



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA MÉDICA

TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DE LA FACULTAD EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”.

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada en Terapia Física
Médica

AUTOR/A: Barahona Barahona Lucía Beatriz

DIRECTOR: Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

IBARRA-ECUADOR

2020

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo, **Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.** en calidad de tutora de la tesis titulada: **“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DE LA FACULTAD EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”**, de autoría de **BARAHONA BARAHONA LUCÍA BEATRIZ**, una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra, a los 10 días del mes de enero de 2020

Lo certifico:



Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

C.I.: 100364968-6

DIRECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE
LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

| DATOS DE CONTACTO | | | |
|------------------------------------|---|---------------------|------------|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA: | 100416431-3 | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES: | Barahona Barahona Lucía Beatriz | | |
| DIRECCIÓN: | San Miguel de Urcuquí | | |
| EMAIL: | lbarahonab@utn.edu.ec | | |
| TELÉFONO FIJO: | 062 939 192 | TELF. MÓVIL: | 0998405658 |
| DATOS DE LA OBRA | | | |
| TÍTULO: | “INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DE LA FACULTAD EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019” | | |
| AUTOR (A): | Barahona Barahona Lucía Beatriz | | |
| FECHA: | 2020-01-29 | | |
| SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO | | | |
| PROGRAMA: | <input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO | | |
| TITULO POR EL QUE OPTAN: | Licenciada en Terapia Física Médica | | |
| ASESOR /DIRECTOR: | Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc. | | |

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 29 días del mes de enero de 2020

LA AUTORA:



Barahona Barahona Lucía Beatriz

C.C: 100416431-3

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS - UTN

Fecha: Ibarra, 29 enero de 2020

LUCÍA BEATRIZ BARAHONA BARAHONA “INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DE LA FACULTAD EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019” / Trabajo de Grado Licenciada en Terapia Física Médica, Uniersidad Técnica del Norte.

DIRECTOR: Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

El principal objetivo de la presente investigación fue: Identificar la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres de la Facultad Educación, Ciencia y Tecnología. Entre los objetivos específicos constan: Caracterizar socio demográficamente a los sujetos de estudio. Clasificar la incontinencia urinaria según tipos, Evaluarla calidad de vida en función de la incontinencia urinaria, de los sujetos de estudio. Relacionar los tipos de incontinencia urinaria, con las subescalas de calidad de vida.

Fecha: Ibarra, 29 de enero del 2020



MSc. Cristian Santiago Torres Andrade

DIRECTOR DE TESIS



Lucía Beatriz Barahona Barahona

AUTORA

DEDICATORIA

Esta investigación va dedicado principalmente a mi abuelo y tío paterno, Luis Fernando y Fernando que me apoyaron y llenaron de amor y cariño en cada momento y sé que ahora desde el cielo me guían y cuidan de mí.

A mis padres por su esfuerzo sobre todo a mi madre que ha dedicado toda su vida en mi bienestar, a mi hija Sofía que me motiva cada día para seguir adelante apestar de cualquier adversidad que se presente, con su amor todo es más fácil, a mis hermanos por su cariño que me brindan.

Barahona Barahona Lucía Beatriz

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios por la vida que me brinda, a mis padres en especial a mi madre por apoyarme en todo momento incondicionalmente, a mi hermana y hermanos especialmente a mi hermano Fernando que me motivo a culminar mi carrera, a mis amigos que me brindaron apoyo en estos años.

A la Universidad Técnica del Norte por brindarme todos los medios necesarios para acceder a una información académica de calidad permitiéndome desempeñarme profesionalmente.

A mi asesor de tesis por el tiempo y la dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia motivación y sobre todo su paciencia ha logrado que culminara la investigación con éxito.

A mis docentes que compartieron sus conocimientos con mucha sabiduría y paciencia para formarme como profesional.

De igual manera quiero agradecer al personal docente y administrativo femenino de la Facultad Educación, Ciencia y Tecnología por brindarme la atención y colaboración para llevar a cabo esta investigación.

Barahona Barahona Lucía Beatriz

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|------|
| CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS | ii |
| AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE | iii |
| REGISTRO BIBLIOGRÁFICO | v |
| DEDICATORIA | vi |
| AGRADECIMIENTO..... | vii |
| ÍNDICE GENERAL..... | viii |
| INDICE DE TABLAS | xii |
| RESUMEN..... | xiii |
| ABSTRACT | xiv |
| TEMA: | xv |
| CAPÍTULO I..... | 16 |
| 1. Problema de la Investigación | 16 |
| 1.1. Planteamiento del Problema | 16 |
| 1.2. Formulación del Problema..... | 19 |
| 1.3. Justificación | 20 |
| 1.4. Objetivos..... | 22 |
| 1.4.1. Objetivo General | 22 |
| 1.4.2. Objetivo Específicos..... | 22 |
| 1.5. Preguntas de Investigación | 23 |
| CAPÍTULO II | 24 |
| 2. Marco Teórico..... | 24 |
| 2.1. Sistema Urinario | 24 |
| 2.1.1 Riñones..... | 24 |

| | | |
|--------|--|----|
| 2.1.2 | Uréteres..... | 25 |
| 2.1.3 | Vejiga | 25 |
| 2.1.4 | Uretra..... | 26 |
| 2.2. | Anatomía del suelo pélvico..... | 26 |
| 2.3. | Fisiología de la micción..... | 28 |
| 2.4 | Control nervioso de las vías urinarias inferiores | 30 |
| 2.5 | Incontinencia urinaria | 31 |
| 2.6 | Fisiopatología..... | 32 |
| 2.6.1 | Clasificación de la disfunción vesical neuropática..... | 33 |
| 2.6.2 | Mecanismos esfinterianos en la mujer | 34 |
| 2.6.3 | Mecanismos de sostén de suelo pélvico | 35 |
| 2.7 | Clasificación de la incontinencia urinaria..... | 36 |
| 2.7.1 | Incontinencia Urinaria de Esfuerzo..... | 36 |
| 2.7.2. | Incontinencia Urinaria Mixta | 36 |
| 2.7.3 | Incontinencia Urinaria de Urgencia..... | 36 |
| 2.7.4 | Enuresis nocturna | 37 |
| 2.7.5 | Incontinencia Urinaria por rebosamiento o sobreflujo..... | 37 |
| 2.8 | Factores de riesgo. | 37 |
| 2.8.3 | Factores Sociodemográficos..... | 37 |
| 2.8.4 | Factores Ginecobstetricos..... | 38 |
| 2.8.5 | Factores de estilo de vida | 38 |
| 2.9 | Mujeres y Salud | 38 |
| 2.10 | Calidad de vida. | 40 |
| 2.10.3 | Calidad de vida relacionada con salud | 40 |
| 2.10.4 | Aspectos de la calidad de vida relacionados con salud | 41 |
| 2.10.5 | Calidad de vida en relación a la incontinencia urinaria..... | 46 |

| | | |
|-------------------|--|----|
| 2.11 | Evaluación de la Incontinencia urinaria y calidad de vida | 47 |
| 2.11.3 | King's Health Questionnaire (KHQ) | 47 |
| 2.11.4 | Potenziani-14-CI-IO-QOL-200 | 48 |
| 2.11.5 | Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF)..... | 48 |
| 2.11.6 | Instrumento para la calidad de vida con Incontinencia (I-QOL)..... | 49 |
| 2.12 | Marco Legal y Ético | 50 |
| CAPÍTULO III..... | | 52 |
| 3 | Metodología de la Investigación | 52 |
| 3.1 | Diseño de Investigación..... | 52 |
| 3.2 | Tipo de Investigación..... | 52 |
| 3.3 | Localización y ubicación del estudio..... | 53 |
| 3.4 | Población de estudio | 53 |
| 3.4.1 | Criterios de Inclusión | 53 |
| 3.4.2 | Criterios de Exclusión | 54 |
| 3.4.3 | Criterios de Salida | 54 |
| 3.5 | Operacionalización de variables | 55 |
| 3.5.1 | Variables de caracterización..... | 55 |
| 3.5.2 | Variable de Interés..... | 56 |
| 3.6 | Métodos y técnicas de recolección de datos | 57 |
| 3.6.1 | Métodos de recolección de datos..... | 57 |
| 3.6.2 | Técnicas e Instrumentos | 57 |
| 3.7 | Análisis de los datos | 58 |
| 3.8 | Validación de Instrumentos | 58 |
| CAPÍTULO IV..... | | 59 |
| 4. | Resultados de la Investigación | 59 |
| 4.1 | Análisis y discusión de resultados | 59 |

| | | |
|---|--|----|
| 5.1 | Respuestas a las preguntas de Investigación..... | 68 |
| CAPÍTULO V | | 69 |
| 5. | Conclusiones y Recomendaciones | 69 |
| 5.1 | Conclusiones..... | 69 |
| 5.2 | Recomendaciones | 70 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | | 71 |
| ANEXOS..... | | 77 |
| Anexo 1. Oficio de Autorización..... | | 77 |
| Anexo 2. Consentimiento Informado | | 78 |
| Anexo 3. Cuestionario Sociodemográfico..... | | 80 |
| Anexo 4. Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF)..... | | 81 |
| Anexo 5. Cuestionario para la Calidad de Vida | | 82 |
| Anexo 6. Evidencias Fotográficas | | 83 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Caracterización de la población de estudio según edad..... | 59 |
| Tabla 2 Caracterización de la población de estudio según etnia..... | 61 |
| Tabla 3 Caracterización de la población de estudio según número de hijos..... | 62 |
| Tabla 4 Prevalencia Puntual de incontinencia urinaria | 63 |
| Tabla 5 Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos | 64 |
| Tabla 6 Evaluación de la calidad de vida I-QOL test | 65 |
| Tabla 7 Evaluación de la calidad de vida según subescalas IQOL test..... | 66 |
| Tabla 8 Relación entre tipos de incontinencia urinaria y puntuaciones de las subescalas de calidad de vida..... | 67 |

TEMA: INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DE LA FACULTAD EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019.

Autora: Barahona Barahona Lucía Beatriz

Correo: lbbarahonab@utn.edu.ec

RESUMEN

La incontinencia urinaria es cualquier pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, afecta principalmente a mujeres, constituyendo un problema social e higiénico que produce un deterioro de la calidad de vida. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres de la Facultad Educación, Ciencia y Tecnología, Universidad Técnica del Norte. La metodología fue de tipo epidemiológico, mediante prevalencia puntual, descriptivo, cuali-cuantitativa, no experimental de corte transversal. Se utilizó una población de 40 personas de sexo femenino donde el rango de edad predominante es de 36 a 64 años con el 57,5%, que en su totalidad pertenecen a la etnia mestiza; y siendo en su mayoría multíparas con el 72,5%; con una prevalencia de incontinencia urinaria del 65% y según tipos la mayor parte sufre de incontinencia urinaria de esfuerzo con el 52,5%, seguida por la incontinencia urinaria de urgencia con el 7,5% y la incontinencia urinaria mixta con el 5%, presentando una afectación en su calidad de vida del 65,4% principalmente en la subescala evitar y limitar el comportamiento con el 82,40% y al relacionar el tipo de incontinencia urinaria con la calidad de vida se pudo evidenciar que la más afectada es la incontinencia urinaria mixta en la subescala vergüenza social con el 67%.

Palabras claves: incontinencia urinaria, calidad de vida, edad

TOPIC: URINARY INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE IN THE FEMALE STAFF OF THE EDUCATION, SCIENCE AND TECHNOLOGY FACULTY, "TÉCNICA DEL NORTE" UNIVERSITY, 2019.

Author: Barahona Barahona Lucía Beatriz

Email: lbbarahonab@utn.edu.ec

ABSTRACT

Urinary incontinence is any involuntary loss of urine through the urethra, it mainly affects women, constituting a social and hygienic problem that causes a deterioration in the quality of life. This research aimed to determine the prevalence of urinary incontinence and its effect on the quality of life of the female staff of the Education, Science and Technology Faculty in "Técnica del Norte" University. The methodology was epidemiological, through punctual, descriptive, qualitative-quantitative, non-experimental cross-sectional prevalence. A population of 40 female individuals was used where the predominant age range is 36 to 64 years with 57.5%, mestizo; and mostly multiparous with 72.5%; with a prevalence of urinary incontinence of 65% and according to types, most suffer from stress urinary incontinence with 52.5%, followed by urinary incontinence with 7.5% and mixed urinary incontinence with 5% , presenting an affectation in their quality of life of 65.4%, mainly in the subscale, avoiding and limiting the behavior with 82.40%, regarding the type of urinary incontinence with the quality of life, it was possible to show that the most affected is mixed urinary incontinence in the social shame subscale with 67%.

Keywords: urinary incontinence, quality of life, age

Vida Olaya
2017



TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DE LA FACULTAD EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”.

CAPÍTULO I

1. Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

La International Continence Society (ICS) define a la incontinencia urinaria (IU), como cualquier pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, está es una enfermedad común que afecta principalmente a mujeres, constituyendo un problema social e higiénico que produce un deterioro de la calidad de vida (1).

En la cuarta Consulta Internacional de Continencia, realizó una revisión de la evidencia disponible y encontró que el número de afectadas con IU oscilaba en mujeres entre 25 y 45%, mientras que mujeres de 20 y 39 años reportaban algún episodio de incontinencia de orina diariamente entre el 7 y 37% y en las mujeres mayores de 60 años, este porcentaje varió entre 9 y 39%(1)

En España, la incontinencia urinaria es un problema médico y social que afecta alrededor de 6,5 millones de mujeres españolas ocasionando un costo alto para la sanidad, a la vez tiene un impacto notable sobre la calidad de vida afectando a múltiples aspectos de la vida diaria como es su entorno social, físico, psicológico y doméstico, lamentablemente esté sigue siendo uno de los dilemas de salud más desconocido por la sociedad incluso por los propios médicos, lo que origina situaciones de marginación, aislamiento, infradiagnóstico e infratratamiento (2).

En Estados Unidos se estima que el gasto médico en pacientes incontinentes llega al 2% del gasto total en salud, lo que supera los 10 billones de dólares/año. Existen tres estudios significativos que demuestran el incremento de gastos monetarios para la mujer, a causa de la necesidad de usar permanentemente protectores sanitarios, absorbentes, pañales y productos de higiene íntima (3).

Por otra parte una mujer genera una cantidad incalculable de desechos plásticos a lo largo de su vida y aún más por el uso de protectores sanitarios, absorbentes, pañales

por su incontinencia, generando de esta manera más basura lo de común contribuyendo a la destrucción del medio ambiente (4).

La incontinencia urinaria con lleva a una serie de cuidados adicionales relacionados con la higiene e integridad de la piel que son importantes para la personas incontinentes, ya que ayudan a sobrellevar el problema, evitar complicaciones y previene, de esta manera la persona se sentirá más segura en su interacción social (5).

En México, se estima que la IU afecta a más de 200 millones de personas en todo el mundo, los casos pueden subestimarse, debido a que no siempre se reportan a médicos tratantes, ya sea por vergüenza, falta de conocimiento de opciones terapéuticas o perciben que es una parte inevitable del envejecimiento, favoreciendo así a la presentación de infecciones urinarias, problemas dermatológicos y alteraciones del sueño, determinando así una serie de factores de riesgo como barreras ambientales (6).

En Perú, se llevó a cabo un estudio en el 2017 acerca del número de afectados con incontinencia urinaria, en el cual se obtuvo como resultado que afecta a 1 de cada 4 mujeres presentándose a cualquier edad, hoy en día son muchos los factores involucrados en su aparición, pero el debilitamiento del suelo pélvico es la primera causa (7).

En Chile está se convierte en una afectación de baja notificación, subdiagnosticada en donde las mujeres que la padecen, habitualmente enfrentan silenciosamente los efectos en la esfera genitourinaria, sexual, psicoemocional y sociocultural. Esta situación afecta la relación de pareja, su calidad de vida, además de interferir en sus actividades cotidianas en todos los escenarios y dimensiones humanas, afectando profundamente la autoestima y llegando a ser un elemento desencadenante de depresión (8).

En Ecuador no existen estudios que indiquen estadísticas, sobre los efectos que produce la incontinencia urinaria en la calidad de vida en la población femenina a nivel nacional y provincial por parte del Ministerio de Salud Pública, por lo que esta investigación tiene el afán de determinar el porcentaje de mujeres que padece esta enfermedad y los efectos que produce la misma en el personal femenino de la Facultad

Educación, Ciencia y Tecnología de la Universidad Técnica del Norte, esperando así comprender más sobre esta afectación a nivel local.

1.2. Formulación del Problema

¿Cómo afecta la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres de la Facultad Educación, Ciencia y Tecnología, Universidad Técnica del Norte?

1.3. Justificación

La presente investigación se enfoca a recopilar información sobre la presencia de la incontinencia urinaria y si esta afecta la calidad de vida de quienes la padecen, como lo demuestran varios estudios a nivel mundial.

Para la ejecución de este estudio se obtuvo el respectivo permiso por parte del Rector de la Universidad Técnica del Norte y las autoridades competentes de la Facultad Educación, Ciencia y Tecnología además la participación de los sujetos de estudio mediante el respectivo consentimiento informado. Así como la presencia de la investigadora la cual conoce acerca del tema a investigar.

Mediante este estudio las personas que sean identificadas con incontinencia urinaria podrán buscar ayuda profesional, donde podrán dar solución a la incontinencia urinaria e incluso ser capacitadas sobre el tema. De igual manera se podría utilizar la información de la presente investigación, para que se realicen proyectos de intervención a futuro y dar un tratamiento adecuado a quienes padecen esta condición.

Esta investigación fue factible ya que representa un bajo costo económico para su desarrollo, de la misma manera el investigador cuenta con recursos tanto tecnológicos como bibliográficos para poder llevar a cabo la investigación.

Esta investigación servirá como base para futuras investigaciones que puedan solucionar este problema, disminuyendo las infecciones causadas por la incontinencia, ayudará a reducir el gasto económico que tiene cada individuo al momento de usar productos de higiene personal íntimo, y a la vez disminuiría la contaminación ambiental que se produce mediante el desecho de pañales y el uso de celulosa para la fabricación de los mismos, que es otro problema ambiental que acarrea la incontinencia urinaria.

Los beneficiarios directos de la investigación serán el personal docentes y administrativo de la Facultad de Educación, Ciencia y Tecnología ya que en ellos se realizará la aplicación del estudio de la prevalencia de la incontinencia urinaria y la afectación en su calidad de vida, incentivando así a buscar ayuda de un profesional de

salud para un diagnóstico precoz y el debido tratamiento fisioterapéutico adecuado previniendo futuros gastos innecesaria como una intervención quirúrgica, así como el estudiante ayudando al desarrollo del tema de investigación, mientras que los beneficiarios indirectos tenemos los familiares del personal docentes y administrativo de la Facultad de Educación, Ciencia y Tecnología, la Universidad Técnica del Norte, la Facultad Ciencias de la Salud, la Carrera Terapia Física Médica, contribuyendo a la calidad de vida de las mujeres

1.4.Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres de la Facultad Educación, Ciencia y Tecnología, Universidad Técnica del Norte.

1.4.2. Objetivo Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente la población de estudio.
- Establecer la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus tipos.
- Evaluar la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria, de los sujetos de estudio.
- Relacionar los tipos de incontinencia urinaria, con las subescalas de calidad de vida.

1.5.Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?
- ¿Cuál es la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus tipos?
- ¿Afecta la incontinencia urinaria a la calidad de vida de los sujetos de estudio?
- ¿Cuál es la relación del tipo de incontinencia urinaria con las subescalas de calidad de vida?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Sistema Urinario

2.1.1 Riñones

Órganos retroperitoneales pareados situados en la pared abdominal posterior superior en la región lumbar. Vital en el mantenimiento de la homeostasia mediante la producción de orina en las nefronas, las unidades funcionales microscópicas comprende los glomérulos y los túbulos renales. Esto consiste en tres procesos: filtración de los contenidos sanguíneos, reabsorción de sustancias necesarias para el cuerpo y secreción de sustancias indeseables (9).

La producción de orina es vital en la excreción de productos de desecho nitrogenados como urea y otras sustancias de desecho. Lo que incluye residuos farmacológicos, control y mantenimiento del equilibrio y electrolitos y mantenimiento del equilibrio ácido básico. Los riñones también secretan renina, que es importante en el control de la presión arterial. Además los riñones producen eritropoyetina, que estimula la producción de eritrocitos en la médula ósea. También participa en el metabolismo de la vitamina D (9).

Los riñones normales del adulto miden entre 9 y 11 cm de longitud y unos 5 cm de anchura. El riñón izquierdo se sitúa algo más alto en la cavidad abdominal. Vistos en sección tienen tres partes diferenciadas, corteza, médula y senos renales. La corteza presenta, como hemos dicho, una ecogenicidad similar al hígado, y aparece en un corte longitudinal como una banda periférica de aproximadamente 1-2 cm. La médula renal está formada por pirámides, los vasos arcuatos y las columnas de Bertin (10).

2.1.2 Uréteres

Son los conductos que pasa de cada riñón a la vejiga para el transporte de orina, su longitud promedio en el adulto es de 25 a 30 cm. Comprende una capa fibrosa externa, una capa media de músculo liso, que se contrae para producir movimientos peristálticos, por el cual la orina pasa hacia abajo por el conducto, y el recubrimiento de mucosa llamada urotelio (9).

2.1.3 Vejiga

Es un órgano hueco neuromuscular, presenta una gran capacidad de distensión sin producir cambios de presión durante su llenado, esta capacidad se debe a la capa muscular detrusor, rica en fibras elásticas, y a su capa interna urotelio, que consta de un epitelio de transición con cinco capas arrugadas, esté funciona de un modo reflejo o autónomo, siempre dependiendo de centros medulares y corticales haciendo que la micción sea un acto voluntario y reflejo a la vez. En los lactantes esta actividad neuromuscular es inmadura y solo funciona de modo reflejo (11).

La vejiga vacía tiene una forma tetraédrica y, a medida que se llena de orina, adopta una forma cilíndrica, presenta una función dual: de llenado y de vaciado, su principal función es almacenar la orina proveniente de los riñones y expulsarla periódicamente de su interior. El esfínter interno es involuntario formado por musculatura lisa que lo constituye la vejiga y el cuello vesical (11).

Existe una zona muscular, con un origen embriológico mesodérmico, diferente al resto de la vejiga, que se expande entre ambas desembocaduras de los uréteres, el cuello vesical y la uretra proximal, denominada trígono vesical; actúa como embudo permitiendo de una manera fácil el vaciado vesical y evitando el reflujo de orina a los uréteres durante el vaciado (11).

2.1.4 Uretra

Es una estructura tubular fibromuscular que mide de 3 a 4 cm y se extiende desde el meato uretral interno vesical hasta el meato uretral externo en el introito vaginal, su función es impedir la salida de la orina almacenada en la vejiga y sirve como conducto para expulsarla al exterior, está se distingue por varias capas; una capa interna mucosa, recubierta por urotelio; una capa intermedia submucosa, constituida por plexos vasculares, y una capa muscular lisa externa. El epitelio uretral y la capa submucosa son estructuras sensibles a la acción protectora de los estrógenos, las cuales contribuyen en los mecanismos de la continencia pasiva (11).

A nivel uretral se distinguen dos esfínteres: uno interno de control involuntario fundamental para la continencia, formado por condensación de fibras musculares lisas circulares alrededor del cuello y la uretra proximal, y otro externo de control voluntario e inervado por el nervio pudendo, situado debajo del esfínter interno, formado por el cruce de fibras de los músculos estriados del suelo pélvico elevadores del ano, ileocoxígeos, pubocoxígeos y transversos del periné (11).

2.2. Anatomía del suelo pélvico

La pelvis es un espacio que se continúa con la cavidad abdominal y contiene los órganos de distintos sistemas, tanto del sistema urinario, sistema genital y sistema digestivo en su extremo más distal, estas estructuras se apoyan y se fijan en el piso pélvico. Su principal componente es el músculo elevador del ano (MEA), que cubre la mayor parte de la pelvis, formado por tres fascículos que forman una “U” o “V” abierta hacia anterior permite el paso de los extremos distales de los sistemas urinario, genital y digestivo (12).

La base del piso pélvico depende de estructuras pasivas como son: los huesos y tejido conectivo mientras que las estructuras activas son: los músculos y nervios. El tejido conectivo que sostiene los órganos pélvicos son los ligamentos y tendones con colágeno denso sobre la fascia endopélvica, una estructura menos definida de colágeno, músculo liso, elastina y tejido vascular, la relación entre estas estructuras

permite un soporte mecánico estático y dinámica ideales para la continencia urinaria y fecal (13).

Musculatura del piso pélvico

Entre la séptima a novena semana del desarrollo intrauterino se observan los primeras esbozos del músculo, su desarrollo está determinado por una serie de interacciones moleculares y celulares con las estructuras que lo rodean. Existe evidencia de cierto dimorfismo sexual de este músculo visto en estudios histológicos de recién nacido, donde el sexo femenino presentan un músculo más laxo y con mayor cantidad de tejido conectivo (12).

El músculo elevador del ano esta inervado por el plexo sacra, ramas del nervio pudendo, perineal y rectal inferior, esté es el más extenso como embudo hacia inferior formando la mayor parte del suelo de la pelvis en conjunto con el músculo coccígeo, forman el diafragma pélvico, siendo el primer componente principal, este diafragma se extiende hacia anterior desde el pubis, posterior hacia el cóccix y lateral hacia ambas paredes laterales de la pelvis menor (12).

El músculo elevador del ano está compuesto por tres fascículos o haces: El haz puborrectal es un fascículo muscular grueso que avanza hacia posterior e inferior hasta detrás del recto a nivel de la unión anorrectal donde sus fibras se cruzan dando la característica forma de “U” donde se origina desde la cara posterior de ambos lados de la sínfisis del pubis. El haz pubococcígeo se origina lateral al origen del haz puborrectal, en la sínfisis del pubis, sobrepasando el recto e insertándose a nivel del cóccix. El haz iliococcigeo se inserta en las regiones laterales a la sínfisis de pubis y en el arco tendinoso de músculo elevador del ano y hacia posterior se inserta en el ligamento anococcígeo lateral a las dos últimas vértebras coccígeas. La disposición de las fibras adopta una dirección hacia inferior y medial en dirección al conducto anal, formando un “embudo” con forma de V o de “alas de paloma” al observar cortes coronales a esta altura (12).

El músculo elevador del ano es una estructura dinámica que en reposo presenta la forma de un “embudo” o “domo”, al contraerse se horizontaliza, elevando y llevando

hacia anterior a la unión anorrectal generando un ángulo que dificulta el paso de las heces desde el recto hasta el ano por un cambio en los ejes de ambos, y finalmente se relaja y estira coordinadamente durante la defecación descendiendo la unión anorrectal y alineando el recto con el conducto anal para permitir la defecación (12).

La hipótesis de la hamaca, introducida el año 1994 por De Lancey divide el soporte de la pelvis en 3 niveles: I) Soporte superior, II) Soporte vaginal medio y III) Soporte vaginal distal o de fusión, estos 3 niveles están relacionados entre sí (13).

Nivel I: Este nivel está compuesto por el complejo de ligamentos útero sacro cardinal y el anillo pericervical. Daño a este nivel, se asocia a prolapsos del compartimento apical: prolapso uterino, prolapso de cúpula vaginal post histerectomía o enterocele (13).

Nivel II: está compuesto por el tercio medio de la vagina, específicamente el tabique rectovaginal y fascia pubocervical. Daño a éste nivel producirá prolapsos en el compartimento anterior (cistocele) o del compartimento posterior (rectocele) (13).

Nivel III: está compuesto por el cuerpo del periné y las estructuras que lo conforman: Esfínter anal externo, músculos superficiales del periné y la membrana perineal. Daños a éste nivel se manifiestan como desgarros perineales o cuerpos perineales deficientes (13).

2.3.Fisiología de la micción

La micción es una función del tracto urinario inferior mediante la que se consigue el vaciado de la orina, cuando la vejiga ha llegado a su capacidad fisiológica y los condicionamientos sociales y el lugar son adecuados. En la micción hay dos fases claramente diferenciadas: la de llenado (continencia) y la de vaciado vesical (incontinencia) es el resultado de la actuación de dos fuerzas coordinadas y contrapuestas: la presión intravesical y la presión intrauretral En una persona sana la micción se produce cuando la vejiga alcanza su capacidad fisiológica y el lugar y momento son adecuados (14).

Durante la fase de llenado vesical la orina es almacenada en la vejiga, un órgano muscular adaptándose a su contenido gracias a su tono manteniendo una actitud pasiva que permiten el llenado a baja presión. En esta etapa, el mecanismo esfinteriano está activado proporcionando a la persona continencia durante unas horas del vertido de la orina al exterior. La continencia es el resultado de la perfecta coordinación entre las fuerzas de la vejiga y la uretra, donde la presión de la uretra es superior a la de la vejiga durante la fase de llenado vesical ya que el detrusor está relajado y no presenta actividad contráctil (14).

Cuando la vejiga se acerca al límite de su capacidad de llenado aparece el llamado reflejo miccional que provoca el deseo de orinar. En la fase de vaciado, la vejiga se contrae al igual que el músculo detrusor vaciando la orina al exterior a través del cuello vesical y la uretra: el sistema nervioso produce la contracción del detrusor y la relajación de la musculatura de la uretra y del suelo pélvico, es decir, se produce una inversión gradual de presión por la caída de presión uretral y el aumento de la presión intravesical. Las estructuras que generan estas fuerzas son el detrusor, el trigono, el cuello vesical, el esfínter estriado y el músculo liso de la uretra, la facultad de contraerse depende de la integridad de las vías y centros nerviosos que regulan esta actividad (14).

El sistema nervioso es el encargado del control de la micción y el control voluntario de la micción se lleva a cabo mediante mecanismos neurológicos de gran complejidad. La fase de llenado es involuntaria e inconsciente, y se produce por la regulación del sistema nervioso parasimpático y simpático. Tan sólo ante un escape de orina se pondrá en marcha el sistema nervioso somático y voluntario para contraer el esfínter externo y evitar la incontinencia. El responsable de la contracción del detrusor es el nervio pélvico, y el nervio hipogástrico controla la actividad del cuello vesical su acción involuntaria para abrir y cerrar (14).

2.4 Control nervioso de las vías urinarias inferiores

- **Vías parasimpáticas**

La inervación parasimpática de la vejiga se origina a partir de la columna celular intermediolateral entre los segmentos S2 a S4 de la medula espinal sacra. Las fibras parasimpáticas que se aproximan a la vejiga a través del nervio esplácnico pélvico aún son preganglionares. Establecen sinapsis con neuronas posganglionares en el cuerpo y el cuello de la vejiga urinaria (15).

Las neuronas preganglionares parasimpáticas que inervan el tracto urinario inferior están localizados en la parte lateral de la sustancia gris intermedia de la médula espinal sacra es una región denominada núcleo parasimpático sacro. Las neuronas preganglionares emiten axones a través de las raíces ventrales a los ganglios periféricos, en donde liberan el neurotransmisor excitatorio acetilcolina (16).

- **Vías simpáticas**

La inervación simpática de la vejiga y el esfínter interno se origina en neuronas de la columna celular intermediolateral desde el de como segmento raquídeo torácico al segundo lumbar. Las fibras preganglionares pasan a continuación a través de nervios esplácnicos lumbares hasta el plexo hipogástrico superior, desde donde surgen los nervios hipogástricos izquierdo y derecho. Estos nervios dan lugar al plexo hipogástrico inferior pélvico, donde las fibras simpáticas preganglionares establecen sinapsis con fibras posganglionares, estas continúan hasta la pared vesical a través de la porción distal del nervio hipogástrico (15).

El flujo nervioso que sale de la cara rostral de la medula espinal lumbar suministra un influjo excitatorio e inhibitorio para la vejiga y la uretra. La activación de los nervios simpáticos inducen a la relajación del cuerpo de la vejiga y la contracción del tracto de salida vesical y la uretra, que contribuye al almacenamiento de la orina en la vejiga (16).

- **Vías somáticas**

Las motoneuronas para el esfínter uretral externo están situados a lo largo del borde lateral del asta ventral, denominada núcleo de Onuf. Las motoneuronas para el esfínter muestran también haces dendríticos orientados transversalmente, los que se proyectan en sentido lateral dentro del funículo lateral, en sentido dorsal dentro de la sustancia gris intermedia y en sentido dorsomedial, hasta el conducto central (16).

- **Vías aferentes**

Los axones aferentes en los nervios pelviano, hipogástrico y pudendo transmiten información del tracto urinario inferior a la medula espinal lumbosacra. Las neuronas aferentes primarias de los nervios pelviano y pudendo están contenida en los ganglios de la raíz dorsal de la región sacra, mientras que la inervación aferente de los nervios hipogástricos se origina en los ganglios rostrales de la raíz dorsal de la región lumbar (16).

Los axones centrales de las neuronas de los ganglios de la raíz dorsal conducen la información sensitiva del tracto urinario inferior a neuronas de segundo orden de la medula espinal. Las fibras aferentes viscerales de los nervios pelviano y pudendo ingresan en la medula espinal y tienen un recorrido rostrocaudal dentro del tracto de Lissauer (16).

Los aferentes del nervio pelviano, que monitorizan el volumen de la vejiga y la amplitud de la contracción vesical, consiste en axones mielínicos y amielínicos (16).

2.5 Incontinencia urinaria

La Incontinencia urinaria (IU) es definida por la Sociedad Internacional de Continencia como la manifestación de cualquier escape involuntario de orina o cualquier pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable, es un problema social, tanto para los pacientes que la sufren, como para quienes cuidan de ellos (17).

2.6 Fisiopatología

Hay que considerar fisiológicamente que la vejiga se comporta como un órgano que permanentemente está ciclando en dos fases, la miccional y la de continencia, esto depende de complejas relaciones anatómicas y funcionales de la vejiga (detrusor) y regulación depende de distintos niveles neurológicos, en el individuo adulto, bajo control voluntario (18).

La fase de continencia requiere de ausencia de contracciones vesicales, de acomodación adecuada y de cierre esfinteriano activo, mientras que la fase miccional requiere de contracción del detrusor y apertura del aparato esfinteriano. Este conjunto de funciones se obtiene a través de inervación tanto visceral como somática (simpática y parasimpática), con diversos niveles de integración a nivel medular, mesencefálico y cortical (18).

Fase de continencia (Incontinencias)

- El musculo detrusor disminuye su acomodación dando como resultado alteración visco elasticidad.
- Aumento de la contractibilidad hiperactividad del detrusor idiopática o neurógena.
- Hipermovilidad uretral en un IU por esfuerzo
- Incontinencia urinaria por incompetencia esfinteriana intrínseca: neurógena, daño esfinteriano anatómico.
- Incontinencia extra uretral: fístulas.

Por lo tanto, la función fundamental de la vejiga durante la fase de almacenamiento es la de servir como reservorio urinario de baja presión, con adecuada capacidad y buena continencia, entonces la incontinencia urinaria se define como un trastorno de la fase de continencia. En la fase miccional la tarea es vaciar el contenido de la vejiga, en forma coordinada con todas las estructuras del tracto de salida y sin afectar la vía urinaria superior, la uropatía obstructiva es una alteración de la fase miccional.

Fase Miccional (Retenciones)

- Disminución o ausencia de la contractibilidad del detrusor: neurógena o miogena.
- Tracto de salida activas: disinergia detrusor esfínter externo e interno
- Tracto de salida pasivas: compresivas y restrictivas estrechez de uretra
- Acodadura uretral
- Inhibición Psicógena (18).

La incontinencia urinaria son grados progresivos del mismo fenómeno caracterizado por disminución en la transmisión de la presión intra abdominal a la uretra proximal, debido a la pérdida de soporte de los órganos pélvicos por daño de la base musculo aponeurótica del perineo caracterizado por hipermovilidad uretral, relacionada a la multiparidad y al hipoestrogenismo perimenopáusico, en este caso el esfínter en sí, se encuentra indemne, esto se presenta solo en mujeres (18).

En la incompetencia esfinteriana intrínseca existe una alteración intrínseca del esfínter, que puede ser debido alteraciones anatómicas o funcionales. En el caso de las incontinencias originadas en el detrusor se distinguen la hiperactividad del detrusor y las alteraciones de la acomodación (18).

La hiperactividad vesical, se caracteriza por el incremento activo de la presión intravesical durante la fase de continencia, ya sea por contracciones fásicas del detrusor o por un incremento sostenido del tono. En relación a la hiperactividad del detrusor distinguimos la idiopática y la neurógena llamadas hiperreflexia e inestabilidad primaria del detrusor (18).

2.6.1 Clasificación de la disfunción vesical neuropática

- **Lesiones supraespinales**

Una lesión supraespinal se caracteriza por la sinergia entre las contracciones del detrusor y de los esfínteres liso y estriado, pero con inhibición defectuosa del reflejo de vaciado. Por lo general, se produce una contracción vesical involuntaria, y la sensibilidad casi siempre esta preservada. Sin embargo, según el sitio de la

lesión, puede observarse arreflexia del detrusor y disminución de la sensibilidad (16).

- **Lesiones suprasacras**

Una lesión suprasacra es aproximadamente equivalente a lo descrito como lesión de la motoneurona superior en la clasificación de Borns-Comarr. Esta lesión implica una lesión completa, desde el punto de vista neurológico, situada por encima del nivel de la medula espinal sacra, que provoca espasticidad de los músculos estriados debajo de la lesión. Durante el llenado, se produce una contracción involuntaria de la vejiga; pero después de la contracción, se queda un volumen de orina superior al 20% de la capacidad vesical, lo que implica obstrucción en el área del tracto de salida vesical durante la contracción involuntaria del detrusor. Por lo general, esta obstrucción se debe a una disinergia del esfínter estriado, que generalmente se observa en pacientes parapléjicos o cuadripléjicos que presentan lesiones entre las regiones cervical y sacra de la medula espinal. También puede detectarse una disinergia o una incoordinación del esfínter liso en pacientes con lesiones por encima del nivel de T6, en general, asociadas con hiperreflexia autónoma (16).

- **Lesiones infrasacras**

Esta lesión, a nivel de la medula espinal sacra o de las raíces, produce flacidez de los músculos estriados, por debajo de este nivel. Esta alteración ocasiona una arreflexia del detrusor e independientemente del método que adopte el paciente para aumentar la presión intravesical durante el intento de micción, no le será posible reducir el volumen de orina residual hasta menos del 10% de la capacidad vesical (16).

2.6.2 Mecanismos esfinterianos en la mujer

Conforme se llena la vejiga, la contracción sincronizada del esfínter urogenital estriado actúa de forma integrada para la continencia. Compuesto por musculo estriado, el complejo del esfínter incluye: el esfínter uretral, el esfínter uretrovaginal y el compresor de la uretra. El esfínter uretral envuelve toda la circunferencia uretral. En comparación, el esfínter uretrovaginal y el compresor son bandas de musculo estriado

que forman arcos ventrales sobre la uretra y se insertan en el tejido fibromuscular de la pared vaginal anterior (19).

Estos tres músculos funcionan como unidad, y su contracción eficaz cierra la uretra. La contracción de estos músculos en toda la circunferencia constriñe los dos tercios superiores de la uretra y comprime de manera lateral el tercio inferior. El esfínter uretral se forma sobre todo con fibras de contracción lenta y mantiene una contracción tónica, lo cual contribuye en gran medida a la continencia en reposo. Por lo contrario, el esfínter uretrovaginal y el compresor se componen de fibras musculares rápidas, lo que posibilita la contracción enérgica con cierre de la luz uretral cuando la continencia se pone a prueba por aumentos súbitos de la presión intraabdominal (19).

2.6.3 Mecanismos de sostén de suelo pélvico

La interacción entre los músculos pélvicos y la fascia endopélvica es de importancia crucial para el soporte de los órganos pélvicos. La tracción continua de un grupo de fascias y ligamentos acaba produciendo la elongación de los mismos. Así, mientras los músculos elevadores del ano funcionan con normalidad, el hiato urogenital se mantiene cerrado y el tejido conectivo está bajo una tensión mínima y actúa solo como estabilizador de la posición de los diferentes órganos de la pelvis por encima de los músculos elevadores del ano. Sin embargo, cuando el tono de estos músculos está descendido o están dañados, el hiato urogenital se abre y la vagina se mantiene entonces entre un sistema de alta presión la intraabdominal y un sistema de baja presión la atmosfera externa. En esta situación la vagina debe mantenerse en su posición anatómica solo por la acción de las fascias y ligamentos que pasan a estar sometidos a una presión constante, por lo que acaban fallando y elongándose ocasionando un prolapso o incontinencia urinaria (19).

Soporte útero-vaginal: la fascia endopélvica la encargada de mantener el cérvix y el útero fijadas a la pared pélvica, a través de los ligamentos uterosacras y cardinales. La vagina se mantiene fijada a la pared pélvica también por la fascia endopélvica (19).

Soporte Vesicovaginal: los dos tercios proximales de la uretra como la vagina están fijados a la pared pélvica por un conjunto de fascia endopélvica, arco tendíneo y de la vagina (19).

Soporte vaginal posterior: la pared posterior de la vagina esta sostenida, por las conexiones entre la vagina, los huesos de la pelvis y los músculos elevadores del ano, sobre todo en tercio medio de la vagina, de tal manera que estas conexiones impiden el movimiento hacia adelante y hacia debajo de la vagina durante los incrementos de la presión abdominal. El tercio inferior de la vagina, además, esta fusionado con el cuerpo perineal, una estructura que resulta de la inserción de las dos mitades de la membrana perineal. Estas conexiones impiden el descenso del recto (19).

2.7 Clasificación de la incontinencia urinaria.

La incontinencia urinaria puede ser dividida por temporalidad de la duración de sus síntomas, siendo estas subdivisiones las siguientes: IU transitoria menor a 4 semanas y IU permanente mayor a 4 semanas (20).

2.7.1 Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal. Se produce cuando hay un aumento súbito de la presión intraabdominal, el esfínter no es capaz de soportarla y se produce el escape. Está también se produce por descenso de la posición normal del ángulo uretrovesical posterior, que es la más frecuente en mujeres (21).

2.7.2. Incontinencia Urinaria Mixta

Es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a urgencia como al esfuerzo. La única forma de identificarla es mediante un estudio urodinámico, en muchas ocasiones se da en mujeres (21).

2.7.3 Incontinencia Urinaria de Urgencia

Es la incapacidad de contener la orina el tiempo suficiente para ir al baño, siendo la más frecuente en personas adultas mayores. Se produce por contracciones involuntarias del detrusor, que aparecen mientras que el individuo trata de inhibir la

micción. Cuando estas contracciones involuntarias se ponen de manifiesto en un estudio urodinámico se denomina detrusor hiperactivo y cuya causa puede ser una enfermedad neurológica (21).

2.7.4 Enuresis nocturna

La enuresis nocturna es la micción que ocurre solo durante el sueño a una edad y frecuencia socialmente inaceptables. La enuresis es la micción involuntaria que tiene lugar durante el sueño a una edad y frecuencia socialmente inaceptables (22).

2.7.5 Incontinencia Urinaria por rebosamiento o sobreflujo

Es frecuente en varones por obstrucción prostática, se produce en presencia de retención y residuos permanentes por hipoactividad del detrusor. La vejiga está sobredistendida y se producen escapes inadvertidos de escasa cantidad pero casi constantes (21).

2.8 Factores de riesgo.

2.8.3 Factores Sociodemográficos

- **Género:** las diferencias anatómicas en el suelo pelviano, efectos del parto, la longitud uretral en las mujeres produce que tengan un mayor riesgo de desarrollar IU (23).
- **Edad:** La edad es un factor importante porque con el pasar de los años existen varios cambios en el aspecto fisiológico como son: la disminución del tejido elástico, atrofia celular, degeneración nerviosa, reducción musculo liso, hipoestrogenismo, deterioro cognitivo, inmovilidad, pérdida de capacidad concentración renal, comorbilidad (23).
- **Raza:** Estudios demuestran que las mujeres blancas tienen una prevalencia de incontinencia urinaria por esfuerzo tres veces mayor que las mujeres negras, atribuyéndose a diferencias raciales en el tejido conjuntivo o en los músculos (23).
- **Peso:** la obesidad es uno de los factores de riesgo. Un índice de masa corporal alto se relaciona con una mayor prevalencia de incontinencia urinaria (23).

2.8.4 Factores Ginecobstetricos

- **Multiparidad:** El parto es un factor establecido de riesgo entre las mujeres jóvenes y de mediana edad. El parto vaginal es el factor contribuyente más importante, posiblemente por las lesiones neurológicas o musculares asociadas. Sin embargo, el embarazo en sí mismo puede causar cambios mecánicos u hormonales. Por otro lado, recientemente se ha comprobado que las mujeres con partos por cesárea tienen un riesgo mayor de IU que las nulíparas, pero que el parto vaginal se asocia con el riesgo mayor (23).
- **Terapia hormonal sustitutiva:** dado que existe una elevada prevalencia de IU en pacientes posmenopáusicas, la disminución de los estrógenos contribuya a la aparición de síntomas de IU (23).

2.8.5 Factores de estilo de vida

- **Estado nutricional:** La obesidad es uno de los factores de riesgo independiente para la IU en mujeres mayores. Un índice de masa corporal (IMC) alto se correlaciona con una mayor prevalencia, así como con la severidad de la IU (23).

2.9 Mujeres y Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el informe “Las mujeres y la Salud: los datos de hoy, la agenda de mañana”, puso de manifiesto los siguientes aspectos: las consecuencias y los costos que ocasiona no atender los problemas de salud en el momento apropiado de la vida de las mujeres; la necesidad de prevenir los factores de riesgo precozmente para que en el futuro sus problemas de salud no se agraven o acaben convirtiéndose en crónicos y que adoptar hábitos saludables a edades más tempranas puede ayudarlas a llevar una vida activa y sana hasta bien entrada la vejez. Y remarca que las mujeres representan una proporción cada vez mayor en el grupo de las personas de edad más avanzada al tender a vivir más tiempo que los hombres (24).

En dicho informe la OMS también recomendaba la necesidad de mejorar los sistemas sanitarios para que satisfagan las necesidades de salud de las mujeres en lo que se refiere a su acceso a ellos, al carácter integral de los mismos y a su capacidad de

reacción frente a los problemas de salud. Para poder conseguir estos objetivos la OMS remarcaba la importancia de realizar investigaciones sobre las mujeres y su salud (24).

La salud de las mujeres también se puede ver afectada por la medicina. El sistema sanitario, con sus protocolos de actuación, provoca formas de “microviolencia” hacia las mujeres que favorecen los estereotipos de género. Son situaciones percibidas pero no siempre verbalizadas por la mujer. Entre ellas se encuentra la falta de escucha activa por parte del personal, efectuar diagnósticos sin ningún tipo de exploración, culpabilizarlas por sus síntomas o atribuirlos a situaciones emocionales, considerar que se quejan en exceso (24).

En el Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS se remarca que los estereotipos de género, tanto de las propias mujeres y su familia como del personal sanitario, provocan un aumento de la vulnerabilidad en la mujer. Dichos estereotipos pueden funcionar como barreras u obstáculos al acceso de los servicios sanitarios. Entre estas barreras se citan: la falta de conciencia en la existencia de un problema de salud por considerarlo como un aspecto normal o natural de las características biológicas o de las actividades diarias de las mujeres; la negación por parte de las mujeres a reconocer un problema, optando por guardar silencio por miedo a las reacciones adversas de la familia, de la comunidad y/o de los profesionales de la atención de la salud, y la actitud de estos. Todo ello provoca inequidades de género en la salud de las mujeres que precisan de medidas de empoderamiento y de incorporar la perspectiva de género en todas las actividades de planificación y ejecución de programas de salud (24).

La salud de las mujeres está influenciada por la biología relacionada con el sexo, el género y otros determinantes sociales, ellas son las más longevas, la esperanza de vida mundial al nacer era de 74,2 años. Sin embargo, la morbilidad es más elevada en las mujeres sobre todo en salud productiva (25).

Las enfermedades cardiovasculares son las que provocan el mayor número de defunciones entre las mujeres, las principales causas de muerte son el cáncer de cuello uterino, el de mama y el carcinoma pulmonar, la segunda causa de muerte entre las mujeres de 15 a 29 años son las lesiones autoinflingidas incluido el suicidio (25).

2.10 Calidad de vida.

La calidad de vida, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes, se trata de un concepto muy amplio que abarca de un modo complejo por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (26).

2.10.3 Calidad de vida relacionada con salud

La calidad de vida (CV) según la Organización Mundial de Salud es un concepto extenso, complejo, subjetivo, con dimensiones tanto positivas como negativas, determinada por el contexto cultural, social y ambiental, que, relacionada con el ámbito de la salud, permite obtener información complementaria y diferente a los indicadores clínicos tradicionales (27).

A partir de esta definición surge el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que es una evaluación subjetiva de las influencias en el estado de 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 (27).

Calidad de Vida Relacionada con la Salud es, pues, el aspecto de la calidad de vida que se refiere específicamente a la salud de la persona y se usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas. Esta utilización básica del concepto se inició en EE.UU. hace unos 30 años, con la confluencia de dos líneas de investigación: una la de la investigación clínica de la medición del estado funcional y otra la de la investigación psicológica del bienestar y de la salud mental (28).

2.10.4 Aspectos de la calidad de vida relacionados con salud

- **Funcionamiento Físico**

El funcionamiento físico debemos entender que forma parte de un proceso de atención en el cual intervienen otras variables, que de alguna u otra manera, tienen como objetivo principal o deben tener como meta el logro de la independencia del paciente (29).

Estructura-Función: la actividad particular de cada elemento corporal. Cuando este es afectado se produce deficiencia en la función normal de la estructura corporal (29).

Funcionalidad: es grado en que la salud limita las actividades como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, inclinarse, levantar objetos y el ejercicio moderado y vigoroso. Hablamos de limitaciones funcionales cuando estas actividades dejan de operar con normalidad y produce afectaciones en la movilidad de las personas (29)

Funcionamiento: para Kisner y Dolby la capacidad de desempeñarse independientemente en el hogar, el lugar de trabajo, la comunidad o durante el tiempo de ocio y la realización de actividades recreativas dependen tanto del funcionamiento físico como del psicológico y social. Cuando este se ve alterado por enfermedades, lesiones o anomalías que afecten el desarrollo de las funciones humanas básicas y por ende compromete la capacidad de independencia del hombre en sus roles sociales, habituales y deseables; hablamos de discapacidad (29).

El funcionamiento físico es realizado bajo dos enfoques:

El ejercicio terapéutico: es una herramienta clínica para tratar el dolor crónico, alteraciones neurológicas, musculo esqueléticas, cardiopulmonares y otros muchos procesos patológicos, resulta imprescindible para el tratamiento de una patología o recuperación de una lesión, o simplemente para mejorar, restablecer y repotenciar el funcionamiento físico (29).

Actividad física: es cualquier movimiento corporal producido por la acción muscular voluntaria que da como resultado un gasto de energía, es decir, todos los movimientos que realizamos en nuestra vida diaria (29).

El funcionamiento físico abarca aspectos multidimensionales que interrelacionan diversas áreas de la función física como son: la capacidad muscular, la capacidad cardiopulmonar, movilidad/flexibilidad, control neuromuscular/coordinación, estabilidad y equilibrio/postura (29).

- **Bienestar Psicológico**

Es un estado en donde la persona juzga la vida en términos positivos, utilizan dos componentes: pensamientos y afectos. También es psico-afectivo porque ayuda a la persona a mantenerse con carácter estable, derivado de vivencias personales e irrepetibles. De ahí depende que el ser humano sea capaz de hacer cambios y de lograr metas deseadas cuando se lo propone (30).

Para realizar esta autoevaluación el individuo utiliza dos componentes: pensamientos y afectos. Cuando el componente cognitivo discrepa la satisfacción con la vida, esto representa un conflicto entre aspiraciones y logros. El rango de bienestar psicológico, se da desde la sensación de realización personal, hasta la impresión vital de fracaso. La principal característica del bienestar es ser estable (30).

El ser humano realiza diferentes actividades para satisfacer necesidades, nadie se da cuenta o se preocupa por establecer una evaluación sobre los logros alcanzados, hasta ahí queda todo el procedimiento; después cuando la persona se encuentra con alguna actividad que no se logra en la totalidad, empieza a enumerar algunos pretextos por qué no se logró lo deseado; sin pensar que no se hizo una evaluación previa, durante y al final cómo el proceso o qué faltaba, sencillamente actuó por instinto, al escuchar algunas inquietudes de otras personas respecto a cómo lograr los objetivos en la vida. Al contrario, es necesario evaluar los procesos que el ser humano lleva sobre la vida para alcanzar éxito y así elevar el nivel de bienestar psicológico, sentirse bien, realizado, comprometido consigo mismo y demostrar la capacidad frente a los demás según los intereses personales (30).

Todo individuo posee un umbral de bienestar básico, que tiende a mantenerse a lo largo de la vida. Cada ser humano, actúa de acuerdo a las necesidades que ejerce constantemente al conservar el bienestar psicológico, porque esta parte le hace sentirse

bien. Vive la vida, de acuerdo a los principios que rigen la cultura a la cual pertenece. Basa las ideas y pensamientos en algunas experiencias vividas para evitar algunas equivocaciones (30).

Incluso el bienestar psicológico es el estado de la persona en el que se hace sensible al buen funcionamiento de la actividad somática y psíquica. Día a día, el ser humano se ve obligado a tomar nuevas estrategias para mantener una vida saludable y exitosa para estar alejado de múltiples factores negativos como: preocupación, estrés, ideas obsesivas, pensamientos negativos; quizá para escapar de una responsabilidad social o por problemas que el mismo ser humano no es capaz de darle una solución, por falta de interés o ya sea por falta de apoyo de los demás (30).

Existen dos componentes básicos para el bienestar psicológico el afecto positivo y el afecto negativo.

El afecto positivo, representa la dimensión de emocionalidad placentera, manifestada a través de la motivación, energía, deseo de afiliación, sentimiento de dominio y logro. Cuando una persona se encuentra motivada, le es posible realizar diferentes actividades en beneficio del bienestar personal. Moral menciona que es importante tener deseos para lograr escalar metas. Es necesario tener clara la idea, de a dónde se quiere llegar, para lograr sortear las complicaciones que sucedan durante el recorrido (30).

El afecto negativo, representa la dimensión de emocionalidad no placentera y el malestar, manifestada por miedos, inhibiciones, inseguridades, frustración y fracaso. El ser humano desde la concepción en el vientre de la madre, le puede faltar la adquisición de capacidad tanto intelectual, como de habilidades, de destrezas, para enfrentar diferentes situaciones, esto como producto de una mala socialización. Desarrolla fobias en el sistema nervioso central, o dificultades para enfrentar una realidad (30).

- **Estado Emocional**

Es la habilidad para percibir, evaluar y expresar con precisión las emociones, la habilidad para acceder y generar sentimientos cuando estos facilitan el pensamiento, la capacidad para comprender las emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones a fin de promover el crecimiento emocional e intelectual (31).

- **Dolor**

El dolor es un problema médico de primer orden, constituyendo uno de los motivos más frecuentes en las consultas de Atención Primaria. No existe ningún tipo de duda de que es inherente a la vida, el dolor afecta a la mayoría de la población en varios momentos a lo largo de su vida, alterando en mayor o menor grado su vida personal, social o profesional (32).

La definición del dolor es un fenómeno complejo y multideterminado, resultado de la interacción entre factores fisiológicos, psicológicos y socio-culturales. Probablemente la mejor definición es la realizada por la Internacional Association for Study of Pain (IASP), que lo define como "una experiencia emocional desagradable, asociada o no a una lesión tisular, o que se describe con las manifestaciones propias de tal lesión" (32).

La preocupación por aumentar la esperanza de vida ha llevado a plantear la mejora de su calidad. El paciente no se limita a pedir que le quiten el dolor, también exige que sea sin efectos secundarios; el control del dolor, su medición y valoración debe ir acompañada de la medición de la calidad de vida del enfermo. La conjunción de estos aspectos es lo que realmente permite hablar de un tratamiento del dolor de calidad (32).

El dolor forma parte de la vida cotidiana de muchos seres humanos alrededor del mundo, muchos de los cuales se encuentran hospitalizados por diversas razones. Sin duda alguna, la calidad de vida de estos puede verse deteriorada por la intensidad del

dolor que perciben o experimentan; asunto que debe ser atendido por el equipo multidisciplinario de las instituciones hospitalarias (33).

- **Funcionamiento Social**

El funcionamiento social es un término relativamente nuevo, definido innumerables veces por diferentes investigadores. Todos ellos están de acuerdo en afirmar que éste está formado por distintas dimensiones relacionadas, entre otras, con el comportamiento social exhibido, las relaciones y habilidades sociales y la cognición social (34).

El funcionamiento social se clasifica en diferentes categorías que son: logros sociales, roles sociales y conductas instrumentales (34).

Los logros sociales son distintas circunstancias que caracterizan la vida social de cada persona dependiendo del contexto social y económico del que se disponga. Por lo tanto tener un logro social conlleva a poseer una determinada competencia social, pero la falta del mismo implica lo contrario (34).

Los roles sociales es el desempeño de cada uno dentro del funcionamiento social y de la calidad que posee cada persona al realizar su papel, esta categoría se debe tener en cuenta tanto el contexto donde nos encontramos como las expectativas que se posean, dependiendo de estas características el desempeño puede variar (34).

Las conductas instrumentales son un tipo de funcionamiento social que proporciona información sobre el desempeño en distintos roles, como las habilidades con las que contamos para responder a las necesidades de los demás o en habilidades para iniciar conversaciones (34).

- **Percepción general de la salud**

La salud en adultos implica subjetividad, depende de la conjunción de los efectos de condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social. La percepción de la salud es una herramienta factible, investigaciones revelan que medirla es útil como indicador global del nivel de salud poblacional (35).

La percepción de la salud en muchas ocasiones es alta y bajo debido a que los usuarios muchas veces no están satisfechos con la atención de un centro de salud o un especialista, de esta manera afecta el estado del pacientes, estudios revelan que a mayor percepción de salud mayor satisfacción (35).

2.10.5 Calidad de vida en relación a la incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria tiene un impacto significativo en la calidad de vida de una mujer afectándola físicamente, psicológicamente, sexual, laboral y social por lo cual los cuestionarios de calidad de vida proporcionan una amplia información sobre la repercusión de los síntomas y signos en la vida de la mujer lo cual permite entender estas condiciones de manera integral y parte esencial para el diagnóstico y tratamiento (36)(27).

Actualmente, es una situación subdiagnosticada, que, relacionada con los problemas urogenitales, se considera un suceso de alta incidencia y prevalencia; sin embargo, solo un pequeño número de personas que la padece buscan atención médica y otras simplemente realizan cambios en su cotidianidad para sobrellevarla, como evitar actividades sociales y físicas, limitar la ingesta de líquidos que hace frecuente los viajes al baño y el uso de protectores, entre otros (27).

Aunque la IU no constituye un riesgo para la vida, puede generar un profundo impacto psicológico, físico, mental, social, higiénico y económico para la sociedad, y puede afectar la CV e interferir en las actividades cotidianas en todos los escenarios y dimensiones de la persona (27).

Así como la IU puede afectar la CVRS, varios estudios han encontrado que esta última se disminuye significativamente en las personas con exceso de peso; de la misma manera, se ha encontrado que un índice de masa corporal (IMC) elevado aumenta la probabilidad de presentar IU (27).

Los cuestionarios que midan la calidad de vida son: King's Health Questionnaire (KHQ), The Incontinence Impact Questionnaire (versión) IIQ-7, The Urge-Urinary Distress Inventory: UDI-6, Incontinence questionnaire Short Form (ICQ-SF), Incontinence Severity Index, Incontinence QOL (I-QOL), Prolapse Quality of Life (P-

QOL), Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ), SEAP-QMM, Psychosocial Consequences Questionnaire, Stress Incontinence Questionnaire (36)(37).

2.11 Evaluación de la Incontinencia urinaria y calidad de vida

La Internacional Consultation on Incontinence es su tercera edición, se considera de especial importancia el desarrollo de instrumentos de naturaleza simple que permita diferenciar desde el principio el tipo de IU y el grado de afectación de la persona, permitiendo poder ajustar en un futuro posibles intervenciones (38).

2.11.3 King's Health Questionnaire (KHQ)

Este cuestionario es autoadministrado y está destinado específicamente a la evaluación de la calidad de vida de la mujer con IU mediante el análisis de las áreas física, social y mental. Consta de 21 ítems que se distribuyen conforme a 9 dimensiones de valoración: percepción del estado de salud general (1 ítem), afectación por problemas urinarios (1 ítem), limitaciones en las actividades cotidianas (2 ítems), limitaciones sociales (2 ítems), limitaciones físicas (2 ítems), relaciones personales (3 ítems), emociones (3 ítems), sueño/energía (2 ítems) e impacto de la IU (5 ítems). Cada ítem es valorado según una escala de respuesta tipo Likert que da la opción de 4 respuestas posibles. El rango de puntuaciones de cada dimensión va de 0 (que reflejaría el menor impacto de la IU y, por tanto, una mejor CV) a 100 (mayor impacto y peor CV). Como resultado, este cuestionario nos permite obtener un valor integral de la CV de la paciente con IU, y también, otro valor más específico para cada dimensión dentro de la propia escala (38).

El KHQ fue validado al español por Xavier Badía y cols y ha demostrado poseer los adecuados índices de validez y fiabilidad para poder valorar la CV de las mujeres con diferentes tipos de IU. Además este cuestionario, en caso de que se quiera o se necesite saber el tipo de incontinencia de cada persona que lo realice, cuenta con un apartado destinado a los síntomas urinarios, que no se tiene en cuenta a la hora del cálculo de la puntuación global y de las dimensiones a las que afecta la IU, pero sí para saber de qué tipo de incontinencia hablamos. En este último apartado la paciente señalará aquella

sintomatología que padece valorando la intensidad de su afectación como poca, moderada o mucha (38).

2.11.4 Potenziani-14-CI-IO-QOL-200

El Cuestionario de impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer Potenziani-14-CI-IO-QOL-2000, aunque no se han hallado estudios que lo utilicen. Este cuestionario consiste en 14 preguntas, con tres opciones a elegir: siempre = 2 puntos, a veces = 1 punto, nunca = 0 puntos. Las preguntas hacen referencia al momento en el que la mujer tiene las pérdidas de orina, y la repercusión en diferentes actividades. Si se obtienen entre 0 y 14 puntos, se considera repercusión ligera o moderada; y para considerar que la repercusión es intensa, la puntuación oscilaría entre 15 y 28 puntos (38).

2.11.5 Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF)

El cuestionario es un instrumento que se diseña para medir objetivamente fenómenos subjetivos como los síntomas y su impacto en la calidad de vida con toda la dificultad que ello puede tener de la mejor manera posible (39).

En 1998 se efectuó la primera consulta internacional patrocinada por la Organización Mundial de la Salud, luego de su análisis y conclusiones un comité de expertos formado por la Internacional Continence Society decidió desarrollar un cuestionario breve y simple que evaluando los síntomas y el impacto de la incontinencia urinaria pudiera ser aplicado en la práctica clínica y en la investigación por la comunidad científica internacional. En este contexto se elabora el cuestionario denominado "ICIQ-SF" ("International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form") validado originalmente en el idioma inglés (39).

Las condiciones para la validación de un cuestionario de este tipo en el contexto cultural y social en que se va a utilizar es una traducción adecuada y cumplir con criterios de validez como es su contenido, su constructo y de criterio, de confiabilidad, precisión, reproducibilidad y de sensibilidad. El cuestionario ICIQ-SF ha sido ya traducido conforme a las normas requeridas a 35 idiomas, entre ellos el español, y puesto a disposición de los grupos de estudio para su validación con la condición de

realizar las pruebas primarias esenciales destinadas a establecer la validez de contenido y la confiabilidad mediante los coeficientes de Cronbach y de Kappa. El cuestionario ICIQ-SF se ha validado en poblaciones de idioma portugués, italiano, árabe, japonés y esloveno (39).

Si bien el cuestionario ha sido validado al español en una población europea como España, demostrando su superioridad con respecto a otros cuestionarios, su uso no ha sido validado en poblaciones de países de habla hispana en vías de desarrollo (39).

2.11.6 Instrumento para la calidad de vida con Incontinencia (I-QOL)

El I-QOL, cuya validación al español consta de una consistencia interna, medida por el índice alfa de cronbach de 0,92, para investigar la afectación en la calidad de vida. Consta de 22 ítems que se dividen en 3 subescalas, estas son: comportamiento de evitación y limitación de la conducta en 8 ítems con preguntas relacionadas con los síntomas de incontinencia mixta, determinado por la no realización de actividades sociales por miedo a no llegar o no encontrar un baño cerca y mojarse. Repercusión psicosocial en 9 ítems y por último la vergüenza en la relación social en 5 ítems, está relacionada con la preocupación por uno mismo y por los demás, figuran también entre los motivos por los que muchas mujeres no buscan ayuda profesional. El cuestionario recoge también sus preocupaciones futuras. Las puntuaciones totales del I-QOL y sus tres subescalas se calculan sumando la puntuación del elemento no ponderado (0-100) y transformándolas en una escala de 100 puntos, donde 0=el más grave y 100= no hay problema para esto se utiliza la siguiente fórmula (40).

$$\frac{PRO}{Pmax} \times 100$$

Donde PRO es el puntaje real obtenido en el test y Pmax es el puntaje máximo del test 110. El instrumento ha sido ampliamente utilizado y ha sido validado con éxito para las personas con IU, se administra cuando la mujer obtiene una puntuación mayor de 0 en el anterior (40).

2.12 Marco Legal y Ético

Plan Toda una Vida

Objetivo 1. Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.

Se demanda la garantía de salud de manera inclusiva e intercultural, con énfasis en la atención preventiva, el acceso a medicamentos, la salud sexual y reproductiva, la salud mental; impulsando el desarrollo permanente de la ciencia e investigación. Concomitante a la salud, en los diferentes diálogos ciudadanos se señala la problemática de la malnutrición, que comprende trastornos como la desnutrición, la obesidad y el sobrepeso, los cuales tienen implicaciones en los hábitos y las prácticas culturales, que deben ser prevenidas con campañas de información permanente sobre los alimentos que se consumen (41) (42).

Fundamento: *El garantizar una vida digna en igualdad de oportunidades para las personas es una forma particular de asumir el papel del Estado para lograr el desarrollo; este es el principal responsable de proporcionar a toda las personas, individuo y colectivas, las mismas condiciones y oportunidades para alcanzar sus objetivos a lo largo del ciclo de vida, prestando servicios de tal modo que las personas y organizaciones dejen de ser simples beneficiarias para ser sujetos que se apropian exigen y ejercen sus derechos (41).*

La Constitución dio un paso significativo al definir al Ecuador como un Estado constitucional de derechos y justicia. Es así que el art. 66 núm. 2 de la Constitución señala que el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a “una vida digna, que asegure la salud, alimentación, nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios” (41).

En este contexto, el principal reto de la sociedad, junto con el Estado, es no perder los logros alcanzados y hacer que los avances en cuanto a la garantía de derechos sean irreversibles. Para ello, se debe consolidar un Estado que garantice oportunidades para todos, en atención a los deberes primordiales que constitucionalmente le fueron

otorgados. Por ello, la propuesta de una vida digna significa una vida donde nadie quede atrás, una vida con igualdad material para todos (41).

La salud se constituye como un componente primordial de una vida digna, pues esta repercute tanto en el plano individual como en el colectivo. La ausencia de la misma puede traer efectos inter-generacionales. Esta visión integral de la salud y sus determinantes exhorta a brindar las condiciones para el goce de la salud de manera integral, que abarca no solamente la salud física, sino también la mental (41).

De igual forma, la aproximación a la salud se debe hacer con pertinencia cultural, desde la prevención, protección y promoción, hasta la atención universal, de calidad, oportuna y gratuita, concentrando los esfuerzos para combatir la malnutrición en sus tres expresiones, eliminar la prevalencia de enfermedades transmisibles y controlar las no transmisibles. Esta visión exige el desarrollo de redes de servicios de salud enfocados en las necesidades de sus usuarios, acorde con la edad y la diversidad cultural y sexual. En la provisión de servicio de salud, es de vital importancia adoptar un enfoque de equidad territorial y pertinencia cultural a través de un ordenamiento del territorio que asegure a todos las mismas condiciones de acceso, sin discriminación ni distinción de ninguna clase (41).

En esta misma línea, durante los últimos años el Ecuador ha avanzado en el desarrollo de infraestructura sanitaria y en la concepción del Sistema Nacional de Salud, con una operación coordinada, ordenada y articulada entre la red pública y los demás proveedores. Es necesario continuar hacia la consolidación del Sistema como el mecanismo más efectivo para implementar el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), cuya aplicación debe basarse en la equidad social y territorial, para contribuir a la disminución de la desigualdad entre territorios (41).

CAPÍTULO III

3 Metodología de la Investigación

3.1 Diseño de Investigación

No-experimental: El diseño de investigación no-experimental es aquella que se realizó sin manipular deliberadamente variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad. En este tipo de investigación no hay condiciones ni estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural (43).

Corte transversal: Se utilizó para analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado o bien en cuál es la relación entre un conjunto de variables en un punto en el tiempo. En este tipo de diseño se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito esencial es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (43).

3.2 Tipo de Investigación

Descriptiva: Es el procedimiento que implicó observar y describir el comportamiento del sujeto de estudio sin influir sobre él de ninguna manera, un investigador sólo está interesado en describir la situación del estudio de investigación, este se basa en la teoría que se crea mediante la recopilación, análisis y presentación de los datos recopilados. De esta manera un investigador puede proporcionar información sobre el porqué y el cómo de la investigación (44).

Epidemiológico: Dentro de los tipos de investigación epidemiológicos se encuentra el estudio de prevalencia, este estudió simultáneamente la exposición y la enfermedad en una población bien definida en un momento determinado. Esta medición simultánea

no permite conocer la secuencia temporal de los acontecimientos y no es por tanto posible determinar si la exposición precedió a la enfermedad o viceversa (45).

Cuantitativa: Es el procedimiento que recopiló y analizó datos obtenidos de distintas fuentes, implicando el uso de herramientas informáticas, estadísticas y matemáticas para obtener resultados. La investigación cuantitativa se lleva a cabo cuando el investigador necesite tener conclusiones estadísticas para recopilar información procesable. Los números proporcionan una mejor perspectiva porque cualquier conclusión basada en números y análisis resultará ser efectiva para la investigación (46).

Cualitativo: Es la recopilación de la información basada en la observación de comportamientos naturales para posterior interpretación de significado. La investigación cualitativa se lleva a cabo en los casos en que se establece una relación entre los datos recopilados y la observación sobre la base de cálculos matemáticos (46).

3.3 Localización y ubicación del estudio

La Universidad Técnica del Norte se encuentra en la provincia de Imbabura, cantón Ibarra, Ciudadela Universitaria, Av. 17 de Julio 5-21 y General José María Córdova, Sector el Olivo.

3.4 Población de estudio

La presente investigación se realizó con 40 mujeres docentes y administrativas entre 25 y 70 años de edad de la Facultad de Educación, Ciencia y Tecnología, Universidad Técnica del Norte.

3.4.1 Criterios de Inclusión

- Personal femenino docente y administrativo entre 25-70 años de edad, que pertenezcan a la Facultad Educación, Ciencia y Tecnología.
- Personal femenino docente y administrativo que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

3.4.2 Criterios de Exclusión

- Mujeres menores de 25 y mayores de 70 años de edad que pertenezcan a la Facultad Educación, Ciencia y Tecnología.
- Mujeres que presenten embarazo, estado de puerperio, o cirugía pélvica.
- Personal femenino docente y administrativo que no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio

3.4.3 Criterios de Salida

- Personal femenino docente y administrativo que sea separado de la Facultad Educación, Ciencia y Tecnología.
- Personal femenino docente y administrativo que no desee continuar en el proceso de investigación.

3.5 Operacionalización de variables

3.5.1 Variables de caracterización

| Variable | Tipo de variable | Dimensión | Indicador | Escala | Instrumento | Definición |
|-----------------|--------------------------------------|-----------------|----------------------------------|------------------------------------|--|--|
| Edad | Cuantitativa Discreta Agrupada | Grupo etario | 18-35 36-64 >65(OMS) | Adultos jóvenes Adultos mayores | Cuestionario de aspectos Sociodemográficos | Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento (9) |
| Etnia | Cualitativa Nominal Politómica | Grupos étnicos | Ficha de datos sociodemográficos | Blanco | | Es un grupo social que tiene costumbres y cultura similar (9). |
| | | | | Mestizo | | |
| | | | | Afro Ecuatoriano | | |
| | | | | Indígena | | |
| Número de hijos | Cuantitativa Continua | Número de hijos | Sin hijos | Nulípara | | Se refiere al número de hijos de las mujeres que han tenido en algún momento de su vida alguno nacido vivo, incluyendo los hijos que luego fallecieron. (9). |
| | | | 1 hijo | Primípara | | |
| | | | 2-4 hijos | Multípara | | |
| | | | >5 hijos (OMS) | Gran multípara | | |

3.5.2 Variable de Interés

| Variable | Tipo de variable | Dimensión | Indicador | Escala | Instrumento | Definición |
|------------------------------|--------------------------------|---|---|--|---|---|
| Incontinencia urinaria (IU). | Cualitativa nominal politómica | Tipos de incontinencia urinaria | Al toser, estornudar o realizar esfuerzos, ejercicio. | IU Esfuerzo | Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF) | La incontinencia es una condición en la que, en forma involuntaria, se escapa orina de la vejiga (47). |
| | | | Antes de llegar al servicio. | IU Urgencia | | |
| | | | Presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia. | IU Mixta | | |
| | | | De forma continua. | IU Continua | | |
| Calidad de vida. | Cualitativa nominal dicotómica | Afectación en la calidad de vida de manera global y por subescalas (Evitar y limitar el comportamiento, impacto psicosocial y vergüenza) | 100% | Nula afectación en la calidad de vida. | Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL) | Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, su inquietud (24). |
| | | | <100% | Pérdida de calidad de vida. | | |

3.6 Métodos y técnicas de recolección de datos

3.6.1 Métodos de recolección de datos

Método Inductivo: nos permitió ir desde los datos obtenidos individualmente del personal femenino hasta obtener un resultado general que permita encontrar posibles relaciones en el grupo de estudio (48).

Método Analítico: el método analítico permitió analizar individualmente para lograr obtener una síntesis de la investigación (48).

Revisión Bibliográfica: ayudó a recopilar información ya existente sobre el tema, obteniéndola de diversas fuentes como artículos, libros, revistas científicas, etc (48).

3.6.2 Técnicas e Instrumentos

Técnica

- **Encuesta:** esta técnica consta de una serie de preguntas sobre su que se le realiza a la población de estudio para obtener los datos de la investigación.

Instrumentos

- **Ficha Sociodemográfica:** es un cuestionario que ayuda a obtener la información de la población de estudio como su edad, peso, talla, nivel de estudio entre otros.
- **Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICI-IU-SF):** Para la valoración de la incontinencia urinaria se utilizará el International Consultation on Incontinence Questionnaire ICIQ Short Form (ICIQ-SF). Validado al español por España Pons (39).
- **Instrumento para la calidad de vida con incontinencia:** Para la valoración de la calidad de vida, se utilizará el cuestionario Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL), (Patrick et al. 1999). Se eligió este cuestionario debido a que los autores habían realizado una adaptación cultural de la versión en inglés

americano al español, y además es específico para valorar la afectación de la calidad de vida en personas con IU (40).

3.7 Análisis de los datos

Con los datos de los cuestionarios aplicados al personal docente y administrativo de la Facultad de Educación, Ciencia y tecnología se procedió a realizar una base de datos con la información sobre los datos obtenidos, que permitió tener una representación de resultados en tablas.

3.8 Validación de Instrumentos

El ICIQ-SF es validado al español con un alfa de cronbach de 0,917, para estudiar la proporción de mujeres afectas y el tipo de incontinencia. Consta de 3 ítems que miden la frecuencia de las pérdidas, la cantidad y el grado de afectación en la calidad de vida. La puntuación total es el resultado de la suma de los 3 primeros ítems, oscilando entre 0 y 21, siendo indicador de incontinencia urinaria cualquier puntuación superior a 0. Y por otro lado sin formar parte de la puntuación, consta de 8 preguntas para determinar el tipo de incontinencia (39).

El I-QOL, cuya validación al español consta de una consistencia interna, medida por el índice alfa de cronbach de 0,92, para investigar la afectación en la calidad de vida. La I-QOL consta de 22 artículos, todos de los cuales utilizan una escala de respuesta ordinal de cinco puntos en la que 1 = extremadamente, 2 = bastante, 3 = moderadamente, 4 = un poco, y 5 = nada en absoluto. Los 22 elementos se pueden agrupar en 3 subescalas: Evitar y limitar el comportamiento (8 artículos), Impactos psicosociales (9 artículos) y Vergüenza social (5 artículos) (40).

La validación de este cuestionario, primero se realizó la traducción al castellano por 3 personas diferentes un traductor bilingüe especializado en un instituto de idiomas del país, una persona nacida en el Perú pero que radica en EE.UU. y un médico natural de los EE.UU (40).

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la Investigación

4.1 Análisis y discusión de resultados

Tabla 1

Caracterización de la población de estudio según edad

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| 18-35 Adultos jóvenes | 17 | 42.5% |
| 36-64 Adultos | 23 | 57.5% |
| Total | 40 | 100% |

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población de estudio según edad, muestran que existe predominio de los rangos comprendidos de 36 a 64 años con el 57.5%, seguidos del rango entre 18 a 35 años con el 42.5%

Estos resultados se relacionan con el rango de edad el estudio “Situación Sociodemográfica y Socioeconómica en Ecuador” donde se encontró que las mujeres entre 36 y 64 años ocupan el 54% de la población, datos que coinciden con esta investigación (49).

Tabla 2

Caracterización de la población de estudio según etnia

| Etnia | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|-------------------|-------------------|
| Mestizo | 40 | 100% |
| Total | 40 | 100% |

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población de estudio según etnia, muestran que la totalidad de las mujeres pertenecen a la etnia mestiza.

En el censo realizado por Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC en Imbabura, el 65,7% de la población femenina pertenecen a la etnia mestiza, datos que se relacionan y concuerdan con la presente investigación (50).

Tabla 3

Caracterización de la población de estudio según número de hijos.

| Número de hijos | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Nulípara (sin hijos) | 10 | 25% |
| Múltipara (2-4 hijos) | 29 | 72,5% |
| Gran múltipara (≥ 5) | 1 | 2,5% |
| Total | 40 | 100% |

En los resultados en cuanto a la caracterización de la población de estudio según el número de hijos, se puede evidenciar que el 72,5% corresponde a las mujeres múltiparas; el 25% a nulíparas y en menor porcentaje con apenas el 2,5% a las gran múltiparas.

En el estudio “Prevalencia de incontinencia urinaria en el posparto”, publicado en Cuba, muestra que el 75,4% de las mujeres tienen de dos a tres partos, datos que se relacionan con la presente investigación (51).

Tabla 4

Prevalencia Puntual de incontinencia urinaria

$$P = \frac{\text{numero de afectados (26)}}{\text{población de estudio(40)}} \times 100 = 65\%$$

La prevalencia puntual de las mujeres que presentan incontinencia urinaria está representada por el 65% de la población de estudio.

Estos resultados se relacionan con los estudios “Incontinencia Urinaria en un grupo de personas vinculadas con el programa de adultos mayores del municipio de Sabaneta, Colombia” la prevalencia de la incontinencia urinaria es del 50% (53). Así también, el estudio “Prevalencia y principales características de la incontinencia urinaria en la población anciana institucionalizada de Madrid”, indican que la prevalencia de la incontinencia urinaria es de 53,6% (54), los cuales muestran una prevalencia con porcentajes que se asemejan a los datos obtenidos en este estudio.

Tabla 5

Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos

$$PIUE = \frac{\text{numero de afectados (21)}}{\text{población de estudio(40)}} \times 100 = 52,5\%$$

$$PIUU = \frac{\text{numero de afectados (3)}}{\text{población de estudio(40)}} \times 100 = 7,5\%$$

$$PIUM = \frac{\text{numero de afectados (2)}}{\text{población de estudio(40)}} \times 100 = 5\%$$

Los resultados en cuanto a la prevalencia de mujeres que presentan incontinencia urinaria según tipos, muestran que la IU de esfuerzo presenta mayor prevalencia con el 52,5%, seguida de la IU de urgencia con el 7,5% y apenas un 5% con IU mixta.

Estos resultados se relacionan con el Estudio de “Prevalencia de Incontinencia Urinaria en mujeres de Jaén”, donde la IU de esfuerzo tiene mayor prevalencia con el 60,4% de la población estudiada, seguida por la IU de urgencia con un 12,2 y finalmente la IU mixta en un 17,1%. Otro estudio sobre la “Medición de la incontinencia urinaria en una población de mujeres en el norte de México”, de las mujeres que informaron incontinencia urinaria, la IU de esfuerzo fue la forma más común con el 56.8%, seguida por la incontinencia mixta 31.1% y la urgencia 10.0%, datos que coinciden con la presente investigación. (55)(56)

Tabla 6*Evaluación de la calidad de vida I-QOL test*

| Calidad de vida | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Nula afectación en la calidad de vida (100%) | 9 | 34,6% |
| Pérdida de calidad de vida (<100%) | 17 | 65,4% |
| Total | 26 | 100% |

Los resultados en cuanto a la evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria, se evidenció que el 65,4% de las mujeres con incontinencia urinaria presentan afectación en su calidad de vida, mientras que el 34,6% de las consideran que su calidad de vida no se ve afectada.

Estos datos fueron comparados con el estudio denominado “Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida”, en el cual se utilizó el test ICIQ-SF y EuroQol-5D dando como resultado que las mujeres incontinentes estudiadas, presentaron afectación en su calidad de vida, en todas las dimensiones (57). En España el estudio “Aplicación del cuestionario EuroQol-5D en pacientes que padecen incontinencia urinaria” el 69,22% de las mujeres tiene mayor afectación en su calidad de vida debido a la incontinencia urinaria; datos que coinciden con los resultados obtenidos en este estudio. (58).

Tabla 7

Evaluación de las subescalas del test.

| IQOL | Porcentaje |
|------------------------------------|-------------------|
| Evitar y limitar el comportamiento | 82,40% |
| Impacto psicosocial | 85,47% |
| Vergüenza social | 87,68% |

Los resultados en cuanto a la afectación de la calidad de vida según sub escalas muestra que la de evitar y limitar el comportamiento tiene mayor afectación con el 82,40%, seguido de la de impacto psicosocial con el 85,47% y finalmente con menor afectación se encuentra la de vergüenza social con el 87,68%.

Datos que fueron comparados con el estudio de “Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria” realizado en México, se indica que las mujeres con incontinencia urinaria tuvieron una mayor afectación en la calidad de vida, específicamente en la sub escala evitar y limitar el comportamiento, al igual que los resultados obtenidos en la presente investigación. (59).

Tabla 8

Relación entre tipos de incontinencia urinaria y las subescalas de calidad de vida.

| Subescalas C.V. | IU Esfuerzo | IU Urgencia | IU Mixta |
|------------------------------------|--------------------|--------------------|-----------------|
| Evitar y limitar el comportamiento | 83,33% | 84,67% | 76,5% |
| Impacto psicosocial | 88,67% | 91,33% | 82% |
| Vergüenza social | 72,14% | 73,67% | 67% |

La relación del tipo de incontinencia urinaria con la calidad de vida muestra que, en la IU de esfuerzo la subescala que se encontró más afectada fue la de vergüenza social con el 72,14%, seguido de la de evitar y limitar el comportamiento con el 83,33%; y con menor afectación está la de impacto psicosocial con el 88,67%. En la IU de urgencia la subescala más afectada es la de vergüenza social con el 73,67%, seguido por la de evitar y limitar el comportamiento con el 84,67%; y con menor afectación está la de impacto psicosocial con el 91,33%, finalmente en la IU mixta la subescala más afectada es vergüenza social con el 67%, seguido de la de evitar y limitar el comportamiento con el 76,50%; y con menor afectación está la de impacto psicosocial con el 82%.

Esta investigación coincide con los datos del estudio “Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia” muestra el índice calidad de vida en mujeres con IU la que tiene mayor afectación es la incontinencia urinaria mixta en la subescala vergüenza social (60).

5.1 Respuestas a las preguntas de Investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?

La caracterización sociodemográfica de los sujetos de estudio indica que en relación a la edad, el grupo etario predominante es el de 36 a 64 años, en su totalidad pertenecen a la etnia mestiza; predominando las mujeres multíparas.

¿Cuál es la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus tipos?

La prevalencia de la incontinencia urinaria es del 65% y según sus tipos en la incontinencia urinaria de esfuerzo es del 52,5%; seguido la IU de urgencia con el 7,5% y por último la IU mixta con el 5%.

¿Afecta la incontinencia urinaria a la calidad de vida de los sujetos de estudio?

Los resultados reflejaron que el 65,4% de las mujeres con incontinencia urinaria tienen afectación en su calidad de vida.

¿Cuál es la relación del tipo de incontinencia urinaria con las subescalas de calidad de vida?

Al relacionar los datos del tipo de incontinencia urinaria y las sub escalas de calidad de vida, se evidenció que la incontinencia urinaria mixta tiene mayor afectación en la sub escala de vergüenza social.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

- La caracterización sociodemográfica a los sujetos de estudio indica que en el rango de edad predominante es el de 36 a 64 años, la totalidad pertenecen a la etnia mestiza; y la mayor parte del personal femenino son mujeres multíparas.
- La prevalencia de la incontinencia urinaria es del 65% y según sus tipos la incontinencia urinaria de esfuerzo es del 52,5%; seguido la IU de urgencia con el 7,5% y por último la IU mixta con el 5%.
- La evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria indica que la mayor parte de los sujetos de estudio refirieron afectación en su calidad de vida con el 65,4%.
- Mediante la relación del tipo de incontinencia urinaria con las sub escalas de la calidad de vida se evidencia que, las mujeres con IU mixta son las que refieren mayor afectación en su calidad de vida, específicamente en la subescala de vergüenza social con el 67%.

5.2 Recomendaciones

- Proponer programas de promoción y prevención de salud sobre la IU mediante el apoyo de un profesional especializado en esta área y el centro médico de la Universidad Técnica del Norte.
- Elaborar un tríptico que contengan información básica de la IU y socializar el mismo a las mujeres de cada facultad.
- Promover a realizar futuras investigaciones acerca de este tema, encaminados al tratamiento, prevención, educación y diagnóstico de la incontinencia urinaria, para ayudar a revertir los problemas económico, psicosocial, ecológico y de afectación en la calidad de vida que causa la incontinencia urinaria.
- Incentivar investigaciones encaminadas a la Incontinencia urinaria masculina o un estudio comparativo de la IU masculino y femenino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ardila O. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar; en la ciudad de Chillán , Chile Prevalence and risk factors for urinary incontinence am. Rev Med Chil. 2015;143:203-12.
2. Valencia P. Calidad de vida en la Mujer con incontinencia urinaria y papel del profesional sanitario y de la paciente, dentro del marco asistencial de atención primaria en la comunidad de Madrid. Universidad Complutense de Madrid. 2015.
3. Rojas J. Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climática. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2018;1-8.
4. Felitti K. El ciclo menstrual en el siglo XXI, Entre el mercado, la ecología y el poder femenino. Sex Salud y Soc (Rio Janeiro). 2016;1-18.
5. Ángel G, Hernández C, Andrea H. Incontinencia urinaria en un grupo de personas vinculadas con el programa de adultos mayores del municipio de Sabaneta, Colombia. Med UPB. 2015;34(1):16-22.
6. Téllez D, Aragón M, Vázquez L, Gutiérrez R, Ruvalcaba G, Guerrero G. Aspectos actuales en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres. Rev Mex Urol. 2017;77(5):411-8.
7. De la Hoz Franklin José OGH. Evaluación de la mejoría de la sexualidad en mujeres intervenidas por incontinencia urinaria. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2017;1-11.
8. Muñoz A, Gallardo M, López C, Santander C. Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climática. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2018;1-14.
9. Chris B. Diccionario Médico. El Man Mod. 2017;2017.

10. Martín E, Martín M. Anatomía ecografía y seccional del abdomen. Asociación Española Ecografía Dig. 2014.
11. Brenes F, Cózar J, Fuertes M, Fernández A Incontinencia Urinaria. Organ Médica Col. 2013;24(2):219-27.
12. Carrillo G, Sanguineti M. Anatomía del piso pélvico. Rev Médica Clínica Las Condes. 2013;24(2):185-9.
13. Cohen D. Prolapso Genital Femenino : Female Pelvic Organ Prolapse : What You Should Know. Rev médica clínica Condes. 2013;24(2):202-9.
14. Martín M. Impacto de la Incontinencia Urinaria en la Calidad de Vida de las Mujeres. Univ La Laguna. 2015;
15. Walter F. Fisiología Médica. Vol. 3, Elsevier. 2017. 13-19 p.
16. Campbell-Waslsh Urología. Vol. 3, Medica Panamericana. 2015.
17. Jiménez R. Comprobar la Mejoría en la Calidad de Vida de los Niños con Incontinencia Urinaria de Causa Neurógena en Programa de Cateterismo Intermittente después de su Inclusión en un Programa de Educación Sanitaria. Univ Barcelona. 2017;
18. Chiang H, Susaeta R, Valdevenito R, Rosendeld R . Incontinencia urinaria. Rev Medica Clin Condes. 2013;24(2):219-27.
19. Barbara L, Schorge J, Bradshaw K, Halvorsun L. Williams Ginecología. Vol. 3, Mc Grow Hill Interamericana. 2017.
20. Cristina P, Cifuentes A, Fierro G, Cristian C, Riffo L. Conocimiento Sobre Incontinencia Urinaria Y Presencia de Síntomas, Posterior a Educación, en mujeres de 18 a 90 años pertenecientes a la red de Kinesur Concepción 2018. Univ del Desarro. 2019;
21. González B, Rodríguez J, De Toro A, González M. Eficacia del entrenamiento

- de la musculatura del suelo pelvis en incontinencia urinaria femenina. *An Sist Sanit Navar* An Sist Sanit Navar. 2014;37(373):381-400.
22. Úbeda R. Enuresis nocturna. *Rev Pediatría Atención Primaria*. 2012;1-7.
 23. León C, García J. Actualización en incontinencia urinaria femenina. *Med Fam Semer*. 2017;43(8):578-84.
 24. Lamoglia M. Los comportamientos de salud en mujeres con incontinencia urinaria. Univ Girona [Internet]. 2015; Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/289623>
 25. Salud OM de la. Salud de la Mujer. *Nurs (Ed española)*. 2018;35(3):17.
 26. Almudena E, Ortuño L; Florentina P. Hombres y mujeres ante la incontinencia urinaria. *Asoc Española Enferm en Urol*. 2016;
 27. Carreño L, Angarita fonseca A, Pinto AL, Delgado AN, García LM. Calidad de vida relacionada con salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso de Bucaramanga ., Bucaramanga, Colomb. 2015;13(1):63-76.
 28. Fernandez Juan; Fernandez F, Alarcos C. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF)Quality of life, health and well-being conceptualizations from the perspective of the International Classification. *Rev Esp Salud Publica*. 2010;84(2):169-84.
 29. Kisner C. Ejercicio terapéutico: fundamentos y técnicas. Panamericana. 2012;5(9):1689-99.
 30. Otilia G. Bienestar Psicológico. Univ Rafael Landívar. 2015;8.
 31. José P. Inteligencia Emocional, Estrés y Rendimiento en Tripulantes de cabina de pasajeros frente a pasajeros conflictivos. 2014.
 32. López S, Sánchez M. ; Rodríguez M. ; Vásquez E. Calidad de vida y dolor en

- atención primaria. Rev la Soc Española del Dolor Cavidol. 2007;1-10.
33. Molina, J, Figueroa, J. & Uribe AF. El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. Univ Pablo Olavide. 2013;12(1):55-62.
 34. Granados OIC. Funcionamiento Social y su relación con variables psicoeducativas. Univ Alicant. 2016;84-669.
 35. Castaño D, Cardona D. Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. Rev Salud Publica. 2015;17(2):171-83.
 36. Enia Ramón Musibay RSBS. Cuestionarios de calidad de vida en las mujeres con disfunciones del suelo pélvico. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2016;
 37. Bernardes M, Chagas S, Izidoro L, Veloso D, Chianca T, da Mata L. Impact of urinary incontinence on the quality of life of individuals undergoing radical prostatectomy. Rev Lat Am Enfermagem. 2019;27.
 38. Diego H. Incontinencia urinaria en la mujer. Univ Cantab. 2013;16(74):639-45.
 39. Busquets C, Ramón S. Validación del cuestionario international consultation on incontinence questionnaire short-form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del fondo nacional de salud (FONASA). Rev Med Chil. 2012;140(3):340-6.
 40. Esparza A, Mayol M, López D, Peñalver E. Un estudio sobre la incontinencia urinaria femenina y la afectación en la calidad de vida. Universida de Murcia. 2013;3-8.
 41. Planificación CN de. Plan nacional de Desarrollo Toda una vida. República del Ecuador. 2017;723:9-12.
 42. Desarrollo PN De. diversidad social derechos ciudadanía economía salud. 2019;(artículo 17):1-15.

43. Cruz, del Castillo, Cinthia et al. Metodología de la investigación. Grup Editor Patria. 2014;(Metodología de la investigación).
44. Ackerman SESLC. Metodología de la investigación. Ediciones del Aula Taller. 2013;3216667.
45. Asti, Vera A. Metodología de la investigación. Athenaica Ediciones Univ. 2015;4870170.
46. Baena, Paz GME. Metodología de la investigación. Grup Editor Patria. 2014;3228423.
47. Indira B, Martínez J, García J. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria en pacientes femeninas de urología y ginecología. Rev Cuba Urol. 2018;5(2):73-84.
48. Guerrer G. Metodología de la investigación. Grup Editor Patria. 2014;228.
49. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estudio de la situación Sociodemográfica y Socioeconómica. INEC. 2016;53(9):1689-99.
50. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Fascículo provincial Imbabura. Result del Censo 2010 la población y vivienda en el Ecuador. 2010;8.
51. Díaz F, Fuentes Díaz M, Rivadeneira Rozas A. Prevalencia de incontinencia urinaria en el posparto. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2017;43(2):1-11.
52. Floristán E. Influencia de la patomecánica de la pelvis en la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres nulíparas. Univ Complut Madrid. 2011;3(2):689-705.
53. Junqueira J, Santos V. Urinary incontinence in hospital patients: prevalence and associated factors. Rev Lat Am Enfermagem. 2018;25:e2970.
54. Villanueva B, Valdés C, Gama E, Bravo C, Damián J. Prevalencia y principales características de la incontinencia urinaria en la población anciana

institucionalizada de Madrid. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46(1):7-14.

55. Lendínez C, Linares A, Cruz A. Incontinencia Urinaria en mujeres de Jaén: Estudio de prevalencia. Rev Granada Index Z Endermeria Endermeria. 2017;26(20):2-9.
56. García H, Harlow S, Sampsel C, Denman C. Measuring urinary incontinence in a population of women in northern Mexico: prevalence and severity. Int Urogynecol J. 2013. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23096531>
57. Rebassa M, Taltavull JM, Gutiérrez C, Ripoll J, Esteva A, Miralles J, et al. Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida. Actas Urológicas Españolas. junio de 2013;37(6):354-61.
58. Garcia M, Collado D, Olivares P, Adsuar J. Aplicación del cuestionario EQ-5D-5L en pacientes que padecen incontinencia urinaria. Actas Urol Esp. 2016;40(7):457-62.
59. Magaña M, López H, Poceros G, Ortega G, Ruz E, Castrillo C. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. Ginecol Obstet Mex. 2007;75(06):347-56.
60. Ortuño A, Lozano C. Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia. Enfuro. 2014;(127):20-3.

ANEXOS

Anexo 1. Oficio de Autorización



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 – 073 – CEAACES – 2013 – 13

Ibarra – Ecuador

CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

Ibarra, 3 de junio del 2019
Oficio 490-TFM-UTN

Doctor
Miguel Naranjo Toro
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO UTN
Presente

Señor Vicerrector:

Reciba un atento saludo de quienes conformamos la Carrera de Terapia Física Médica.

En vista de que un grupo de estudiantes de octavo semestre se encuentran desarrollando el Macro Proyecto Titulado “Incontinencia Urinaria y Calidad de Vida en Mujeres de la Provincia de Imbabura”, dirigido por el Magister Cristian Torres; comedidamente solicito a usted la bebida autorización para que las y los estudiantes visiten todas las dependencias de la Universidad Técnica del Norte, con el propósito de aplicar cuatro test al personal femenino del área administrativa y del código de trabajo.

Cabe indicar a usted, que el desarrollo del mencionado trabajo de investigación, es de carácter estrictamente académico; y se lo realizará mediante el consentimiento informado de cada participante, y la aplicación de los test en las fechas que de mutuo acuerdo se estimen conveniente.

Por su favorable atención a la presente, le agradezco y me despido.

Atentamente,
“CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO”

MSc. Rocío Castillo A.
DECANA FCS-UTN

Anabel R.

Copia: MSc. Cristian Torres – Docente TFM-UTN.

MISIÓN INSTITUCIONAL

“Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país.
Formar profesionales comprometidos con el cambio social y con la preservación del medio ambiente”.

Ciudadela Universitaria Barrio El Olivo
Telefax: 2609-420 Ext. 7407 Casilla 199

Anexo 2. Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 – 073 – CEAACES – 2013 – 13

Ibarra – Ecuador

CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

TEMA: “Incontinencia Urinaria y calidad de vida en personal femenino de la Facultad Educación, Ciencia y Tecnología, Universidad Técnica del Norte, 2019”.

DETALLE DE PROCEDIMIENTOS:

El estudiante de la carrera de Terapia Física Médica de la Universidad Técnica del Norte, realizará evaluaciones mediante el uso de cuatro test, con el fin de conocer sus datos sociodemográficos, presencia de incontinencia urinaria (IU), calidad de vida en relación con la IU y conocimientos sobre la misma.

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO: La participación en este estudio es de carácter voluntario y el otorgamiento del consentimiento no tiene ningún tipo de repercusión legal, ni obligatoria a futuro, sin embargo, su participación es clave durante todo el proceso investigativo.

CONFIDENCIALIDAD: Es posible que los datos recopilados en el presente proyecto de investigación sean utilizados en estudios posteriores que se beneficien del registro de los datos obtenidos. Si así fuera, se mantendrá su identidad personal estrictamente secreta. Se registrarán evidencias digitales como fotografías acerca de la recolección de información, en ningún caso se podrá observar su rostro.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO: Como participante de la investigación, usted contribuirá con la formación académica de los estudiantes y a la generación de conocimientos acerca del tema, que servirán en futuras investigaciones para mejorar la calidad de vida de quienes padecen de incontinencia urinaria.

RESPONSABLE DE ESTA INVESTIGACIÓN: Puede preguntar todo lo que considere oportuno al director del Macroproyecto, Lic. Cristian Torres A MSc. (+593) 0960747156. cstorresa@utn.edu.ec

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

El Sr/a....., he sido informado/a de las finalidades y las implicaciones de las actividades y he podido hacer las preguntas que he considerado oportunas.

En prueba de conformidad firmo este documento.

Firma:, el..... de..... del

MISIÓN INSTITUCIONAL

*"Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país.
Formar profesionales comprometidas con el cambio social y con la preservación del medio ambiente".*

Anexo 3. Cuestionario Sociodemográfico

CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Fecha: _____

Paciente: _____

EDAD _____ ETNIA _____

PESO _____ TALLA _____ IMC _____

1) OCUPACIÓN (señale con una X solo la opción más adecuada)

TRABAJA A TIEMPO COMPLETO _____ TRABAJA MEDIA

JORNADA _____

JUBILADA _____ ESTUDIANTE _____

DESEMPLEADA _____ OTROS, ESPECIFICAR _____

2) SITUACIÓN FAMILIAR (señale su respuesta con una X)

¿TIENE HIJOS?

SÍ _____ NO _____

EN CASO DE RESPONDER SI, ESPECIFIQUE CUANTOS _____

3) NIVEL DE ESTUDIOS. (Señale su respuesta con una X)

SIN ESTUDIOS _____

ESTUDIOS PRIMARIOS _____

BACHILLER _____

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS _____

ESTUDIOS DE CUARTO NIVEL _____

Fuente: MSc. Cristian Torres

Anexo 4. Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF)

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA (ICIQ-IU-SF)

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario auto administrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida. Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3.

Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta).

| | |
|----------------------|---|
| Nunca. | 0 |
| Una vez a la semana. | 1 |
| 2-3 veces/semana | 2 |
| Una vez al día | 3 |
| Varias veces al día | 4 |
| Continuamente | 5 |

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

| | |
|-----------------------------|---|
| No se me escapa nada. | 0 |
| Muy poca cantidad. | 2 |
| Una cantidad moderada. | 4 |
| Mucha cantidad. | 6 |

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?

| | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Nada | | | | | | | | | Mucho |

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Al toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
- Sin motivo evidente.
- De forma continua

Fuente: http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2005/pdf/967.pdf

Anexo 5. Cuestionario para la Calidad de Vida

INSTRUMENTO PARA LA CALIDAD DE VIDA CON INCONTINENCIA (I-QOL)

Contestación de cada pregunta: 1-mucho, 2-bastante, 3-moderadamente, 4-un poco, 5-en absoluto.

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 1. | Me preocupa no poder llegar a tiempo al servicio | | | | | |
| 2. | Me preocupa toser y estornudar | | | | | |
| 3. | Tengo que tener cuidado al ponerme de pie cuando estoy sentada | | | | | |
| 4. | Me preocupo si los servicios están en un nuevo lugar | | | | | |
| 5. | Me siento deprimida | | | | | |
| 6. | No me siento libre para estar fuera de casa durante mucho tiempo | | | | | |
| 7. | Me siento frustrada porque la IU me impide hacer lo que quiero | | | | | |
| 8. | Me preocupa que los demás noten que huelo a orina | | | | | |
| 9. | Tengo siempre presente la incontinencia | | | | | |
| 10. | Para mí es importante desplazarme con frecuencia al servicio | | | | | |
| 11. | Debido a mi incontinencia, es importante planear cada detalle con antelación | | | | | |
| 12. | Me preocupa que mi incontinencia empeore con los años | | | | | |
| 13. | Tengo problemas para tener un buen sueño nocturno | | | | | |
| 14. | Me preocupa la situación de vergüenza o humillación por la incontinencia | | | | | |
| 15. | La incontinencia me hace sentir que no tengo buena salud | | | | | |
| 16. | Mi incontinencia urinaria me hace sentir desvalida | | | | | |
| 17. | Disfruto menos de la vida debido a la IU | | | | | |
| 18. | Me preocupa orinarme | | | | | |
| 19. | Siento que no tengo control sobre mi vejiga | | | | | |
| 20. | Tengo que tener cuidado con lo que bebo | | | | | |
| 21. | La IU limita mi variedad de vestuario | | | | | |
| 22. | Me preocupan las relaciones sexuales. | | | | | |

Fuente: <https://www.scmgg.com/media/06-analisis-continencia-urinaria-ancianos-zona-basica-salud-impacto-calidad-vida.pdf>

Anexo 6. Evidencias Fotográficas



Descripción: Aplicación de Cuestionario de Aspectos Sociodemográficos

Autora: Lucía Barahona



Descripción: Aplicación de Cuestionario de Incontinencia Urinaria

Autora: Lucía Barahona



Descripción: Aplicación del Consentimiento Informado

Autora: Lucía Barahona

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Lucia Barahona - sin scan.docx (D63060003)
Submitted: 1/27/2020 6:30:00 PM
Submitted By: \${Xml.Encode(Model.Document.Submitter.Email)}
Significance: 4 %

Sources included in the report:

Pamela Navarrete.docx (D60637224)
tesis- Esteban Mora.docx (D63059866)

Instances where selected sources appear:

12

En la ciudad de Ibarra, a los 03 días del mes de enero del 2020

Lo certifico:



Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

C.I: 1003649686

DIRECTOR DE TESIS