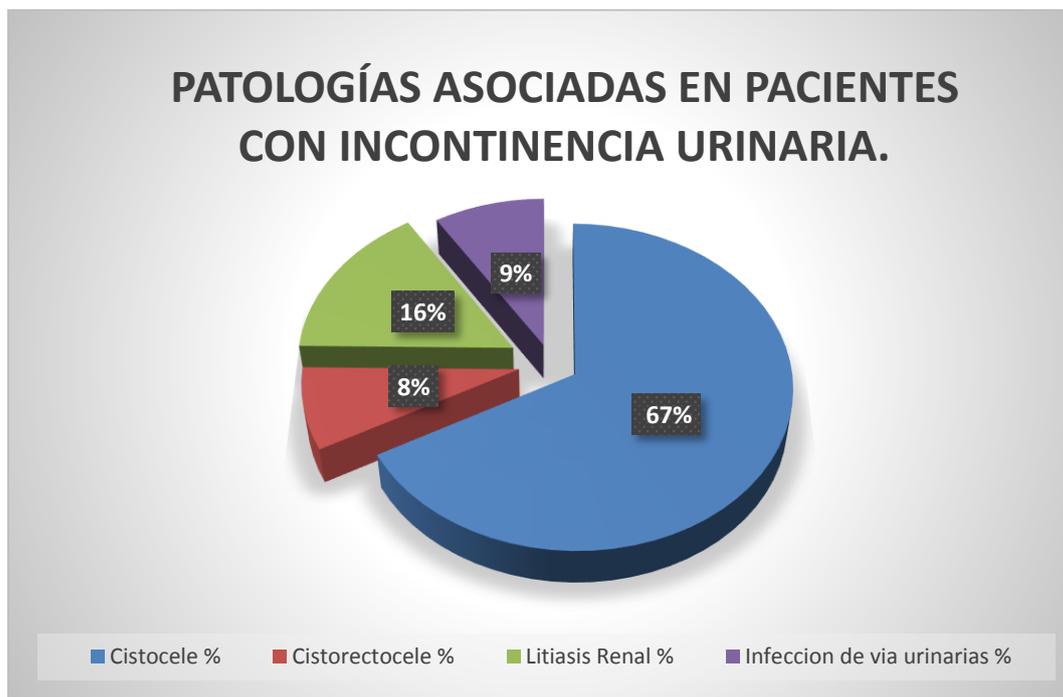


Figura 6 Distribución de pacientes IU y IU + enfermedades asociadas

Fuente: Historias clínicas del Hospital Enrique Sotomayor en los años 2014 - 2015
 Autora: Denisse Pinela Baldeón

Interpretación de datos:

Esta tabla indica que el 76.4% de pacientes con Incontinencia Urinaria presentan una o más enfermedades que pueden ser factor de riesgo para el desarrollo de incontinencia. Entre las enfermedades que más llamaron la atención al momento de la revisión de Historias Clínicas fueron: Litiasis renal, Infecciones del tracto urinario a repetición, anomalías anatómicas en el área genital o piso pélvico como: cistoceles, rectoceles y en pocas ocasiones implicaba ambas.

TABLAS CRUZADAS

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Tipos de Incontinencia Urinaria/Edad del paciente	581	100.0%	0	0.0%	581	100.0%

Tabla 12 Cruce de datos de tipos de IU versus edad del paciente

Tipos de Incontinencia Urinaria por la edad del paciente

Tabulación Cruzada

	Edad del paciente			Total
	35 a 45 años	45 a 55 años	55 a 65 años	
Tipos de Incontinencia Urinaria				
Incontinencia Mixta	7	12	15	34
Incontinencia Urinaria de Esfuerzo	80	137	193	410
Incontinencia Urinaria de Urgencia	15	54	68	137
Total	102	203	276	581

Tabla 13 Cruce de datos de tipos de IU versus rangos de edad del paciente.

Fuente: Historias clínicas del Hospital Enrique Sotomayor en los años 2014 - 2015
 Autora: Denisse Pinela Baldeón

Interpretación de datos:

Esta tabla refleja que la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo es la más frecuente en todas las edades, aumentando considerablemente entre la edad de 55-65 años, todas las mujeres implicadas en este estudio son multíparas lo cual determina que una de las principales causas de incontinencia es el debilitamiento del piso pélvico.

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Tipos de Incontinencia Urinaria/Tratamiento	581	100.0%	0	0.0%	581	100.0%

Tabla 14 Cruce de datos de tipos de IU versus tratamiento

**Tipos de Incontinencia Urinaria/Tratamiento
Tabulación Cruzada**

Tipos de incontinencia	Tratamiento		Total
	Conservador	Quirúrgico	
Incontinencia Urinaria Mixta	10	24	34
Incontinencia Urinaria de Esfuerzo	121	289	410
Incontinencia Urinaria de Urgencia	40	97	137
Total	171	410	581

Tabla 15 Tipos de incontinencia Urinaria versus tratamiento.

Fuente: Historias clínicas del Hospital Enrique Sotomayor en los años 2014 - 2015
Autora: Denisse Pinela Baldeón

Interpretación de datos:

La tabla indica que la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo a pesar de ser la más frecuente dentro de los tipos de incontinencia es además la que más se operaba en el Hospital Enrique Sotomayor, sin embargo, hubo un número de pacientes con Incontinencia Urinaria de Urgencia que también fueron operadas pero no precisamente de incontinencia sino por patologías urológicas asociadas principalmente por corrección de cistoceles.

7.2 DISCUSIÓN

En este estudio se logró determinar que la prevalencia de incontinencia urinaria es mayor en mujeres en edades comprendidas entre 55 – 65 años con una menor prevalencia en mujeres de menor edad, datos que guardan relación con trabajos realizados en otros países de Latinoamérica y del mundo, que se encuentran debidamente documentados en el Capítulo II del presente trabajo investigativo.

Paralelamente se vinculan aspectos sociales como la vergüenza o la idea de que la incontinencia urinaria es normal e inevitable con el envejecimiento, debido a que su prevalencia es mayor en pacientes de edades superiores a los 55 años que corresponden a los hallazgos obtenidos en el estudio.

La prevalencia obtenida de este trabajo es del 70%, la cual concuerda con los datos reportados en la Cuarta Consulta Internacional sobre Incontinencia en cuya información se comenta que la Incontinencia Urinaria en mujeres variaba del 7 al 65%, así como también estos datos coinciden con una investigación realizada en Chile sobre el mismo tema por Salazar et al, 2014 quienes reportaron una prevalencia del 62%.

En un trabajo realizado en la Universidad de Antioquia por García López Antonio, se logró determinar que la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en pacientes de 45-59 años presentan una prevalencia del 60% que concuerdan con la prevalencia de esta patología en Latinoamérica; mientras que en EEUU según Bump y Norton reportan que la Incontinencia Urinaria afecta del 35- 50% de las estadounidenses ancianas con una variación entre el 36- 57%, indicando además que la Incontinencia aumenta con la edad; por género las mujeres mayores de 60% tuvieron dos veces más probabilidad de presentar Incontinencia Urinaria que los varones de la misma edad.

Otro dato determina que la prevalencia de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en las mujeres de raza blanca en las pruebas Urodinámicas es 2.3 veces mayor en las Afroestadounidenses.

A pesar de que las evidencias de los trabajos realizados por otros autores tanto latinoamericanos como estadounidenses demuestran que la incontinencia urinaria es un problema común en nuestras sociedades, es difícil establecer de forma precisa la prevalencia de Incontinencia Urinaria en los pacientes que permita tomar acciones públicas en mejora de la calidad de vida; razón por la cual es difícil comparar los estudios disponibles en trabajos afines debido a la diferencia metodológica, la muestra seleccionada, los instrumentos estadísticos utilizados y especialmente la definición de Incontinencia Urinaria que por lo general la de mayor aceptación es la propuesta por la International Continence Society (ICS). Finalmente los resultados obtenidos en la presente investigación concuerdan con el promedio de los datos obtenidos en otros trabajos a nivel mundial.

CAPÍTULO V

8. CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación y en base a los resultados se concluye que:

- La prevalencia de Incontinencia Urinaria fue alta correspondiendo al 47% en pacientes adultos de edades comprendidas entre 55 – 65 años que acudieron a la consulta de Urología en el Hospital Enrique Sotomayor en los años 2014 y 2015 y guardan relación con resultados obtenidos en investigaciones del mismo estilo llevadas a cabo en otros países de Latinoamérica.
- Dentro de los tipos de incontinencia y después de analizar las historias clínicas se logró determinar que la incontinencia de esfuerzo tiene una mayor prevalencia correspondiendo al 70% sobre la incontinencia mixta y de urgencia.
- El riesgo de tener incontinencia urinaria es mayor en pacientes con hipertensión arterial, enfermedades reumáticas, tiroideas, diabetes pero la etnia así como la multiparidad no se encuentran asociada de manera decisoria a esta patología.

CAPÍTULO VI

9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las pacientes que formaron parte de la investigación minimizar los riesgos enfermedades asociadas: Diabetes, Infecciones de vías urinarias, enfermedades reumáticas entre otras mejorando los estilos de vida
- Que los resultados de la presente investigación se tengan en cuenta como material de consulta para futuros trabajos de pregrado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Guayaquil.
- Mejorar los hábitos miccionales evitando suprimir el deseo miccional vaciando por completo la vejiga para prevenir la presencia de incontinencia urinaria.

BIBLIOGRAFÍA

García A., (2002),” *Incontinencia Urinaria*” Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. *Iatreia* vol.15 no.1 Medellín Jan./Mar. 2002

Harvardt, T., Fuentes, B., Venegas, M., Leal, C., Verdugo, F., & Benier, P. (2004). “*Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de Isla de Pascua*”. *Rev. Chil. Urol*, 69(1), 29-34

Mostwin, J., Bourcier, A., Haab, F., Koelbl, H., Rao, S., Resnick, N., Salvatore, S., Sultan, A., Yamaguchi, O. (2005). “*Pathophysiology of urinary incontinence, fecal incontinence and pelvis organ prolapse*”. En: Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S., Wein, A. (Eds.). *Incontinence. Recommendations of International Scientific Committee. Basic evaluation. 3rd International Consultation on Incontinence.*

Peinado. I. (2002) “*Incontinencia Urinaria*” MDMAS Nuevas Tecnologías & Salud, Academia Americana de Médicos de Familia, España

Angel Santalla Hernández, et al (2007). “*Incontinencia Urinaria*” Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario, Virgen de las Nieves. Granada.

Klutke, J. (2000) “*Urodynamic outcome after surgery for severe prolapse and potential stress incontinence. Am J ObstetGynecol*”.

Lcda Miren Arrue Gabilondo, (2011), “*Evaluación de la incontinencia urinaria de esfuerzo en primigravidas a término. Seguimiento a los 6, 12 y 24 meses postparto.*” Universidad del País Vasco, Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), San Sebastián, España 2011

Salazar A, Monje B., Caro, C., Campero, J. M., Montiglio, C., Oyanedel P & Herrera L. (2005). “Prevalencia y factores de riesgo de la incontinencia urinaria” Rev. Chil. Urol, 70(1/2), p. 55-63

Minassian V, Stewart W, Wood C (2008) “Incontinence in Women: Variation in Prevalence Estimates and Risk Factors”. Obstetrics & Gynecology. 111 (2, Part 1). 324-331

Siranaula V., et al., (2011), “Prevalencia y factores de riesgo de la incontinencia urinaria en los adultos mayores que asisten a los servicios sociales del “instituto ecuatoriano de seguridad social” Universidad de Cuenca, Facultad de ciencias médicas; Cuenca, Ecuador 2011

Agustín Franco de Castro, et al (2012).”*Incontinencia Urinaria*”. Asociación Española de Urología. Servicio de Urología, ICNU, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

W. Stuart Reynolds, MD. Melissa R. Kaufman, MD. Roger Dmochowski, MD (2014). “*Cirugía para Incontinencia Urinaria*”. Libro de Urología.

Torres M., et al., (2015), “Efectividad del tratamiento láser en comparación con la colocación de bandas transobturatrices (TOT) en mujeres que padecen incontinencia urinaria de esfuerzo, estudio retrospectivo desde el 2011 hasta 2014, en el hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito”. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Medicina.

Regidor, M.(2006). “*Estudio de la incontinencia urinaria en mujeres diabéticas, menopáusicas y posmenopáusicas y su influencia sobre la calidad de vida de estas pacientes*”. España.

Jedrzejczyk, K., Rutkowska, R., Bobbeff, A., Wieczorek, M. (2010) Después de la cirugía para la incontinencia urinara de obstetricia y ginecología. Estudios Urodinámicos, Polonia.

Modroño. F, Cuña, R, Valero, M, Gayoso, P, Blanco, M, Sanchez, C. (2004) “*Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. Sociedad Española de Familia y Comunitaria*”. Vol. 34, N 3 Pags. 134-139. España.

Obregón L. (2009). “*Disfunción del piso pélvico: Epidemiología*”, Revista Obstetrica Ginecológica Venezuela.

Marin, P, Jongsung, L. (2008). “*Prevalencia de la Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor*”, Boletín de la Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile, Vol 29, N 1-2, Chile

ANEXOS

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE UROLOGÍA

PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA ÁREA UROLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pacientes con Incontinencia Urinaria	581	12%
Pacientes con otras patologías urológicas	4219	88%
Total	4800	100%

Tabla 16 Pacientes atendidas en consulta externa en el área de urología.

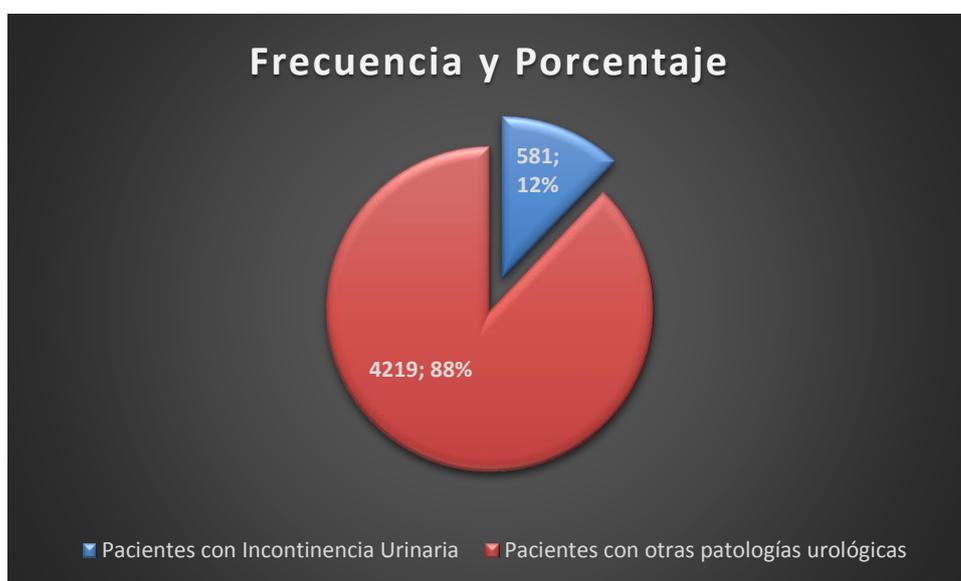


Figura 7 Frecuencia Porcentaje de pacientes con IU vs pacientes con otras patologías urológicas

Fuente: Historias clínicas del Hospital Enrique Sotomayor en los años 2014 - 2015
Autora: Denisse Pinela Baldeón

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS SUBTIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

SUBTIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Incontinencia Urinaria Urgencia	137	23.6	23.6	100.0
Incontinencia Urinaria de esfuerzo	410	70.6	70.6	76.4
Incontinencia Urinaria de Mixta	34	5.9	5.9	5.9
Total	581	100.0	100.0	

Tabla 17 Tipos de incontinencia urinaria.

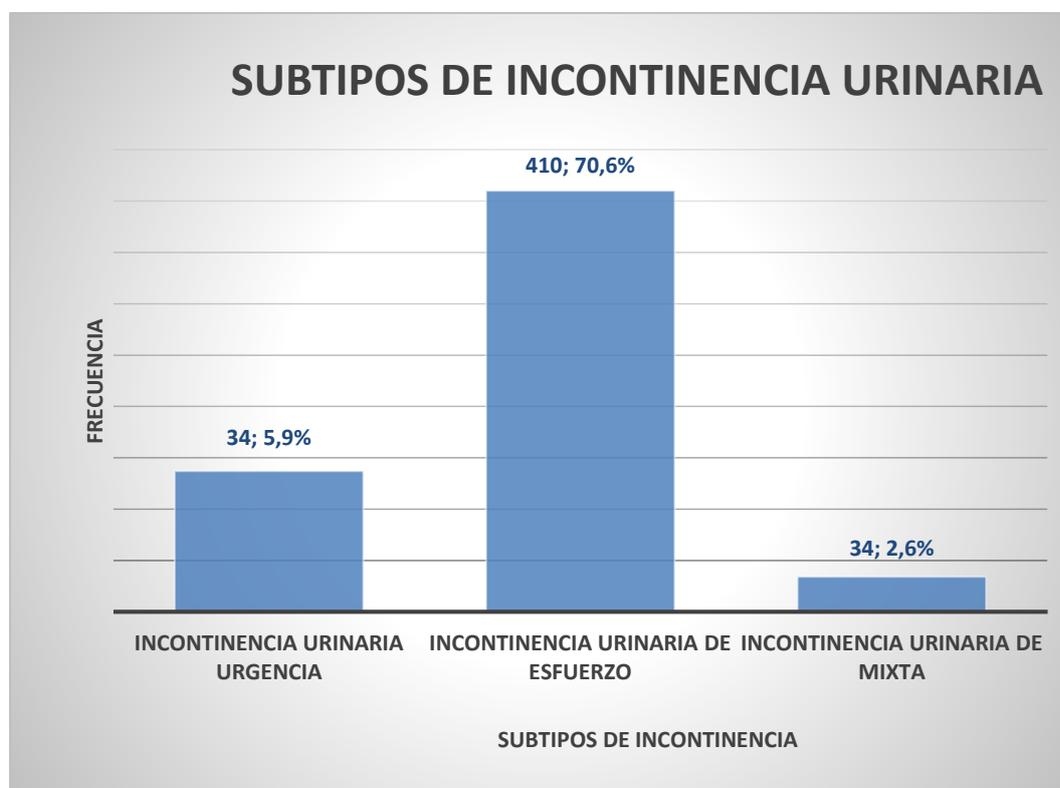


Figura 8 Frecuencia versus Subtipos de incontinencia urinaria.

Fuente: Historias clínicas del Hospital Enrique Sotomayor en los años 2014 - 2015
 Autora: Denisse Pinela Baldeón

DISTRIBUCION SEGÚN EDADES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INCONTINENCIA URINARIA

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
35 a 45 años	102	17.6	17.6	17.6
45 a 55 años	206	35.5	35.5	53.0
55 a 65 años	273	47.0	47.0	100.0
Total	581	100.0	100.0	

Tabla 18 Pacientes diagnosticados con peritonitis clasificados por edad.

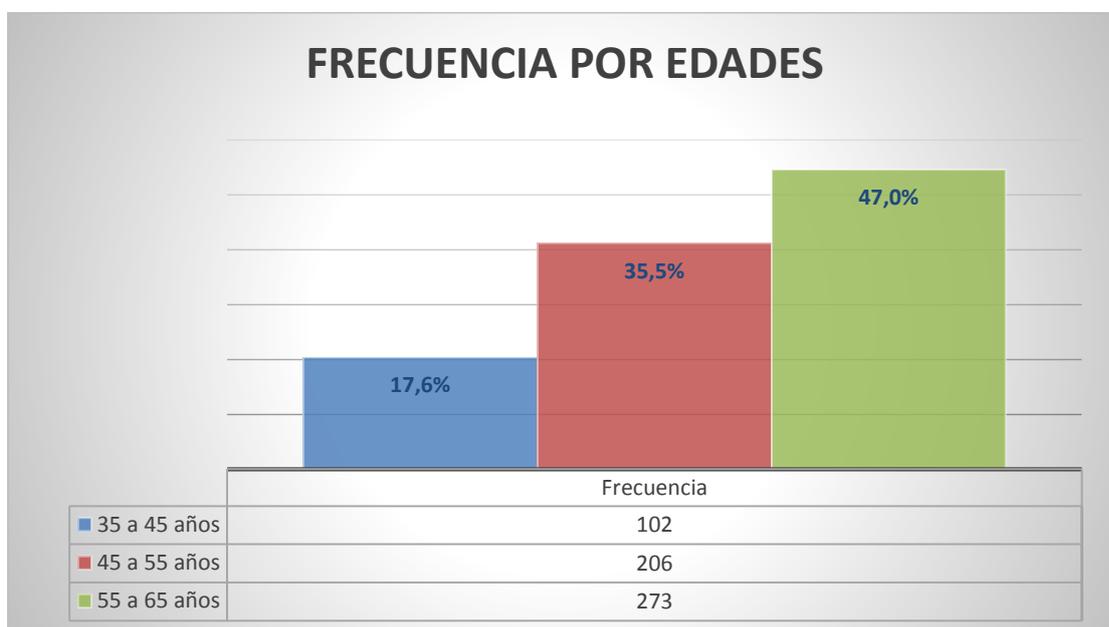


Figura 9 Frecuencia versus edad del paciente

Fuente: Historias clínicas del Hospital Enrique Sotomayor en los años 2014 - 2015
 Autora: Denisse Pinela Baldeón

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TRATAMIENTO AL QUE FUERON SOMETIDAS LAS PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA

Tabla 4.

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tratamiento Conservador	171	29.4	29.4	29.4
Tratamiento Quirúrgico	410	70.6	70.6	100.0
Total	581	100.0	100.0	

Tabla 19 Distribución de tratamientos que se aplicaron a pacientes con IU.

Gráfico 4.

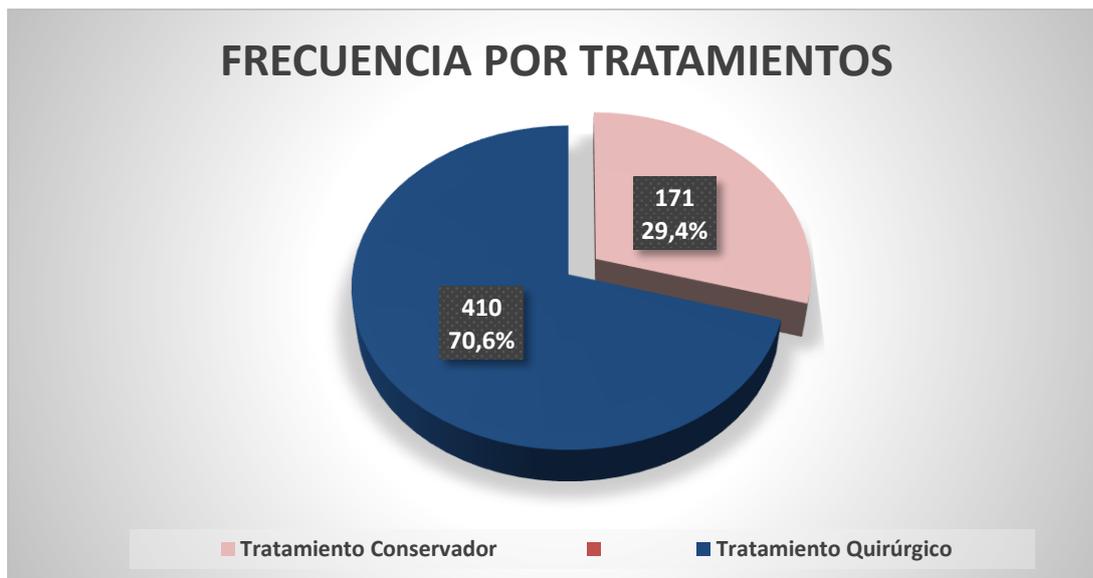


Figura 10 Distribución de pacientes IU de acuerdo al tratamiento que fueron sometidos.

Fuente: Historias clínicas del Hospital Enrique Sotomayor en los años 2014 - 2015
 Autora: Denisse Pinela Baldeón

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PATOLOGÍAS ASOCIADAS EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA.

Tabla 5.

Patologías Quirúrgicas		Patologías Urológicas	
Cistocele %	Cistorectocele %	Litiasis Renal %	Infección de vía urinarias %
67,1	8,1	15,8	9

Tabla 20 Distribución de enfermedades asociadas en pacientes con IU.

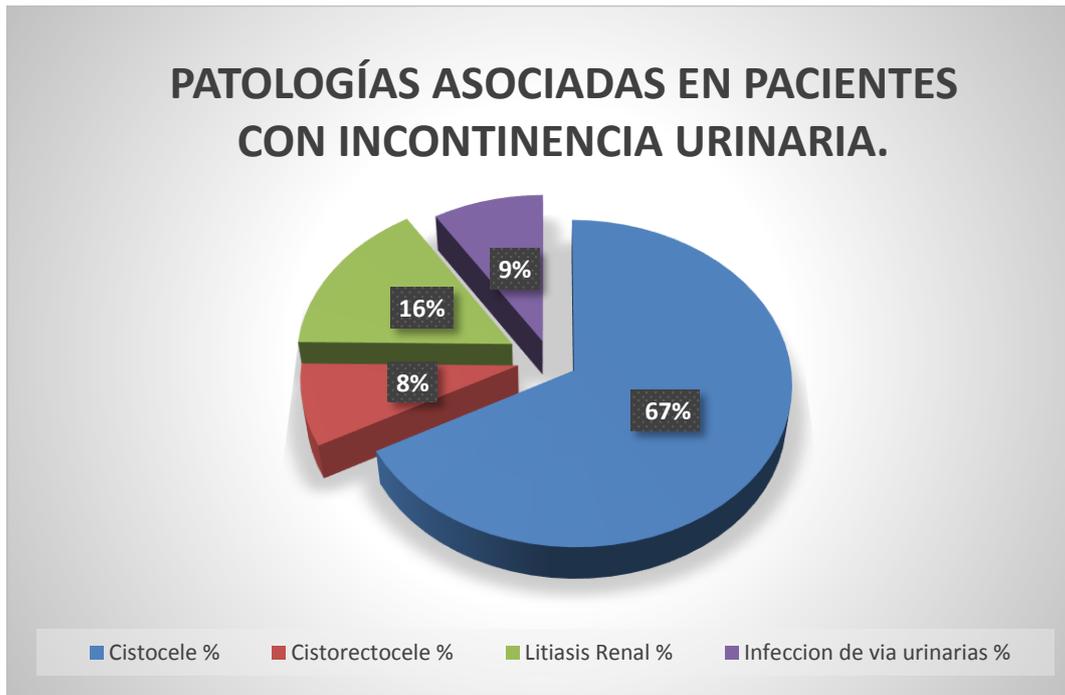


Figura 11 Distribución de pacientes IU y IU + enfermedades asociadas

Fuente: Historias clínicas del Hospital Enrique Sotomayor en los años 2014 - 2015
 Autora: Denisse Pinela Baldeón

TABLAS CRUZADAS

Tabla 6.1

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Tipos de Incontinencia Urinaria/Edad del paciente	581	100.0%	0	0.0%	581	100.0%

Tabla 21 Cruce de datos de tipos de IU versus edad del paciente

Tipos de Incontinencia Urinaria por la edad del paciente

Tabulación Cruzada

		Edad del paciente			Total
		35 a 45 años	45 a 55 años	55 a 65 años	
Tipos de Incontinencia Urinaria	Incontinencia Urinaria Mixta	7	12	15	34
	Incontinencia Urinaria de Esfuerzo	80	137	193	410
	Incontinencia Urinaria de Urgencia	15	54	68	137
Total		102	203	276	581

Tabla 22 Cruce de datos de tipos de IU versus rangos de edad del paciente.

Fuente: Historias clínicas del Hospital Enrique Sotomayor en los años 2014 - 2015
 Autora: Denisse Pinela Baldeón.

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Tipos de Incontinencia Urinaria/Tratamiento	581	100.0%	0	0.0%	581	100.0%

Tabla 23 Cruce de datos de tipos de IU versus tratamiento

Tipos de Incontinencia Urinaria/Tratamiento

Tabulación Cruzada

Tipos de incontinencia		Tratamiento		Total
		Conservador	Quirúrgico	
	Incontinencia Urinaria Mixta	10	24	34
	Incontinencia Urinaria de Esfuerzo	121	289	410
	Incontinencia Urinaria de Urgencia	40	97	137
Total		171	410	581

Tabla 24 Tipos de incontinencia Urinaria versus tratamiento.

Fuente: Historias clínicas del Hospital Enrique Sotomayor en los años 2014 - 2015
 Autora: Denisse Pinela Baldeón