

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Fisioterapia

Prevalencia y Factores de Riesgo de Incontinencia Urinaria en Mujeres Posparto en Instituciones de Salud de la ciudad de Cuenca, Septiembre 2024 - Febrero 2025

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciado en Fisioterapia


Autores:

Valeria Priscila Sangacha Chamba

Cinthy Vanessa Pacheco Maurad

Director:

Ana Lucía Zeas Puga

ORCID:  0000-0002-2593-2176

Cuenca, Ecuador

2025-03-07

Resumen

La incontinencia urinaria en el posparto, es una condición que afecta la calidad de vida de las mujeres y cuya prevalencia varía entre 10,5% y 63%. Se asocia con varios factores de riesgo y su escasa información dificulta su diagnóstico. El objetivo principal de esta investigación fue determinar la prevalencia y los factores de riesgo de UI en el posparto (hasta 12 meses) en el Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo C. y la Fundación Municipal de la Mujer y el Niño, en Cuenca, Ecuador. Se realizó un estudio transversal y descriptivo entre septiembre de 2024 y febrero de 2025, participando 133 mujeres, cuyos datos se recopilaron mediante una ficha que incluyó el Cuestionario Abreviado de la Consulta Internacional sobre la Incontinencia Urinaria. Los resultados evidenciaron una alta prevalencia de incontinencia urinaria (66,9%), predominando la de tipo de esfuerzo (28,6%). En cuanto a la incontinencia urinaria y los meses posparto ($p=0.042$), se observó una mayor frecuencia en los primeros cuatro meses (50.38%). Además, se identificó una correlación positiva entre la calidad de vida y la paridad ($p=0.027$) y los meses posparto ($p<0.001$); la severidad de la incontinencia urinaria se relacionó con los meses posparto ($p=0,013$), el tipo de UI ($p<0,001$) y el nivel de calidad de vida ($p<0,001$). En conclusión, la elevada prevalencia de UI en el posparto, especialmente durante los primeros cuatro meses, resalta la importancia de implementar estrategias de prevención e intervenciones que mejoren el bienestar y la calidad de vida de las mujeres afectadas.

Palabras clave del autor: suelo pélvico, mujeres, incontinencia urinaria, periodo posparto, calidad de vida



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

The average incidence of urinary incontinence in the postpartum period varies from 10.5% to 63%, and it is a condition that affects women's quality of life. It is connected to multiple risk factors, and diagnosis can be difficult due to insufficient data. The main aim of this research was to determine the prevalence and risk factors of urinary incontinence in the postpartum period (up to 12 months) at the Humanitarian Hospital Foundation Pablo Jaramillo C. and the Municipal Foundation for Women and Children in Cuenca, Ecuador. Between September 2024 and February 2025, 133 women participated in a cross-sectional and descriptive study. The International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form was one of the instruments employed to collect data from the participants. According to the findings, urine incontinence was highly prevalent (66.9%), with stress incontinence accounting for the majority of cases (28.6%). The first four months had a greater frequency of urine incontinence (50.38%) when comparing the months postpartum and urinary incontinence ($p=0.042$). Moreover, a positive association was found between the months postpartum ($p<0.001$) and quality of life and parity ($p=0.027$); the severity of UI was associated with the months postpartum ($p=0.013$), the kind of UI ($p<0.001$), and the quality of life level ($p<0.001$) To sum up, the high incidence of UI in the postpartum phase, particularly during the first four months, emphasizes how critical it is to establish prevention measures and interventions into effect in order to improve the health and standard of living of impacted women.

Author Keywords: pelvic floor, women, urinary incontinence, postpartum period, quality of life



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

Capítulo 1	11
1.1 Introducción.....	11
1.2 Planteamiento Del Problema	12
1.3 Justificación.....	14
Capítulo 2	17
Fundamentación Teórica	17
Embarazo y Postparto	17
Anatomía.....	18
Fisiología.....	22
Clasificación Clínica	23
Evaluación	24
Factores de Riesgo	24
Capítulo 3	26
OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo General.....	26
3.2 Objetivos Específicos	26
Capítulo 4	27
Diseño Metodológico.....	27
4.1 Tipo de estudio	27
4.2 Área de estudio	27
4.3 Universo y muestra.....	27
4.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	27
4.5 Operacionalización de las Variables (Anexo A)	28
4.6 Métodos, Técnicas E Instrumentos Para La Recolección De Información	28
4.7 Procedimientos.....	29
4.8 Plan De Tabulación y Análisis.....	30
4.9 Aspectos Éticos	30
Capítulo 5	33
Resultados	33
Capítulo 6	39
Discusión.....	39

Capítulo 7	44
Conclusiones Y Recomendaciones	44
7.1 Conclusiones	44
7.2. Recomendaciones.....	44
Referencias	45
Anexos	51

Índice de figuras

Figura 1. Prevalencia de Incontinencia Urinaria en Mujeres Posparto en Instituciones de Salud de la ciudad de Cuenca, Septiembre 2024 - Febrero 2025..... 34

Índice de tablas

Tabla 1. Caracterización de las variables sociodemográficas, condiciones generales de salud e historial gineco-obstétricas de las participantes.	33
Tabla 2. Descripción de las variables analizadas con el ICIQ-UI SF.....	35
Tabla 3. Relación entre la Incontinencia urinaria y las variables sociodemográficas, las condiciones generales de salud y el historial gineco-obstétrico.....	36
Tabla 4. Relación entre el tipo de incontinencia urinaria y la calidad de vida	37
Tabla 5. Relación entre el nivel de calidad de vida y las variables incontinencia urinaria, paridad y meses posparto.	37
Tabla 6. Relación entre la severidad y las variables meses posparto, tipo de IU y nivel de calidad.....	38

Agradecimientos

Agradecemos a nuestra tutora de tesis Mg. Ana Zeas, por guiarnos y apoyarnos desde el primer día, la experiencia y el conocimiento que hemos adquirido durante este tiempo es gracias a su acompañamiento, paciencia e inteligencia.

Agradecemos a nuestros padres y hermanos, por acompañarnos durante todo este proceso, su apoyo ha sido un pilar importante para nuestra autoconstrucción como profesionales y para forjar el carácter que nos ayudará a afrontar nuestro camino.

De igual forma, agradecemos a nuestros amigos Ángeles, Michael y Mateo por la bonita amistad que hemos formado desde los primeros ciclos, por su apoyo y por convertir los malos momentos en bonitas experiencias.

Damos gracias a Argentina, por recibirnos como estudiantes de intercambio, por las bonitas amistades que formamos allá, que nos ayudaron a crecer tanto profesional como emocionalmente, por los choris, los lomitos, las facturas y el vino Toro.

Gracias a la computadora de Cinthya y al sistema inmunológico de Vale por aguantar hasta el último día de este trabajo.

Por último, gracias Cinthya y Valeria, por su esfuerzo, paciencia y por mantener la amistad hasta el último.

Dedicatorias

Dedico este gran paso hacia mi vida profesional primero a Dios, por acompañarme en cada paso desde mi niñez, por darme sabiduría, resiliencia y capacidad de decisión. Gracias por poner en mi camino a esta bella carrera humanitaria y por colocar a grandes personas que han hecho todo este proceso una gran etapa.

Dedico este gran logro a la Valeria del pasado, por creer en ti misma, por tomar la decisión con miedo, por soportar y sobrellevar de la mejor manera todas aquellas cosas difíciles que tuviste que superar.

Dedico mi vida profesional a mis padres y hermanos, por apoyarme desde el inicio de mi vida académica, por brindarme su tiempo, su amor, su paciencia y darme grandes consejos que forjaron mi carácter y me permitieron ser la persona que orgullosamente soy actualmente. También a mi mejor amigo y compañero de vida, por saber estar, por apoyarme en cada decisión, por darme palabras de aliento y sobre todo por tomar mi mano desde el inicio de esta bonita etapa.

A mi mejor amiga, a mis amigos y amigas, que bonito haber coincidido y haber superado muchas cosas juntos. A mi roomie y colega, Cinthya, por haber tomado la decisión juntas de emprender un gran viaje que forjaría nuestro carácter y vida profesional, sin ti mi experiencia no hubiera sido igual.

A mis ángeles del cielo, por estar conmigo en diferentes etapas de mi vida, los extraño mucho.

Valeria Sangacha

Dedicatorias

Qué afortunada soy al tener algo que hace las despedidas tan difíciles. Este trabajo es el último paso dentro de un largo viaje lleno de esperanza, amor, llanto, sacrificio y sobre todo humanidad. Me encantaría dirigirlo a quienes estuvieron en él, a quienes escucharon, apoyaron y trataron de entenderme cuando yo no podía.

A mis papás, por siempre ayudarme a volar, a mi mamá que nunca dudó, que no se cansó de escucharme y protegerme, a mi papá que se mantuvo firme cuando yo no pude, a mi hermanito a quien le debo todas mis ganas de vivir y a mi primo que ha sido el más orgulloso de mis logros.

A mis amigos y amigas del colegio, de quienes aprendí el verdadero significado de la lealtad, la aceptación y la resiliencia, a quienes espero poder devolverles al menos la mitad de alegrías y colores que han traído a mi vida.

A mi compañera de viajes, roomie y ahora orgullosamente mi colega, Vale, por ayudarme a ser auténtica y permanecer fiel a nuestras convicciones, mismas que nos permitieron estar aquí.

Y, por último, a la pequeñita de vestido rojo de la foto de mi mesa de noche le quiero decir que a pesar de que lloraba dudando lograrlo, hoy eres Kinesióloga. Brillas con la intensidad del sol y te reflejas en tus pacientes porque eres un ser humano capaz de sentir y eso te hace una gran profesional, siempre voy a estar orgullosa de ti y de todo lo que eres porque estás destinada para cosas increíbles. Y cuando tengas miedo, hazlo, así estés aterrada hasta lo más profundo de tu alma.

Cinthy Pacheco

Capítulo 1

1.1 Introducción

La incontinencia urinaria (IU) es una condición clínica común que afecta a un número significativo de personas a nivel mundial. Diversos estudios han demostrado su prevalencia, estimada en un 25.7% en países en vías de desarrollo, lo que la convierte en un problema de salud pública importante. Se ha evidenciado que esta afección impacta principalmente a las mujeres, con un 10% de la población femenina adulta afectada por esta condición (1,2).

La clasificación más conocida de este problema de salud menciona tres tipos de incontinencia urinaria: de esfuerzo (IUE), de urgencia (IUU) y mixta (IUM), puesto que son las más frecuentes en la práctica clínica. Además, se reconoce la enuresis nocturna, caracterizada por la pérdida involuntaria de orina durante el sueño (3).

La Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA) en el año 2010, incluyó tres nuevos tipos de incontinencia como la incontinencia postural, que hace referencia a pérdidas de orina relacionada por los cambios posturales; la incontinencia urinaria insensible en donde la paciente desconoce la razón de la pérdida de orina; y la incontinencia coital, misma que ocurre durante la penetración o el orgasmo (3).

En la práctica clínica, la evaluación de los signos y síntomas asociados a esta condición de salud es común, pero a menudo se omite la valoración de la calidad de vida, un aspecto fundamental para establecer un abordaje terapéutico ideal para tratar a la paciente. Diversos estudios a lo largo de los años han analizado este factor, obteniendo resultados que indican una calidad de vida menor en mujeres con incontinencia urinaria, y está influenciada por el grado de severidad y el tipo de incontinencia (4).

En el estudio realizado por Astrom et al. en el año 2021 en Suecia, demostró que el factor que determina la calidad de vida con mayor predominancia es la severidad de incontinencia urinaria más no el tipo de incontinencia. Además, mostró que el uso de tecnologías de la información y de la comunicación ha facilitado que más mujeres busquen ayuda a través de medios alternativos a la atención sanitaria tradicional (5).

Pizzol, en una revisión sistemática, también demostró la relación entre la baja calidad de vida y la presencia de incontinencia urinaria en mujeres adultas. Este estudio relacionó factores como las comorbilidades presentes, la prescripción médica de tratamientos diuréticos y condiciones secundarias al uso de elementos como pañales que predispone la presencia de dermatitis asociada a la incontinencia, afectando aún más a la condición subyacente. Finalmente, este estudio también asoció los bajos resultados que determinan la calidad de vida con los factores

psicosociales que se ven afectados por la incontinencia, como la presencia de sentimientos de vergüenza que conduce a una serie de cambios en sus actividades cotidianas y de la misma manera, se puede asociar a afecciones de salud mental que también podrían desencadenarse, como depresión y ansiedad (6).

Gao et al. identificaron varios factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres primíparas, como el índice de masa corporal, diabetes gestacional, método de parto, anestesia, epidural, aborto, duración de la segunda etapa del trabajo de parto, peso del recién nacido y duración del parto (7).

Un metaanálisis realizado por Hage-Fransen et al. evidenció que la probabilidad de padecer IUE posparto es mayor cuando la madre presenta esta incontinencia urinaria desde el embarazo (8). Por otro lado, estudios retrospectivos han demostrado que la incontinencia urinaria de esfuerzo persiste en un 16.5% de las mujeres después del parto, siendo la edad materna mayor a 35 años y el número de semanas de gestación factores influyentes (9).

La etiología de la Incontinencia Urinaria en el posparto se asocia con cambios anatómicos, fisiológicos y hormonales que afectan al sistema urinario y piso pélvico de las mujeres embarazadas, así como el tipo de parto y el número de embarazos (10).

A lo largo de los años, esta condición de salud se ha visto infradiagnosticada en la mayor parte de la población femenina adulta, razón por la cual esta investigación proporcionará información que permita a las pacientes tomar decisiones informadas sobre su salud y, a su vez, contribuir a mejorar su calidad de vida, como parte de sus Derechos Sexuales y Reproductivos. Asimismo, se espera que los resultados proporcionen a los profesionales de la salud información actualizada sobre los factores de riesgo que pueden incidir directamente en este problema de salud, lo que facilitará un abordaje más efectivo en su tratamiento.

1.2 Planteamiento Del Problema

La incontinencia urinaria es definida por la Asociación Internacional de Uroginecología como la pérdida involuntaria de orina, lo cual permite clasificar este trastorno según síntomas clínicos. Los tipos más comunes incluyen a la incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia y mixta (11). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de IU en la población oscila entre el 9.9% y 36.1%, afectando hasta dos veces más a mujeres adultas que a hombres. La incontinencia urinaria está vinculada a factores como enfermedades crónicas y limitaciones en el acceso a instalaciones sanitarias (12).

La presencia de incontinencia urinaria a lo largo de todas las etapas de la vida requiere un análisis detallado de sus principales desencadenantes, especialmente en el grupo de mujeres posparto. Este fenómeno puede estar vinculado a cambios anatómicos y funcionales asociados tanto al embarazo como al parto. Se considera que uno de los antecedentes más importantes en el caso de las mujeres posparto es el trauma en el piso pélvico, mismo que se define como lesiones que afectan a las estructuras anatómicas y que comúnmente ocurre durante el primer parto vaginal, en donde la lesión causada por ruptura de tejido, estiramiento o compresión podría ser vaginal, anal o perineal. Se estima una prevalencia del 91% en mujeres nulíparas y del 70% en mujeres multíparas (11).

La International Continence Society (ICS) en el año 2022, estableció una terminología para los trastornos del piso pélvico, que incluye los tres tipos de IU durante el período inmediatamente posterior al parto, hasta los primeros 12 meses (11).

Existe una falta de datos precisos sobre la prevalencia y factores de riesgo asociados a la incontinencia, tales como el tipo de parto, la edad gestacional, la macrosomía fetal, entre otros, que influyen de manera significativa en la incidencia de esta condición. La incontinencia urinaria afecta significativamente la calidad de vida, impactando en la salud mental y limitando la vida laboral. Un estudio realizado por Chow et al. en el año 2022 evidenció que la incontinencia urinaria es un factor de riesgo independiente para la ansiedad y depresión, además, afecta la productividad laboral, ya que está relacionado con una limitación para iniciar el trabajo, continuarlo, mantenerse concentrado e interactuar con sus pares en el ambiente laboral (13). En Ecuador, la falta de datos actuales sobre su prevalencia y factores de riesgo ha limitado la respuesta del Sistema Nacional de Salud.

Se identificó que el número de mujeres que padecen esta afección varía en diferentes regiones a nivel mundial, pues su prevalencia se encontró aproximadamente entre el 10 al 63%, situación asociada a los estándares médicos de cada región y a la importancia que se le otorga a este problema. De igual forma, una revisión sistemática y metaanálisis realizado por Dai et al., demuestra que la incidencia de la Incontinencia Urinaria Posparto se encuentra alrededor del 26% (14).

Un estudio realizado en Ambato, Ecuador con una muestra de 120 mujeres nulíparas y multíparas de entre 25 a 35 años, demostró que la prevalencia de incontinencia urinaria posparto se encontró en un 85%; esta investigación observó que existía una mayor probabilidad en mujeres mayores a 31 años debido a cambios fisiológicos genitourinarios, además, la relación

entre paridad e incontinencia urinaria después del parto presentaba una relación directa debido a una mayor proporción de casos en el grupo de mujeres multíparas (15).

La relevancia de este problema en la salud pública y la escasa atención que se le brinda, justifican estudios que generen datos actualizados para mejorar la atención sanitaria y los diagnósticos en el país. Además, su actualización aportará a un mejor resultado durante las intervenciones fisioterapéuticas mejorando la calidad de vida de las pacientes, lo cual estará guiado con una mejora en su educación sobre el tema.

Es por tal motivo que, el presente estudio busca responder la pregunta de investigación ¿cuál es la prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria en mujeres posparto en Instituciones de Salud de la Ciudad de Cuenca en el período Septiembre 2024 - Febrero 2025?.

1.3 Justificación

La revisión sistemática acerca de la calidad en el Servicio de Salud del Ecuador revela que el género femenino es el que más acude a estas instituciones, sin embargo, se encontraron barreras que impiden una atención de buena calidad como la falta de empatía, fiabilidad y la capacidad de respuesta (16). El mal servicio que se brindan en las instituciones médicas, provoca que no se brinde un diagnóstico adecuado a las diferentes enfermedades que se presentan, como es el caso de la incontinencia urinaria, trastorno que representa un gran impacto frente a otras enfermedades (17).

De la misma manera, una investigación realizada en la atención primaria de la OSI Araba analizó que de 4728 personas, el 13% de la muestra presentaba IU, sin embargo, solo el 4.7% tuvo una intervención adecuada (18). Un estudio realizado en Nashville también observó que la incontinencia urinaria representa el segundo síntoma más frecuente del tracto urinario inferior después del parto con un 19.5 % (19). Sin duda, esta condición representa una prioridad dentro del sistema de salud, no obstante, su falta de interés por parte del sistema provoca que su diagnóstico y tratamiento carezca de objetividad y una evaluación guiada.

En el caso del período posparto se realizó un estudio con 2930 mujeres en esta etapa, de las cuales 49.4% presentaban síntomas de incontinencia urinaria y sólo el 40.3% de este grupo fueron consultadas por sus respectivos ginecólogos. El 63.4% de las participantes refirieron que preferirían mayor interés de parte de los profesionales. Es necesario recalcar que los profesionales concienticen sobre la aparición de este trastorno, a fin de realizar una evaluación terapéutica objetiva (20). Adicionalmente es importante mencionar que se debe direccionar el tratamiento hacia un enfoque en el cual se pueda mitigar el estigma acerca de la IU posterior al

parto y minimizar emociones negativas como la vergüenza y la incomodidad que se asocian con este trastorno (21).

Una investigación de 406 mujeres determinó que el 21.9% de las participantes presentaban IU después del parto, el 62,9% de las mujeres experimentaron incontinencia urinaria por estrés, mientras que la incontinencia urinaria mixta y de otro tipo representó el 23.6% cada una. Algunas características sociodemográficas y obstétricas como mujeres entre los 18 y 34 años, con educación secundaria, amas de casa, IMC alto, con un periodo posparto de 8 semanas a 4 meses y multíparas, demostraron ser factores de riesgo para la IU. Por otro lado, dentro de estos mismos grupos se pudo evidenciar un aumento significativo de las puntuaciones de depresión en las mujeres que presentaron síntomas, lo cual se asoció con el dolor, las reacciones emocionales, la disminución del nivel de energía, el aislamiento social y los problemas de sueño, demostrando así que también se encuentra perjudicada su calidad de vida (22). Si bien es cierto que la IU no representa una urgencia sanitaria, si impacta significativamente en el estilo de vida de las pacientes, independientemente de la gravedad de su condición, la cual a largo plazo también se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo de diversas enfermedades asociadas al sedentarismo, ya sean metabólicas o cardiovasculares. La Incontinencia Urinaria también representa un alto riesgo de costo económico, como se observa en una revisión de literatura en la que se concluye que en países desarrollados la carga que representa esta condición es notoria cuyo costo directo anual varía entre 150 a 32000 dólares aproximadamente. Sin embargo, en países latinoamericanos no se han realizado las investigaciones pertinentes que permitan reconocer las implicaciones económicas de esta disfunción (23).

Actualizar esta información permitirá reconocer de manera más amplia el impacto en las personas que lo padecen y así poder brindar opciones más accesibles.

Para que el personal de salud logre una evaluación eficaz debe tener en cuenta todas las variables que se asocian a la patología, como síntomas, etiología y los factores de riesgo biopsicosociales, para lograr conseguir un diagnóstico acertado. Para ello, se encuentran herramientas de valoración validadas por grandes investigaciones y utilizadas en la práctica clínica, como la International Consultation on Incontinence Questionnaire - Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF), instrumento utilizado comúnmente en disfunciones del sistema urinario, específicamente en la Incontinencia Urinaria (15,20).

A pesar de que representa un problema de salud pública, se han realizado muy pocas investigaciones a nivel nacional por lo cual se ha perpetuado la falta de prevención y tratamiento oportuno, en el caso de la población que presenta esta condición.

Investigaciones que indiquen la prevalencia, su posible etiología y factores de riesgo asociados, permitirán reconocer su impacto real en la sociedad para guiar una atención objetiva, sentando también bases académicas para profesionales y consecuentemente, futuras investigaciones. Visibilizar el problema permitirá crear políticas públicas que favorezcan a la población que presenta esta condición, así como mejorará el abordaje realizado a fin de brindar una atención integral, acompañada de un diagnóstico claro y preciso, un tratamiento individualizado y óptimo junto con un seguimiento periódico.

Trabajar junto con instituciones especializadas en el área maternal permitirá cumplir con el objetivo de actualizar la información acerca de la Incontinencia Urinaria después del parto, es por ello que se ha seleccionado al Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo C. y el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño puesto que al ser establecimientos que priorizan la atención en esta área, permitirá que el estudio cuente con una muestra extensa y fiable. En relación a la difusión de los resultados obtenidos en esta investigación se usarán estrategias como presentaciones académicas destacando los hallazgos más relevantes, así como publicaciones científicas a través de la elaboración de un artículo que permita contribuir al avance del conocimiento y a la toma de decisiones informadas.

Finalmente, el presente proyecto para tener un impacto académico se encuentra dentro de las líneas de investigación en Salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud, y la línea de Salud Integral, Sexual y Reproductiva por ciclos de vida de la Universidad de Cuenca, esperando de esta manera contribuir con información actualizada y relevante ante la problemática planteada.

Capítulo 2

Fundamentación Teórica

Embarazo y Postparto

El Instituto Nacional de Salud (NIH) define el embarazo como un periodo de hasta 41 semanas en el cual el feto se desarrolla dentro del útero, mientras que la Enciclopedia Británica lo define como una serie de cambios corporales resultantes del desarrollo fetal (24,25).

El postparto, según la Biblioteca Nacional de Medicina, es el periodo posterior al nacimiento del feto, en el que los cambios fisiológicos y anatómicos regresan a su estado previo al embarazo (26,27). Este periodo inicia tras la finalización de todo el proceso de parto; en el caso de ser de tipo vaginal, se desarrolla de forma que represente un traumatismo mínimo para la madre mientras que en ocasiones se opta por una cesárea según las circunstancias, en la que se realiza una laparotomía e histerotomía para permitir el nacimiento del feto, esto aumenta los riesgos quirúrgicos de la madre, no obstante en comparación con el parto vaginal, este disminuye los casos de lesión perineal y alteraciones del piso pélvico. Este procedimiento se asocia con una menor prevalencia de IU y prolapso de órganos pélvicos a corto plazo (27).

A este período se lo conoce también como puerperio y en el año 2018 el American College of Obstetricians and Gynecologists lo denominó el “cuarto trimestre”, destacando la importancia de las primeras 12 semanas posteriores al nacimiento (27).

Aunque no hay consenso sobre la duración exacta del posparto, se identifican períodos críticos como la *fase aguda* que comprende las primeras 6 a 12 horas posteriores al desprendimiento de la placenta, la *fase temprana* que comprende los 7 primeros días hasta las 6 semanas, y la *fase tardía* que va desde la sexta semanas hasta aproximadamente los 6 meses. Durante este periodo, es esencial evaluar la salud física, social y psicológica de la madre (27,28).

Cambios del posparto por fases

a. Fase aguda:

Al ser un período corto de cambios rápidos, existen altas posibilidades de crisis inmediatas como hemorragia postparto, inversión uterina, embolia de líquido amniótico y eclampsia (28). También es común la fatiga, con frecuencia cardíaca y presión arterial elevadas, que deben normalizarse hacia el segundo día. Se evidencia también la pérdida de peso de aproximadamente 5 a 6 kg, debido a la expulsión de los productos gestacionales y a la pérdida de sangre durante el parto (28).

b. Fase subaguda o temprana:

Los principales cambios incluyen ajustes hemodinámicos y metabólicos, variaciones emocionales y recuperación del sistema genitourinario (28).

c. Fase tardía:

Abarca cambios graduales y de menor riesgo, donde se revierten las alteraciones del sistema genitourinario. Sin embargo, algunas condiciones, como la incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia fecal, prolapso uterino, cistocele y rectocele, pueden persistir (28).

Anatomía**Anatomía esquelética pélvica**

La pelvis está conformada por el sacro, el cóccix y los huesos coxales, que incluyen el ilion, isquion y pubis. Estos se unen en la parte posterior a través de la articulación sacroilíaca, reforzada por los ligamentos sacroilíacos anteriores y posteriores. Los ligamentos anteriores limitan el movimiento ascendente del sacro y lateral del ilion, mientras que los posteriores restringen el movimiento vertical del sacro y medial del ilion (29,30).

Anteriormente los coxales se articulan en la sínfisis púbica por medio de un anillo de fibrocartilago que está reforzado por los ligamentos púbicos superior, inferior, anterior y posterior. Durante el periodo de gestación, esta articulación está sometida a un alto estrés debido a fuerzas de tensión, compresión y cizallamiento (30). La pelvis femenina es más ancha y menos profunda que la masculina, con un contorno circular, lo que facilita el parto (29).

La pelvis se divide en dos áreas: la pelvis falsa (mayor) y la pelvis verdadera (menor). La pelvis falsa está delimitada por las vértebras lumbares, las fosas ilíacas y el abdomen inferior, y contiene el músculo psoas ilíaco (27). La pelvis verdadera aloja órganos del sistema digestivo y genitourinario, y se divide en cuatro planos:

- A. Estrecho superior: Delimitado por el promontorio sacro y ramas púbicas, es fundamental en el parto, ya que el encajamiento de la cabeza fetal aquí facilita el nacimiento (27,29).
- B. Estrecho inferior: Al nivel de las espinas isquiáticas, con diámetros antero-posterior, sagital y transversal, no suele obstruir el parto vaginal (27,29).

Cavidad abdominal**a. Diafragma torácico**

Es el principal músculo respiratorio que separa la cavidad abdominal y torácica. Consta de porciones costal y crural, que se originan en el esternón, cartílagos de las últimas seis costillas, y vértebras L1-L3, convergiendo en el tendón central, cercano al pericardio. Inervado por el nervio frénico (C3-C5), su contracción aumenta la cavidad torácica y la presión intraabdominal, facilitando funciones como la defecación, micción, el parto y la estabilidad del tronco (29,31).

b. Órganos Intrapélvicos:

Los órganos intrapélvicos, ubicados en la pelvis menor, incluyen la vejiga, uretra, útero, vagina y genitales externos sumados al recto como el componente terminal del aparato digestivo (29).

c. Vejiga:

Se encuentra entre el pubis y la vagina. Consta de dos partes: el domo, que es delgado y distensible, y la base, más gruesa y menos flexible. Puede almacenar hasta 500 ml de orina. El músculo detrusor, de tipo liso, recubre la vejiga y está inervado por el plexo hipogástrico inferior (29).

d. Uretra:

Conducto de 3 a 4 cm que excreta orina. Sus cuatro capas incluyen el tejido mucoso, submucosa, tejido esponjoso y una capa muscular. El esfínter urogenital, compuesto mayormente por fibras de tipo I, ayuda a mantener el tono basal de la uretra (29,32).

e. Vagina:

Tubo muscular de 9 a 10 cm ubicado entre la vejiga y el recto. Su pared está formada por epitelio plano estratificado y tejido muscular liso, colágeno y elastina. La porción diafragmática se conecta con músculos del suelo pélvico (27,29).

Pared abdominal

La pared abdominal anterior está formada por piel, fascia y los músculos abdominales, ordenados de superficial hasta profundo (27,29).

a. Oblicuo externo del abdomen

Músculo superficial que se extiende desde las costillas 5 a 12 hasta la cresta ilíaca y línea alba. Bilateralmente comprime el abdomen y flexiona la columna unilateralmente permite la flexión lateral y rotación contralateral de la columna (29,31).

b. Recto del abdomen

Músculo largo que va desde la sínfisis púbica hasta el tórax. Su función principal es la flexión de la columna, aunque también participa en la compresión abdominal para funciones como la defecación, micción y parto (29,31)

c. Oblicuo interno

Músculo intermedio que se origina en la cresta ilíaca y fascia toracolumbar. Bilateralmente, ayuda a comprimir el abdomen y flexionar la columna, mientras que unilateralmente permite la flexión lateral y rotación ipsilateral. Tiene un papel en la estabilidad y compresión abdominal, su función se centra en ajustar la presión dentro del abdomen en coordinación con otros músculos, especialmente el transverso del abdomen (29,31).

d. Transverso abdominal

Principal modulador de la presión intraabdominal, con fibras que estabilizan la región lumbopélvica y colaboran en la suspensión del contenido abdominal. Su actividad en coordinación con el suelo pélvico, ayuda en la continencia y estabilización durante los movimientos de rotación (29,31).

Suelo pélvico

El piso pélvico está compuesto por el diafragma pélvico, que a su vez está formado por el elevador del ano y el isquiococcígeo en su componente muscular, sumado a los componentes fasciales que se proyectan desde el pubis, el cóccix, y las paredes de la pelvis. El diafragma pélvico separa la cavidad pélvica y el periné (27,29,31).

El músculo elevador del ano está compuesto por tres haces:

- a. Puborrectal:** se origina en la sínfisis púbica y posteriormente se relaciona con el recto, tiene como función la elevación del piso pélvico, se ubica debajo del pubococcígeo (30,31).
- b. Pubococcígeo:** se origina en el arco tendinoso y en la porción posterior del pubis, se inserta en el ligamento anococcígeo y el cóccix. Mantiene el tono del piso pélvico, resiste el aumento de presión intraabdominal durante la espiración forzada, la micción y la defecación (30,31)
- c. Iliococcígeo:** se origina en la espina isquiática y se inserta en el coxis. Se encarga del control voluntario de la micción, y comprende la porción posterior del elevador del ano (30,31).

Músculo coccígeo

Tiene forma triangular y se ubica en la parte posterior del anillo pélvico, se origina en la espina isquiática y se inserta en el sacro inferior y porción superior del cóccix. Sostiene y mantiene la posición de los órganos pélvicos. Durante el embarazo es el principal soporte de la cabeza fetal y tracciona el coxis en sentido anterior durante la defecación y el parto (29,30).

Cuerpo perineal

Constituye una masa fibromuscular que se ubica en la unión del triángulo urogenital y anal. Su tamaño se establece entre 3.5 a 5 cm y se evidencia un estiramiento durante el embarazo y el trabajo de parto, siendo de más del 65% en este último. Este componente representa un punto de unión y apoyo para varias estructuras ubicadas en diferentes planos, teniendo así una diferenciación entre un plano superficial y profundo (27,29). El periné es la región inferior al diafragma pélvico y la musculatura está dispuesta en dos planos, superficial y profundo (27,29).

- a. **Plano superficial:** músculo bulboesponjoso, isquiocavernoso, transversal superficial del periné (31).
- b. **Plano profundo:** transverso profundo del periné, compresor de la uretra, esfínter uretrovaginal y el esfínter externo de la uretra, contribuyen con la micción y la compresión vaginal (27,29,31).

Triángulo urogenital

Limitado por las ramas del pubis, las tuberosidades isquiáticas y los músculos transversos superficiales del periné. La membrana perineal diferencia una porción superficial y profunda. La porción superficial es un compartimento cerrado por la presencia de la continuación de la fascia de Scarpa y de Colles en el periné. Contiene estructuras como las glándulas de Bartholin, bulbos vestibulares, clítoris y los músculos isquiocavernosos, bulboesponjoso y transverso perineal superficial (27,29).

- a. **Isquiocavernoso:** se insertan en la cara medial de la tuberosidad isquiática y sobre la rama isquiopúbica, anteriormente se relacionan con el pilar del clítoris y contribuye a mantener la erección al restringir el drenaje venoso (31).
- b. **Bulboesponjoso:** anteriormente se inserta en el cuerpo del clítoris y en la membrana perineal posteriormente. Tienen como función la constricción de la luz vaginal, contribuyen con la erección del clítoris puesto que comprime la vena dorsal profunda del clítoris (31).

c. Transverso superficial del periné: se inserta en las tuberosidades isquiáticas y en el cuerpo perineal. Tiene como acción principal la estabilización del cuerpo perineal (31).

Entre los músculos profundos del periné se encuentra el músculo transverso profundo del periné y algunas porciones de la arteria pudenda interna conjuntamente con los músculos del complejo esfintérico urogenital compuesto por el esfínter externo de la uretra, el compresor de la uretra, el esfínter uretrovaginal y el esfínter externo del ano. El transverso profundo del periné se inserta en el cuerpo perineal y tiene como función estabilizar el periné en sentido lateral (27,29).

Triángulo anal

Se ubica en la región perineal posterior y contiene el canal anal, el complejo del esfínter anal y las fosas isquioanales. El complejo esfinteriano está compuesto por el esfínter anal externo, el músculo puborrectal y el esfínter anal interno (27,29).

Fisiología

La micción

Es el proceso por el cual se da la eliminación de la orina desde la vejiga, y se divide en dos ciclos de almacenamiento y vaciado. Inicialmente la presión intravesical aumenta cuando el volumen de orina en la vejiga excede los 200 a 400 ml, generando que los receptores de estiramiento transmiten señales hacia la médula, específicamente hacia el centro de la micción en S2 y S3 por lo que se desencadena el reflejo miccional. Posteriormente por los impulsos parasimpáticos se da una acción coordinada entre la contracción del músculo detrusor y la relajación del esfínter uretral interno (29,31).

a. Continencia:

Se define como el proceso fisiológico por el cual las estructuras de sostén y soporte de piso pélvico, permiten manejar las crecientes presiones intraabdominales a fin de mantener la presión intrauretral mayor que la presión intravesical, evitando las pérdidas involuntarias de orina durante las diferentes actividades (29,30).

b. Incontinencia Urinaria:

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) en conjunto con la IUGA, definen a la incontinencia urinaria como una condición clínica que consiste en síntomas como la “queja de pérdida involuntaria de orina” (3). Este es un problema de salud que afecta a 2 de cada 3 mujeres y el tipo de incontinencia que se presente varía entre la población debido a factores como edad, etnia, género, paridad, obesidad y menopausia (33).

La clasificación de los síntomas de incontinencia urinaria ha sido establecida por la ICS, identificando así los tres tipos más comunes entre la población, como son la incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia y mixta. Seguidamente se mencionan otros tipos de presentación clínica cuyos síntomas no corresponden a las anteriormente mencionadas como son la incontinencia postural, nocturna, continua, entre otras (3).

Clasificación Clínica

- a. **Incontinencia urinaria de esfuerzo:** pérdidas involuntarias de orina frente a un esfuerzo o ejercicio físico, como diferentes actividades deportivas, toser o estornudar (3). Estas actividades incrementan la presión intra abdominal, por sobre el nivel de la presión intravesical e intra uretral (29). Por medio de un estudio realizado en naciones europeas occidentales, se determinó que es el tipo de incontinencia más común, seguida de incontinencia urinaria mixta y de urgencia. La IUE, es el tipo de incontinencia que predomina en la población joven en el rango de edad de 25 a 49 años (33), teniendo en cuenta también que en el caso de mujeres de edad avanzada, cuenta con una prevalencia del 40% en la población femenina mayor a los 70 años (34).
- b. **Incontinencia urinaria de urgencia:** pérdidas involuntarias de orina por la uretra, acompañadas o precedidas de un fuerte deseo miccional, mismo que no puede ser postergado (3). Se conoce actualmente que este síntoma pertenece al Síndrome de Vejiga Hiperactiva, mismo que se manifiesta clínicamente con urgencia ya sea con presencia o no de incontinencia. En el caso de que el deseo miccional urgente esté acompañado de incontinencia se clasifica como SVH húmedo, y en el caso de que no estén presentes estas pérdidas de orina se conoce como SVH seco. Esta condición clínica es la más frecuente entre mujeres adultas mayores (33).
- c. **Incontinencia urinaria mixta:** se presenta cuando las pérdidas involuntarias de orina están asociadas tanto a esfuerzos físicos como a urgencia miccional. Se estima que alrededor del 33% de los casos de IU, pertenecen a este tipo, mismo que es más frecuente en mujeres de mediana edad entre 40 a 60 años de edad (33).
- d. Existen otros tipos de incontinencia como la IU por rebosamiento, la enuresis nocturna, la IU continúa, la IU insensible, la IU coital (IUC), la IU refleja y la IU funcional (3).

Evaluación

Para evaluar las disfunciones del suelo pélvico, existen múltiples herramientas, siendo el Cuestionario de Consulta Internacional sobre Incontinencia Urinaria - Formulario Abreviado (ICIQ-UI SF) una de las más relevantes, especialmente en el ámbito clínico de investigación. Este cuestionario, altamente recomendado y validado con un 90% de sensibilidad y un 85% de especificidad, se considera el “estándar de oro” para medir la severidad de la incontinencia urinaria (35). El ICIQ-UI SF evalúa la frecuencia de pérdidas urinarias, cantidad, impacto en la calidad de vida y situaciones desencadenantes, generando una puntuación entre 0 y 21 puntos: leve (1 - 5), moderada (6 - 12), severa (13 - 18) y muy severa (19 - 21) (36). Además, permite obtener información sobre el tipo de incontinencia y monitorear el progreso tras una intervención (29,35,37).

El Inventario de Distrés Urogenital 6 (UDI-6), con seis ítems, evalúa el impacto de la incontinencia en la calidad de vida, abordando frecuencia urinaria, urgencia, pérdidas con actividad física, dificultad para vaciar la vejiga y molestias (35). El IIQ-7, también específico para la incontinencia urinaria, mide el impacto psicosocial en siete áreas como las tareas del hogar y la salud emocional, puntuando de 0 a 100 (35). Otras herramientas incluyen el diario miccional para registrar la actividad urinaria, el Pad Test que cuantifica las pérdidas de orina, y las pruebas de esfuerzo para detectar la incontinencia de esfuerzo. En casos complejos, los estudios urodinámicos como la flujometría y cistometría aportan evaluaciones más detalladas (29).

Factores de Riesgo

La incontinencia urinaria es un problema de salud común, con mayor incidencia en la población femenina, que se produce por una alteración tanto en el sistema anatómico como en el funcionamiento correcto del suelo pélvico, por lo que comprender cuales son los factores que aumentan el riesgo de padecer esta disfunción es clave para prevenir, entender y tratar estos escapes de orina involuntarios.

Factores como la diabetes mellitus gestacional (DMG) y la edad materna aumentan el riesgo de desarrollar IUE posparto en mujeres multíparas, debido a la disfunción muscular y la pérdida de tono fascial (38–40). Además, el parto vaginal y el aumento del IMC son factores adicionales de riesgo (41).

El parto vaginal, especialmente si es de un bebé de gran peso, puede causar lesiones en los músculos y nervios del suelo pélvico, mientras que el exceso de tejido adiposo, especialmente

en la zona abdominal, aumenta la presión intraabdominal, y afecta negativamente la función de la vejiga y el suelo pélvico (42,43).

En cuanto a la paridad, se ha demostrado que constituye como factor de riesgo, ya que las mujeres multíparas presentan cambios estructurales más pronunciados en el suelo pélvico, lo que aumenta el riesgo de incontinencia urinaria en el posparto (44).

Además, la analgesia epidural durante el parto y el alto peso fetal al nacer están asociados con un mayor riesgo de IUE, ya que la analgesia epidural a menudo lleva a partos vaginales instrumentalizados, lo que puede agravar el daño en el suelo pélvico, así como el mayor estrés que genera el peso del bebé hacia las estructuras pélvicas llevando a una posición anormal de la vejiga y la uretra. Las enfermedades cardiovasculares y renales crónicas también se vinculan con la presencia de incontinencia urinaria (45,46), ya que contribuyen a la disfunción muscular y pueden generar mayor necesidad de orinar debido a la liberación de péptidos natriuréticos, que estimulan a su vez la natriuresis y por ende la necesidad de orinar (45).

Finalmente, el estreñimiento es un predictor importante de la vejiga hiperactiva, debido a la presión abdominal crónica generada durante la defecación, lo que puede afectar la distensión de la vejiga y causar síntomas irritativos (47).

Capítulo 3

Objetivos

3.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria en mujeres posparto en Instituciones de Salud de la ciudad de Cuenca.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a la población de estudio según las variables sociodemográficas.
- Identificar los factores de riesgo y el tipo de incontinencia urinaria en la población de estudio
- Evaluar el impacto de los factores de riesgo asociados en la incontinencia urinaria y su repercusión en la calidad de vida en las mujeres posparto.
- Correlacionar los factores de riesgo y la incontinencia urinaria con las variables de estudio.

Capítulo 4

Diseño Metodológico

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo y de corte transversal.

4.2 Área de estudio

Lugar: Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo C. y Fundación Municipal de la Mujer y el Niño

Cantón: Cuenca.

Provincia: Azuay.

4.3 Universo y muestra

4.3.1 Universo

El universo estuvo constituido por 201 mujeres.

4.3.2 Muestra

El tamaño de la muestra correspondió a 132 mujeres posparto que asisten a ambas instituciones de salud.

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q} = 132$$

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de Inclusión

1. Mujeres que se encuentren en los primeros 12 meses posparto.
2. Mujeres entre los 20 a 35 años de edad.
3. Mujeres con historial médico en el Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo C. y en la Fundación Municipal de la Mujer y el Niño.
4. Mujeres que autoricen el estudio por medio de la firma voluntaria del consentimiento informado.

4.4.2 Criterios de exclusión

1. Mujeres con antecedentes de cirugía correctiva del suelo pélvico.

2. Mujeres que estén cursando por un embarazo al momento del estudio.
3. Pacientes con antecedentes de vejiga neurogénica.
4. Pacientes que hayan tenido partos pretérminos (antes de las 38 semanas).
5. Déficit cognitivo o que imposibiliten la respuesta a las preguntas de estudio.
6. Pacientes con medicación diurética posterior al parto.
7. Pacientes con historia clínica incompleta.
8. Pacientes con antecedente de diabetes previo al embarazo.
9. Paciente con antecedente de incontinencia urinaria previo al embarazo.

4.5 Operacionalización de las Variables (Anexo A)

4.6 Métodos, Técnicas E Instrumentos Para La Recolección De Información

4.6.1 Método

Se efectuó una búsqueda y revisión bibliográfica de literatura existente y actualizada en relación al tema del presente estudio para recopilar información que servirá de base para el desarrollo del tema, entre los cuales se han encontrado estudios previos de Incontinencia Urinaria en mujeres hasta el primer año posparto.

4.6.2 Técnica

Se recolectó datos a mujeres que se encuentren en un periodo de hasta un año posparto en el Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo C. y en la Fundación Municipal de la Mujer y el Niño, a través de un cuestionario que incluye preguntas relacionadas con la edad, las condiciones generales de salud y el historial gineco-obstétrico. Además, para analizar el índice cintura- altura, se midió la altura y la circunferencia de la cintura, con herramientas como el tallímetro y la cinta antropométrica. Finalmente, se llenó el ICIQ-IU SF, formulando y explicando cada pregunta a las participantes.

4.6.3 Instrumentos

Se utilizó un tallímetro, una cinta antropométrica y un tapete antideslizante. Así como una ficha de recolección de datos y el ICIQ-UI SF (Anexo B).

4.7 Procedimientos

Autorización: previo al inicio del estudio, se solicitó la autorización mediante un oficio a la directora del Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo C. y al director de la Fundación Municipal de la Mujer y el Niño para realizar el proyecto de investigación (Anexo C).

Capacitación: las autoras del proyecto se capacitaron a través de la revisión de literatura actualizada relacionada con el tema de estudio, así como de forma práctica para la recolección de datos a fin de reducir el sesgo.

Supervisión: los avances de la investigación fueron revisados por las autoras y por la tutora del proyecto Mg. Ana Lucía Zeas, docente de la Universidad de Cuenca de la carrera de Fisioterapia.

Proceso: el presente proceso estuvo bajo la supervisión de la Mg. Ana Lucía Zeas, fisioterapeuta y docente de la Universidad de Cuenca.

1. Se dio inicio con la selección de la muestra del estudio que cumpla con los criterios de inclusión del proyecto de investigación.
2. Se envió la carta de solicitud a las autoridades pertinentes del Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo C. y de la Fundación Municipal de la Mujer y el Niño (Anexo C).
3. Se socializó el objetivo de la investigación a las participantes y al equipo multidisciplinario de salud del Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo C. y de la Fundación Municipal de la Mujer y el Niño.
4. Se solicitó la debida autorización para la recolección de información en la población de estudio a través del consentimiento informado (Anexo D).
5. Se realizó una entrevista individual para llenar la ficha de recolección de datos. El procedimiento se llevó a cabo dentro de los establecimientos de salud en donde se realizó la investigación.
6. Las herramientas de medición que se utilizaron fueron el tallímetro y la cinta antropométrica, instrumentos previamente desinfectados, que sirvieron para obtener el índice cintura- altura.
7. Previo a la medición, se explicó a la paciente el procedimiento a realizar y se pidió que se colocara sobre el tapete y descubriera su zona abdominal.
8. Para garantizar una mayor precisión de las medidas, se realizó en una superficie plana no deslizante, en bipedestación con los miembros superiores a lo largo del cuerpo y los miembros inferiores juntos.

9. La recolección de datos fue realizada por ambas autoras para disminuir el sesgo durante la entrevista y medición.
10. Al finalizar la recolección de datos se agradeció a las participantes y se desinfectaron los instrumentos utilizados antes de pasar con la siguiente participante.
11. Se registró la información obtenida en la base de datos Microsoft Excel versión 2019.
12. La información personal de la paciente se registró mediante códigos alfanuméricos para respetar la confidencialidad y privacidad de las participantes.
13. Se procesaron los datos en el programa IBM SPSS Statistics 26.
14. Finalmente se realizó la elaboración del informe final.

4.8 Plan De Tabulación y Análisis

Para el procesamiento de los datos se utilizó medidas de tendencia central como la frecuencia y el porcentaje, representados mediante gráficos y tablas simples. Para la tabulación de los datos obtenidos, a partir de la ficha de recolección de datos, se utilizó el Microsoft Excel versión 2019 y también el programa estadístico IBM SPSS Statistics 26. Para el análisis de las variables cuantitativas se usó T de Student mientras que en el caso de las cualitativas se optó por el Chi cuadrado. Finalmente, para el análisis de correlación se usó el Coeficiente Correlacional de Pearson que expresó, en valores, la existencia o no de relación entre las variables utilizadas.

4.9 Aspectos Éticos

Consentimiento Informado (Anexo D).

Confidencialidad: Para garantizar la confidencialidad durante el desarrollo del estudio, la información personal se evaluó mediante una codificación de cada participante a través de códigos alfanuméricos insertados en una base de datos digital, con el fin de no detallar datos personales de la evaluada.

Autonomía: Durante la evaluación del estudio, se brindó a cada participante un consentimiento informado, en el cual se detalló el proceso a realizar y se enfatizó que el estudio era de carácter voluntario y sin interferencia en la decisión a tomar.

Riesgo mínimo: Para disminuir al mínimo el riesgo de cualquier contagio micobacteriano que se podía presentar durante el estudio, se brindó a cada participante evaluado gel antibacterial o alcohol antes y después de la evaluación. Además, el paso a la evaluación fue de participante por participante con un lapso de 5 minutos entre evaluación para la desinfección de los instrumentos a utilizar.

Balance Riesgo - Beneficio: Durante la investigación, existió un riesgo mínimo y con una posibilidad muy reducida de que los datos pudieran filtrarse a terceras personas y pudiesen ser utilizado con otros fines. Para salvaguardar la protección y custodia de la información las investigadoras fueron las únicas personas con acceso a la misma, además al finalizar la investigación y analizar los datos se destruyó y eliminó toda la información que se recolectó. Es importante mencionar, que también existió un beneficio ya que el proyecto de investigación podrá ser utilizado como base de datos para el desarrollo de futuras investigaciones que contribuyan obtener estadísticas actualizadas sobre la prevalencia y los factores de riesgo de Incontinencia Urinaria, siendo así un aporte importante a los profesionales de la salud y para futuras investigaciones.

Protección de la población vulnerable: Para salvaguardar la protección y custodia de la información, las autoras y su directora fueron las únicas personas con acceso a la misma. Además, la evaluación fue realizada en un espacio adecuado donde se protegió la confidencialidad manteniendo discreción con las respuestas brindadas durante la entrevista de manera realizada de manera individual.

Conflicto de Interés: Para la ejecución del estudio, no existió ningún conflicto de interés por parte de las autoras debido a que no hay financiación alguna por parte de una institución pública o privada que haya interferido con la recolección, análisis o presentación de los resultados. Los datos y resultados obtenidos con el fin de un uso académico, donde todo el proceso fue manejado con responsabilidad, honestidad, respeto y discreción.

Aprobación del Comité de Bioética: En base al reglamento por parte del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos y con el fin de proteger la dignidad, los derechos, el bienestar, la integridad y la seguridad de los seres humanos participantes en estudios de investigación, con base en las normas nacionales e internacionales y los principios y métodos de la bioética, el protocolo de investigación de este estudio pasó por dicho comité para su aprobación, cuyo código de aprobación fue CEISH-UC-2024-003EO-FT.

Idoneidad de los Investigadores: Las autoras de este proyecto de investigación, siendo estudiantes de práctica pre profesionales en la carrera de Fisioterapia con avance de cumplimiento de la estructura curricular y aprobación de 44 asignaturas, equivalente al 86,27% de la malla curricular, habiendo cursando materias de correquisito como: herramientas de la investigación I, herramientas de la investigación II, bioestadística, metodología de la investigación I, metodología de la investigación II. Además, las estudiantes se mantienen en constante preparación mediante la capacitación de la Mg. Ana Lucía Zeas Puga, especialista

en Terapia Manual Ortopédica. Lo antes mencionado, servirá de base para efectuar proyectos de investigación, donde las autoras de este proyecto cumplen con los requisitos necesarios para el desarrollo de esta investigación.

Capítulo 5

Resultados

Tabla 1. Caracterización de las variables sociodemográficas, condiciones generales de salud e historial gineco-obstétricas de las participantes.

Variable	Categoría	n	Porcentaje %
Variables sociodemográficas			
Edad	20 a 25 años	46	34.6
	26 a 30 años	39	29.3
	31 a 35 años	48	36.1
Condiciones generales de salud			
Enfermedades cardiovasculares	Sí	3	2.3
	No	130	97.7
Enfermedades renales	Sí	2	1.5
	No	131	98.5
Diabetes	Sí	2	1.5
	No	131	98.5
Estreñimiento	Menos de 3 veces a la semana	31	23.3
	De 3 a 7 veces a la semana	75	56.4
	Más de 7 veces a la semana	27	20.3
Índice cintura-altura	Delgadez severa	0	0
	Delgadez leve	0	0
	Peso normal	15	11.3
	Sobrepeso	27	20.3
	Sobrepeso elevado	23	17.3
	Obesidad mórbida	68	51.1
Historial gineco-obstétricos			
Meses posparto	1 a 4 meses	67	50.4
	5 a 8 meses	40	30.1
	9 a 12 meses	26	19.5
Tipo de parto	Vaginal	54	40.6
	Cesárea	59	44.4
	Vaginal y cesárea	20	15.0
Peso del recién nacido	Menos de 3 kg	61	45.9
	Igual a 3 kg	9	6.8
	Más de 3 kg	63	47.4
Anestesia epidural	Sí	88	66.2
	No	45	33.8

Paridad	Primípara	55	41.4
	Múltipara	77	57.9
	Granmúltipara	1	0.8

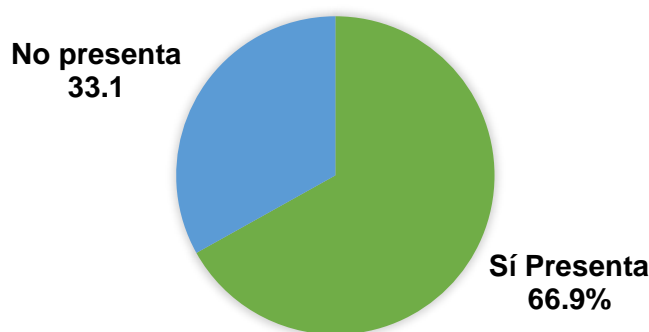
Los porcentajes fueron calculados en base al número total de la muestra N= 133

Análisis: El estudio estuvo conformado por 133 participantes en período posparto, con una media de edad de 27.98 años, de las cuales, el 36.1% de la muestra estuvo comprendida en edades entre 31 a 35 años. En relación a las condiciones generales de salud se obtuvo que sólo el 2.3% (n=3) presentó enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y otras), de igual manera, el 1.5% de la muestra (n=2) presentó enfermedades renales y/o diabetes. Con respecto al estreñimiento se encontró una prevalencia del 23.3% (n=31). Finalmente, en el valor obtenido del índice cintura altura (ICA) se observó que el 51.1% de la población presenta obesidad mórbida (n=68).

Dentro del historial gineco-obstétrico, la población del estudio estuvo comprendida por el 50.4% (n=67) dentro del período de 1 a 4 meses posparto. El 44.4% de la muestra (n=59), presentó solamente partos por cesárea, siendo el tipo de parto más común dentro de la población. Al 66.2% de la población (n=88) se le aplicó anestesia epidural. El peso del recién nacido mayor a 3 kg presentó un porcentaje correspondiente al 47.4 (n=63). Por último, las mujeres múltiparas (de 2 a 4 partos), representaron el 57.9% (n=77) de la población de estudio.

Figura 1. Prevalencia de Incontinencia Urinaria en Mujeres Posparto en Instituciones de Salud de la ciudad de Cuenca, Septiembre 2024 - Febrero 2025.

Prevalencia De IU En Mujeres Posparto En Instituciones De Salud De La Ciudad De Cuenca, Septiembre 2024 - Febrero 2025



Los porcentajes fueron calculados en base al número total de la muestra N= 133

Análisis: La prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres posparto de Instituciones de Salud de la ciudad de Cuenca fue del 66.9% (n=89).

Tabla 2. Descripción de las variables analizadas con el ICIQ-UI SF.

Variable	Categoría	n	Porcentaje %
Frecuencia de pérdida de orina	Nunca	44	33.1
	Una vez a la semana o menos	48	36.1
	Dos o tres veces a la semana	18	13.5
	Una vez al día	17	12.8
	Varias veces al día	6	4.5
	Continuamente	0	0
Cantidad de pérdida de orina	No se me escapa nada	44	33.1
	Muy poca cantidad	77	57.9
	Una cantidad moderada	12	9.0
	Mucha cantidad	0	0
Nivel de calidad de vida	Ninguno	65	48.9
	Leve	25	18.8
	Moderado	27	20.3
	Severo	16	12.0
Tipo de incontinencia	Ninguna	44	33.1
	Incontinencia urinaria de esfuerzo	38	28.6
	Incontinencia urinaria de urgencia	6	4.5
	Incontinencia urinaria mixta	17	12.8
	Otro tipo de incontinencia	28	21.1
Severidad de la incontinencia urinaria	Ninguna	44	33.1
	Leve	34	25.6
	Moderado	41	30.8
	Severo	14	10.5

Los porcentajes fueron calculados en base al número total de la muestra N= 133

Análisis: El tipo de IU más frecuente fue la incontinencia urinaria de esfuerzo con un porcentaje correspondiente al 28.6 (n=38) (Gráfico 1). El 48% (n=36.1) refirió pérdidas de orina de una vez a la semana o menos, de las cuáles el 57.9% (n=77) refirieron muy poca cantidad. En relación al nivel de calidad de vida, el 65% (n=65), mencionó no tener ningún impacto en este aspecto. Finalmente, la sumatoria de los puntajes obtenidos en la evaluación demostraron una severidad de IU moderada en el 30.8% de la población (n=41).

Tabla 3. Relación entre la Incontinencia urinaria y las variables sociodemográficas, las condiciones generales de salud y el historial gineco-obstétrico

Variable	Categoría	SÍ IU	No IU	Pvalor
Variables sociodemográficas				
Edad	20 a 25 años	29 (21.8)	17 (12.78)	0.787
	26 a 30 años	27 (20.30)	12 (9.02)	
	31 a 35 años	33 (24.81)	15 (11.28)	
Condiciones generales de salud				
Enfermedades cardiovasculares	Sí	3 (2.26)	0 (0)	0.218
	No	86 (64.66)	44 (33.08)	
Enfermedades renales	Sí	2 (1.50)	0 (0)	0.316
	No	87 (65.41)	44 (33.08)	
Diabetes	Sí	2 (1.50)	0 (0)	0.316
	No	87 (65.41)	44 (33.08)	
Estreñimiento	Menos de 3 veces a la semana	20 (15.04)	11 (8.27)	0.194
	De 3 a 7 veces a la semana	47 (35.34)	28 (21.05)	
	Más de 7 veces a la semana	22 (16.54)	5 (3.76)	
Índice cintura-altura	Delgadez severa	0 (0)	0 (0)	0.107
	Delgadez leve	0 (0)	0 (0)	
	Peso normal	9 (6.77)	6 (4.51)	
	Sobrepeso	16 (12.03)	11 (8.27)	
	Sobrepeso elevado	12 (9.02)	11 (8.27)	
	Obesidad mórbida	56 (42.11)	12 (9.02)	
Historial gineco-obstétricos				
Meses posparto	1 a 4 meses	38 (28.57)	29 (21.80)	0.042
	5 a 8 meses	31 (23.31)	9 (6.77)	
	9 a 12 meses	20 (15.04)	6 (4.51)	
Tipo de parto	Vaginal	39 (29.32)	15 (11.28)	0.282
	Cesárea	50 (37.59)	29 (21.80)	
Peso del recién nacido	Menos de 3 kg	38 (28.57)	23 (17.29)	0.558
	Igual a 3 kg	6 (4.51)	3 (2.26)	
	Más de 3 kg	45 (33.83)	18 (13.53)	
Anestesia epidural	Sí	57 (42.86)	31 (23.31)	0.462
	No	32 (24.06)	13 (9.77)	
Paridad	Primípara	33 (24.81)	22 (16.54)	0.303
	Múltipara	55 (41.35)	22 (16.54)	
	Granmúltipara	1 (0.75)	0 (0)	

Los porcentajes fueron calculados en base al número total de la muestra N= 133

Análisis: En el estudio no se evidenció una correlación entre las variables sociodemográficas, las condiciones generales de salud, con respecto a la incontinencia urinaria. En cuanto al historial gineco-obstétrico, se demostró una correlación positiva entre los meses posparto y la incontinencia urinaria ($p=0.042$), sin embargo, no se encontró correlación entre el resto de factores dentro de esta clasificación.

Tabla 4. Relación entre el tipo de incontinencia urinaria y la calidad de vida

Variable	Categoría	IU	IU	IU mixta	IU otra	Pvalor
		esfuerzo	urgencia			
Calidad de vida	Ninguno	11 (12.36)	2 (2.25)	2 (2.25)	6 (6.74)	<0.001
	Leve	10 (11.24)	3 (3.37)	3 (3.37)	9 (10.11)	
	Moderado	12 (13.48)	1 (1.12)	7 (7.87)	7 (7.87)	
	Severo	5 (5.62)	0 (0)	5 (5.62)	6 (6.74)	

Los porcentajes fueron calculados en base al número de la muestra con incontinencia urinaria
N= 89

Análisis: Se observó una correlación positiva entre las variables de la calidad de vida y el tipo de incontinencia urinaria, según el p valor <0.001. Además, se pudo evidenciar que, en el grupo de incontinencia urinaria de esfuerzo, el 13.48%, manifestó una afectación moderada de la calidad de vida.

Tabla 5. Relación entre el nivel de calidad de vida y las variables incontinencia urinaria, paridad y meses posparto.

Variable	Categoría	NIVEL EN LA CALIDAD DE VIDA				Pvalor
		Ninguno	Leve	Moderado	Severo	
Incontinencia urinaria	Si	21 (15.79)	25 (18.80)	27 (20.30)	16 (12.03)	<0.001
	No	44 (33.08)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Paridad	Hasta un hijo	35 (26.32)	8 (6.02)	9 (6.77)	3 (2.26)	0.027
	Más de un hijo	30 (22.56)	17 (12.78)	18 (13.53)	13 (9.77)	
Meses posparto	1 a 4 meses	44 (33.08)	6 (4.51)	13 (9.77)	4 (3.01)	<0.001
	5 a 8 meses	12 (9.02)	9 (6.77)	9 (6.77)	10 (7.52)	
	9 a 12 meses	9 (6.77)	10 (7.52)	5 (3.76)	2 (1.50)	

Los porcentajes fueron calculados en base al número total de la muestra N= 133

Análisis: En el estudio se evidenció una correlación entre la incontinencia, la paridad y los meses posparto, con respecto al nivel de calidad de vida cuantificado con la escala ICIQ-UI SF, con un valor p de <0.001, 0.027 y <0.001, respectivamente.

Tabla 6. Relación entre la severidad y las variables meses posparto, tipo de IU y nivel de calidad.

Variable	Categoría	SEVERIDAD				Total	Pvalor
		Ninguna	Leve	Moderado	Severo		
Meses posparto	1 a 4 meses	29(43.28)	20(29.85)	14 (20.90)	4 (5.97)	67 (50.38)	0.013
	5 a 8 meses	9 (22.5)	6(15)	17 (42.5)	8 (20)	40 (30.08)	
	9 a 12 meses	6 (23.08)	8(30.77)	10 (38.46)	2 (7.69)	26 (19.55)	
Tipo de IU	Incontinencia urinaria de esfuerzo	0 (0)	17(44.74)	17 (44.74)	4(10.53)	38 (42.70)	<0.001
	Incontinencia urinaria de urgencia	0 (0)	3 (50)	3 (50)	0 (0)	6 (6.74)	
	Incontinencia urinaria Mixta	0 (0)	3 (17.65)	10 (58.82)	4(23.53)	17 (19.10)	
	Otro tipo de incontinencia urinaria	0 (0)	11(39.29)	11 (39.29)	6(21.43)	28 (31.46)	
Nivel de calidad de vida	Ninguno	44(67.69)	20(30.77)	1 (1.54)	0 (0)	65 (48.87)	<0.001
	Leve	0 (0)	14 (56)	11 (44)	0 (0)	25 (18.80)	
	Moderado	0 (0)	0 (0)	27 (100)	0 (0)	27 (20.30)	
	Severo	0 (0)	0 (0)	2 (12.5)	14(87.5)	16 (12.03)	

Los porcentajes fueron calculados en base al total de cada categoría.

Análisis: El análisis evidenció que la severidad, obtenida del puntaje total de la escala ICIQ-UI SF, presentó relación con las variables de meses posparto (p valor 0.03), tipo de IU (p valor <0.001) y el nivel de calidad de vida (p valor <0.001). En la primera variable se pudo observar que el grupo de 1 a 4 meses posparto, misma que representa el 50.38%, presentó una mayor afectación en la severidad en relación con los otros dos grupos. De la misma manera, se pudo comprobar que la incontinencia urinaria de esfuerzo, es decir, el 42.70% de la muestra con incontinencia urinaria, refirió una mayor intensidad de los síntomas de IU. En cuanto al nivel de calidad de vida, se demostró que mientras exista una mayor afectación en esta variable, hay una mayor severidad de la sintomatología.

Capítulo 6 Discusión

La Incontinencia Urinaria es una condición clínica que impacta significativamente la calidad de vida de las mujeres en el periodo posparto y que generalmente se encuentra normalizada en esta etapa. En el Ecuador, el diagnóstico oportuno de IU enfrenta barreras importantes, entre ellas el estigma social asociado a esta condición y la falta de conocimiento o capacitación del personal de salud en su evaluación y manejo. Estas limitaciones restringen el acceso de las mujeres a una atención adecuada. La identificación del número de casos de IU presente en esta población resulta esencial, ya que no sólo visibiliza un problema de salud subestimado, sino que también promueve la implementación de estrategias que mejoren la calidad de vida de las mujeres en etapa reproductiva.

En el presente estudio, el objetivo fue determinar la prevalencia y factores de riesgo de IU en el período posparto, es decir hasta el primer año posterior al parto (9,48). Se incluyeron 133 mujeres en edades comprendidas entre los 20 y 35 años de edad, puesto que según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), este grupo poblacional corresponde al 69.5% del número total de partos según grupos de edad en el año 2022 (49).

La prevalencia de IU en la población estudiada fue de 66.9%, lo que representa una proporción significativa de las participantes. Este hallazgo es similar al reportado en un estudio realizado en Pakistán, donde la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres posparto fue del 61.16% (50). Por otro lado, nuestros resultados difieren notablemente de los presentados en la revisión sistemática realizada por Moosdorff-Steinhauser et al., que reportó una prevalencia promedio de IU del 31% (48). Esta discrepancia puede explicarse por varios factores metodológicos, como las diferencias en los rangos de edad de las participantes, los criterios utilizados para la selección de las mismas y los enfoques aplicados para la recolección y análisis de los datos incluidos en la revisión.

En cuanto al tipo de incontinencia, se observó en el presente estudio que la incontinencia urinaria de esfuerzo, es el tipo de IU más frecuente en la población, con una frecuencia del 28.6%, en comparación con la IUU y la IUM cuyos valores reflejan el 4.5% y 12.8% respectivamente. La predominancia de la IUE se asemeja a una investigación realizado por Chuangchuang et al., cuyo estudio retrospectivo tuvo una muestra de 2492 participantes entre 42 y 60 días posparto, con una edad media de 33.47 años y obtuvo como resultado que la incontinencia urinaria de esfuerzo representa el 17.9% de los casos con IU, mientras que la IUU y la IUM el 5.3% cada uno (40). De igual forma, Moosdorff-Steinhauser et al, analizó nueve

estudios, con una población entre las 6 semanas y el año posparto, demostrando que la IUE representó el 54% de los casos, mientras que la IUU y la IUM el 26% y el 16%, respectivamente (48). Según Jia, el riesgo de padecer IUE posparto puede estar relacionado con los cambios producidos durante el embarazo y el parto, puesto que se da una relajación muscular y una disminución de la fuerza contráctil (51). De igual manera, informa que durante estos periodos se experimenta cambios en el colágeno para permitir el crecimiento fetal y el parto; esta proteína cumple una función importante de resistencia a la tracción y de soporte estructural de los tejidos y órganos del aparato reproductor femenino, es por ello que las alteraciones en el colágeno aumentan el riesgo de padecer IUE (51).

En cuanto a los factores de riesgo, la edad media materna fue de 27.98 años y no se observó asociación significativa con la IU, este resultado coincide con los de Martín-Martín et al., en donde los resultados tampoco reflejaron asociación (52). Puesto que en ambos estudios la presencia de incontinencia urinaria no varía de manera relevante en edades ni mayores ni menores a la media, identificándose así como factor de riesgo la edad mayor a los 35 años (14). Con respecto a la salud general, en las que incluyen enfermedades cardiovasculares, renales y metabólicas, no se encontró asociación significativa de IU, estos resultados difieren del estudio de Zeas-Puga et al., y Patel et al., esta diferencia puede deberse a que los estudios incluyeron grupos etarios distintos, incluyendo adultos mayores (46,53). Si bien se conoce que el embarazo predispone el desarrollo de alteraciones en el sistema cardiovascular, endocrinológico y renal (29), según el estudio de Ostrominski et al., que incluyó participantes iguales o mayores a 20 años, estas patologías se relacionan mayormente con adultos mayores que con adultos jóvenes, explicando así esta diferencia con respecto a los resultados obtenidos en nuestro estudio (54). De igual manera, se analizó que en nuestro estudio no hay una asociación significativa entre el índice cintura – altura y la IU, lo cual difiere con el estudio de Nygaard et al., el cual demostró que el quintil más alto para la relación cintura-altura se asocia a con la incontinencia urinaria leve (55). Estas diferencias pueden deberse a que dicho estudio utilizó herramientas de recolección de datos diferentes a las empleadas en nuestra investigación. No obstante, se observó que entre las participantes con IU (n=89), 80 presentaron un peso mayor al normal, lo que equivale al 89.89%, frente al 86.36% en las mujeres sin IU (38 de 44). Aunque esta diferencia parece clínicamente relevante, las proporciones entre ambos grupos son similares, lo que explica la ausencia de significancia estadística. Este hallazgo subraya la necesidad de explorar con mayor profundidad la relación entre el peso corporal y la IU en muestras más amplias.

En cuanto a la constipación y su relación con la incontinencia urinaria, nuestro estudio no encontró una relación significativa, teniendo en cuenta que del total de la población $n=133$, el 76.69% no presentó estreñimiento, dicho de otra manera, la parte de la población referida no fue suficiente para establecer esta correlación, hallazgo que coincide con Nygaard et al., mismo que encontró una baja prevalencia de participantes con constipación, es decir, 22 participantes reportaron este síntoma frente al total de la muestra $n=592$ (55).

En nuestro estudio se evidenció una correlación positiva entre el número de meses posparto y la frecuencia de incontinencia urinaria en la población ($p=0.042$), observándose el mayor número de casos en el período de uno a cuatro meses posparto, que representó el 28.57%. Estos resultados son semejantes a los reportados por Martín-Martín et al., quien encontró que la prevalencia de IU fue mayor a los tres meses del parto (11.3%), en comparación con los 6 meses posparto (6.9%) (52).

En cuanto al tipo de parto, en esta investigación no se encontró una asociación significativa con la IU. Sin embargo, esta variable ha generado controversia en la literatura científica. Mientras algunos estudios han identificado al parto vaginal como el principal factor de riesgo para la IU posparto (56), otros, como el de Hakim et al., mencionan que la cesárea de emergencia fue el tipo de parto que tuvo más relación con la IU posterior al parto (57). Estas diferencias en cuanto a nuestro estudio pueden ser el resultado de las distintas metodologías empleadas en dichas investigaciones y las características demográficas de las poblaciones estudiadas.

Varios estudios han demostrado que no existe una relación significativa entre la paridad, el peso del recién nacido, la utilización de anestesia epidural y la incontinencia urinaria en el periodo posparto, hallazgos que coinciden con los de nuestra investigación (9,52,57–59).

En relación a la severidad de la incontinencia urinaria, nuestro estudio reflejó, según el ICIQ-SF aplicado, una predominancia de severidad moderada de IU con un porcentaje correspondiente al 30.8%, seguido de una severidad leve, representado por el 25.6%. Estos resultados difieren a los obtenidos por Jia et al., el cual encontró que la severidad predominante en su estudio fue la severidad leve cuyo porcentaje fue del 65.58% de la población. Sin embargo, su evaluación fue realizada únicamente a las 6 semanas posparto, un periodo corto que no permite observar la evolución a largo plazo de la condición (56). Esto puede modificar los resultados, ya que los casos con incontinencia urinaria y la severidad informada pueden variar a lo largo de los primeros meses. Factores como el retorno a las actividades diarias o incluso por el cuidado del bebé, que ejerce mayor presión intraabdominal sobre la madre, podrían predisponer a la IU (29). Además, el aumento de peso del recién nacido, que, según la OMS, varía de 3.2 kg y aumenta

hasta los 5.6 kg y 8.8 kg a los cuatro meses (60), lo que podría generar un mayor esfuerzo por parte de la madre, contribuyendo al desarrollo o empeoramiento de la IU.

El impacto en la calidad de vida fue mayoritariamente clasificado como ninguno, con un porcentaje de 48.9%, mismo que indica que una parte de la población que presentó IU, refirió que esta condición no influye en su calidad de vida. Un estudio realizado por Crockett et al. en una población similar menciona que si bien las disfunciones de los músculos de suelo pélvico son comunes en el periodo posparto, existe también una falta de educación respecto al tema y a su tratamiento, factor que se encuentra directamente ligado con la normalización de la incontinencia urinaria en el periodo posparto (61). Esto se relaciona con el metaanálisis realizado por Moosdorff-Steinhauser et al., en el cual se menciona que las participantes con IU refirieron que este problema de salud se vuelve de menor calibre puesto que se han habituado a él y han encontrado alternativas para sobrellevarlo por medio del uso de protectores diarios y la evasión de ciertas actividades (48).

No obstante, es relevante mencionar que en nuestro estudio el nivel de impacto que continúa con respecto a la calidad de vida de la población, es el impacto moderado con el 20.3%. En cuanto a las variables relacionadas con la calidad de vida, se encontró una correlación significativa entre la incontinencia urinaria ($p < 0.001$) y el tipo de incontinencia ($p < 0.001$), siendo la IUE la de mayor significancia. Varios estudios han demostrado que la IU tiene un impacto considerable en la calidad de vida de mujeres posparto (56,62,63); sin embargo, en nuestro estudio, la relación fue principalmente con la IUE, un hallazgo que coincide con el estudio de Jia, que asocia este problema de salud con ansiedad, estigma y aislamiento social (51).

Además, encontramos una relación entre el nivel de calidad de vida y las variables paridad ($p = 0.027$) y meses posparto ($p < 0.001$). La relación con la paridad puede explicarse por la mayor exposición a los factores de riesgo derivados de la experiencia repetida de embarazo y parto, lo que puede tener un impacto acumulativo en la función del suelo pélvico y en la prevalencia de la IU. Por otro lado, la asociación con los meses posparto puede reflejar la evolución de la recuperación postparto, que influye directamente en la percepción de la calidad de vida (29).

Los hallazgos de correlación positiva en relación a la severidad y su repercusión en la calidad de vida ($p < 0.001$) coinciden con Abdullah et al. que realizó un estudio en mujeres entre 6 a 8 semanas posparto con una población similar a esta investigación, donde los resultados de la severidad fueron leves a moderados, con un bajo impacto en la calidad de vida en este grupo poblacional (63). De la misma manera, el estudio de Liang et al. también mostró resultados

positivos respecto a la asociación entre estas dos variables, indicando que una mayor severidad de incontinencia urinaria se relaciona con una baja puntuación en la calidad de vida (62).

En cuanto a la severidad y el tipo de incontinencia urinaria, se observó que existe una correlación positiva entre estas dos variables ($p < 0.001$), indicando que las pacientes con IUE, presentan una mayor afectación en la severidad de IU, según el ICIQ-UI SF, representando el 42.70% de los participantes con IU ($n=89$). Este hallazgo puede explicarse por la naturaleza específica de la IUE, que tiende a ser más incapacitante durante situaciones de esfuerzo físico, lo que podría influir directamente en la severidad reportada por las participantes (48). De igual forma, se analizó una asociación significativa entre los primeros meses postparto (1 a 4 meses) y la severidad ($p=0.013$). No se encontraron estudios que hayan relacionado estas variables, sin embargo, un estudio realizado por Yang et al., obtuvo resultados similares en cada variable, reflejando más síntomas en los primeros dos meses postparto y una severidad media de 7.20, según los resultados del ICIQ-UI SF (64). Esto podría estar relacionado con la adaptación del cuerpo a los cambios postparto, que suelen provocar un mayor esfuerzo físico y estrés en la madre durante los primeros meses, contribuyendo a una mayor gravedad de los síntomas (29). Las principales limitaciones que este estudio presentó fueron la falta de especificación en relación con el tipo de parto, es decir, se debió diferenciar entre el parto vaginal inducido, natural e instrumentado, así como el parto por cesárea programado y por emergencia. De igual manera, no se pudo realizar un seguimiento a las participantes que no refirieron presentar síntomas de IU en los primeros meses posparto, lo cual limita conocer si posteriormente se instauró esta condición.

Capítulo 7

Conclusiones y Recomendaciones

7.1 Conclusiones

Este estudio reveló que la prevalencia de la incontinencia urinaria en la población femenina en el periodo posparto en Cuenca, Ecuador fue de 66.9%, encontrando que la incontinencia urinaria de esfuerzo es el tipo de IU más común dentro de este grupo de estudio. Se observó que existe una asociación significativa entre la variable meses posparto y la IU, observando que las participantes que se encontraban dentro del primer al cuarto mes posparto presentaron más casos de IU. Además, se encontró que el nivel en la calidad de vida tiene relación significativa con la incontinencia urinaria, la paridad y los meses posparto. De igual forma, existe una correlación positiva entre la severidad y los meses postparto, el tipo de IU y el nivel de calidad de vida.

Estos hallazgos demuestran que se debe brindar una mayor importancia a las mujeres que padecen de esta condición, especialmente en la etapa posterior al parto, ofreciendo mayores estrategias de prevención e intervenciones para así lograr mejorar su bienestar y por consiguiente su calidad de vida. Esta investigación proporciona información relevante acerca de la prevalencia de incontinencia urinaria y los factores de riesgo en el periodo posparto, por lo que estos resultados pueden ayudar a mejorar la atención clínica de las pacientes postparto que reportan IU y aportar a las actuales y futuras investigaciones.

7.2. Recomendaciones

Recomendamos que en futuras investigaciones se tome en cuenta la escolaridad de las participantes, puesto que, en algunas investigaciones, se ha observado que esta variable influye en la aparición de incontinencia urinaria. Por otro lado, consideramos que se debe incluir la duración de las fases del parto, especialmente, de la segunda, puesto que algunos estudios han demostrado que el tiempo prolongado de esta etapa puede relacionarse con la IU.

También hay que considerar que, entre las participantes con IU, 80 personas presentaron un peso mayor al normal, por lo que se considera que esta variable debe ser tomada en cuenta en próximas investigaciones con una muestra más amplia, así como ser más específicos en relación al tipo de parto.

Referencias

1. Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU Int.* octubre de 2011;108(7):1132-8.
2. Mostafaei H, Sadeghi-Bazargani H, Hajebrahimi S, Salehi-Pourmehr H, Ghojazadeh M, Onur R, et al. Prevalence of female urinary incontinence in the developing world: A systematic review and meta-analysis—A Report from the Developing World Committee of the International Continence Society and Iranian Research Center for Evidence Based Medicine. *Neurourol Urodyn.* abril de 2020;39(4):1063-86.
3. Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecology J.* enero de 2010;21(1):5-26.
4. Monz B, Chartier-Kastler E, Hampel C, Samsioe G, Hunskar S, Espuna-Pons M, et al. Patient Characteristics Associated with Quality of Life in European Women Seeking Treatment for Urinary Incontinence: Results from PURE. *Eur Urol.* abril de 2007;51(4):1073-82.
5. Åström Y, Asklund I, Lindam A, Sjöström M. Quality of life in women with urinary incontinence seeking care using e-health. *BMC Womens Health.* diciembre de 2021;21(1):337.
6. Pizzol D, Demurtas J, Celotto S, Maggi S, Smith L, Angiolelli G, et al. Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res.* enero de 2021;33(1):25-35.
7. Gao J, Liu X, Zuo Y, Li X. Risk factors of postpartum stress urinary incontinence in primiparas: What should we care. *Medicine (Baltimore).* 21 de mayo de 2021;100(20):e25796.
8. Hage-Fransen MAH, Wiezer M, Otto A, Wieffer-Platvoet MS, Slotman MH, Nijhuis-van Der Sanden MWG, et al. Pregnancy- and obstetric-related risk factors for urinary incontinence, fecal incontinence, or pelvic organ prolapse later in life: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* marzo de 2021;100(3):373-82.
9. Chang SD, Hsieh WC, Chiu SYH, Ng KL, Liang CC. Factors determining the persistence of prenatal stress urinary incontinence 12 months postpartum. *Taiwan J Obstet Gynecol.* enero de 2023;62(1):40-4.
10. Cheng H, Gong F, Shen Y, OuYang P, Ni R, Gao H. A nomogram model predicting the risk of postpartum stress urinary incontinence in primiparas: A multicenter study. *Taiwan J Obstet Gynecol.* julio de 2022;61(4):580-4.

11. Doumouchtsis SK, De Tayrac R, Lee J, Daly O, Melendez-Munoz J, Lindo FM, et al. An International Continence Society (ICS)/ International Urogynecological Association (IUGA) joint report on the terminology for the assessment and management of obstetric pelvic floor disorders. *Int Urogynecology J*. enero de 2023;34(1):1-42.
12. World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [citado 4 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/258981>
13. Chow PM, Chuang YC, Hsu KCP, Shen YC, Liu SP. Impact of Female Stress Urinary Incontinence on Quality of Life, Mental Health, Work Limitation, and Healthcare Seeking in China, Taiwan, and South Korea (LUTS Asia): Results from a Cross-Sectional, Population-Based Study. *Int J Womens Health*. diciembre de 2022;Volume 14:1871-80.
14. Dai S, Chen H, Luo T. Prevalence and factors of urinary incontinence among postpartum: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 28 de octubre de 2023;23(1):761.
15. Moyolema Chicaiza PF, Flores Chiliguano LY. Incontinencia urinaria posparto en mujeres nulíparas y multíparas. *Salud Cienc Tecnol [Internet]*. 2022;2:90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.56294/saludcyt202290>
16. Guaita Pintado TP, Tapia Pinguil AP, Cordero Alvarado RL, Mercado González AF. Importancia de la Gestión de Calidad en el Servicio de Salud del Ecuador: Revisión Sistemática. *LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanidades*. 19 de enero de 2023;4(1):366-77.
17. Yavuz M, Etiler N. Addressing urinary incontinence by gender: a nationwide population-based study in Turkiye. *BMC Urol*. 9 de diciembre de 2023;23(1):205.
18. Lafuente Martínez A. El abordaje de la incontinencia urinaria en las consultas de enfermería de Atención Primaria de la OSI Araba: El abordaje de la incontinencia urinaria en las consultas de enfermería de atención primaria de salud de OSI Araba. *Nure Investig [Internet]*. 2024; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.58722/nure.v21i130.2420>
19. Cunningham SD, Carandang RR, Boyd LM, Lewis JB, Ickovics JR, Rickey LM. Psychosocial Factors Associated with Lower Urinary Tract Symptoms One Year Postpartum. *Int J Environ Res Public Health*. 27 de diciembre de 2023;21(1):40.
20. Thangarajah F, Soff J, Lenz C, Jeschke J, Kössendrup J, Papior D, et al. Care needs and self-induced measures of women with postpartum pelvic floor disorder- Results of a social

media-based survey of 2930 women. Arch Gynecol Obstet. 14 de febrero de 2024;309(4):1467-73.

21. Cox JM, Sánchez-Polán M, Mota P, Barakat R, Nagpal TS. A scoping review exploring stigma associated with postpartum urinary incontinence. Int Urogynecology J. septiembre de 2023;34(9):1997-2005.

22. Suar G, Cevik F, Simal Yavuz N, Ozerdogan N. Urinary incontinence in the postpartum 1-year period: Its prevalence and effect on psychosocial status of women. LUTS Low Urin Tract Symptoms. septiembre de 2023;15(5):191-9.

23. Aránguiz-Ramírez J, Olivares-Tirado P, Castells-Oliveres X. Costs associated with Female Urinary Incontinence: an integrative review of the literature. Obstet Gynecol Res [Internet]. 2022 [citado 22 de septiembre de 2024];05(04). Disponible en: <https://www.fortunejournals.com/articles/costs-associated-with-female-urinary-incontinence-an-integrative-review-of-the-literature.html>

24. Huffman J. Britannica. 2024 [citado 4 de diciembre de 2024]. Embarazo. Disponible en: <https://www.britannica.com/science/pregnancy>

25. NICHD. NICHD - Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver. [citado 4 de diciembre de 2024]. Embarazo. Disponible en: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/factsheets/pregnancy>

26. Chauhan G, Tadi P. StatPearls [Internet]. 2022 [citado 4 de diciembre de 2024]. Physiology, Postpartum Changes. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/>

27. Cunningham, Leveno, Dashe, Hoffman, Spong, Casey. Williams Obstetricia [Internet]. 26.^a ed. McGraw Hill Companies, Inc.; 2022 [citado 4 de diciembre de 2024]. 1344 p. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=3103>

28. Romano M, Cacciatore A, Giordano R, La Rosa B. Postpartum period: three distinct but continuous phases. J Prenat Med. abril de 2010;4(2):22-5.

29. Walker Chao C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología + Studentconsult en español. 2nd ed. London: Elsevier Health Sciences Spain; 2013. 382 p.

30. Eickmeyer SM. Anatomy and Physiology of the Pelvic Floor. Phys Med Rehabil Clin N Am. agosto de 2017;28(3):455-60.

31. Tortora G, Derrickson B. PRINCIPIOS DE ANATOMIA Y FISILOGIA. 13.^a ed. Panamericana; 2013. 1330 p.

32. Palma P. Urofisioterapia. Caracas; 2010. 543 p.

33. Sultana A, Najeeya AGF, Rahman K, Saeedi R, Khanam M. Mixed Urinary Incontinence (MUI) in Women: From Evidence to Clinical Practice. *J Health Sci Res.* 29 de enero de 2021;39-50.
34. Milsom I, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric.* 4 de mayo de 2019;22(3):217-22.
35. Skorupska K, Grzybowska ME, Kubik-Komar A, Rechberger T, Miotla P. Identification of the Urogenital Distress Inventory-6 and the Incontinence Impact Questionnaire-7 cutoff scores in urinary incontinent women. *Health Qual Life Outcomes.* diciembre de 2021;19(1):87.
36. Fenocchi L, Collins M, Elders A, Hagen S. Assessment of the Relative Performance of the EQ-5D-3L, ICIQ-UI SF and POP-SS Using Data from the OPAL Trial. *Int J Environ Res Public Health.* 26 de enero de 2022;19(3):1351.
37. Nyström E, Asklund I, Lindam A, Samuelsson E. Minimum important difference of the ICIQ-UI SF score after self-management of urinary incontinence. *BMC Womens Health.* 14 de febrero de 2024;24(1):118.
38. Zhong R, Zeng L, Wang X, Wang Y. A retrospective study of risk factors for stress urinary incontinence 1 year after delivery in multiparous women. *Int Urogynecology J.* agosto de 2022;33(8):2275-81.
39. The Diamater Study Group, Rudge MVC, Souza FP, Abbade JF, Hallur RLS, Marcondes JPC, et al. Study protocol to investigate biomolecular muscle profile as predictors of long-term urinary incontinence in women with gestational diabetes mellitus. *BMC Pregnancy Childbirth.* diciembre de 2020;20(1):117.
40. Chuangchuang Xu, Yongchun Guo, Xiaolei Chi, Yiyao Chen, Lei Chu, Xinliang Chen. Establishment and validation of a simple nomogram for predicting early postpartum stress urinary incontinence among women with vaginal delivery: a retrospective study. *BMC Womens Health.* 9 de enero de 2023;23(1).
41. Wang K, Xu X, Jia G, Jiang H. Risk Factors for Postpartum Stress Urinary Incontinence: a Systematic Review and Meta-analysis. *Reprod Sci.* diciembre de 2020;27(12):2129-45.
42. Lin YH, Chang SD, Hsieh WC, Chang YL, Chueh HY, Chao AS, et al. Persistent stress urinary incontinence during pregnancy and one year after delivery; its prevalence, risk factors and impact on quality of life in Taiwanese women: An observational cohort study. *Taiwan J Obstet Gynecol.* junio de 2018;57(3):340-5.
43. Li Y, Zhang Z. Association between waist-to-height ratio and postpartum urinary incontinence. *Int Urogynecology J.* junio de 2017;28(6):835-43.

44. Wuytack F, Moran P, Daly D, Begley C. Is there an association between parity and urinary incontinence in women during pregnancy and the first year postpartum?: A systematic review and meta-analysis. *Neurourol Urodyn.* enero de 2022;41(1):54-90.
45. Daugirdas SP, Markossian T, Mueller ER, Durazo-Arvizu R, Cao G, Kramer H. Urinary incontinence and chronic conditions in the US population age 50 years and older. *Int Urogynecology J.* mayo de 2020;31(5):1013-20.
46. Patel M, Vellanki K, Leehey DJ, Bansal VK, Brubaker L, Flanigan R, et al. Urinary incontinence and diuretic avoidance among adults with chronic kidney disease. *Int Urol Nephrol.* agosto de 2016;48(8):1321-6.
47. Maeda T, Tomita M, Nakazawa A, Sakai G, Funakoshi S, Komatsuda A, et al. Female Functional Constipation Is Associated with Overactive Bladder Symptoms and Urinary Incontinence. *BioMed Res Int.* 2017;2017:1-5.
48. Moosdorff-Steinhauser HFA, Berghmans BCM, Spaanderman MEA, Bols EMJ. Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence between 6 weeks and 1 year post-partum: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecology J.* julio de 2021;32(7):1675-93.
49. INEC. Nacidos Vivos y Defunciones Fetales 2022 [Internet]. 2022 [citado 5 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacidos-vivos-y-defunciones-fetales-2022/>
50. Tasneem S, Latif D, Shaheen HW, Saeed M, Javaid A, Munir A. Frequency of urinary incontinence in post-partum multiparous women. *Found Univ J Rehabil Sci.* 31 de enero de 2024;4(1):20-5.
51. Jia H. Research Progress of Postpartum Stress Urinary Incontinence. *Theor Nat Sci.* 28 de abril de 2023;3(1):294-310.
52. Martín-Martín S, Pascual-Fernández Á, Álvarez-Colomo C, Calvo R, Muñoz-Moreno M. INCONTINENCIA URINARIA EN EMBARAZO Y POSTPARTO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS E INFLUENCIA DE LOS EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO.
53. Zeas-Puga AL, Méndez-Sacta V, Vega Crespo B, Samijn B, Hervé F, Martínez-Merinerio P, et al. Prevalence and Associated Risk Factors of Urinary Incontinence in Sexually Active Women in Ecuador. *Healthcare.* 17 de noviembre de 2024;12(22):2296.
54. Ostrominski JW, Arnold SV, Butler J, Fonarow GC, Hirsch JS, Palli SR, et al. Prevalence and Overlap of Cardiac, Renal, and Metabolic Conditions in US Adults, 1999-2020. *JAMA Cardiol.* 1 de noviembre de 2023;8(11):1050.

55. Nygaard IE, Bardsley T, Sheng X, Murtaugh MA, Shaw JM. Habitus and Pelvic Floor Symptoms and Support 1 Year Postpartum. *Obstet Gynecol.* mayo de 2021;137(5):821-30.
56. Jia G, Jiang C, Wang K, Zhu L, Zhu K, Yang S, et al. Epidemiological investigation of urinary incontinence in peri- and postpartum women from Nanjing, China. *LUTS Low Urin Tract Symptoms.* octubre de 2021;13(4):481-9.
57. Hakim S, Surya R, Yunita A, Hidayah GN, Santoso BI. Predicting Urinary Incontinence among Postpartum Women. *EJournal Kedokt Indones.* 29 de diciembre de 2023;263.
58. Popovicova M, Babecka J. Urinary Incontinence in Pregnancy and after Childbirth. *Clin Soc Work Health Interv.* 18 de abril de 2023;14(1):16-25.
59. Ling Chen, Chen L, Dan Luo, Luo D, Xiaomin Chen, Chen X, et al. Development of Predictive Risk Models of Postpartum Stress Urinary Incontinence for Primiparous and Multiparous Women. *Urol Int.* 5 de agosto de 2020;104:824-32.
60. OMS. New Child Growth Standards [Internet]. [citado 4 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/27-04-2006-world-health-organization-releases-new-child-growth-standards>
61. Crockett KL, Bowen A, Madill SJ, Kumaran M, Epp C, Graham AM. A Review of the Effects of Physical Therapy on Self-Esteem in Postpartum Women With Lumbopelvic Dysfunction. *J Obstet Gynaecol Can.* octubre de 2019;41(10):1485-96.
62. Liang Y, Chen Y, Yu X, Li X. Quality of life among women with postpartum urinary incontinence: A cross-sectional study. *Gynecol Obstet Clin Med.* septiembre de 2021;1(3):164-8.
63. Abdullah B, Ayub SH, Mohd Zahid AZ, Abd Rahman N, Isa MR. Prevalence of Urinary Incontinence, Its Risk Factors and Effect on the Quality of Life in Women after Their First Delivery. *J Clin Health Sci.* 30 de junio de 2017;2(1):21.
64. Yang X, Sayer L, Bassett S, Woodward S. The prevalence, associated factors, and impact of urinary incontinence in pregnant and postpartum women in Nanjing, China: A cross-sectional study. *Asian J Urol.* julio de 2023;10(3):337-43.

Anexos

Anexo A. Operacionalización de las Variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Tipo	Escala
Meses posparto	Es la etapa que comienza inmediatamente después del nacimiento y tiene lugar un retroceso en los cambios que se produjeron en la gestación. Tiene una duración aproximada de 40 días, aunque puede extenderse por meses e incluso hasta un año.	Número de meses completos que han pasado desde el parto hasta el momento de la medición.	Cálculo desde la fecha de parto hasta la fecha de medición.	Cualitativa ordinal	-1 a 4 meses -5 a 8 meses -9 a 12 meses
Incontinencia urinaria	Pérdida involuntaria de orina durante y/o después del embarazo.	Grado de IU con una puntuación mayor a 0	Cuantificación de la severidad de incontinencia urinaria a través de la escala del	Cualitativa ordinal	-Leve (1-5) -Moderado (6-12) -Severo (13-18) -Muy severo (19-21).

			ICIQ-UI SF (Yan Li)		
Parto	Culminación de la etapa de embarazo que se presenta con una serie de contracciones uterinas rítmicas y progresivas que gradualmente hacen descender al feto por el cérvix (cuello del útero) y la vagina (canal del parto) hacia el exterior.	Tipo de parto	Cuestionario	Cualitativa nominal.	Parto vaginal Cesárea
Peso del recién nacido	Medida exacta de masa del recién nacido posterior al nacimiento.	Kilogramos	Carnet de nacimiento	Cualitativa, ordinal	< 3Kg = 3Kg > 3kg
Anestesia epidural	Administración de anestésico para disminuir el dolor.	Se le administró anestesia epidural a la paciente	Cuestionario	Cualitativa, nominal	-Si se administró -No se administró -Desconoce

		durante el parto.			
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Edad en años cumplidos	Cédula de nacimiento	Cualitativa ordinal	-20 a 25 años -26 a 30 años -31 a 35 años.
Diabetes	Enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios.	Diagnóstico de diabetes desde el embarazo hasta la fecha de medición.	Cuestionario	Cualitativo, nominal	-Diabetes mellitus tipo I -Diabetes mellitus tipo II -Diabetes gestacional.
Índice cintura-altura	Relación entre la cintura y la altura de un determinado individuo	Perímetro de cintura en centímetros y altura en centímetros.	ICA= $\frac{\text{Perímetro cintura}}{\text{altura}}$	Cualitativo, ordinal	-Delgadez severa (<0.34) -Delgadez leve (0.35-0.41) -Peso normal (0.42 - 0.48)

					-Sobrepeso (0.49 -0.53) -Sobrepeso elevado (0.54 -0.57) -Obesidad mórbida (> 0.58)
Paridad	Número de veces que ha culminado la etapa de gestación.	Número de partos	Cuestionario	Cualitativa, nominal	-Primípara. -Multípara. -Gran múltipara.
Constipación	Presencia de menos de tres movimientos intestinales por semana, asociados a la presencia de diversas molestias en la defecación.	Número de defecaciones por semana	Cuestionario	Cualitativa, ordinal	- Defecación <3 veces a la semana -Defecación 3 - 7 veces a la semana -Defecación >7 veces a la semana

Anexo B. Ficha de recolección de datos / ICIQ-UI SF

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código		Fecha de la evaluación									
Fecha de nacimiento		Teléfono de Contacto									
ANTECEDENTES											
Información del parto	Fecha del parto	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td colspan="2">AÑO</td> </tr> </table>						DIA	MES	AÑO	
	DIA	MES	AÑO								
	Tipo de parto	<i>Marque con una X</i> Parto vaginal <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> Parto por cesárea <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>									
Peso del recién nacido (kg)											
	¿Se le administró anestesia epidural? Sí <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> No <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> Desconoce <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>										
Número de partos	En el caso de que el número sea mayor a uno, indique el tipo: Partos normales <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> Partos por cesárea <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>										
Enfermedades cardiovasculares	Hipertensión arterial <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> Otra <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> Especifique: _____ Ninguna <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>										
Enfermedad renal	Sí <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> No <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>										
Diabetes	Sí <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> No <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>										
Estreñimiento	Marque la opción que indique la frecuencia de sus deposiciones:										

	Menos de 3 veces por semana De 3 a 7 veces a la semana Más de 7 veces por semana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																						
Antropometría																								
Perímetro cintura en cm	Altura en cm	Índice cintura-altura																						
ICIQ-UI SF																								
Cuestionario de Incontinencia Urinaria (Forma corta)																								
Hay mucha gente que en un momento determinado pierde orina. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta qué punto les preocupa esta situación. Le estaríamos muy agradecidos si nos contestase las siguientes preguntas, pensando en cómo se ha encontrado usted en las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS .																								
1. ¿Con qué frecuencia pierde orina?	<i>Marque una</i> Nunca Una vez a la semana o menos Dos o tres veces a la semana Una vez al día Varias veces al día Continuamente	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5																						
2. Nos gustaría saber su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa. Cantidad de orina que pierde <u>habitualmente</u> (tanto si lleva protección como si no)	<i>Marque uno</i> No se me escapa nada Muy poca cantidad Una cantidad moderada Mucha cantidad	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6																						
3. ¿Estos escapes de orina que tiene cuánto afectan su vida diaria?																								
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td>Nada</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Much o</td> </tr> </table>			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nada										Much o
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
Nada										Much o														
4. ¿Cuándo pierde orina?	<i>Señale todo lo que le pasa a usted</i> Nunca pierde orina Pierde orina antes de llegar al WC Pierde orina cuando tose o estornuda Pierde orina duerme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																						

	Pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido		
	Pierde orina sin un motivo evidente		
	Pierde orina de forma continua		
	<i>Puntaje total</i>		
Muchas gracias por contestar estas preguntas.			

Anexo C. Cartas de solicitud para la realización del proyecto



Cuenca, 31 de mayo de 2024

Ing. Fabián Zamora

Director General de la Fundación Municipal de la Mujer y el Niño

Presente

Asunto: Carta de Interés para la ejecución de proyecto: “Prevalencia y Factores de Riesgo de Incontinencia Urinaria en Mujeres posparto de la Fundación Municipal de la Mujer y el Niño, Cuenca, septiembre 2024 - febrero 2025”.

De nuestra consideración,

Luego de expresarle un cordial saludo en el marco de ejecución del proyecto titulado “**Prevalencia y Factores de Riesgo de Incontinencia Urinaria en Mujeres posparto de la Fundación Municipal de la Mujer y el Niño, Cuenca, Septiembre 2024 - Febrero 2025**” que se llevará a cabo por las autoras Valeria Priscila Sangacha Chamba (C.I. 0106397193) y Cinthya Vanessa Pacheco Maurad (C.I. 0106544869), bajo la dirección de la Mg. Ana Lucía Zeas (C.I. 0104645668), consideramos su establecimiento como un referente en la atención y cuidado de la salud materno infantil, además de reconocer su destacada labor en docencia e investigación en salud. Este proyecto de investigación servirá como punto de partida para futuros estudios sobre esta condición específica.

Dado que la ejecución del proyecto requiere cumplir con este requisito, solicitamos respetuosamente la emisión de la carta de interés. Esta carta servirá para la aprobación del proyecto de investigación requerido por el Comité de Ética de Investigación en Seres humanos (CEISH) de la Universidad de Cuenca, entidad respaldada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Para fines del proyecto es necesario mencionar lo siguiente:

1. El costo de las actividades será responsabilidad de las autoras, sin requerir aporte económico de parte de la Institución.
2. Las actividades de los profesionales de salud no serán limitadas por la ejecución del proyecto, ni implicará aumento de trabajo para los mismos.
3. Los resultados de la investigación se compartirán con las autoridades correspondientes de la Fundación Municipal de la Mujer y el Niño.
4. La ejecución del proyecto se realizará posterior a la aprobación del CEISH aprobado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Con sentimientos de estima y consideración nos suscribimos a usted.

Atentamente,



Mg. Ana Lucía Zeas P.
Docente de la Carrera de Fisioterapia.



Valeria Sangacha
Estudiante de Fisioterapia



Cinthya Pacheco
Estudiante de Fisioterapia

Cuenca, 07 de mayo de 2024

Dra. Ximena Albuja

Directora del Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo

Presente

Asunto: Carta de Interés para la ejecución de proyecto: “Prevalencia y Factores de Riesgo de Incontinencia Urinaria en Mujeres posparto del Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo C. Cuenca, septiembre 2024 - febrero 2025”.

De nuestra consideración,

Luego de expresarle un cordial saludo en el marco de ejecución del proyecto titulado “**Prevalencia y Factores de Riesgo de Incontinencia Urinaria en Mujeres posparto del Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo C. Cuenca, Septiembre 2024 - Febrero 2025**” que se llevará a cabo por las autoras Valeria Priscila Sangacha Chamba (C.I. 0106397193) y Cinthya Vanessa Pacheco Maurad (C.I. 0106544869), bajo la dirección de la Mg. Ana Lucía Zeas (C.I. 0104645668), consideramos su establecimiento como un referente en la atención y cuidado de la salud materno infantil, además de reconocer su destacada labor en docencia e investigación en salud. Este proyecto de investigación servirá como punto de partida para futuros estudios sobre esta condición específica.

Dado que la ejecución del proyecto requiere cumplir con este requisito, solicitamos respetuosamente la emisión de la carta de interés. Esta carta servirá para la aprobación del proyecto de investigación requerido por el Comité de Ética de Investigación en Seres humanos (CEISH) de la Universidad de Cuenca, entidad respaldada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Para fines del proyecto es necesario mencionar lo siguiente:

1. El costo de las actividades será responsabilidad de las autoras, sin requerir aporte económico de parte de la Institución.
2. Las actividades de los profesionales de salud no serán limitadas por la ejecución del proyecto, ni implicará aumento de trabajo para los mismos.
3. Los resultados de la investigación se compartirán con las autoridades correspondientes del Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo.
4. La ejecución del proyecto se realizará posterior a la aprobación del CEISH aprobado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Con sentimientos de estima y consideración nos suscribimos a usted.

Atentamente,



Mg. ANA LUCÍA ZEAS POGA

Mg. Ana Lucía Zeas P.

Docente de la Carrera de Fisioterapia.VALERIA PRISCILA
SANGACHA CHAMBA

Valeria Sangacha

Estudiante de FisioterapiaCINTHYA VANESSA
PACHECO MAURAD

Cinthya Pacheco

Estudiante de Fisioterapia

Anexo D. Consentimiento informado



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: “Prevalencia y Factores de Riesgo de Incontinencia Urinaria en Mujeres posparto en Instituciones de Salud de la ciudad de Cuenca. Septiembre 2024 - febrero 2025”

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal (IP)	Valeria Priscila Sangacha Chamba	0106397193	Universidad de Cuenca
Investigador	Cinthy Vanessa Pacheco Maurad	0106544869	Universidad de Cuenca
Nombre del centro o establecimiento en el que se realizará la investigación	Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo C. Fundación Municipal de la Mujer y el Niño		
Nombre del comité de ética de investigación en seres humanos que evaluó y aprobó el estudio	Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH)- Universidad de Cuenca		

¿De qué se trata este documento?

De la manera más comedida y respetuosa le invitamos a usted a participar en este estudio, que se realizará en el Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo C. y en la Fundación Municipal de la Mujer y el Niño. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explican los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

La incontinencia urinaria definida como la pérdida involuntaria de orina representa un problema de salud con poca visibilidad que afecta a la calidad de vida de las personas que lo padecen. Las mujeres son el grupo poblacional más afectado, especialmente las que se encuentran en etapa posparto debido a los diferentes cambios que se producen como consecuencia del embarazo, el parto y por diversos factores que exponen a la mujer a desarrollar esta sintomatología.

La falta de atención por parte del sistema de salud hacia la condición que experimentan estas mujeres y la falta de información brindada acerca del tema imposibilita educar a la población sobre medidas de prevención y su tratamiento adecuado. Por tal motivo, el planteamiento de esta investigación tiene como objetivo aumentar las fuentes de información disponibles permitiendo realizar un diagnóstico precoz por parte del personal sanitario, así como brindar un tratamiento oportuno. Este estudio se realizará en el Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo C. y en la Fundación Municipal de la Mujer y el Niño, reconocido por ser un establecimiento que prioriza su atención en el área materno infantil, lo que facilita un mejor acceso a aquellas mujeres que atraviesan

esta situación, principalmente a las pacientes que tuvieron hijos en los primeros 12 meses, con edad entre los 20 a 35 años.
Objetivo del estudio
Determinar el número de casos y las causas de incontinencia urinaria en mujeres en instituciones de salud en la ciudad de Cuenca, dentro de los primeros 12 meses posteriores al parto.
Descripción de los procedimientos
Se iniciará con la petición de la autorización para la recolección de información por medio del presente consentimiento informado el cual se explicará a detalle cada punto del mismo, el tiempo que tomará este punto del procedimiento serán 10 minutos. En caso de que la participante firme el documento se realizará una entrevista individual para la recolección de datos a través de un formulario realizado por las autoras del proyecto, mismo que tendrá preguntas relacionadas con el tema de investigación, es decir, información referente al último parto y tomará un tiempo estimado de 12 minutos. Posteriormente se realizará la toma de medidas antropométricas correspondientes como el perímetro de cintura y la altura en centímetros por medio del uso de una cinta antropométrica por lo que se solicitará a la paciente que descubra la zona del abdomen mientras se realiza este procedimiento, esto se llevará a cabo respetando su intimidad dentro de un ambiente controlado. Finalmente se registrará esta información en la base de datos IBM SPSS Statistics 26 en el cual se codificará la información personal de la participante para respetar su privacidad y confidencialidad. Se analizarán los datos y se registrarán los resultados en un informe final para la presentación del proyecto de investigación, el cual será publicado en el repositorio de libre acceso de la Universidad de Cuenca. El número de pacientes que participarán durante el estudio serán un total de 132 mujeres de entre 20 a 35 años de edad.
Riesgos y beneficios
Es posible que durante la recolección de datos existan riesgos emocionales y/o psicológicos que generen incomodidad durante los procedimientos del presente estudio; para evitarlo las investigadoras serán respetuosas y estarán dispuestas a responder las interrogantes necesarias que permitan generar un ambiente seguro y conforme. En caso de querer suspender con la entrevista puede realizarlo. Existe un riesgo de filtración de los datos obtenidos de las entrevistas, no obstante, las autoras del proyecto tomarán las medidas de seguridad correspondientes para minimizarlo. Los análisis realizados durante el proceso de investigación no tendrán costos para usted y tampoco recibirá compensación financiera por su participación. Es posible que este estudio no traiga beneficios inmediatos ni directos hacia usted. Pero al final de esta investigación, la información que genera, puede aportar beneficios a los demás.
Otras opciones si no participa en el estudio
En caso de no querer participar en este estudio tiene la libertad de expresarlo libremente sin limitaciones.

Derechos de los participantes
<p>Usted tiene derecho a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Recibir la información del estudio de forma clara; 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas; 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio; 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted; 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento; 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario; 7) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede; 8) El respeto de su anonimato (confidencialidad); 9) Que se respete su intimidad (privacidad); 10) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador; 11) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten; 12) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes; 13) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.
Manejo del material biológico recolectado
No aplica.
Información de contacto
<p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame a los siguientes teléfonos 0995885585 que pertenece a Valeria Priscila Sangacha Chamba o envíe un correo electrónico a valeriasangacha@gmail.com, o al 0987411514 que pertenece a Cinthya Vanessa Pacheco Maurad y el correo electrónico es cinthya.pacheco@ucuenca.edu.ec .</p>

Consentimiento informado
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>

_____	_____	_____
Nombres completos de la participante	Firma de la participante	Fecha
_____	_____	_____
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Ismael Morocho Malla, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: ismael.morocho@ucuenca.edu.ec