

Universidad Católica de Santa María
Escuela de Postgrado
Maestría en Osteopatía



Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria del programa de rehabilitación de piso pélvico del Hospital Nacional Hipólito Unanue-Lima, 2024

Tesis presentada por la Bachiller:

Sotelo Castillo, Nila Silvia

ORCID: 0009-0007-4225-5879

Para optar el Grado Académico de Maestro en Osteopatía

Asesor (a):

Dra. Muñoz Del Carpio Toia, Agueda Rossangella

ORCID: 0000-0003-0501-7314

Arequipa – Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS

Arequipa, 19 de Noviembre del 2024

Dictamen: 010086-C-EPG-2024

Visto el borrador del expediente 010086, presentado por:

2013004802 - SOTELO CASTILLO NILA SILVIA

Titulado:

EFFECTO DE LA TÉCNICA DE LIFT DEL CONJUNTO ÚTERO-VEJIGA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DE PISO PÉLVICO DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE-LIMA, 2024

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29229000 - CHOCANO ROSAS DE VIZCARRA TERESA JESUS
DICTAMINADOR**



**29201360 - VILLANUEVA SALAS JOSE ANTONIO
DICTAMINADOR**



**29266386 - AZALGARA LAZO PATRICIO GONZALO
DICTAMINADOR**



Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria del programa de rehabilitación de piso pélvico del Hospital Nacional Hipólito Una

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

9%

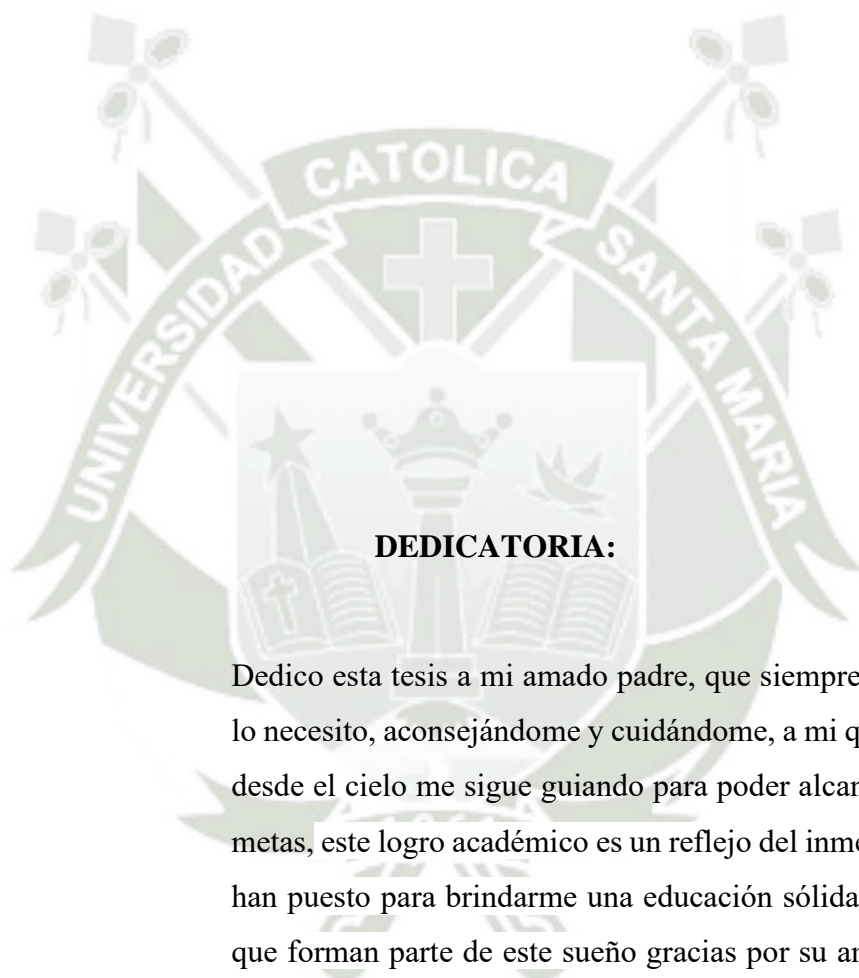
PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad San Jorge Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.ucss.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.comillas.edu Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%
7	Submitted to ucss Trabajo del estudiante	1%



DEDICATORIA:

Dedico esta tesis a mi amado padre, que siempre está cuando más lo necesito, aconsejándome y cuidándome, a mi querida madre que desde el cielo me sigue guiando para poder alcanzar mis sueños y metas, este logro académico es un reflejo del inmenso esfuerzo que han puesto para brindarme una educación sólida, a mis hermanos que forman parte de este sueño gracias por su amor y protección, este logro también es de ustedes.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a todos aquellos que formaron parte de este largo proceso de investigación para alcanzar esta instancia tan anhelada.

A mi asesora por su dedicación, paciencia, y correcciones precisas; a todos mis docentes que han sido parte de este camino, gracias por transmitirme los conocimientos necesarios para hoy poder estar aquí; y a la Universidad Católica de Santa María, por ser la casa de estudios que me permite obtener mi tan ansiado título.

No puedo dejar de mencionar a mis queridos pacientes, gracias por la confianza que han depositado en mí para desarrollar esta tesis, sin ustedes no hubiera sido posible el desarrollo de esta investigación.



RESUMEN

El trabajo de investigación tuvo como objetivo principal identificar el efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria del programa de rehabilitación de piso pélvico del Hospital Nacional Hipólito Unanue-Lima, 2024. El diseño del estudio fue preexperimental, el tipo de investigación de campo y el nivel explicativo. La población estuvo conformada por pacientes del sexo femenino que reciben tratamiento fisioterapéutico en el programa de rehabilitación de piso pélvico en el Departamento de Medicina de Rehabilitación del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de marzo a julio del 2024, el tamaño de la muestra fue de 28 los pacientes que conformaron el grupo experimental. Los instrumentos de medición fueron el King's Health Questionnaire (KHQ), utilizados para estimar la calidad de vida en la incontinencia urinaria que contó de 21 ítems y distribuidos en 9 dimensiones. Los resultados mostraron que el promedio de edad del grupo experimental fue de 53.6 años, el 35.7% tuvo obesidad, el promedio de hijos que tuvieron las participantes fue de 3.1 y el 85.7% tuvieron parto vaginal. El análisis inferencial determinó que existió una diferencia significativa en el efecto de la aplicación de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida en la incontinencia urinaria ($p=0.000$), inicialmente la puntuación fue 48.51 disminuyendo luego de las 8 sesiones hasta los 27.03, así mismo también existió una diferencia significativa en todas las dimensiones. Concluyendo que el efecto fue positivo en cada evaluación mostrando una diferencia significativa producido por la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de mujeres con incontinencia urinaria.

Palabras claves: Calidad de vida, incontinencia urinaria, técnica de Lift.

SUMMARY

The main objective of the research work was to identify the effect of the Lift technique of the uterus-bladder complex on the quality of life of women with urinary incontinence in the pelvic floor rehabilitation program of the Hipólito Unanue-Lima National Hospital, 2024. The design of the study was pre-experimental, the type of field research and the explanatory level. The population was made up of female patients receiving physiotherapy treatment in the pelvic floor rehabilitation program in the Department of Rehabilitation Medicine of the Hipólito Unanue National Hospital during the period from March to July 2024, the sample size was 28 patients who made up the experimental group. The measurement instruments were the King's Health Questionnaire (KHQ), used to estimate quality of life in urinary incontinence, which had 21 items and distributed in 9 dimensions. The results showed that the average age of the experimental group was 53.6 years, 35.7% were obese, the average number of children the participants had was 3.1 and 85.7% had a vaginal birth. The inferential analysis determined that there was a significant difference in the effect of the application of the Lift technique of the uterus-bladder joint on the quality of life in urinary incontinence ($p=0.000$), initially the score was 48.51, decreasing after 8 sessions until 03.27, likewise there was a significant difference in all dimensions. Concluding that the effect was positive in each evaluation, showing a significant difference produced by the Lift technique of the uterus-bladder complex in the quality of life of women with urinary incontinence.

Keywords: Quality of life, urinary incontinence, Lift technique.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
SUMMARY	
INTRODUCCIÓN.....	1
HIPÓTESIS	4
OBJETIVOS	4
CAPÍTULO I.....	5
1. MARCO TEÓRICO.....	5
1.1. Órganos intrapélvicos	5
1.1.1. Órganos urinarios	5
1.1.2. Orina.....	6
1.2. Órganos genitales femeninos	7
1.2.1. Útero.....	7
1.2.2. Vagina	7
1.3. Musculatura del suelo pélvico.....	8
1.3.1. Músculo elevador del ano.....	8
1.3.2. Músculo coccígeo.....	8
1.3.3. Inervación del suelo pélvico.....	8
1.4. Diafragma urogenital	8
1.5. Diafragma pélvico.....	8
1.6. Incontinencia urinaria.....	9
1.6.1. Tipos de incontinencia.....	9
1.6.2. Etiología	10
1.6.3. Fisiología de la micción y la continencia	11
1.6.4. Fundamentos anatomofuncionales de la incontinencia urinaria	11
1.6.5. Teoría integral de la continencia	12
1.7. Osteopatía.....	12
1.7.1. El cuerpo desde el punto de vista del osteópata.....	13
1.7.2. Salud y enfermedad desde el punto de vista osteopática	14
1.7.3. La articulación osteopática	14
1.7.4. La globalidad	14
1.7.5. Osteopatía visceral.....	14

1.8.	Análisis de antecedentes de investigación.....	17
1.8.1.	Antecedentes internacionales.....	17
1.8.2.	Antecedentes nacionales.....	20
CAPÍTULO II.....		22
2.	METODOLOGÍA.....	22
2.1.	Tipo y nivel de investigación.....	22
2.2.	Técnicas e instrumentos.....	22
2.2.1.	Técnica de investigación.....	22
2.2.2.	Instrumento de recojo de la información.....	22
2.3.	Campo de verificación.....	25
2.3.1.	Ubicación espacial.....	25
2.3.2.	Ubicación temporal.....	25
2.3.3.	Unidades de estudio.....	26
2.4.	Estrategia de recolección de datos.....	27
2.4.1.	Organización.....	27
2.4.2.	Recursos.....	28
2.4.3.	Validación de los instrumentos.....	28
2.4.4.	Criterios para el manejo de resultados.....	29
CAPÍTULO III.....		33
3.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
3.1.	Estadísticas descriptivas.....	33
3.2.	Estadística inferencial.....	44
3.3.	Discusión.....	54
CONCLUSIONES.....		57
RECOMENDACIONES.....		58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		59
ANEXOS.....		62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población de estudio según la edad	33
Tabla 2. Población de estudio según el índice de masa corporal	34
Tabla 3. Población de estudio según la ocupación	35
Tabla 4. Población de estudio según el número de hijos	35
Tabla 5. Población de estudio según el estreñimiento	36
Tabla 6. Población de estudio según la menopausia.....	37
Tabla 7. Población de estudio según cirugías abdominales y pélvicas	37
Tabla 8. Población de estudio según los problemas respiratorios	38
Tabla 9. Población de estudio según el tipo de parto	39
Tabla 10. Evaluación inicial en la calidad de vida de la incontinencia urinaria.....	40
Tabla 11. Segunda evaluación en la calidad de vida de la incontinencia urinaria.....	41
Tabla 12. Tercera evaluación en la calidad de vida de la incontinencia urinaria	42
Tabla 13. Evaluación final en la calidad de vida de la incontinencia urinaria	43
Tabla 14. Prueba de normalidad de las variables cuantitativas	44
Tabla 15. Efecto de la aplicación de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria	44
Tabla 16. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria entre la evaluación inicial y segunda evaluación.....	46
Tabla 17. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria entre la segunda y tercera evaluación	46
Tabla 18. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria entre la tercera y la evaluación final	46

Tabla 19. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según la edad	47
Tabla 20. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según el índice de masa corporal	48
Tabla 21. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según el número de hijos	49
Tabla 22. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según el estreñimiento	50
Tabla 23. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según la menopausia	51
Tabla 24. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según las cirugías abdominales y pélvicas	52
Tabla 25. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según los problemas respiratorios.....	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en decúbito	17
Figura 2. Ubicación en Google Maps de HNHU	25
Figura 3. Gráfica de líneas de la edad.	33
Figura 4. Gráfica circular del índice de masa corporal.	34
Figura 5. Gráfica circular de la ocupación.	35
Figura 6. Gráfica de líneas del número de hijos.....	36
Figura 7. Gráfica circular del estreñimiento.....	36
Figura 8. Gráfica circular de la menopausia.....	37
Figura 9. Gráfica circular de cirugías abdominales y pélvicas.....	38
Figura 10. Gráfica circular de los problemas respiratorios.	38
Figura 11. Gráfica circular del tipo de parto.....	39
Figura 12. Gráfica de líneas de la evaluación inicial en la calidad de vida de la incontinencia urinaria.....	40
Figura 13. Gráfica de líneas de la segunda evaluación en la calidad de vida de la incontinencia urinaria.	41
Figura 14. Gráfica de líneas de la tercera evaluación en la calidad de vida de la incontinencia urinaria.....	42
Figura 15. Gráfica de líneas de la evaluación final en la calidad de vida de la incontinencia urinaria.....	43
Figura 16. Gráfica de líneas de las evaluaciones en la calidad de vida de la incontinencia urinaria.....	46
Figura 17. Gráfica de líneas del efecto en la calidad de vida de la incontinencia urinaria.....	47

Figura 18. Gráfica de dispersión del efecto de la técnica de Lift en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según la edad	48
Figura 19. Gráfica de dispersión del efecto de la técnica de Lift en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según el índice de masa corporal	49
Figura 20. Gráfica de dispersión del efecto de la técnica de Lift en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según el número de hijos	50
Figura 21. Gráfica de dispersión del efecto de la técnica de Lift en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según el estreñimiento	51
Figura 22. Gráfica de dispersión del efecto de la técnica de Lift en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según la menopausia	52
Figura 23. Gráfica de dispersión del efecto de la técnica de Lift en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según las cirugías abdominales y pélvicas	53
Figura 24. Gráfica de dispersión del efecto de la técnica de Lift en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según los problemas respiratorios.....	54
Figura 25. Segunda sesión de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en decúbito	73
Figura 26. Cuarta sesión de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en decúbito	73
Figura 27. Sexta sesión de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en decúbito	74
Figura 28. Octava sesión de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en decúbito.....	74

INTRODUCCIÓN

En mis 11 años de experiencia profesional he observado que un gran porcentaje de pacientes acuden a los servicios de ginecología, urología y medicina física y rehabilitación de los hospitales, clínicas o nosocomios de salud, buscando resolver su problema sin encontrar muchas veces solución. El paciente que presenta incontinencia urinaria presenta serios problemas físicos, psicológicos y sociales, donde ve afectado no solo su salud, sino también la calidad de vida.

La incontinencia urinaria es un signo muy común en las mujeres y es definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como la pérdida involuntaria de orina (1), esto se da por la presión dentro de la vejiga que es superior a la presión en la uretra, además suele producirse por la presencia de varias enfermedades a cualquier edad sin distinción del sexo. A pesar del considerable impacto sobre la calidad de vida de las personas que la padecen, tan sólo un 20% de los afectados busca ayuda médica, lo que puede conducir a subestimar su prevalencia; a mediana edad puede afectar entre el 30-40% y en el adulto mayor alcanza hasta un 50% siendo más prevalente en las mujeres (2).

Hoy en día en la práctica clínica el tratamiento es multidisciplinario; el equipo de profesionales de la salud no solo busca resolver el problema a nivel físico, sino también busca mejorar la calidad de vida y el impacto negativo que pudiera producir este problema. En los servicios de medicina de rehabilitación se atiende a una diversidad de pacientes con diferentes diagnósticos, el propósito de la medicina de rehabilitación es recuperar la funcionalidad del paciente en su más alto grado de capacidad. Según la World Confederation for Physical Therapy (WCPT) el fisioterapeuta que es parte integral del equipo multidisciplinario está involucrado en los procesos de prevención, promoción y recuperación de la salud utilizando medios físicos; aliviando el dolor y mejorando el funcionamiento de las capacidades físicas de la persona (3).

Sin embargo, los tratamientos del piso pélvico siguen siendo un problema difícil de resolver para los profesionales de la salud, a pesar de contar con equipos de alta calidad y exámenes cada vez más minuciosos, los procedimientos no son completos, por la misma complejidad de las diferentes causas que condicionan la incontinencia urinaria (4). En la búsqueda de nuevos tratamientos a nivel orgánico, es importante identificar el mecanismo de disfunción

que genere un inadecuado funcionamiento del sistema genitourinario. El objetivo prioritario en la rehabilitación del paciente con incontinencia urinaria es disminuir o eliminar la cantidad de episodios durante el día que permitan reducir el impacto en su calidad de vida.

La osteopatía es una especialidad médica nueva en nuestro país y a nivel del sistema de salud, por su originalidad y efectividad la osteopatía supone mucho más que una simple aplicación de un conjunto de técnicas manuales, sólidamente ancladas en la investigación básica (el campo de intervención osteopática se ha visto enriquecido desde sus orígenes por las constantes aportaciones de la anatomía, semiología y la fisiología), va más allá de las técnicas específicas, proponiendo un enfoque holístico, en la que el osteópata pondrá en juego todo su conocimiento acerca del paciente para un acto terapéutico eficaz. Una de las técnicas osteopáticas muy eficaz y aplicada para la incontinencia urinaria es la técnica de Lift del conjunto útero- vejiga en decúbito, que consiste en levantar la vejiga con el uraco y suprimir las adherencias entre la vejiga y el útero descendido por la vía interna (5).

La investigación fue conveniente porque servirá de guía para futuros tratamientos planteados en la fisioterapia, utilizando criterios osteopáticos que añadirán un enfoque más global sobre la incontinencia urinaria. La justificación social del estudio benefició a todas las mujeres que busquen disminuir el impacto que genera la incontinencia urinaria, pues este problema afecta más a las mujeres en una relación dos veces mayor que en los varones. El valor teórico del estudio aportó nuevos conocimientos empleados desde la osteopatía, ofreciendo una exploración satisfactoria de la intervención en un grupo establecido de pacientes dentro del programa de rehabilitación del piso pélvico. La utilidad metodológica se justificó con el uso de un instrumento sobre el impacto en la calidad de vida relacionada a la salud del paciente. Además, por la conexión con otras variables del estudio y establecer las relaciones existentes en la población que acude al hospital para el tratamiento de la incontinencia urinaria, siendo una propuesta bastante ambiciosa, al momento de realizar el seguimiento a los pacientes.

Esta investigación no ha sido replicado en nuestro país, por ello el interés de realizar un estudio que explore el efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria, que determine la utilidad de la técnica en un grupo particular de pacientes de un hospital, por lo que se establecieron como interrogante principal, ¿Cuál es el efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria del programa de rehabilitación de piso pélvico del Hospital Nacional Hipólito Unanue-Lima, 2024?, además de las siguientes interrogantes

específicas ¿Cuál es la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria del programa de rehabilitación de piso pélvico del Hospital Nacional Hipólito Unanue al inicio del estudio?, ¿Cuál es la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria del programa de rehabilitación de piso pélvico del Hospital Nacional Hipólito Unanue luego de la aplicación de la técnica de Lift del conjunto útero vejiga?

La investigación tuvo una estructura de tres capítulos, el capítulo I estuvo conformado por los antecedentes y bases teóricas que sirve como apoyo para las conclusiones, el capítulo II describió la parte metodológica como también la validación y confiabilidad de los instrumentos, el capítulo III analizó los datos para establecer los resultados, conclusiones y las recomendaciones.



HIPÓTESIS

Fundamentación

La incontinencia urinaria es un problema bastante serio que afecta la calidad de vida de las mujeres, por lo tanto, se buscan diferentes tratamientos que tengan un efecto positivo y permita solucionar este problema.

Hipótesis

Es probable que la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga provoque efectos favorables en la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria del programa de rehabilitación de piso pélvico del Hospital Nacional Hipólito Unanue-Lima, 2024.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Identificar el efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria del programa de rehabilitación de piso pélvico del Hospital Nacional Hipólito Unanue-Lima, 2024.

Objetivos específicos

- Determinar la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria del programa de rehabilitación de piso pélvico del Hospital Nacional Hipólito Unanue al inicio del estudio.
- Determinar la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria del programa de rehabilitación de piso pélvico del Hospital Nacional Hipólito Unanue luego de la aplicación de la técnica de Lift del conjunto útero vejiga.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

El marco conceptual recopilará información de las variables principales, así como los conceptos y relaciones del sistema orgánico de intervención, además algunas teorías referentes a la aplicación de la técnica osteopática, análisis estructural de los instrumentos y planteamientos de distintos autores.

1.1. Órganos intrapélvicos

Es la región interna de la pelvis donde se encuentran un conjunto de órganos denominados urogenital. Entre los órganos contenidos en la pelvis menor se encuentran: La vejiga, uretra, útero, vagina y genitales externos (6).

1.1.1. Órganos urinarios

Son los encargados de segregar la orina a través de un proceso metabólico resultado de los desechos de todo el cuerpo, desarrollando un equilibrio hidroelectrolítico muy importante, entre los órganos más relacionados a esta función se encuentran la vejiga y la uretra (6).

1.1.1.1. La vejiga

Es uno de los órganos extraperitoneal, en la mujer está situado por delante del útero y detrás del hueso púbico. En la mujer a este nivel tenemos tres elementos importantes como el uraco, el ligamento pubovesical y el perineo (7).

Claramente la vejiga es diferente entre ambos sexos, el conducto de evacuación en la mujer es más corto, a su vez es más frecuente la presencia de infecciones.

La vejiga es el único órgano liso con la capacidad de contraerse voluntariamente. Para la continencia es importante la integridad del sistema parasimpático.

Para su integridad el sistema parasimpático S2-S3-S4 quien controla los esfínteres proximales y el sistema simpático controla al músculo detrusor (7).

1.1.1.2. La uretra

Es un conducto encargado de excreta la orina almacenada en la vejiga. Su ubicación inicial desde el cuello de la vejiga hasta la vulva, en su trayecto descendente y de forma vertical describe una concavidad en sentido ventral, entre los principales problemas de la

incontinencia urinaria destaca la alteración en su trayecto. En promedio tiene una longitud de 3 a 4 cm y su diámetro promedio es de 7mm en las mujeres siendo más corto que en el hombre (6).

La desembocadura de la uretra se denomina orificio externo de la uretra o denominado meato uretral, la dirección del conducto se dispone de manera oblicua hacia abajo y adelante a lo largo de la vagina (8).

1.1.2. Orina

El contenido de la orina puede variar de acuerdo a la persona y su estado de salud, principalmente está compuesto por agua, que forma parte de los alimentos y los procesos de oxidación. El color característico es amarillento claro, su pH suele ser moderadamente ácido, en promedio la excreta de orina se encuentra alrededor de 1.5 litros por día. Los riñones producen la orina que son el desecho del metabolismo y exceso de agua del torrente sanguíneo, el compuesto principal se le denomina urea, este componente líquido es transportado desde los riñones hasta la vejiga a través de los uréteres, finalmente puede ser expulsado (micción) al momento de que la vejiga es estimulada por la presión de la orina y exista la necesidad de vaciar el contenido (9).

En condiciones anormales la orina puede presentar mayor cantidad de proteínas, solo en condiciones especiales como tras un esfuerzo por actividad física, el embarazo o un largo tiempo de pie puede presentarse este hecho; en caso de pacientes diabéticos puede contener glucosa, en muestras de pacientes con enfermedades hepáticas podemos encontrar sales y pigmentos biliares (9).

La orina contiene información valiosa sobre las principales funciones metabólicas del organismo, las pruebas de laboratorio simples pueden determinar sus principales componentes (10).

La formación de la orina se da en los riñones que se encarga de filtrar de manera continua plasma, reabsorbiendo agua para transformar alrededor de 170000 mL de plasma a un rango de 600 a 2000 mL de orina considerada normal (10).

Los cambios del volumen de orina fuera de los rangos normales pueden estar relacionados a enfermedades o afecciones del sistema, en el caso de la disminución del volumen de orina recibe el nombre de oliguria; mientras que el cese completo de orina se denomina anuria. La poliuria es el aumento excesivo de orina producida al día, asociada a enfermedades

metabólicas, que pueden generar en ocasiones la no retención de orina denominada incontinencia urinaria (10).

1.2. Órganos genitales femeninos

Entre los mencionados órganos tenemos los ovarios, trompas uterinas, útero, vagina y genitales externos. Para este propósito mencionaremos al útero y vagina.

1.2.1. Útero

Se encuentra en el centro de la cavidad pélvica, es un órgano vacío localizado por encima de la vagina, detrás se encuentra el recto y por delante la vejiga. Conocido por su forma de pera invertida, en su forma más estrecha forma el istmo uterino que divide al útero en dos partes el cuerpo y cuello del útero respectivamente. En condiciones fisiológicas normales el útero en bipedestación se encuentra más cerca de la sínfisis púbica que del promontorio, presentando dos medios de fijación denominados de sostén y suspensión (6).

1.2.2. Vagina

Es una estructura en forma tubular con tejido músculo membranoso, su dimensión se extiende desde el cuello útero al vestíbulo, contiene los orificios uretrales externos y vaginales. La vagina presenta todas sus paredes juntas que lo mantienen en contacto, exceptuando en el nivel superior donde el cuello mantiene su estructura y se encuentra separado. Su localización está detrás de la vejiga y la uretra, mientras se encuentra delante del recto, a los lados el ano, la fascia pélvica visceral y los uréteres.

La vagina posee cuatro músculos que comprimen su estructura y funcionan como un esfínter, estos músculos son el pubo vaginal, el esfínter uretral externo, el esfínter uretro-vaginal y el bulbo esponjoso (11).

La vagina está constituida por tres capas, la lámina propia es una capa que no contiene glándulas y contienen pequeños vasos sanguíneos, la lubricación vaginal se produce por un trasudado de estos vasos sanguíneos; la musculatura vaginal posee una capa bien desarrollada de musculatura lisa y finalmente la capa adventicia que posee colágeno, elastina y tejido adiposo (12).

1.3. Musculatura del suelo pélvico

Es descrita en forma de hamaca con la cúpula invertida, la musculatura pélvica es un conjunto de grupos musculares con diferente morfología y diferentes funciones.

Entre los músculos podemos citar a los siguientes:

1.3.1. Músculo elevador del ano

En sentido anteroposterior lo podemos ver desde la parte posterior del pubis hasta la espina isquiática y el cóccix. Este músculo presenta tres regiones, el músculo iliococcígeo, el músculo pubococcígeo y músculo puborectal. En conjunto su actividad normal mantiene el hiato urogenital cerrado (6).

1.3.2. Músculo coccígeo

Está situado posteriormente al músculo iliococcígeo y se origina desde la espina isquiática hasta el cóccix y el sacro (6).

1.3.3. Inervación del suelo pélvico

La literatura menciona que el elevador del ano esta inervado por el nervio pudendo y raíces directas de S3-S4. Existen estudios que debaten la inervación exacta de este músculo, sin embargo, estudios recientes mencionan la mayor importancia de los pares sacros (6).

1.4. Diafragma urogenital

Constituye el plan medio del periné anterior, esta región permite el sostenimiento de la vejiga urinaria, en el caso del varón el sostenimiento de la próstata, el músculo transverso profundo del periné, el músculo esfínter externo de la uretra, la membrana perineal y el ligamento transverso del periné componen esta estructura. La función principal es dar sostenimiento a la vejiga para el funcionamiento correcto (13).

1.5. Diafragma pélvico

Es una lámina músculo aponeurótico en forma de embudo que cierra el estrecho inferior de la pelvis, delimitado por el hiato urogenital para el paso de la uretra y vagina. Los elementos que componen esta estructura son el músculo elevador del ano, el músculo coccígeo, la fascia del diafragma pélvico (13).

El diafragma pélvico también es conocido como suelo pélvico, la acción sinérgica de la fascias, músculos y ligamentos determinan la función normal de los órganos pélvicos (6).

1.6. Incontinencia urinaria

Según la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) la incontinencia urinaria es un síntoma que lo define como la pérdida de orina de manera involuntaria. Además, al definirlo como un síntoma es necesario contemplar los factores importantes como los desencadenantes, la severidad o gravedad, el impacto sobre la persona en todos los ámbitos y su afección en la calidad de vida entre los factores más estudiados (14).

Es considerado una causa importante de incapacidad y dependencia sobre la persona que lo padece, generando efectos negativos a nivel social, psicológico, físico, económicos y laboral. Los problemas pueden aumentar asociados a enfermedades, pero con la vejez pueden aumentar los cambios en el tracto urinario inferior, disminución de la capacidad vesical, aumento de las contracciones del músculo detrusor, crecimiento prostático como las causas de la incontinencia (15).

La incontinencia urinaria es una condición evidente de pérdida involuntaria de orina que genera problemas psicosociales, considerando un problema multicausal y que es objetivamente demostrable (16).

La incontinencia urinaria es considerada la afección uro-ginecológica más frecuente en la mujer, se encuentra relacionada a mecanismos de presión uretral y extremo proximal de la uretra, también a nivel vesical donde no existe un correcto cierre, finalmente aparece al mínimo esfuerzo o durante una presión intraabdominal (17).

1.6.1. Tipos de incontinencia

1.6.1.1. Incontinencia urinaria por esfuerzo

Es la pérdida involuntaria de orina relacionada al ejercicio, actividad laboral o estornudo. Se manifiesta la severidad de acuerdo con la cantidad de orina que escapa relacionada a alguna de las actividades mencionadas, definitivamente está en relación con la presión abdominal que mientras aumenta es más probable mayor escape de orina (14).

Es producido por un aumento de la presión intravesical que excede la máxima capacidad de presión del cierre uretral, con inhibición de la contracción del músculo detrusor. Entre las causas se encuentran la debilidad del suelo pélvico, la parálisis del piso pélvico, distensión

de la vejiga como del cuello vesical, lesión iatrogénica de la uretra posterior y la presencia de una uretra corta de tipo congénita (16).

1.6.1.2. Incontinencia urinaria de urgencia

Es la pérdida involuntaria de orina relacionada a la necesidad de miccionar precedida inmediatamente por la urgencia miccional (14).

Puede estar relacionado con el aumento de la actividad del músculo detrusor, también producida por el aumento de la sensibilidad de la vejiga que reacciona rápidamente al aumento de la presión vesical (16).

1.6.1.3. Incontinencia urinaria mixta

Es la pérdida involuntaria de orina relacionada al esfuerzo y de urgencia miccional (14).

1.6.2. Etiología

Las causas de la incontinencia están parcialmente definidas, presentándose de manera súbita o temporal (18), entre ellas tenemos:

- Las infecciones del tracto urinario o inflamaciones.
- En el caso de los varones con infección o inflamación prostática
- El estreñimiento, produciéndose constipación severa, manteniendo presión constante sobre la vejiga.
- Efectos secundarios a medicamentos.
- Durante el embarazo o inmediatamente después del proceso.
- Aumento de peso.

A largo plazo la incontinencia puede estar presente por las siguientes causas:

- Las lesiones medulares dorsales.
- Presencia de anomalías del tracto urinario
- Lesiones sistémicas o centrales de tipo neurológico
- Debilidad postquirúrgica de los esfínteres.
- Prolapso pélvico de las mujeres
- Procesos oncológicos en la vejiga.

Además, la pérdida de la orina puede acompañarse al toser, al esfuerzo físico, permanecer de pie, al ejercicio físico, entre otros.

1.6.3. Fisiología de la micción y la continencia

La función correcta del tracto urinario se presenta cuando existe integridad entre las estructuras anatómicas, por lo tanto, el funcionamiento dependerá de la salud de cada órgano. En el proceso de la micción consta de un fase de llenado en donde la vejiga recibe la orina de los riñones, una fase de almacenamiento donde la orina permanece en la vejiga gracias a las propiedades elásticas de sus paredes puede expandirse para tener una capacidad mayor al tamaño normal y finalmente una fase de vaciado en donde previamente la vejiga llega a la mitad de su capacidad fisiológica, donde se emite un impulso de deseo miccional, de ser necesario podrá vaciar la orina de forma voluntaria (17).

Tras el proceso de micción hay una relajación del músculo detrusor producido por la inhibición del sistema parasimpático sacro, en este proceso existe una actividad betaadrenérgica generadora de la relajación del músculo detrusor, mientras la actividad alfaadrenérgica genera la contracción del cuello vesical y uretra (19).

Con la inhibición del centro parasimpático sacro, se produce activación del músculo esfínter externo y suelo del periné, produciendo un llenado vesical mientras continua el llenado existe un refuerzo de la continencia con mayor contracción del suelo perineal, además el llenado aumentará la presión y creará una sensación de deseo miccional, que se inhibirá a nivel supraespinal para evitar una micción refleja que podrá mantenerse hasta un límite antes de miccionar (19).

Durante la fase del vaciado se producirá una inhibición del esfínter y suelo perineal, la corteza a través del deseo miccional emitirá un estímulo para producir la contracción del músculo detrusor. El paso de la orina por la uretra aumenta la actividad parasimpática del músculo detrusor y la inhibición del nervio pudendo, que genera un vaciado completo de la orina evitando residuos de micción (19).

1.6.4. Fundamentos anatomofuncionales de la incontinencia urinaria

1.6.4.1. Mecanismos fisiopatológicos de la incontinencia urinaria por insuficiencia

esfinteriana de la mujer

Dentro de las causas se han descrito dos mecanismos que son:

- Las alteraciones intrínsecas de los componentes uretrales, déficit uretral que se puede presentar de forma continua denominada incontinencia por reposo, también puede

presentarse por aumento de la presión intrabdominal denominado incontinencia de esfuerzo (13).

- Las alteraciones de estructuras anatómicas cercanas como el suelo pélvico, generando una incontinencia anatómica o la incontinencia por uretra hipomóvil (13).

1.6.4.2. Factores y mecanismos involucrados en la fisiopatología de la incontinencia urinaria por insuficiencia esfinteriana intrínseca

- Factores hormonales que pueden estar relacionados a la disminución del trofismo de sus estructuras.
- Cambios relacionados en los tipos y abundancia de colágeno.
- Fibrosis como respuesta a agresiones.
- Denervaciones periféricas de las ramas periféricas del nervio pudiendo desarrollado por partos prolongados o distócicos (13).

1.6.5. Teoría integral de la continencia

Fue una teoría establecida por Petros y Ulmsten con el propósito de dar a conocer de manera integral los mecanismos fisiopatológicos que explicarán la incontinencia urinaria. Según su teoría las presiones generan tensiones sobre las paredes de los músculos, ligamentos y fascias que a su vez determinaran la apertura o cierre del cuello vesical y de la uretra. Las estructuras que forman el diafragma urogenital y el diafragma pélvico, además de ellos los ligamentos del piso pélvico de la mujer interactúan con otras estructuras y presentaran una función dinámica (20).

1.7. Osteopatía

La osteopatía es un método de diagnóstico y tratamiento cuyo enfoque aborda todos los tejidos del cuerpo humano, sus bases encarnan un profundo conocimiento de anatomía, fisiología y biomecánica. Fue creado por el Dr. Andrew Taylor Still en el año de 1874 y en la actualidad está difundido en varios países. La terminología de la palabra osteopatía se deriva del griego Osteón (hueso) y pathos (efecto procedente del interior). En general la osteopatía estudia el desequilibrio interno que repercute sobre el cuerpo y causa enfermedades que dificultan la comunicación entre las estructuras entre el sistema nervioso central y las demás estructuras (21).

La disfunción somática es definida según la American Osteopathic Association como una alteración o deterioro funcional de los componentes corporales, estructuras esqueléticas, articulaciones, fascias, componentes vasculares, nerviosos y linfáticos (22).

Los principios de la osteopatía se basan en cuatro criterios (21):

- La estructura gobierna la función: considerada como estructura a las artes corporales y a la función como la actividad que desempeña cada estructura, manifiesta que una enfermedad no se puede desarrollar si la estructura está en equilibrio y armonía.
- La unidad del cuerpo: el individuo es una expresión de cuerpo, mente y espíritu; todas las estructuras del cuerpo están interconectadas entre sí por diferentes tejidos. Además, el cuerpo humano tiene la capacidad de auto equilibrarse si las condiciones son favorables.
- La autocuración: el cuerpo presenta todos los elementos necesarios para para repararse y mantener condiciones de salud adecuadas, las enfermedades se presentan en condiciones desfavorables, por lo tanto, no debe existir dificultades en la conducción nerviosa, linfática o vascular para que los sistemas de nutrición y eliminación de toxinas funcionen de manera adecuada.
- La ley de la arteria: por la sangre transcurre los medios necesarios de comunicación, por lo tanto, su rol prioritario de vascularización le permite mantener la salud de los tejidos; la enfermedad se desarrolla si este sistema presenta disfunciones.

1.7.1. El cuerpo desde el punto de vista del osteópata

Los modelos para la interrelación entre las distintas partes del cuerpo están interconectados a través de tejidos conectivos, las uniones mediante fascias, vasos sanguíneos, nervios, músculos y tendones. Generando vías de comunicación donde el dolor también puede transportarse a otras zonas del cuerpo. A través de estas zonas las lesiones y desequilibrios pueden dirigirse al lugar más próximo. En general concluyen que toda lesión tiene el potencial de trasportarse a diferentes zonas del cuerpo sin importar las distancias (23).

La osteopatía evalúa capa tras capa para encontrar las lesiones o posibles desequilibrios. Las herramientas que utilice el osteópata ayudaran a deducir lo que podría estar ocurriendo en zonas más profundas o distales (23).

1.7.2. Salud y enfermedad desde el punto de vista osteopática

Para conocer el concepto de la salud tenemos que referirnos a lo mencionado por la Organización mundial de la salud (OMS) que menciona a “la salud como el bienestar físico, espiritual y social del ser humano”. El concepto de salud nos da hincapié a pensar que los términos con que se definen son referentes a percepciones subjetivas, que difícilmente puedan ser cuantificados o parametrizados, sin embargo, la medicina convencional continúa tratando de objetivar y reclutar información con exámenes y datos objetivos para iniciar un tratamiento (23) (24).

1.7.3. La articulación osteopática

Una articulación es un punto de unión entre dos estructuras que permite el movimiento. Los conceptos anatómicos clásicos mencionan que una articulación es la unión entre dos superficies óseas. En osteopatía este término se denomina a la unión de dos puntos entre distintas estructuras, estas estructuras podrán generar un movimiento entre ellas. La salud del individuo es propósito final de la osteopatía por lo tanto el movimiento es una de las herramientas más utilizadas para conseguir este propósito (23).

1.7.4. La globalidad

La osteopatía como se mencionó en sus principios busca la integridad de sus tejidos, a través de la recuperación de la estructura, por estas razones no busca la lesión que cause dolor, sino intenta resolver el problema a través de la lesión primaria, bajo esta perspectiva es importante realizar exámenes osteopáticos generales y la utilización de líneas de gravedad (25).

1.7.5. Osteopatía visceral

En la osteopatía las vísceras no se consideran diferentes a las articulaciones, la conexión directa entre la movilidad del diafragma y los órganos que se pueden desplazar en conjunto con la mecánica diafragmática de la respiración. Para el correcto funcionamiento de una víscera es necesario la movilidad fisiológica, la correcta vascularización e inervación. Además, las vísceras están unidas por envolturas capaces de generar deslizamientos entre sí, lo que permitiría poder corregir en el caso de una alteración (21).

1.7.5.1. Examen general

En la exploración general es importante céntranos en las zonas más importantes y ordenadas a evaluar, inicialmente las evaluaciones comienzan en la zona pélvica, por su interrelación con el centro de gravedad, las fuerzas ascendentes pueden influenciar la posición de los iliacos, por lo tanto la influencia de estas estructuras sobre los miembros inferiores, y la interacción con las zonas ascendentes permiten la exploración global, sin embargo la evaluación se realizará segmento a segmento (25).

1.7.5.2. Exploración física

La exploración física en osteopatía visceral está compuesta por la palpación, percusión, auscultación, registro de las presiones.

- La palpación brinda información sobre las características del tono de las paredes de las estructuras.
- La percusión sobre la localización y dimensiones de los órganos.
- La auscultación brindara información de los flujos aéreos, sanguíneos y biliares.
- El registro de presiones de ambos brazos puede revelar una posible anisotonía.

1.7.5.3. Pruebas de movilidad

Es la movilización de los órganos mediante movimientos precisos, al ritmo y dirección de la práctica clínica. Las movilizaciones permiten conocer el estado de cada órgano y permitir una exploración más completa de la misma (26).

1.7.5.4. Pruebas de motilidad

Son pruebas más específicas para evaluar los ejes y amplitudes de motilidad de una víscera. La víscera presenta un movimiento pendular, el movimiento fisiológico se hace con ambos lados de un punto neutro, en ocasiones las fijaciones pueden generar una asimetría de su movimiento, de manera que se limita en un sentido y se exagera en otro (26).

1.7.5.5. Escucha

Es una técnica de diagnóstico manual de una fijación, donde la mano se dirige de forma pasiva hacia donde es atraída. Esta fijación produce tensión en los tejidos que modifica el comportamiento de los ejes de movimiento de los tejidos adyacentes. La presión que realiza

es con el propio peso corporal que se encuentra alrededor de 250g., la técnica de escucha se divide en escucha general y local (26).

1.7.5.6. Modalidad del tratamiento

- **Duración del tratamiento:** Es diferente en cada persona y poco cuantificable por las particularidades de cada organismo, además de la practicidad y experiencia de cada tratante, en promedio se realizan unos 20 movimientos. El exceso de movimientos puede ser perjudicial por perder los beneficios ya alcanzados, pudiendo inhibir la movilidad (26).
- **Ritmo y amplitud:** En el caso del ritmo y movimiento es importante adaptarse a cada paciente, es necesario comprender la vitalidad y resistencia de cada estructura. Por lo tanto, la experiencia es importante, mientras las personas con menor experiencia imprimen su propio ritmo a cada paciente, muchas veces más rápido, siendo en ocasiones perjudicial al paciente pues el organismo no tolera una velocidad muy alta. La maniobra apropiada se puede establecer en base a una serie de movimientos correctos realizados por el paciente desde de la intervención. En la amplitud nunca es demasiado pequeña, habitualmente en la mayoría de los órganos se espera que las maniobras tengan una gran amplitud (26).
- **Número de sesiones:** El número de sesiones a tratar no debería ser demasiado seguido, un intervalo de hasta tres semanas entre cada sesión es un tiempo razonable. En un principio el número de sesiones podría ser de hasta solo tres veces, siendo recomendable poder verlos cada seis meses o un año después (26).

1.7.5.7. Técnica de Lift del conjunto Útero-vejiga en decúbito

Esta técnica tiene como objetivo la liberación de adherencias entre la vejiga y el útero descendido por vía interna, intentando levantar la vejiga con el uraco. Está indicado en mujeres que presentan cistitis, incontinencia urinaria, prolapso uterino y adherencias vesicouterinas. Entre sus condiciones para no realizar esta técnica se sugiere no practicarla antes de cicatrización de los tejidos después del parto.

Para la aplicación de esta técnica es necesario considerar la posición del paciente, la posición del osteópata, la colocación de sus manos y el desarrollo propio de la técnica, detallando las secuencias de maniobras a realizar (5).

- Posición del paciente: Está en decúbito supino (recostado con la cara mirando hacia arriba), mantendrá los miembros inferiores flexionados sobre la camilla.
- Posición del osteópata: Podrá estar sentado a un lado del paciente, también podrá encontrarse de pie a la altura de la pelvis si se le facilita mejor la aplicación de la técnica.
- Colocación de las manos: La mano izquierda ingresara por vía interna, colocándose en el fondo del saco anterior por vía vaginal. La mano derecha se encontrará sobre el abdomen, cogerá la piel y el uraco a la altura de la zona umbilical.
- Desarrollo de la técnica: Para el desarrollo de la técnica se debe de realizar un Lift cefálico de la vejiga, mientras mantiene tensión sobre el uraco la mano colocada en la zona abdominal, la mano interna busca liberal el ligamento pubovesical y estira la uretra por vía vaginal. La mano interna realiza movilizaciones de vejiga realizando una combinación de movimientos de lateralidades y rotaciones, durante el proceso la mano colocada sobre el abdomen continuara traccionando cefálicamente por medio del uraco.

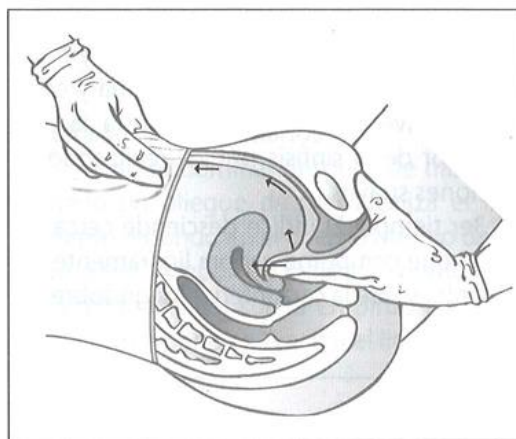


Figura 1. Técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en decúbito

1.8. Análisis de antecedentes de investigación

1.8.1. Antecedentes internacionales

Silva et al. en el año 2018 en el artículo titulado “Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climatérica”. La metodología es una revisión sistemática donde se seleccionaron ocho artículos originales de fuente primaria, en inglés, español, y portugués, publicados entre los años 2012 y 2017, en PubMed, SciELO, Medline, Lilacs, Elsevier,

Scopus y Google Académico. Los resultados mostraron que la mujer climática con incontinencia urinaria presenta variada sintomatología clasificada en tres categorías: genitourinaria y sexual (incontinencia urinaria en el coito y orgasmo, nicturia, enuresis y polaquiuria que desencadena disfunción sexual), en la categoría psicoemocional (miedo, vergüenza, angustia, ansiedad, depresión, pérdida de autoimagen, autoconfianza y aversión al acto sexual). Finalmente, en la categoría sociocultural, destaca el aislamiento social y falta de adherencia al control médico por esta patología, asociado a una percepción que esta sintomatología forma parte del envejecimiento. Concluyendo que la variada sintomatología presentada en la mujer climática con incontinencia urinaria afecta negativamente su calidad de vida. Se requiere integrar a la actualmente utilizada Menopause Rating Scale, la aplicación simultánea del cuestionario *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form* y *test de Sandvik* cuando la primera se vea alterada, para así fomentar la pesquisa precoz de la sintomatología por parte del profesional sanitario para su derivación y tratamiento oportuno (27).

Benito en el año 2018 en la tesis de grado titulada “Tratamiento fisioterapéutico en la incontinencia urinaria de esfuerzo”. El objetivo principal fue analizar la eficacia del tratamiento fisioterapéutico en la incontinencia urinaria de esfuerzo, es un trabajo descriptivo con revisión bibliográfica teniendo una muestra de 14 artículos seleccionados. Obtuvieron como resultado un conjunto de posturas que trabajan sobre músculos abdominales, pero indirectamente tienen una forma involuntaria de entrenamiento de la musculatura pélvica a través de la contracción del músculo transverso abdominal. Concluyendo que los ejercicios hipopresivos son una técnica que se ha utilizado en la incontinencia urinaria de esfuerzo obteniendo buenos resultados, pero sin evidencia que demuestre que tiene mejores resultados que el entrenamiento voluntario de la musculatura del suelo pélvico (28).

Krhut et al. en el año 2018 en el artículo titulado “Effect of severity of urinary incontinence on quality of life in women”. El estudio de diseño experimental conformado por una muestra de 391 voluntarios con incontinencia urinaria divididos en 114 participantes para el grupo B, 114 participantes para el grupo C, 79 participantes para el grupo D, 84 participantes para el grupo E y 81 participantes del grupo A que son pacientes sin incontinencia urinaria (grupo control). Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario breve de la Consulta internacional sobre la incontinencia (ICIQ-SF) y la calidad de vida del Cuestionario de salud

del Rey (KHQ). Los resultados indicaron que los grupos B, C, D y E tuvieron mayor incontinencia urinaria respectivamente por lo que los valores de la ICIQ tuvieron un promedio 10.44, 14.00, 14.86 y 16.14 puntos respectivamente, en el caso del grupo control (grupo A) el valor de la ICIQ fue 0.6 puntos, Además en relación con la incontinencia urinaria de esfuerzo por ICI-Q la diferencia significativa fue ($p = 0.007$). Concluyendo que la calidad de vida se ve influenciada por la incontinencia urinaria de esfuerzo aun si la fuga de orina es leve (29).

Borrueal et al. en el año 2018 en la tesis de especialidad en osteopatía sobre el efecto del tratamiento osteopático en la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres. El estudio de diseño experimental y tipo longitudinal, la muestra estuvo conformada por un grupo experimental de 13 participantes con edades entre los 18 a 60 años y un grupo control. Los instrumentos de medición fueron el cuestionario ICIQ-SF. Los resultados encontrados indicaron que antes de la intervención la puntuación del grupo experimental fue 12.83 y en el grupo control 9.57, mientras que después de la intervención se redujo la incontinencia urinaria a 11.5 y 8.4 respectivamente, mediante el uso de la prueba U de Mann-Whitney se consiguió una significancia estadística mayor a $p > 0.05$, por lo que se aceptó la hipótesis nula. Se concluyó que a pesar de haber disminuido luego de la intervención la percepción de la calidad de vida producida por la incontinencia urinaria no fue suficiente el cambio respecto al grupo experimental y control (30).

Hemmat et al. en el año 2018 en el artículo realizado en Egipto sobre el efecto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de mujeres postmenopausia. El diseño del estudio experimental y tipo longitudinal. La muestra estuvo conformada por 75 mujeres con incontinencia urinaria que fueron atendidas en consulta externa de ginecología. Los instrumentos de medición utilizados fueron escala de autoestima de Rosenberg y calidad de vida relacionada con la incontinencia (I-QOL). Los resultados indicaron que el 54.7 tuvieron menos de 50 años, el 28% tuvo igual o más de 3 embarazos, el 31.4% fue cesareada. La correlación entre la incontinencia urinaria y la calidad de vida fue $\rho = 0.51$ que indico un índice moderado y una significancia estadística < 0.05 . Se concluye que la incontinencia urinaria afecta negativamente la calidad de vida en las mujeres menopáusicas, afectando significativamente de forma emocional a través del estrés (31).

1.8.2. Antecedentes nacionales

Grijalva y Zambrano en el año 2022 en la tesis realizada en el Perú sobre la comparación de dos programas de fisioterapia en la incontinencia urinaria por esfuerzo en mujeres de un programa hospitalario. El diseño del estudio fue experimental y alcance explicativo. La muestra estuvo conformada por dos grupos experimentales de 19 participantes cada grupo que tuvieron 10 sesiones en la intervención, el instrumento de medición fue el cuestionario International Consultation On Incontinence Questionnaire Short Form ICIQ-SF. Los resultados indicaron que el promedio de edad fue de 60 años, en ambos grupos hubo mujeres multíparas (36.8%) y cesareadas fueron un 10% y 15% en cada grupo. Ambos grupos mostraron efectividad luego de aplicado ambos programas de fisioterapia $p=0.0001$ y $p=0.0000$, sin embargo, en la comparación entre ambos programas no existió diferencia significativa $p=0.23$. Se concluyó que ambos programas de fisioterapia son efectivos en la incontinencia urinaria por esfuerzo sin embargo en la comparación entre ellos ninguno mostró ser más eficaz que su contraparte del programa, por lo que ambos programas son recomendados en la incontinencia urinaria (32).

Palomino et al. en el año 2020 en un artículo nacional sobre la efectividad de ejercicios como técnicas fisioterapéuticas en la incontinencia urinaria por esfuerzo en mujeres que son atendidas en un programa a nivel hospitalario. El diseño del estudio fue experimental y de alcance explicativo, la muestra estuvo conformado por 15 participantes que fueron evaluados con el instrumento International Consultation On Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF). Los resultados indicaron que el promedio de la edad fue de 56 años, el 73% usaba pañal o toallas higiénicas, el 46.6 presentó infección urinaria. Antes de la intervención el valor de la incontinencia urinaria fue 13.2 y luego de la intervención fue 6.8 puntos, la diferencia significativa obtenida fue de un $p<0.001$. Se concluyó que el programa de ejercicios fue efectivo en la incontinencia urinaria luego de las 10 sesiones que tuvieron en el programa hospitalario (33).

Espinoza en el año 2018, en la tesis de grado titulada Relación de la incontinencia urinaria y la calidad de vida de pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios filial Arequipa 2017. El estudio presenta un enfoque cuantitativo, diseño observacional, alcance correlacional. La muestra estuvo

compuesta por 61 pacientes del servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa, 2017. El instrumento utilizado es el cuestionario: The International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-IU-SF) y la Incontinence Quality of Life Measure (I-QOL). Los resultados obtenidos muestran que el 32.8% pierde orina una vez por semana, el 54.1% cree que se le escapa muy poca orina, el 34.4% afecta poca en su vida, 26.3% pierde orina cuando tose. El grupo etario con mayor porcentaje de incontinencia moderada (11.3%) oscila entre 52 a 59 años. El 47.5% presenta sentimientos de vergüenza en la relación social mala. En la relación entre la incontinencia urinaria y la calidad de vida con la prueba chi cuadrado el valor fue significativo ($P=0.00$). Concluyendo que existe relación significativa entre la incontinencia urinaria y la calidad de vida. Además, no existieron pacientes con limitaciones severas, sin embargo, hay un grupo bastante complicado con edades jóvenes, también existe relación entre la incontinencia urinaria y la repercusión psicosocial, finalmente la incontinencia urinaria tiene relación inversa con el comportamiento de evitación y limitación de la conducta porque existe una preocupación en la mujer en ir a un servicio higiénico más frecuente (34).

CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y nivel de investigación

El tipo de investigación fue de campo, podremos analizar y comprender el comportamiento de la intervención entre las variables a través su relación de dependencia, desarrollado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

El nivel de investigación fue explicativo (35), donde identificaremos como la aplicación de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga provoca efectos en la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria del programa de rehabilitación de piso pélvico del Hospital Nacional Hipólito Unanue Lima, 2024.

2.2. Técnicas e instrumentos

2.2.1. Técnica de investigación

El procedimiento operacional de las variables consideró como técnicas de investigación a la observación, encuestas, entrevistas y los análisis de contenido.

El procedimiento de la investigación es el siguiente:

- 1) Medición inicial de la variable dependiente.
- 2) Aplicación de la intervención luego de la medición basal o inicial.
- 3) La intervención se realizó de la siguiente manera: Las 4 primeras intervenciones, fueron realizadas en las dos primeras semanas los martes y jueves. De la quinta a la sexta sesión, se realizó la intervención una vez por semana. De la séptima a la octava sesión se realizó la intervención una vez cada quince días, la técnica de Lift se repitió en cada sesión de 4 a 6 veces.
- 4) Las demás evaluaciones de la variable dependiente se realizaron al término de la segunda, quinta y octava sesión de la técnica de Lif del conjunto útero -vejiga.
- 5) Elaboración de la base de datos en el programa Microsoft Excel versión 2019.
- 6) Codificación y tabulación de las variables en la base de datos.

2.2.2. Instrumento de recojo de la información

El instrumento es la herramienta del cual el investigador puede valerse para medir la variable y recoger los datos necesarios para el estudio (35).

Se aplicó el instrumento King's Health Questionnaire (KHQ) (Encuesta de Salud de King), el cual es un instrumento específico para la medida de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. Consta de 21 ítems distribuidos en 9 dimensiones: percepción del estado de salud general (1 ítem); aficción por problemas de IU en su vida (1 ítem), (para evitar confusiones estas dos dimensiones, las analizaremos como una única dimensión denominada "Salud general"); limitación en las actividades diarias (2 ítems); limitaciones sociales (2 ítems); limitaciones físicas (2 ítems); relaciones personales (3 ítems); emociones (3 ítems); sueño/energía (2 ítems); impacto de la incontinencia (5 ítems). Cada ítem del KHQ tiene una escala de respuesta tipo Likert (36).

La dimensión estado de salud en general presenta 5 respuestas con las siguientes puntuaciones:

- Muy bueno: 0
- Bueno: 1
- Regular: 2
- Malo: 3
- Muy malo: 4

La dimensión aficción por problemas de incontinencia urinaria en su vida, limitación en las actividades diarias, limitaciones sociales, limitaciones físicas, relaciones personales, emociones, sueño/energía, presenta 4 respuestas con las siguientes puntuaciones.

- No en absoluto: 0
- Un poco: 1
- Moderadamente: 2
- Mucho: 3

La dimensión impacto de la incontinencia urinaria presenta 4 respuestas con las siguientes puntuaciones:

- Nunca: 0
- A veces: 1
- A menudo: 2
- Siempre: 3

Finalmente, el rango de puntuaciones de cada dimensión fue transformado en una escala numérica de 0 puntos hasta los 100 puntos, donde 0 (mejor CVRS) a 100 (peor CVRS). Cada una de las 9 dimensiones presentará un puntaje independiente según las respuestas obtenidas.

Variable	Técnica	Instrumento
Técnica de Lift del conjunto útero-vejiga	Observacional	Ficha de observación (instrumento documental). Las manos (Instrumento mecánico).
Calidad de vida relacionada a la salud en incontinencia urinaria	Cuestionario	Formulario de preguntas de Kings Health Questionnaire (KHQ)

Ficha técnica de la técnica de Lift

Nombre:	Técnica de Lift del conjunto útero-vejiga
Población:	Los pacientes de sexo femenino del programa de rehabilitación de piso pélvico del Departamento de Medicina de Rehabilitación del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
Número de intervenciones:	8 sesiones
Tiempo de duración de la técnica:	10 minutos
Repeticiones de la técnica por sesión	Se realizarán de 4 a 6 repeticiones en cada sesión
Avances de la técnica:	De la primera a la cuarta sesión se realizaron las dos primeras semanas, las pacientes fueron sometidas al tratamiento dos veces a la semana. De la quinta a la sexta sesión, la paciente recibió el tratamiento una vez por semana. En la séptima y la octava sesión se realizó la técnica de tratamiento cada quince días con el mismo tiempo de duración y número de repeticiones.

Evaluaciones:	Cada dos sesiones se realizó una nueva evaluación para verificar si hay algún tipo de mejoría después de aplicar la técnica de Lif del conjunto útero -vejiga.
----------------------	--

2.3. Campo de verificación

2.3.1. Ubicación espacial

La ubicación corresponde al ámbito específico del Departamento de Medicina de Rehabilitación del Hospital Nacional Hipólito Unanue de la Red Lima-Este perteneciente al Ministerio de Salud, con dirección Av. Cesar Vallejo 1390, en el distrito de El Agustino. Lima –Perú.



Figura 2. Ubicación en Google Maps de HNHU

2.3.2. Ubicación temporal

El programa de rehabilitación de piso pélvico se lleva a cabo los martes y jueves de 6 a 7pm., dentro de las instalaciones del Departamento de Medicina de Rehabilitación. La investigación fue de corte longitudinal y se llevó a cabo durante los meses de marzo a julio del 2024.

2.3.3. Unidades de estudio

2.3.3.1. Población

Todos los pacientes del sexo femenino que recibieron tratamiento fisioterapéutico en el programa de rehabilitación de piso pélvico en el Departamento de Medicina de Rehabilitación del Hospital Nacional Hipólito Unanue. La población de estudio fue recolectada durante cinco meses, siendo un total de 54 las pacientes inscritas para estudio.

2.3.3.2. Tamaño de la muestra

El informe de tesis considero como muestra a 28 pacientes del sexo femenino que recibieron el tratamiento en las instalaciones del Departamento de Medicina de Rehabilitación del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Para estimar el tamaño de la muestra se utilizó la formula finita ya que se conocía el tamaño de la población.

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

Dónde:

- $N = 54$ (total de la población)
- $Z_a = 1.96$ (si la seguridad es del 95%)
- $p =$ proporción esperada (en este caso $4\% = 0.04$)
- $q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.04 = 0.96$)
- $d =$ precisión (en este caso deseamos un 5%).

$$n = 28.4$$

2.3.3.3. Selección del muestreo

Para la investigación se eligió el muestreo no probabilístico, donde participaron en el estudio los pacientes del programa de rehabilitación de piso pélvico que cumplieron con los criterios de selección de la muestra.

2.3.3.4. Grupos

Para el informe de tesis se definió un grupo de participantes seleccionado como muestra denominado grupo experimental, los cuales presentaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

2.3.3.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes del sexo femenino.
- Pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria.
- Pacientes con edades entre los 35 a 65 años.
- Pacientes que completen las 8 sesiones requeridas para el estudio.

2.3.3.4.2. Criterios de exclusión

- Paciente que no proporcione su consentimiento informado.
- Pacientes que presenten complicaciones médicas para continuar las sesiones establecidas.
- Paciente con intervención quirúrgica a nivel abdomino-pélvica 3 meses previas a la intervención en el programa.
- Pacientes con incontinencia urinaria asociados a problemas neurológicos.

2.4. Estrategia de recolección de datos

2.4.1. Organización

El proceso de organización de la investigación requirió de la aprobación de dos dictámenes favorables para continuar con el proceso del estudio. También fue importante contar con los permisos brindados por el área de Docencia e Investigación del Hospital Nacional Hipólito Unanue y por la jefatura del Departamento de Medicina de Rehabilitación, donde previamente se entregó el proyecto de tesis y documentación solicitada (Anexo1).

Los pasos para el proceso de recolección de datos fueron los siguientes:

- Se informó a los pacientes del programa de rehabilitación de piso pélvico acerca de la investigación sobre los beneficios y riesgos, además del propósito de este, para ello fue necesario que los pacientes aceptaran ser parte de la investigación firmando el consentimiento informado (Ver Anexo 2).

- Los pacientes que aceptaron firmar el consentimiento informado y que previamente pasaron los criterios de selección fueron entrevistados a través de una ficha clínica para poder obtener los datos necesarios para la investigación. (Ver Anexo 3).
- Los datos obtenidos con la técnica de observación para el IMC, fueron anotados antes de iniciar la intervención osteopática. La talla y peso se registraron con la balanza-tallímetro de la marca Rice Lake.
- Durante la primera fecha previa a la intervención los pacientes llenaron los datos de la encuesta autoadministrada del cuestionario Kings Health Questionnaire (KHQ), para la resolución de las 21 preguntas se determinó un tiempo de duración 30 minutos como máximo. (Ver Anexo 4)
- Para la verificación del llenado correcto y completo de la encuesta se tomó 3 minutos por cada ficha, para el almacenamiento final antes de iniciar la intervención.
- El primer día de intervención se dio las pautas del procedimiento al paciente, además durante las sesiones restantes solo se utilizó el protocolo de intervención de la técnica de Lift del conjunto útero- vejiga (ver Anexo 5).
- Se realizó la reevaluación cada dos sesiones en donde los pacientes llenaron nuevamente la encuesta autoadministrada del cuestionario Kings Health Questionnaire (KHQ),
- Finalmente, los datos obtenidos fueron codificados y almacenados en una base de datos creado con el programa Microsoft Excel 2010.

2.4.2. Recursos

Humanos: Investigador, docentes del área, estadístico y asesor de tesis.

Materiales: Laptop, materiales de escritorio, instrumentos, consentimiento informado y fichas de recolección de datos.

2.4.3. Validación de los instrumentos

El presente estudio demuestra la validez de la versión española del cuestionario KHQ para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con lesión medular y vejiga neurógena. El Alfa de Cronbach obtenida fue de 0.911, lo que indica una buena consistencia interna, similar a la validación del original. Por dimensiones, se observó una peor consistencia interna en las dimensiones de “sueño y energía” e “impacto de la incontinencia urinaria”, con valores inferiores 0.7 (37).

2.4.3.1. Confiabilidad de los instrumentos

En esta sección se analizó la confiabilidad de los instrumentos de evaluación aplicando el estadígrafo Alfa de Cronbach para los dos instrumentos.

Investigador (a) principal: Nila Silvia Sotelo Castillo

Asesor (a): Dra. Muñoz Del Carpio Toia Agueda Rossangella

Número de ítems: 21

Covarianza media entre ítems: 0.216

Coefficiente de confiabilidad de la escala: 0.896

Estadísticos de fiabilidad

Alpha de Cronbach	Número de elementos
0.896	21

Interpretación: El coeficiente Alfa de Cronbach aplicado a los 21 ítems del cuestionario de Incontinencia King's Health aplicado sobre una muestra de 28 participantes, se calculó a través del software Stata versión 15.0 tuvo como resultado el valor de 0.89, que según la interpretación de Oviedo & Campo tiene una confiabilidad aceptable, al encontrarse en un rango de 0.70 - 0.90, por lo tanto, se concluye que la consistencia interna del instrumento es aceptable y procede su aplicación.

2.4.4. Criterios para el manejo de resultados

Para el manejo de resultados fue necesario gestionar el análisis de la información mediante el programa estadístico Stata versión 14, donde se realizó la estadística descriptiva e inferencial.

En la estadística descriptiva fue necesario plantear primero los tipos de variables que tenemos en nuestro estudio. Las variables cualitativas: Estado nutricional antropométrico, ocupación, presencia de estreñimiento, presencia de menopausia, edad gestacional, cirugía abdominales y pélvicas, problemas respiratorios crónicos, para estas variables obtendremos

la frecuencia relativas y porcentajes. Para las variables cuantitativas: Calidad de vida relacionada a la salud en la incontinencia urinaria, edad y número de hijos, calcularemos la media aritmética y desviación estándar.

En la estadística inferencial, se comprobó el efecto de la intervención osteopática con la técnica Litf, analizando los datos obtenidos antes y después de la intervención, se utilizó con la prueba estadística T-student que considero la media aritmética entre estos dos resultados. Además, para el análisis de la variable dependiente con las variables secundarias del estudio, verificaremos previamente la normalidad de las variables cuantitativas con la prueba estadística Shapiro Wilk (ver Anexo 6).

Finalmente se consideró para el estudio los niveles de significancia estadística menor o igual a 0.05.

2.4.4.1. Análisis de variables

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
<p>Variable independiente: Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga:</p>	<p>•Primera a la cuarta sesión: Se realizó las dos primeras semanas, con un tiempo de duración de 10 minutos, la técnica de tratamiento se repite de 4 a 6 veces.</p>	
<p>Es una técnica osteopática que busca la liberación de adherencias entre la vejiga y el útero descendido por vía interna, intentando levantar la vejiga con el uraco.</p>	<p>•Quinta a la sexta sesión: La paciente recibió el tratamiento una vez por semana siguiendo el mismo tiempo de duración y número de repeticiones.</p>	<p>Movilización de la vejiga y uraco</p>
	<p>•Séptima y la octava sesión: Se realizó la técnica de tratamiento cada quince días siguiendo el mismo tiempo de duración y número de repeticiones.</p>	

Variable dependiente:	•Efecto positivo en la calidad de vida: 66.7% a 100%	
Calidad de vida relacionada a la salud en la incontinencia urinaria	•Efecto neutro en la calidad de vida: 33.4% a 66.6%	
Es la consecuencia producida por una causa que influye en el estado de la salud, cuidados, promoción y mantenimiento de la funcionalidad en actividades que afecten el estado general de bienestar y consideran diferentes dimensiones esenciales de la vida humana relacionadas a la incontinencia urinaria.	•Efecto negativo en la calidad de vida: 0% a 33.3%	

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
Características sociodemográficas	Edad	Años cumplidos de la paciente
	Estado nutricional antropométrico	Bajo peso:(<18.5) Normal: (18.5-24.9) Sobrepeso: (25-29.9)
	Ocupación	Ama de casa Obrero Oficinista Comerciantes Otras
	Número de hijos	Número de hijos de la paciente con IU

	Presencia de estreñimiento	Si No
	Presencia de menopausia	Si No
	Edad gestacional	Menor o igual a 37 semanas. Mayor a 37 semanas
	Cirugías abdominales y pélvicas	Si No
	Problemas respiratorios crónicos	Bronquitis crónicas. Asma. Bronconeumopatías Otros.
	Tipo de parto	Vaginal Cesárea

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Estadísticas descriptivas

En la tabla y gráfica 1, se describió las medidas de tendencia central y dispersión según la edad donde el promedio fue de 53.6 años, con una mediana de 53 años, la edad mínima de 38 años y máxima de 65 años.

Tabla 1. Población de estudio según la edad

	EDAD
Media	53.6
Mediana	53
Desv. Estándar	7.57
Máximo	65
Mínimo	38

Fuente: Base de datos de la investigación

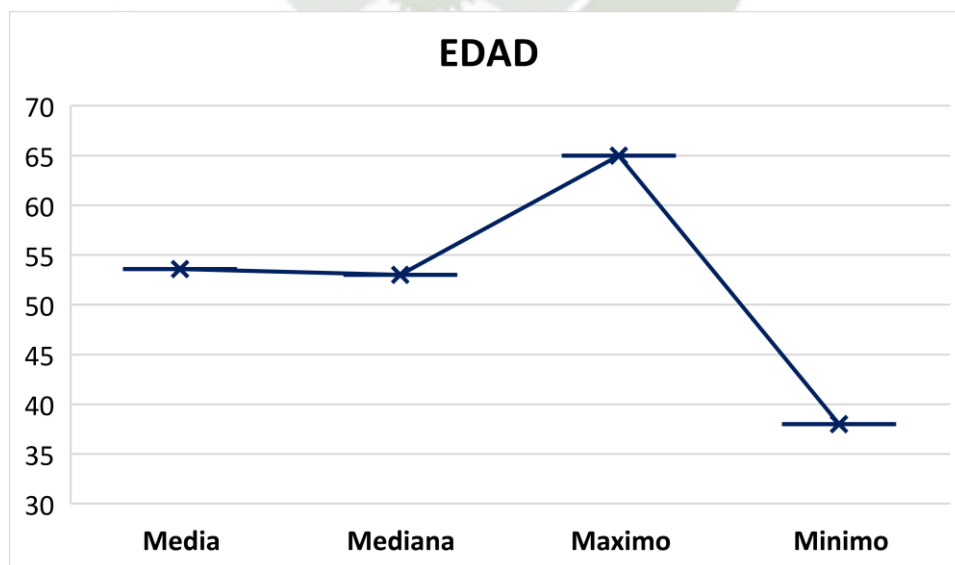


Figura 3. Gráfica de líneas de la edad.

En la tabla y gráfica 2, se describió las frecuencias y porcentajes según el índice de masa corporal con un mayor porcentaje en el sobrepeso y obesidad (35.71%), en comparación al peso normal (28.58%).

Tabla 2. Población de estudio según el índice de masa corporal

IMC	Frec.	Porc. (%)
Peso normal	8	28.58%
Sobre peso	10	35.71%
Obesidad	10	35.71%
Total	28	100%

Fuente: Base de datos de la investigación

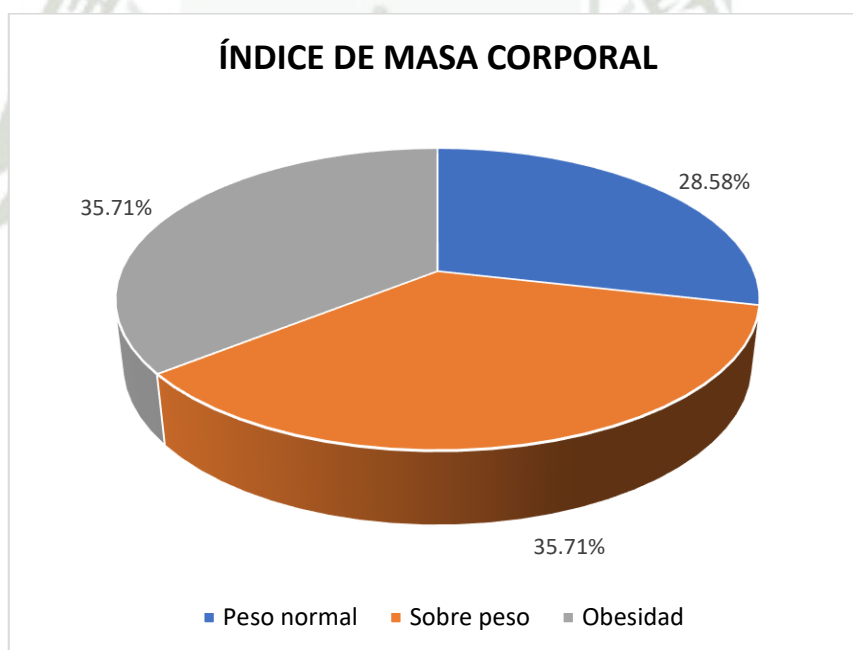


Figura 4. Gráfica circular del índice de masa corporal.

En la tabla y gráfica 3, se describió las frecuencias y porcentajes según la ocupación con un mayor porcentaje de las participantes que son no remuneradas (64.29%).

Tabla 3. Población de estudio según la ocupación

OCUPACIÓN	Frec.	Porc. (%)
No remunerada	18	64.29%
Remunerada	10	35.71%
Total	28	100%

Fuente: Base de datos de la investigación

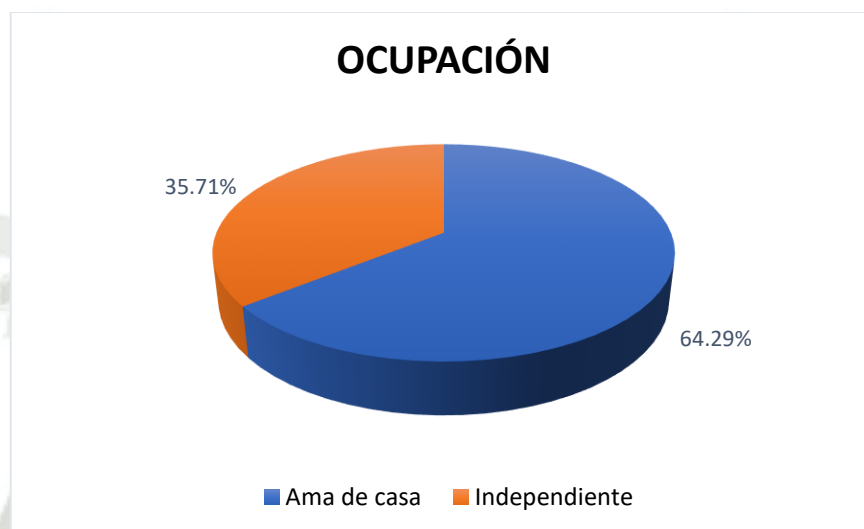


Figura 5. Gráfica circular de la ocupación.

En la tabla y gráfica 4, se describió las medidas de tendencia central y dispersión según el número de hijos donde el promedio fue de 3.1, con una mediana de 2.5 hijos por participante, el número de hijos mínimo fue de 1 y máximo de 9 hijos.

Tabla 4. Población de estudio según el número de hijos

	Número de hijos
Media	3.1
Mediana	2.5
Desv. Estándar	1.74
Máximo	9
Mínimo	1

Fuente: Base de datos de la investigación

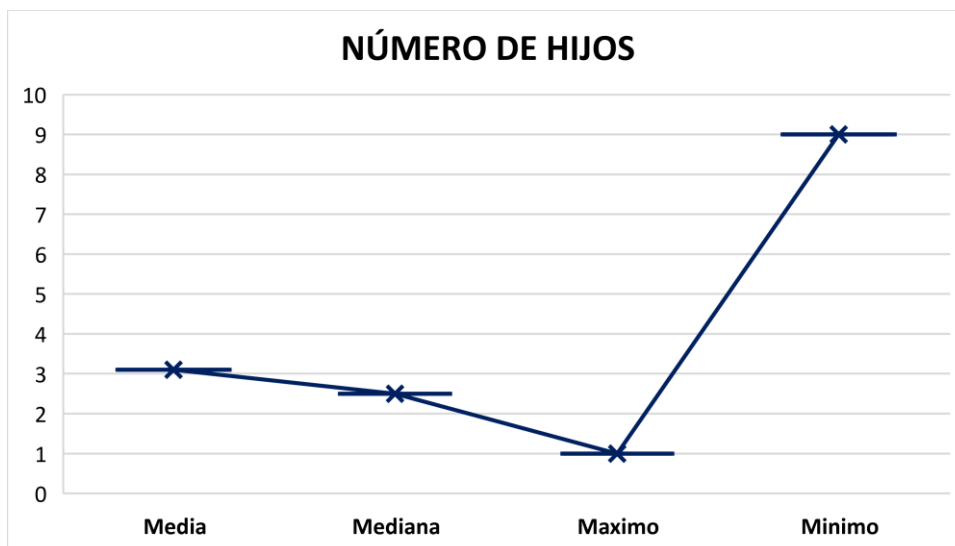


Figura 6. Gráfica de líneas del número de hijos.

En la tabla y gráfica 5, se describió las frecuencias y porcentajes según la percepción del estreñimiento con un mayor porcentaje de su ausencia (60.71%).

Tabla 5. Población de estudio según el estreñimiento

ESTREÑIMIENTO	Frec.	Porc. (%)
Si	11	39.29%
No	17	60.71%
Total	28	100%

Fuente: Base de datos de la investigación

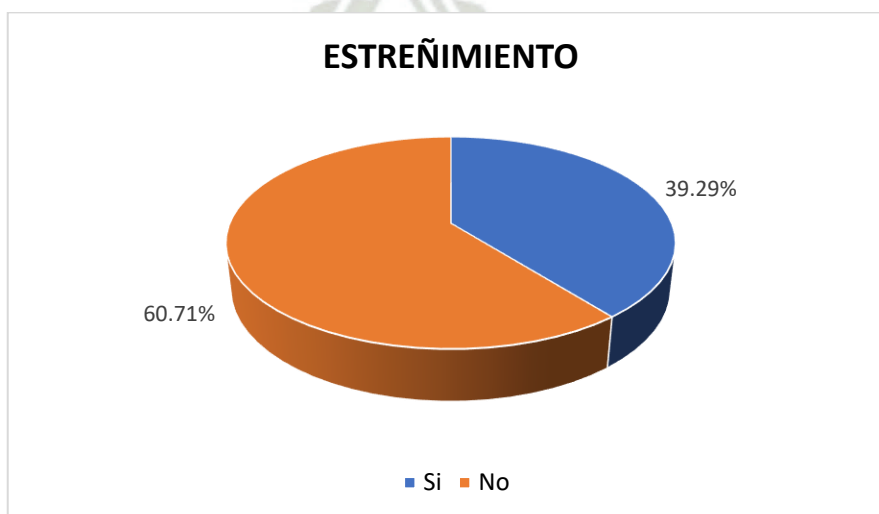


Figura 7. Gráfica circular del estreñimiento.

En la tabla y gráfica 6, se describió las frecuencias y porcentajes según la menopausia con un mayor porcentaje de las mujeres que presentaron esta condición (75%).

Tabla 6. Población de estudio según la menopausia

MENOPAUSIA	Frec.	Porc. (%)
Si	21	75.00%
No	7	25.00%
Total	28	100%

Fuente: Base de datos de la investigación

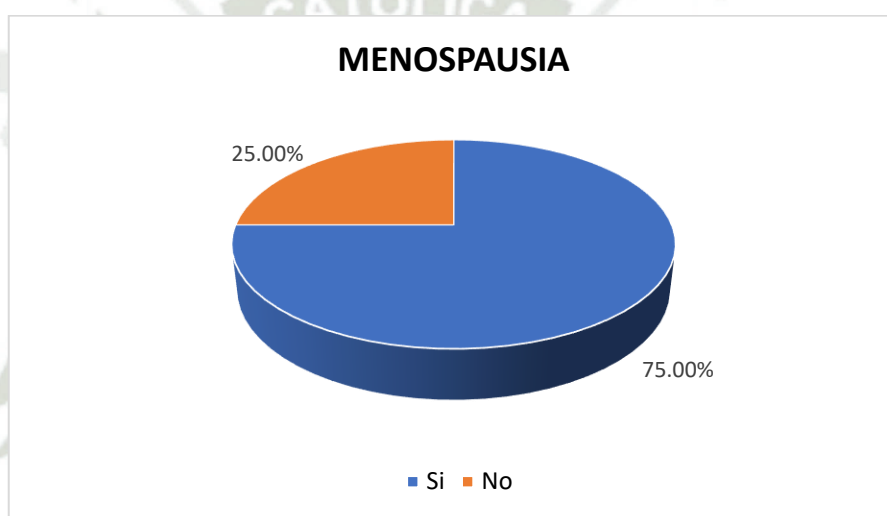


Figura 8. Gráfica circular de la menopausia.

En la tabla y gráfica 7, se describió las frecuencias y porcentajes según los antecedentes de cirugías abdominales y pélvicas con un mayor porcentaje de las participantes que no fueron operadas (57.14%).

Tabla 7. Población de estudio según cirugías abdominales y pélvicas

CIRUGÍAS	Frec.	Porc. (%)
Si	12	42.86%
No	16	57.14%
Total	28	100%

Fuente: Base de datos de la investigación

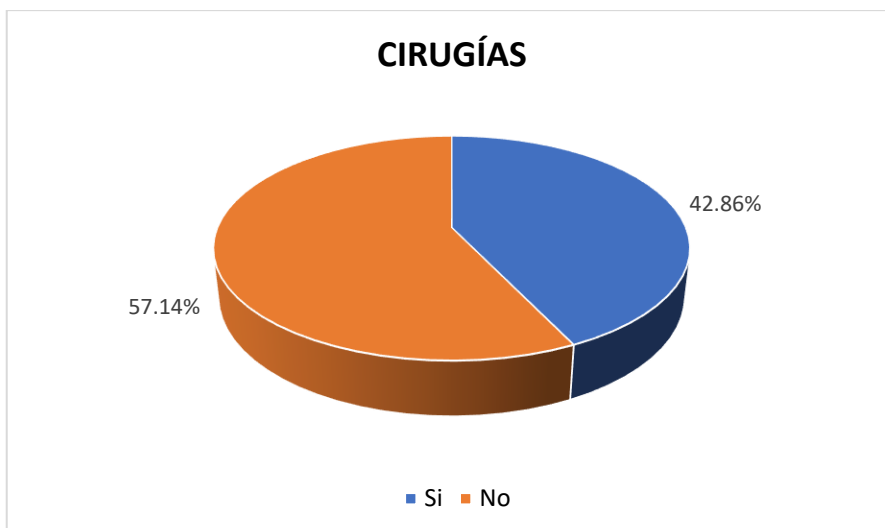


Figura 9. Gráfica circular de cirugías abdominales y pélvicas.

En la tabla y gráfica 8, se describió las frecuencias y porcentajes según los problemas respiratorios con un mayor porcentaje de las participantes que no tuvieron este problema (67.86%).

Tabla 8. Población de estudio según los problemas respiratorios

PROBLEMAS RESPIRATORIOS	Frec.	Porc. (%)
Si	9	32.14%
No	19	67.86%
Total	28	100%

Fuente: Base de datos de la investigación



Figura 10. Gráfica circular de los problemas respiratorios.

En la tabla y gráfica 9, se describió las frecuencias y porcentajes según el tipo de parto con un mayor porcentaje del parto vaginal (85.71%).

Tabla 9. Población de estudio según el tipo de parto

TIPO DE PARTO	Frec.	Porc. (%)
Vaginal	24	85.71%
Cesárea	4	14.29%
Total	28	100%

Fuente: Base de datos de la investigación

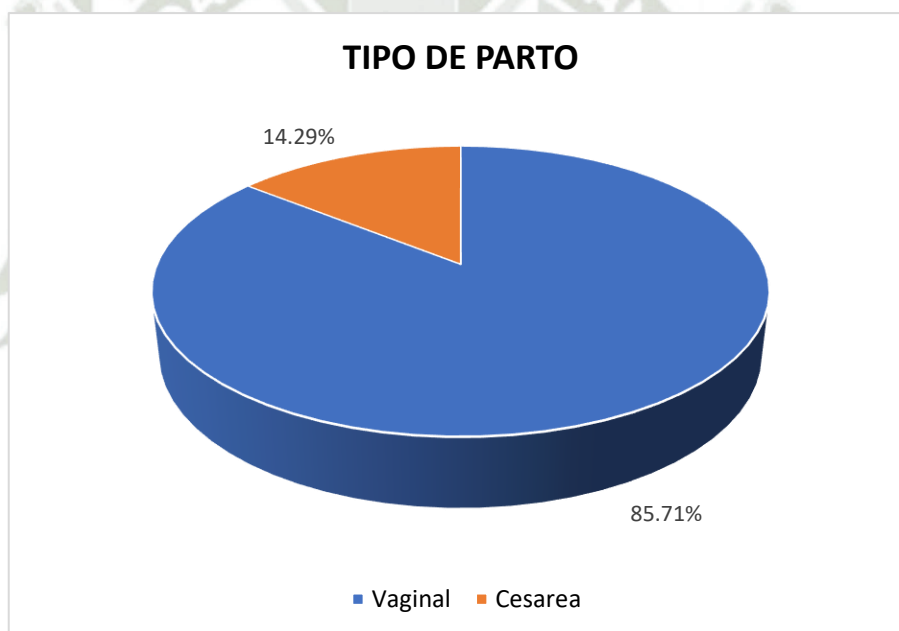


Figura 11. Gráfica circular del tipo de parto.

En la tabla y gráfica 10, se describió las medidas de tendencia central y dispersión según la evaluación inicial de la calidad de vida en la incontinencia urinaria evaluado con el cuestionario de Incontinencia King's Health (Ponderación de 0 a 100 puntos), donde el promedio global fue de 48.51 puntos, también se observó las mayores puntuaciones en las dimensiones Impacto de la incontinencia urinaria con 58.38 puntos y Limitaciones físicas con 56.55 puntos (A mayor puntuación menor calidad de vida).

Tabla 10. Evaluación inicial en la calidad de vida de la incontinencia urinaria

CALIDAD DE VIDA EN IU	Media	Desv. Est.	Mínimo	Máximo
Percepción del estado de salud general	46.42	14.77	25	100
Impacto de la incontinencia urinaria	58.38	23.77	33.3	100
Limitaciones de la actividad diaria	54.76	21.68	0	83.3
Limitaciones físicas	56.55	23.28	0	100
Limitaciones sociales	41.67	26.64	0	100
Relaciones personales	37.69	25.91	0	77.8
Emociones	51.18	26.6	0	100
Sueño/Energía	51.18	27.93	0	100
Severidad de la incontinencia urinaria	38.81	19.03	6.7	86.7
Puntuación global	48.51	16.19	14.3	76.3

Fuente: Base de datos de la investigación

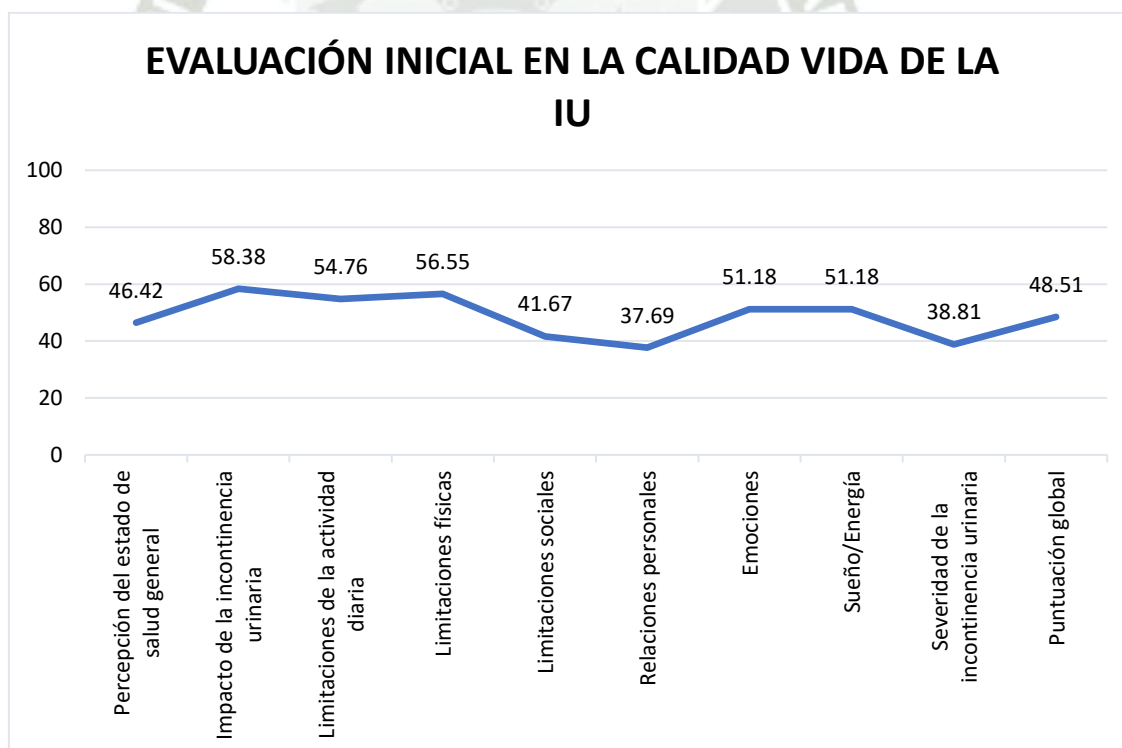


Figura 12. Gráfica de líneas de la evaluación inicial en la calidad de vida de la incontinencia urinaria.

En la tabla y gráfica 11, se describió las medidas de tendencia central y dispersión según la segunda evaluación de la calidad de vida en la incontinencia urinaria evaluado con el

cuestionario de incontinencia King's Health (Ponderación de 0 a 100 puntos), donde el promedio global fue de 38 puntos, también se observó las mayores puntuaciones en las dimensiones Impacto de la incontinencia urinaria con 52.37 puntos y Limitaciones de la actividad diaria con 43.43 puntos (A mayor puntuación menor calidad de vida).

Tabla 11. Segunda evaluación en la calidad de vida de la incontinencia urinaria

CALIDAD DE VIDA EN IU	Media	Desv. Est.	Mínimo	Máximo
Percepción del estado de salud general	37.5	14.43	0	50
Impacto de la incontinencia urinaria	52.37	21.16	33.3	100
Limitaciones de la actividad diaria	43.43	19.43	0	83.3
Limitaciones físicas	41.06	23.78	0	100
Limitaciones sociales	30.95	22.09	0	66.7
Relaciones personales	26.17	22.06	0	77.8
Emociones	35.3	21.82	0	100
Sueño/Energía	41.06	29.56	0	100
Severidad de la incontinencia urinaria	34.03	16.36	6.7	80
Puntuación global	38	15.02	10.6	73.7

Fuente: Base de datos de la investigación

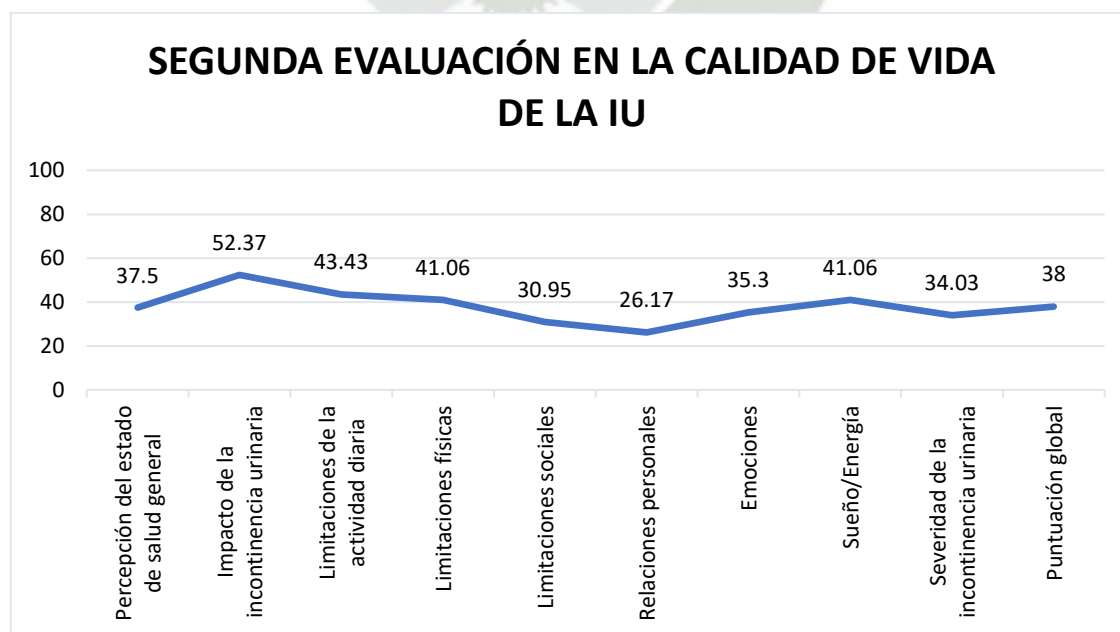


Figura 13. Gráfica de líneas de la segunda evaluación en la calidad de vida de la incontinencia urinaria.

En la tabla y gráfica 12, se describió las medidas de tendencia central y dispersión según la tercera evaluación de la calidad de vida en la incontinencia urinaria evaluado con el cuestionario de Incontinencia King's Health (Ponderación de 0 a 100 puntos), donde el promedio global fue de 31.35 puntos, también se observó las mayores puntuaciones en las dimensiones Limitaciones de la actividad diaria con 39.28 puntos y Percepción del estado de salud general con 36.6 puntos (A mayor puntuación menor calidad de vida).

Tabla 12. Tercera evaluación en la calidad de vida de la incontinencia urinaria

CALIDAD DE VIDA EN IU	Media	Desv. Est.	Mínimo	Máximo
Percepción del estado de salud general	36.6	12.69	25	50
Impacto de la incontinencia urinaria	32.14	11.5	25	50
Limitaciones de la actividad diaria	39.28	18.27	0	66.7
Limitaciones físicas	33.33	19.77	0	66.7
Limitaciones sociales	29.16	21.09	0	66.7
Relaciones personales	21.01	18.95	0	77.8
Emociones	30.53	17.8	0	66.7
Sueño/Energía	32.73	27.76	0	100
Severidad de la incontinencia urinaria	27.37	14.77	6.7	60
Puntuación global	31.35	13.45	7	54.8

Fuente: Base de datos de la investigación

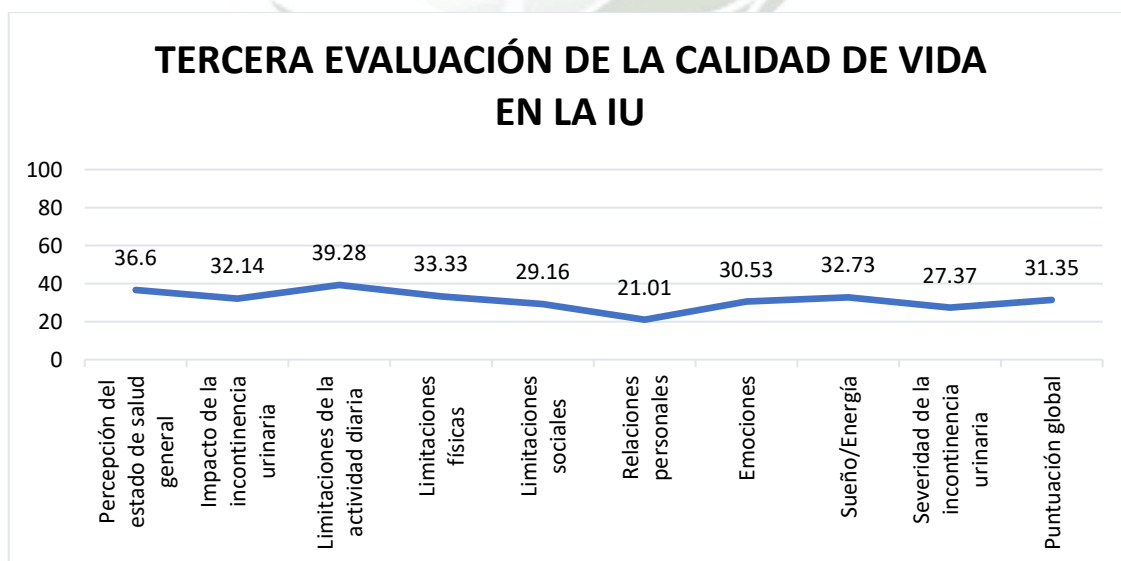


Figura 14. Gráfica de líneas de la tercera evaluación en la calidad de vida de la incontinencia urinaria.

En la tabla y gráfica 13, se describió las medidas de tendencia central y dispersión según la evaluación final de la calidad de vida en la incontinencia urinaria evaluado con el cuestionario de Incontinencia King's Health (Ponderación de 0 a 100 puntos), donde el promedio global fue de 27.03 puntos, también se observó las mayores puntuaciones en las dimensiones Impacto de la incontinencia urinaria con 36.88 puntos y Percepción del estado de salud general con 33.92 puntos (A mayor puntuación menor calidad de vida).

Tabla 13. Evaluación final en la calidad de vida de la incontinencia urinaria

CALIDAD DE VIDA EN IU	Media	Desv. Est.	Mínimo	Máximo
Percepción del estado de salud general	33.92	13.96	0	50
Impacto de la incontinencia urinaria	36.88	13.89	0	66.7
Limitaciones de la actividad diaria	32.72	17.85	0	66.7
Limitaciones físicas	29.16	20.08	0	83.3
Limitaciones sociales	19.04	18.53	0	66.7
Relaciones personales	17.83	15.5	0	33.3
Emociones	23.39	16.65	0	55.6
Sueño/Energía	27.37	26.91	0	100
Severidad de la incontinencia urinaria	22.86	13.74	6.7	60
Puntuación global	27.03	11.99	0.7	49.1

Fuente: Base de datos de la investigación

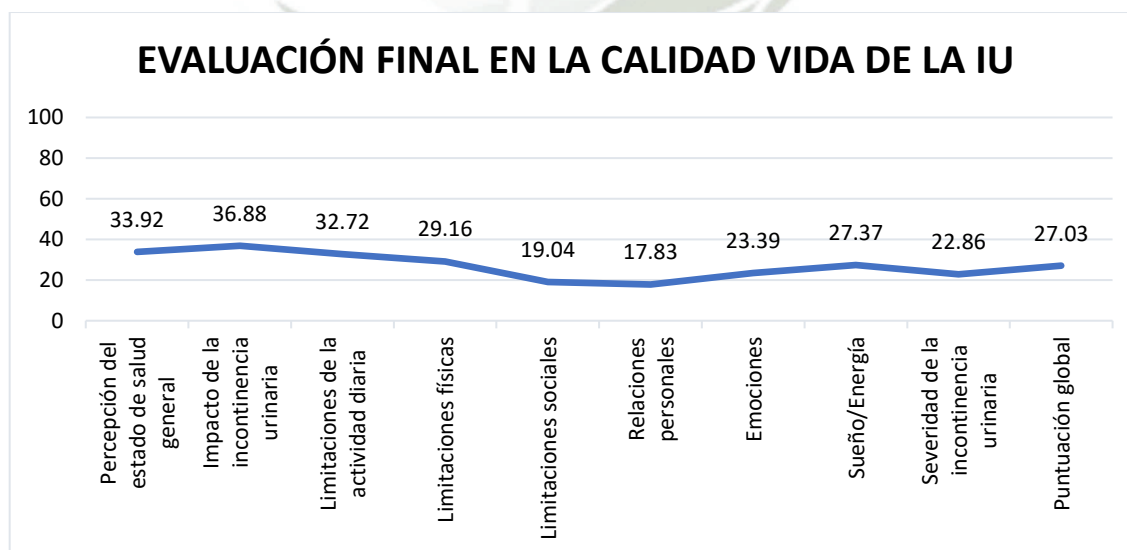


Figura 15. Gráfica de líneas de la evaluación final en la calidad de vida de la incontinencia urinaria.

3.2. Estadística inferencial

En la tabla 14, se observó la prueba de distribución de la normalidad Shapiro Wilk sobre las variables y dimensiones numéricas, los valores de significancia que sean mayores de 0.05 presentan una distribución normal, mientras los valores menores no presentarán dicha distribución.

Tabla 14. Prueba de normalidad de las variables cuantitativas

	Estadístico	P-valor	Distribución normal
Calidad de vida en la IU (Inicial)	-0.768	0.77	Si
Calidad de vida en la IU (segunda)	-0.774	0.78	Si
Calidad de vida en la IU (tercera)	0.786	0.21	Si
Calidad de vida en la IU (final)	-1.269	0.89	Si
Edad	-0.86	0.80	Si
Número de hijos	2.612	0.004	No

* Prueba Shapiro Wilk

En la tabla 15, se observó la existencia de una diferencia significativa en el efecto de la aplicación de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria ($p=0.000$), así mismo también existió una diferencia significativa en todas las dimensiones. Por lo tanto, se acepta la hipótesis que indica que la aplicación de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga provoque efectos positivos en la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria del programa de rehabilitación de piso pélvico del Hospital Nacional Hipólito Unanue-Lima, 2024.

Tabla 15. Efecto de la aplicación de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria

	Evaluaciones de la calidad de vida en la IU				
	Inicial	Segunda	Tercera	Final	P-valor
Percepción del estado de salud general	46.42	37.5	36.6	33.92	0.000
Impacto de la incontinencia urinaria	58.38	52.37	32.14	36.88	0.000
Limitaciones de la actividad diaria	54.76	43.43	39.28	32.72	0.000

Limitaciones físicas	56.55	41.06	33.33	29.16	0.000
Limitaciones sociales	41.67	30.95	29.16	19.04	0.000
Relaciones personales	37.69	26.17	21.01	17.83	0.000
Emociones	51.18	35.3	30.53	23.39	0.000
Sueño/Energía	51.18	41.06	32.73	27.37	0.000
Severidad de la incontinencia urinaria	38.81	34.03	27.37	22.86	0.000
Puntuación global	48.51	38	31.35	27.03	0.000

*Prueba T de student para muestras relacionadas

En la gráfica 14, se describió los promedios según todas las evaluaciones de la calidad de vida en la incontinencia urinaria evaluado con el cuestionario de Incontinencia King's Health, donde el promedio global fue disminuyendo desde los 48.51 (primera evaluación) hasta los 27.03 puntos (cuarta evaluación), situación similar en la disminución de cada dimensión respecto a las evaluaciones realizadas hasta el final.

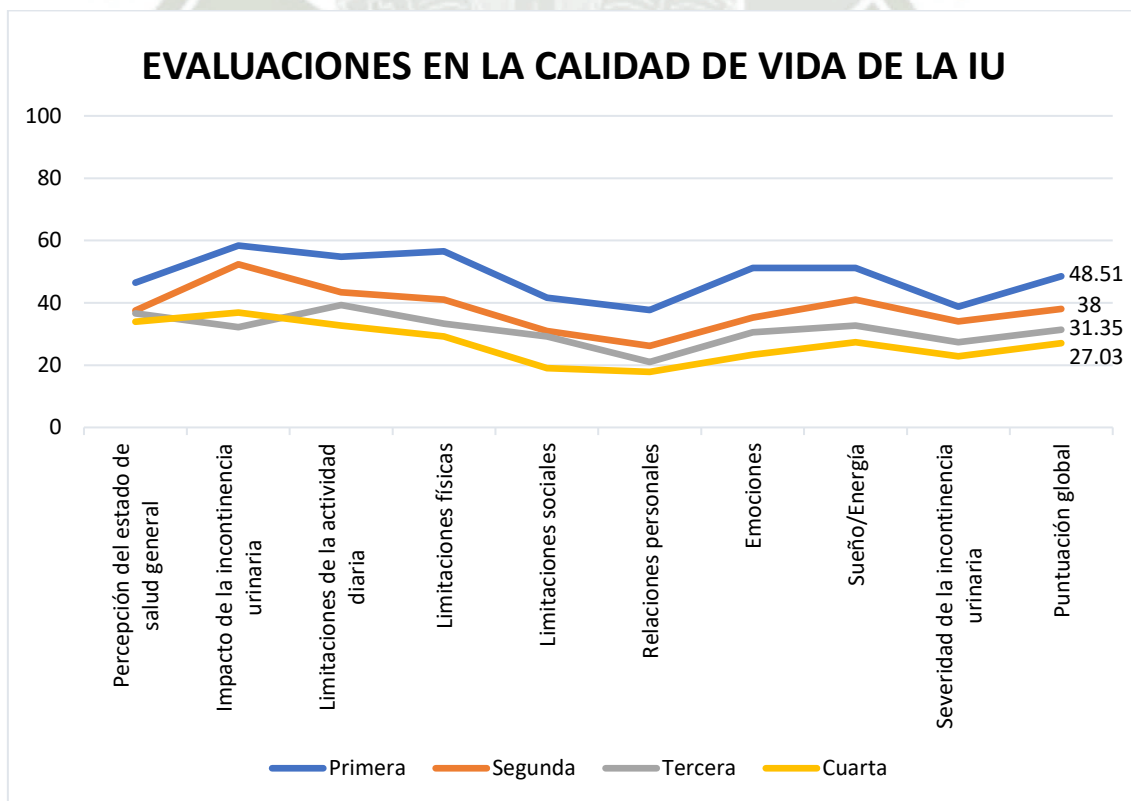


Figura 16. Gráfica de líneas de las evaluaciones en la calidad de vida de la incontinencia urinaria.

En las tablas 16-18, se observó el efecto de la aplicación de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida en la incontinencia urinaria entre cada evaluación que se realizó, es así que existió diferencia significativa entre la primera y segunda evaluación ($p=0.000$), entre la segunda y tercera evaluación ($p=0.000$), entre la tercera y última evaluación ($p=0.003$).

Tabla 16. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria entre la evaluación inicial y segunda evaluación

	Calidad de vida de la IU			
	Primera		Dif.	P-valor
	(inicial)	Segunda		
	X ± D.E.	X ± D.E.		
Técnica de Lift del conjunto útero-vejiga	48.50 ± 16.09	38.00 ± 15.02	10.5	0.000

*Prueba T de student para muestras relacionadas

Tabla 17. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria entre la segunda y tercera evaluación

	Calidad de vida de la IU			
	Segunda	Tercera	Dif.	P-valor
	X ± D.E.	X ± D.E.		
Técnica de Lift del conjunto útero-vejiga	38.00 ± 15.02	31.35 ± 13.45	6.65	0.000

*Prueba T de student para muestras relacionadas

Tabla 18. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria entre la tercera y la evaluación final

	Calidad de vida de la IU			
	Tercera	Cuarta (final)	Dif.	P-valor
	X ± D.E.	X ± D.E.		

Técnica de Lift del conjunto
útero-vejiga 31.35 ± 13.45 27.03 ± 11.99 4.31 0.003

*Prueba T de student para muestras relacionadas

En la gráfica 15 se observó los cambios en la disminución del promedio de la puntuación global de la Calidad de vida en la incontinencia urinaria, por lo que se estimó el efecto positivo de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en cada evaluación realizada.

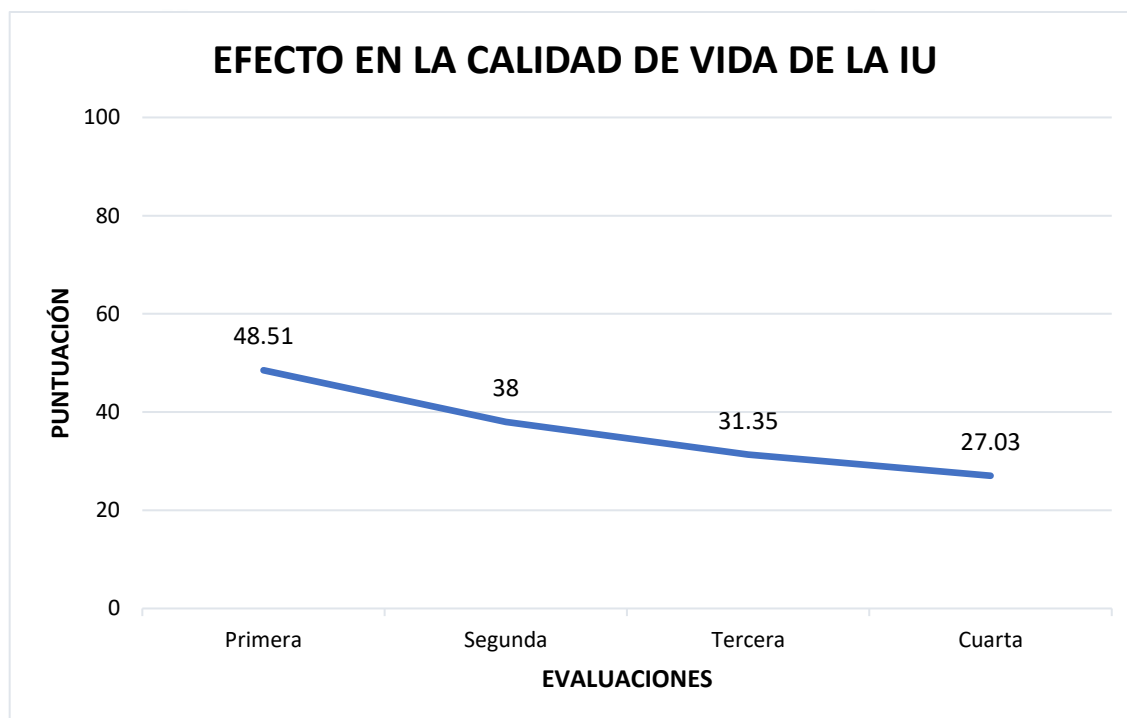


Figura 17. Gráfica de líneas del efecto en la calidad de vida de la incontinencia urinaria.

En la tabla 19, se observó el efecto de la aplicación de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según la edad luego de las 8 sesiones, se aplicó la prueba correlacional de Pearson terminando que no existió diferencia significativa ($p=0.69$), además la correlación fue nula ($r=-0.07$).

Tabla 19. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según la edad

Edad	
<i>r</i>	<i>p-valor</i>

Efecto de la técnica de Lift

-0.07

0.69

* Prueba Correlacional de Pearson

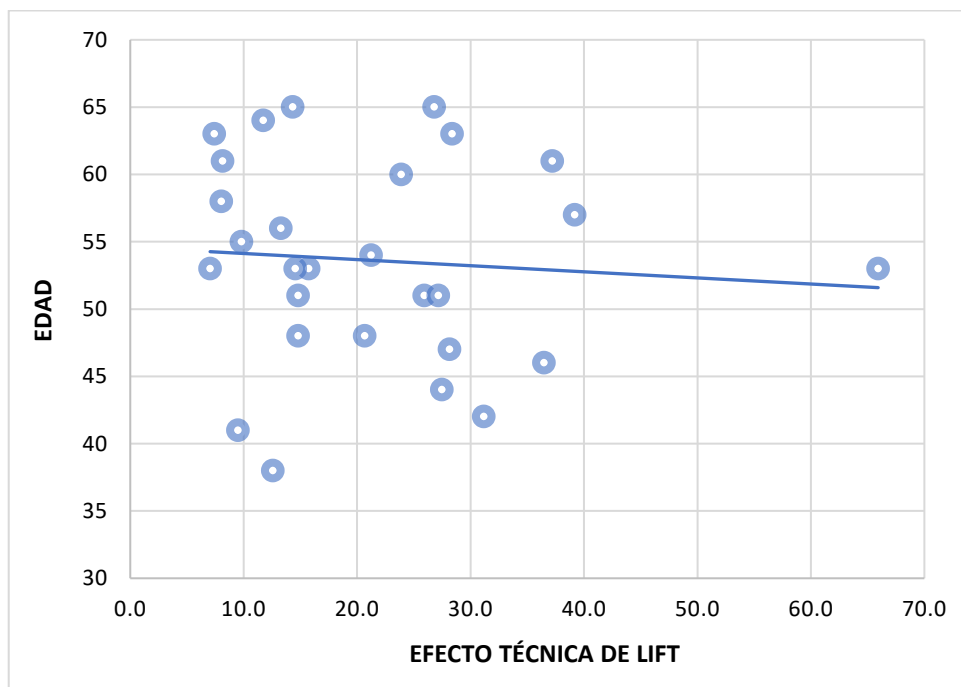


Figura 18. Gráfica de dispersión del efecto de la técnica de Lift en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según la edad

En la tabla 20, se observó el efecto de la aplicación de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según el índice de masa corporal luego de las 8 sesiones, se aplicó la prueba ANOVA terminando que no existió diferencia significativa ($p=0.51$), sin embargo, la mayor diferencia se consiguió en las participantes de peso normal (24.25) en comparación a la obesidad (17.61).

Tabla 20. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según el índice de masa corporal

	IMC	
	$X \pm D.E.$	<i>p-valor</i>
Peso normal	24.25 ± 18.64	0.51
Sobre peso	23.13 ± 10.87	

Obesidad 17.61 ± 9.69

* Prueba de ANOVA

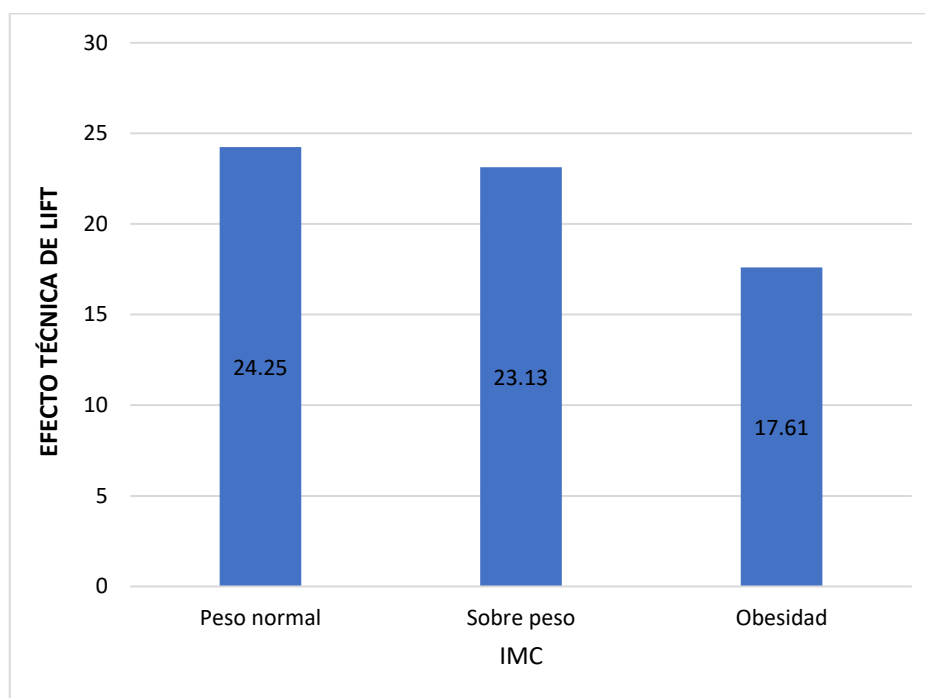


Figura 19. Gráfica de dispersión del efecto de la técnica de Lift en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según el índice de masa corporal

En la tabla 21, se observó el efecto de la aplicación de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según el número de hijos luego de las 8 sesiones, se aplicó la prueba correlacional de Pearson terminando que existió diferencia significativa ($p=0.008$), además la correlación inversamente proporcional moderada ($r=-0.48$).

Tabla 21. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según el número de hijos

	Numero hijos	
	<i>R</i>	<i>p-valor</i>
Efecto de la técnica de Lift	-0.48	0.008

* Prueba Correlacional de Pearson

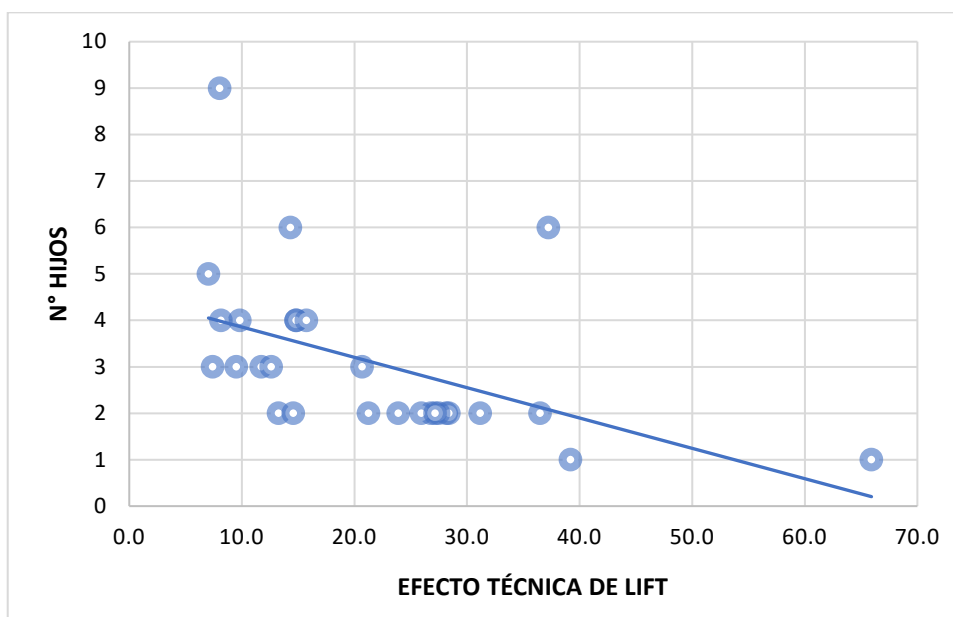


Figura 20. Gráfica de dispersión del efecto de la técnica de Lift en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según el número de hijos

En la tabla 22, se observó el efecto de la aplicación de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según la presencia frecuente de estreñimiento luego de las 8 sesiones, se aplicó la prueba T de student terminando que no existió diferencia significativa ($p=0.4$), la mayor diferencia se consiguió en las participantes que si tuvieron estreñimiento (24.09).

Tabla 22. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según el estreñimiento

	Estreñimiento	
	X ± D.E.	<i>p</i> -valor
Si	24.09 ± 16.33	0.4
No	19.78 ± 10.57	

* Prueba T de student

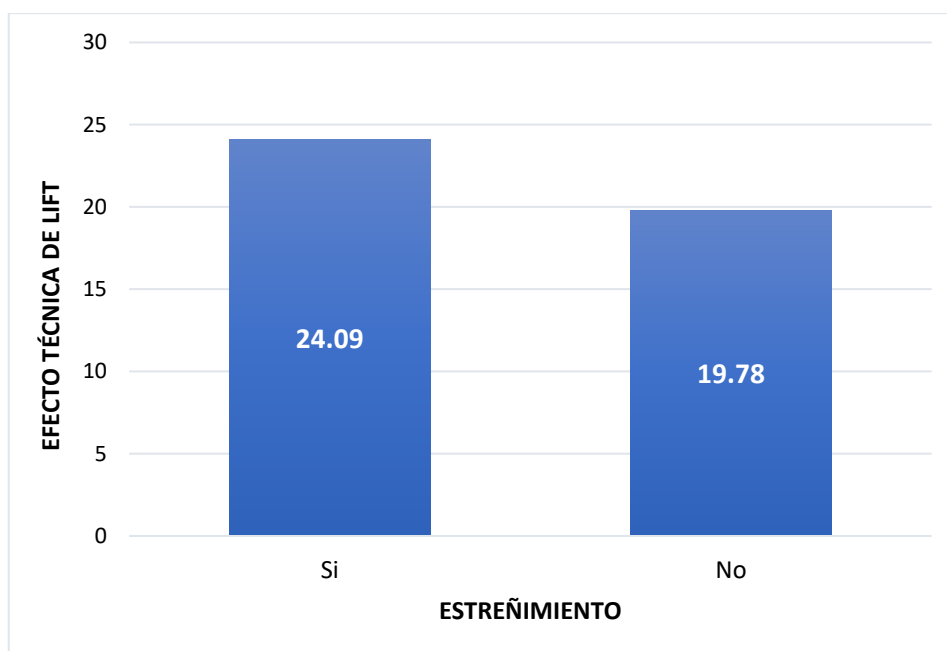


Figura 21. Gráfica de dispersión del efecto de la técnica de Lift en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según el estreñimiento

En la tabla 23, se observó el efecto de la aplicación de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según la menopausia luego de las 8 sesiones, se aplicó la prueba T de student terminando que no existió diferencia significativa ($p=0.25$), la mayor diferencia se consiguió en las participantes que no tuvieron menopausia (26.44).

Tabla 23. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según la menopausia

	Menopausia	
	X ± D.E.	<i>p</i> -valor
Si	19.82 ± 9.79	0.25
No	26.44 ± 20.14	

* Prueba T de student

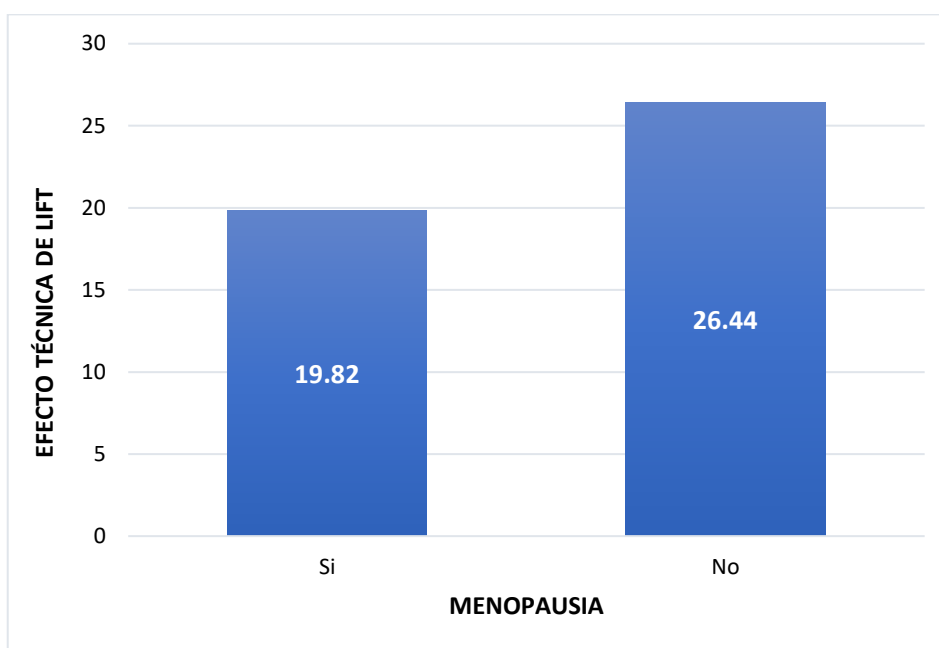


Figura 22. Gráfica de dispersión del efecto de la técnica de Lift en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según la menopausia

En la tabla 24, se observó el efecto de la aplicación de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según las cirugías abdominales y pélvicas luego de las 8 sesiones, se aplicó la prueba T de student determinando que no existió diferencia significativa ($p=0.20$), la mayor diferencia se consiguió en las participantes que no tuvieron cirugías (24.20).

Tabla 24. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según las cirugías abdominales y pélvicas

	Cirugías	
	X ± D.E.	<i>p-valor</i>
Si	17.84 ± 11.71	0.2
No	24.20 ± 13.65	

* Prueba T de student

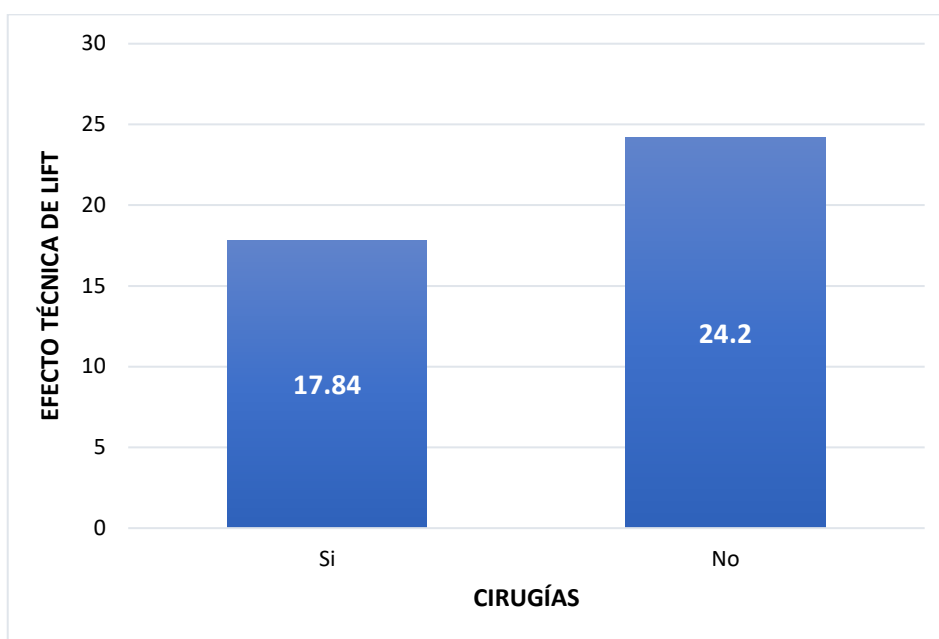


Figura 23. Gráfica de dispersión del efecto de la técnica de Lift en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según las cirugías abdominales y pélvicas

En la tabla 25, se observó el efecto de la aplicación de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según los problemas respiratorios luego de las 8 sesiones, se aplicó la prueba T de student terminando que no existió diferencia significativa ($p=0.36$), la mayor diferencia se consiguió en las participantes que no tuvieron problemas respiratorios (23.04).

Tabla 25. Efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según los problemas respiratorios

	Problemas respiratorios	
	$X \pm D.E.$	<i>p-valor</i>
Si	18.17 ± 2.82	0.36
No	23.04 ± 3.36	

* Prueba T de student

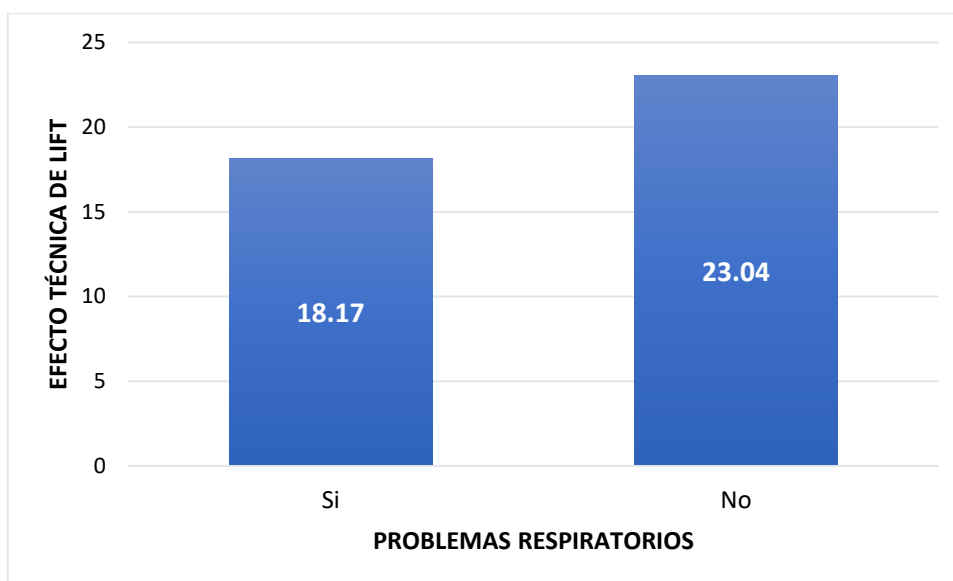


Figura 24. Gráfica de dispersión del efecto de la técnica de Lift en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según los problemas respiratorios

3.3. Discusión

Los resultados de la investigación mostraron la existencia de una diferencia significativa en el efecto de la aplicación de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de la incontinencia urinaria, por esta razón se estima que la técnica osteopática aplicada sobre la muestra de mujeres pertenecientes a un programa de rehabilitación de piso pélvico del Hospital Nacional Hipólito Unanue-Lima, tuvo un efecto positivo. Los cambios se observaron en cada evaluación con una mejoría en la percepción de la calidad de vida luego de las 8 sesiones realizadas, además también se mostraron cambios significativos en cada una de las 9 dimensiones de la calidad de vida en la incontinencia urinaria.

La evaluación inicial realizada a la muestra tuvo un promedio de 48.51 puntos, reduciendo al final de las intervenciones a 27.03 puntos, reduciendo cerca de un 44% de la puntuación inicial global, resultando bastante positivo para los intereses del estudio. También se observó diferentes cambios positivos en cada dimensión en la calidad de vida de la incontinencia urinaria, los cambios más marcados fueron en la dimensión emociones y la dimensión impacto de la incontinencia urinaria, así mismo en dimensión percepción de la salud general y la dimensión relaciones personales fueron las que mostraron menores cambios al final de intervención.

El efecto es positivo en la intervención sobre la calidad de vida de la incontinencia urinaria, sin embargo, no mostró diferencia significativa de acuerdo con la edad, el índice de masa corporal, los problemas de estreñimiento, la presencia de la menopausia, cirugías y

problemas respiratorios. Solo existió una diferencia en el efecto en la calidad de vida de la incontinencia urinaria según el número de hijos con una correlación moderada, siendo más positivo este efecto en las mujeres que presentan menos hijos.

Los resultados obtenidos en la investigación pudieron ser comparados con otros estudios principalmente internacionales donde mostraron alguna similitud en los hallazgos, con el estudio realizado por Krhut et al. en el año 2018 sobre el efecto de la gravedad de la incontinencia urinaria sobre la calidad de vida de las mujeres, los resultados indicaron los cambios beneficios de la intervención percibida por las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, concluyendo que la calidad de vida se ve influenciada por la incontinencia urinaria de esfuerzo aún si la fuga de orina es leve (29).

También en el Perú se realizaron algunos estudios que mostraron similitud como el desarrollado por Grijalva y Zambrano sobre la comparación de dos programas de fisioterapia en la incontinencia urinaria por esfuerzo en mujeres de un programa hospitalario, el grupo experimental también formó parte del programa de suelo pélvico desarrollado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, estos resultados indicaron la efectividad de la fisioterapia mostrando una diferencia significativa luego de 10 sesiones, concluyendo que el programa de fisioterapia fue efectivo en la incontinencia urinaria (32). Así mismo otro estudio como el de Palomino et al. sobre la efectividad de ejercicios como técnicas fisioterapéuticas en la incontinencia urinaria por esfuerzo en mujeres que son atendidas en un programa a nivel hospitalario, los resultados indicaron que antes de la intervención el valor de la incontinencia urinaria fue 13.2 y luego de la intervención fue 6.8 puntos mostrando una diferencia significativa, concluyendo que el programa de ejercicios fue efectivo en la incontinencia urinaria luego de las 10 sesiones que tuvieron en el programa hospitalario (33).

Otros estudios sin embargo no mostraron resultados similares como en el caso de Borrueal et al. en el año 2018 sobre el efecto del tratamiento osteopático en la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres, los resultados encontrados indicaron que no existió diferencia significativa en la intervención, concluyendo que a pesar de haber disminuido luego de la intervención la percepción de la calidad de vida producida por la incontinencia urinaria no fue suficiente el cambio respecto al grupo experimental y control (30).

La calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria resulta ser una condición bastante subjetiva, es por eso que se desconoce el efecto que pueda mostrarse a largo plazo, por esa razón es necesario tener un seguimiento luego de la intervención, algunos estudios como la revisión sistemática de Silva et al. (27) hablan del efecto producido en la incontinencia urinaria, varios de estos estudios publicados en revistas como PubMed,

SciELO, Medline, Lilacs, Elsevier y Scopus indican que el efecto conseguido en las intervenciones con la fisioterapia, técnicas manuales, ejercicios terapéuticos no solo tienen un efecto fisiológico positivo, sino también psicoemocional sobre el miedo, vergüenza, angustia, ansiedad, depresión, pérdida de autoimagen y autoconfianza, es por ello que la intervención adecuada puede ayudar a reducir el impacto negativo de la incontinencia urinaria.

Así mismo la incontinencia urinaria y la calidad de vida muestran una relación significativa como es el caso del estudio de Espinoza realizado en el Perú, concluye que la incontinencia urinaria afecta el bienestar personal, social y familiar, además esclarece que la repercusión social en las mujeres es mucho mayor por el temor y vergüenza que genera este problema mientras se desenvuelve en espacios abiertos (38).

Las disfunciones del suelo pélvico que producen incontinencia urinaria afectan comúnmente a las mujeres y genera serios problemas a la salud, por eso desde la fisioterapia es importante reducir esta problemática a través del fortalecimiento de la musculatura, pero también es importante la reeducación del suelo pélvico por parte del fisioterapeuta (39).

Finalmente, para complementar el tratamiento es importante estimular la musculatura del suelo pélvico y paredes abdominales, Benito en una revisión sistemática realizado en 14 artículos sobre el entrenamiento de la musculatura pélvica a través de las técnicas de fortalecimiento específico, entre estos ejercicios se enfatiza a los hipopresivos que son bastante utilizados para estimular la inhibición presentada por diferentes causas del suelo pélvico, de esta manera realizar un tratamiento activo de la incontinencia urinaria (28).

CONCLUSIONES

Primera. Se concluye que existió un efecto positivo de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de mujeres con incontinencia urinaria del programa de rehabilitación de piso pélvico del Hospital Nacional Hipólito Unanue. El efecto fue positivo en cada evaluación mostrando una diferencia significativa producido por la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de mujeres con incontinencia urinaria.

Segunda. Se concluye que el efecto también fue positivo en cada una de las dimensiones de la calidad de vida en la incontinencia urinaria luego de las 8 sesiones, presentando los mejores cambios en la dimensión de la calidad de vida relacionada a las emociones percibidas.

Tercera. Se concluye que el efecto de las técnicas de Lift mostraron una correlación inversamente proporcional al número de hijos de las participantes, donde el efecto fue mejor mientras menos hijos tuvieran las mujeres.

Cuarta. Se concluye que no existió diferencia significativa del efecto positivo según la edad, índice de masa corporal, presencia de menopausia, estreñimiento, cirugías abdominales o pélvicas, así como problemas respiratorios.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda la aplicación de las técnicas osteopáticas como la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga por su efecto positivo en la percepción en la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria.
2. Se recomienda continuar con otros estudios experimentales similares incluyendo un grupo de control para estimar una comparativa con otros procedimientos, para ello será necesario que los grupos seleccionados muestren características similares.
3. Se recomienda tener un seguimiento de la muestra experimental para estimar el efecto a mediano y largo plazo que podría tener la aplicación del tratamiento sobre la incontinencia urinaria, principalmente porque la variable calidad de vida es bastante subjetiva a cambios en el tiempo asociadas a múltiples factores.
4. Se recomienda realizar algunas mediciones que podrían ser cuantificables como la fuerza de la musculatura del suelo pélvico en la incontinencia urinaria, así poder tener una respuesta fisiológica que se base en la menor pérdida de orina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Verdejo C. Incontinencia y retención urinaria. Tratado de geriatría para residentes. 2020: p. 151-160.
2. Martín C, Carnero M. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. Revista electrónica trimestral de enfermería. 2020;(57): p. 390-401.
3. World Physiotherapy. Marco de formación profesional del fisioterapeuta. Londres-Reino Unido: 2021.
4. Bolaños L, Casanova A, Pardo L, Sánchez L. Efectos de la fisioterapia en la disfunción del piso pélvico y calidad de vida en mujeres postparto - Revisión sistemática tipo Scoping. Cali-Colombia: Universidad Santiago de Cali; 2022.
5. Martínez E. Tratamiento osteopático de la mujer España: Editorial MEDOS; 2012.
6. Walker C. Fisioterapia en obstetricia y uro ginecología España: Elsevier Masson; 2013.
7. Drake R, Wayne A, Mitchell A. Anatomía para estudiantes. Cuarta Edición ed. Barcelona-España: Elsevier Inc.; 2020.
8. Orejuela K, Robayo J, García H. Estenosis uretral femenina: una condición infradiagnosticada. Revista Mexicana de Urología. 2023; 83(4): p. 1-17.
9. Medline Plus. Orina y micción. [Online]. Barcelona: Editorial Paidotribo; 2021. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/urineandurination.html>.
10. Strasinger SK, Di Lorenzo M. Análisis de orina y de los líquidos corporales Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2010.
11. Speroni F. Diccionario de Anatomía e Histología Argentina: Universidad Nacional de La Plata; 2022.
12. Lowe J, Anderson P, Anderson S. Histología humana. Quinta edición ed. Ciudad de México: Elsevier; 2020.
13. Espuña M, Porta O. Manual de anatomía funcional y quirúrgica del suelo pélvico Barcelona: Editorial Marge; 2010.
14. Gajewski J, Schurch B, Hamid R, Averbek M, Sakakibara R, Agrò E, et al. Reporte de la Sociedad Internacional de Continencia (ICS): Terminología de la Disfunción Neurogénica del Tracto Urinario Inferior en el adulto (DNTUIA). ev Mex Urol. 2022; 82: p. 1-19.

15. Silva M, Gallardo M, López C, Santander C, TJ. Effects of urinary incontinence on the quality of life in climacteric woman. *Rev cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2018; 44(1): p. 1-14.
16. Gonzales E. *Ginecología*. Décima edición ed. España: Editorial Elsevier; 2020.
17. González L, conde S, Silva S, Chaves R, Hernández E, Arrieta F. Incontinencia urinaria de esfuerzo por deficiencia esfinteriana. *Salud, Barranquilla* [Internet]. 2023; 34(3): p. 784-796.
18. Ricard F. *Tratado de osteopatía visceral y medicina interna* Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2009.
19. Thiel M, Soares E. *Atlas de uro dinámica: Practicas clínicas de consultorio para urogenistas y gynecologistas*. Primera ed. Rio de Janeiro: DOC Content; 2015.
20. Grillo C. *Urología Mar del Plata: Universidad FASTA ediciones*; 2015.
21. Still AT. *Filosofía y principios mecánicos de la Osteopatía* Buenos Aires: Ediciones T.B.A.; 2019.
22. DiGiovanna E, Amen C, Burns D. *Osteopatía Fundamentos para el diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires: 2020.
23. Ricard F, Sallé J. *Tratado de Osteopatía*. Cuarta ed. España: Editorial MEDOS; 2014.
24. Bergues A. *La V ley de la Osteopatía* Buenos Aires: Ediciones Lilium; 2021.
25. Rocher F. *Osteopatía: Investigación y práctica*. 3rd ed. Valencia: OBRAPROPIA, S.L.; 2016.
26. Barral JP. *Manipulaciones urogenitales* Buenos Aires: Ediciones TBA; 2018.
27. Silva A, Gallardo M, López C, Santander C, Torres J. Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climatérica. *Rev Cubana Obstétrica y Ginecológica*. 2018; 44(1): p. 1-14.
28. Benito N. *Tratamiento fisioterapéutico en la incontinencia urinaria de esfuerzo*. España: 2018.
29. Krhut J, Gärtner M, Mokris J, Horcicka L, Svabik K, Zchoval R, et al. Effect of severity of urinary incontinence on quality of life in women. *Neurourology and Urodynamics*. 2018; p. 1-6.
30. Borrueal G, Fondevilla F, Sanjuán D. *Efecto del tratamiento osteopático de sacro y pubis en mujeres con incontinencia de esfuerzo*. Barcelona-España: Universidad Pompeu Fabra; 2018.

31. Hemmat E, Amira S, Mona B. Effect of Urinary Incontinence on Quality of Life and Self Esteem of Postmenopausal Women. American Journal of Nursing Science. 2018; 7(5): p. 182-191.
32. Grijalva E, Zambrano D. Ejercicios de Kegel versus Programa de Rehabilitación de Piso Pélvico en mujeres con incontinencia urinaria en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2020. Lima-Perú: Universidad Católica Sedes Sapientiae; 2022.
33. Palomino M, Villarreal N, Andía D. Efectividad del ejercicio hipopresivo en la incontinencia urinaria en pacientes de un hospital de Lima. Revista Casus. 2020; 5(3): p. 98-105.
34. Espinoza VE. Relación de la incontinencia urinaria y la calidad de vida de pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios filial Arequipa 2017. Lima: 2018.
35. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación México D.F.: McGraw-Hill; 2014.
36. Rodríguez AP. King's Health Questionnaire: propiedades de medida e índice basado em preferência de mulheres com incontinência urinária. Sao Carlos: Universidad Federal De Sao Carlos; 2022.
37. Romero G, Sánchez J, Conejero J, Gonzales MA. Validación de la versión española del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria en pacientes con lesión medular. Medicina Clínica. 2011; 137(11): p. 491-494.
38. Espinoza V. Relación de la incontinencia urinaria y la calidad de vida de pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios filial Arequipa 2017. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
39. Magno C. Terapia manual ortopédica en disfunciones del suelo pélvico. Lima-Perú: Universidad Inca Garcilaso De La Vega; 2017.

ANEXOS

ANEXO 1. APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN POR EL HNHU



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

El Agustino, 02 de abril de 2024

CARTA N° 063 - 2024-DG-OADI-N° 033 /HNHU

Señorita
NILA SILVIA SOTELO CASTILLO
Investigadora Principal
Presente.-

Asunto : Aprobación de Proyecto de Investigación
Referencia : Carta N°039-2024-CIEI-HNHU - Exp.23-061603-001

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y comunicarle que a través del documento de la referencia, el Comité Institucional de Ética en Investigación informa que en sesión ordinaria de fecha miércoles 13 de marzo del año en curso, según consta en el Libro de Actas N°9, acordó por unanimidad APROBAR el Proyecto de Investigación titulado: "APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE LIFT DEL CONJUNTO ÚTERO-VEJIGA Y EL EFECTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DE PISO PÉLVICO DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE – LIMA, 2023 "

En este sentido, y visto el expediente presentado, esta Dirección General **AUTORIZA** la ejecución del Proyecto de Investigación, recomendando que el periodo de vigencia de esta aprobación se considera por un año, el mismo que caducará el 13 de marzo del 2025.

Sin otro particular, me despido de usted,

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

M.G. CARLOS ALBERTO BAZÁN ALFARO
Director General (a)
CMP: 17163



CABA/RGM/jsm
c.c. OADI-HNHU
c.c. Archivo



www.hnhu.gob.pe
Av. César Vallejo 1390
El Agustino
Telf. 3625700, 3627777



ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como el rol de su participación.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, una vez que haya comprendido el estudio, y desea participar voluntariamente se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

El objetivo del estudio es identificar el efecto de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria del programa de rehabilitación de piso pélvico del Hospital Nacional Hipólito Unanue-Lima, 2024.

Los procedimientos del estudio incluyen la aplicación de una técnica osteopática de Lift del conjunto útero-vejiga durante 8 sesiones, además de llenar el cuestionario autoadministrado de incontinencia King's Health. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, los datos serán codificados usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Se pone en conocimiento al paciente que la información obtenida sólo será manejada por el investigador.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento. Igualmente, puede retirarse del estudio sin que esto le perjudique.

Desde ya le agradezco su participación.

Los beneficios del estudio serán los aportes de conocimiento teórico para otras investigaciones, además de poder mejorar el tratamiento de incontinencia urinaria en la práctica clínica.

No hay riesgos de que este estudio comprometa su salud. Su participación no tiene ningún costo, esto se realizará de forma gratuita.

La confidencialidad del estudio está asegurada por el investigador, quien será el único que conocerá los resultados, al participante se le dará un código el cual permitirá tener anonimato a sus datos y no ser de conocimiento público.

Consentimiento informado:

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por la Lic. Nila Silvia Sotelo Castillo, además de haber sido informado(a) de los objetivos del estudio. Reconozco que la información de esta investigación que yo provea participar es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que me puedo retirar del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno en mi persona. De tener preguntas sobre la participación en este estudio, puedo contactar a la investigadora al siguiente número 965406262.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.

Nombre de la Persona

Firma de la Persona

Fecha

ANEXO 3. FICHA CLÍNICA

Ficha clínica

La siguiente ficha clínica contiene información relevante de la historia clínica de cada paciente, este registro incluye datos personales, antecedentes médicos, diagnósticos y cualquier otra información relevante relacionada a este estudio. Por esta razón toda información de esta ficha brindada por el participante se corroborará con la historia clínica que es un documento con fines legales y administrativos.

Nombres y Apellidos:

Fecha:

Edad:

N° Historia Clínica:

Diagnóstico Médico:

Peso:

Talla:

Ocupación:

Remunerada

No remunerada

N° de hijos:

Tipo de parto:

Vaginal

Cesárea

Estreñimiento:

Si

No

Menopausia:

Si

No

Edad gestacional:

Menor o igual a 37 semanas

Mayor a 37 semanas

Cirugías abdominales y pélvicas:

Si

No

Problemas respiratorios crónicos:

Si

No

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA KING'S HEALTH

SALUD GENERAL

1. ¿Cómo describiría su estado de salud general en la actualidad?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

AFECCIÓN POR PROBLEMAS URINARIOS EN SU VIDA

2. ¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

LIMITACIONES EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS

3. ¿Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domésticas (ej. limpiar, hacer la compra, pequeñas reparaciones, etc.)?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

4. ¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

LIMITACIONES FÍSICAS

5. ¿Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (ej. ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.)?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

6. ¿Sus problemas urinarios afectan a su capacidad para desplazarse en autobús, coche, tren, avión, etc.?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

LIMITACIONES SOCIALES

7. ¿Sus problemas urinarios limitan su vida social?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

8. ¿Sus problemas urinarios limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

RELACIONES PERSONALES

9. **¿Sus problemas urinarios afectan a su relación con su pareja?**

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

10. **¿Sus problemas urinarios afectan a su vida sexual?**

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

11. **¿Sus problemas urinarios afectan a su vida familiar?**

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

EMOCIONES

12. **¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse deprimido/a?**

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

13. **¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse preocupado/a o nervioso/a?**

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

14. **¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse mal consigo mismo/a?**

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

SUEÑO / ENERGÍA

15. **¿Sus problemas urinarios afectan a su sueño?**

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

16. **¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse agotado/a o cansado/a?**

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

IMPACTO DE LA IU

17. **¿Lleva compresas/pañales para mantenerse seco/a?**

- Nunca
- A veces
- A menudo
- Siempre

18. **¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?**

- Nunca
- A veces
- A menudo
- Siempre

19. **¿Se cambia la ropa interior porque está mojado/a?**

- Nunca
- A veces
- A menudo
- Siempre

20. **¿Está preocupado/a por si huele?**

- Nunca
- A veces
- A menudo
- Siempre

21. **¿Se siente incómodo/a con los demás por sus problemas urinarios?**

- Nunca
- A veces
- A menudo
- Siempre

Nos gustaría saber cuáles son sus problemas urinarios y hasta qué punto le afectan. De la lista siguiente elija **SÓLO AQUELLOS PROBLEMAS** que usted tenga en la actualidad y márquelos con una cruz ✕, DEJE SIN CONTESTAR los que no correspondan a su caso.

¿Hasta qué punto le afectan?

22. **FRECUENCIA:** ir al baño muy a menudo

- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

23. **NICTURIA:** levantarse durante la noche para orinar

- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

24. **URGENCIA:** un fuerte deseo de orinar difícil de controlar

- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

25. **INCONTINENCIA POR**

URGENCIA: escape de orina

- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

- asociado a un fuerte deseo de orinar
26. **INCONTINENCIA POR ESFUERZO:** escape de orina por actividad física, ejemplo: toser, estornudar, correr • Un poco • Moderadamente • Mucho
27. **ENURESIS NOCTURNA:** mojar la cama durante la noche • Un poco • Moderadamente • Mucho
28. **INCONTINENCIA EN EL ACTO SEXUAL:** escape de orina durante el acto sexual (coito) • Un poco • Moderadamente • Mucho
29. **INFECCIONES FRECUENTES EN LAS VÍAS URINARIAS:** • Un poco • Moderadamente • Mucho
30. **DOLOR EN LA VEJIGA:** • Un poco • Moderadamente • Mucho
31. **DIFICULTAD AL ORINAR:** • Un poco • Moderadamente • Mucho
32. **OTRO PROBLEMA URINARIO (ESPECIFIQUE):** • Un poco • Moderadamente • Mucho

.....
.....
.

Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas y muchas gracias.

ANEXO 5. TÉCNICA DE LIFT DEL CONJUNTO ÚTERO-VEJIGA

1. REQUERIMIENTOS PARA EL PROGRAMA

RECURSOS HUMANOS

- Licenciado Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación.

RECURSOS MATERIALES

Material médico no fungible:

- Camilla
- Almohada

Material médico fungible:

- Jabón líquido
- Papel toalla
- Guantes
- Gel para ecografías
- Ficha de consentimiento informado
- Cuestionario de incontinencia king's health
- Ficha clínica

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA

- Número de sesiones: 8
- Frecuencia: Las 4 primeras sesiones se realizaron 2 veces a la semana los días martes y jueves.
- La quinta y la sexta sesión se realizó una vez por semana
- La séptima y la octava sesión se realizó cada quince días
- Repetición de la técnica: De 4 a 6 repeticiones por cada sesión
- Duración de la técnica: 10 minutos

Primera sesión:

Se realizó el registro y llenado del consentimiento informado, ficha clínica, cuestionario de incontinencia King's Health y ejecución de la técnica.

- Se explicó al paciente en que consiste el procedimiento, número de sesiones, tiempo de duración, frecuencia y cuáles son los objetivos que se busca con la investigación.

Duración: 5 minutos

- Registro y llenado del consentimiento informado, ficha clínica y cuestionario de incontinencia King's Health, estos datos se recopilan mediante entrevista a la paciente.

Duración 20 minutos.

Ejecución de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga

- Posición del paciente: Está en decúbito supino (recostado con la cara mirando hacia arriba), brazos al costado del cuerpo y con los miembros inferiores flexionados sobre la camilla.
- Posición del terapeuta físico: Podrá estar sentado a un lado del paciente, también podrá encontrarse de pie a la altura de la pelvis si se le facilita mejor la aplicación de la técnica.

El terapeuta físico se colocó los guantes como medida de bioseguridad y seguidamente realizó la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga.

La mano izquierda, ingreso por vía vaginal colocándose en el fondo del saco anterior, se realizó movilizaciones de vejiga combinándose con movimientos de lateralidades y de rotaciones.

La mano derecha, se colocó sobre el abdomen, cogiendo la piel y el uraco a la altura de la zona umbilical, manteniendo y traccionando cefálicamente por medio del uraco.

Se evidencia si se encuentra algún tipo de restricción de la movilidad del órgano (vejiga) y se procede a liberarlo.

- Tiempo de duración de 10 minutos
- Repetición de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga: De 4 a 6 veces

Segunda a la cuarta sesión:

Se aplicó la técnica de Lift, con el mismo tiempo de duración y número de repeticiones.

Quinta a la sexta sesión:

Se realizó una vez por semana

Se ejecutó la misma técnica, con el mismo tiempo de duración y número de repeticiones.

Séptima a la octava sesión:

Se realizó cada 15 días

Se aplicó la misma técnica, con el mismo tiempo de duración y número de repeticiones.

- Cada dos sesiones se realizó una nueva evaluación para verificar si hubo algún tipo de mejoría después de aplicar la técnica de Lif del conjunto útero -vejiga.





Figura 25. Segunda sesión de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en decúbito



Figura 26. Cuarta sesión de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en decúbito



Figura 27. Sexta sesión de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en decúbito



Figura 28. Octava sesión de la técnica de Lift del conjunto útero-vejiga en decúbito