



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

TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS SUSANA MANCHENO DE PINTO, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”.

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

AUTORA: Camila Nail León López

DIRECTOR: Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

IBARRA - ECUADOR
2019 – 2020

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de director de la tesis de grado titulada: **"INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS SUSANA MANCHENO DE PINTO, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019"**.de autoría de: **Camila Nail León López**, para obtener el Título en Terapia Física Médica, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 19 días del mes de febrero de 2020

Lo certifico:

(Firma)  

Lic. 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 IDENTIDAD:	1727675702		
APELLIDOS Y NOMBRES:	León López Camila Nail		
DIRECCIÓN:	Cayambe		
EMAIL:	caminail@icloud.com		
TELÉFONO FIJO:	022363850	TELÉFONO MÓVIL:	0979323915
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS SUSANA MANCHENO DE PINTO, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”.		
AUTOR (ES):	León López Camila Nail		
FECHA:	2020/01/24		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Terapia Física		
ASESOR /DIRECTOR:	Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc		

2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) 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 (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 19 días del mes de febrero de 2020

LA AUTORA:

(Firma)...*Camila León*.....

León López Camila Nail

C.C.: 1727675702

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, 19 de febrero de 2020

León López Camila Nail "INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN LA CASA HOGAR DEL ADULTO MAYOR QUINTA SANTA MARÍA, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019" Licenciada en Terapia Física Universidad Técnica del Norte, Ibarra.

DIRECTOR: Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc

El principal objetivo de la presente investigación fue, determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres de la Facultad de Ingeniería en Ciencias Aplicadas, Universidad Técnica del Norte. Entre los objetivos específicos se encuentran: Caracterizar sociodemográficamente a 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.

Fecha: Ibarra, 19 de febrero de 2020



Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc

Director

León López Camila Nail

DEDICATORIA

A todas las personas especiales que me supieron acompañar en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y personal.

Camila Nail León López

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento sincero a todas y cada una de las personas que de una u otra forma han colaborado y aportado desinteresadamente para la culminación de mi carrera universitaria.

Agradezco a mi madre por el apoyo incondicional que me supo dar a lo largo de este camino, a mis hermanos, a mi familia, amigos, al centro de rehabilitación física y deportiva Logroños Fisioterapia en especial a los licenciados Edison y Andrés Logroño quienes me apoyaron me aconsejaron y compartieron su conocimiento en mi último año de la carrera, a los docentes universitarios, especialmente al MSc. Cristian Torres a quien con sus consejos, paciencia y conocimientos apporto grandemente a la culminación de este trabajo investigativo.

A la Universidad Técnica del Norte y a su personal de la administración central, que colaboraron con la elaboración de este trabajo de investigación.

Camila Nail León López

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
ÍNDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT	xiii
CAPITULO I.....	1
1. Problema de investigación	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Justificación.....	5
1.4. Objetivos	6
1.4.1. Objetivo general	6
1.4.2. Objetivos específicos	6
1.5. Preguntas de investigación.....	6
CAPITULO II	7
2. Marco teórico	7
2.1. Anatomía del sistema urinario	7
2.1.1. Riñón.....	8
2.1.2. Uréteres	8
2.1.3. Vejiga	9
2.1.4. Uretra.....	9
2.2. Anatomía del suelo pélvico.....	10
2.3. Fisiología de la micción	11
2.4. Control nervioso de las vías urinarias inferiores.....	13
2.5. Incontinencia urinaria.....	14

2.6.	Fisiopatología de la IU	14
2.6.1.	Clasificación de la disfunción vesical neuropática	15
2.6.2.	Mecanismos esfinterianos en la mujer	16
2.6.3.	Mecanismo de sostén de suelo pélvico	17
2.7.	Clasificación de la incontinencia urinaria	17
2.7.1.	Incontinencia urinaria de estrés o esfuerzo (IUE).....	17
2.7.2.	Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)	18
2.7.3.	Incontinencia urinaria mixta (IUM).....	18
2.7.4.	Incontinencia urinaria continua (IUC)	18
2.8.	Factores de riesgo.....	18
2.9.	Mujeres y salud	20
2.10.	Calidad de vida.....	20
2.10.1.	Calidad de vida relacionada con la salud	20
2.10.2.	Aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud.....	21
2.10.3.	Calidad de vida en relación con la incontinencia urinaria	22
2.11.	Evaluación de la Incontinencia urinaria y calidad de vida.....	22
2.11.1.	Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)	23
2.11.2.	Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL).....	24
2.12.	Marco legal y ético.....	25
CAPITULO III.....		31
3.	Metodología de la investigación	31
3.1.	Diseño de la investigación	31
3.2.	Tipo de investigación	31
3.3.	Localización y ubicación el estudio	31
3.4.	Población de estudio	32
3.4.1.	Criterios de inclusión	32
3.4.2.	Criterio de exclusión	32
3.4.3.	Criterios de salida.....	32
3.5.	Operacionalización de variables	33
3.5.1.	Variables de caracterización	33
3.5.2.	Variables de interés	34

3.6.	Métodos y técnicas de recolección de datos	35
3.6.1.	Métodos de recolección de datos	35
3.6.2.	Técnicas e instrumentos	35
3.6.3.	Validación de instrumentos.....	36
3.7.	Análisis de datos	36
CAPITULO IV		37
4.	Análisis y discusión de resultados.....	37
4.1.	Respuestas a las preguntas de investigación	45
CAPITULO V		47
5.	Conclusiones y recomendaciones	47
5.1.	Conclusiones	47
5.2.	Recomendaciones.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		49
ANEXOS		56
Anexo 1. Oficio de autorización		56
Anexo 2. Consentimiento Informado		57
Anexo 3. Cuestionario Sociodemografico		59
Anexo 4. Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF).....		60
Anexo 5. Cuestionario para la calidad de vida.....		61
Anexo 6. Evidencia fotográfica		62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de la población de estudio según la edad.	37
Tabla 2. Caracterización de la población de estudio según etnia.....	38
Tabla 3. Caracterización de la población de estudio según número de hijos.....	39
Tabla 4. Prevalencia puntual de incontinencia urinaria.	40
Tabla 5. Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.	41
Tabla 6. Evaluación de la calidad de vida en relación a la incontinencia urinaria	42
Tabla 7. Evaluación de la calidad de vida según subescalas IQOL test	43
Tabla 8. Relación entre tipos de incontinencia urinaria y puntuaciones de las subescalas de la calidad de vida.	44

RESUMEN

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS SUSANA MANCHENO DE PINTO, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”

Autora: Camila Nail León López

Correo: cnleonl@utn.edu.ec

La incontinencia urinaria es una patología en la cual se evidencia pérdida involuntaria de orina, la cual genera problemas higiénicos o sociales, deteriorando significativamente la autonomía, la autoestima y reduciendo la calidad de vida de aquel que la padezca. El objetivo del presente estudio fué determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida, se llevó a cabo en el Hogar de Ancianos Susana Mancheno de Pinto, con una población de estudio de 19 mujeres adultos mayores comprendidas entre 60-99 años de edad. La metodología de la presente investigación es de tipo descriptiva, cuali-cuantitativa, de corte transversal, no experimental y epidemiológica de prevalencia puntual. Los resultados muestran que, el rango etario con mayor predominio fue de adulto mayor joven entre 60-74 años; con predominio de la etnia mestiza y de mujeres nulíparas; La prevalencia de incontinencia urinaria en la población fue del 78,94% de los cuales la incontinencia mixta fue la más prevalente; La evaluación de la calidad de vida mostró afectación en el 93,3% de mujeres con incontinencia urinaria. A la evaluación de la calidad de vida según subescalas la subescala con mayor afectación fue la de evitar y limitar el comportamiento. La relación entre tipos de incontinencia urinaria y subescalas de calidad de vida la incontinencia urinaria mixta presentó mayor afectación en la subescala de la de evitar y limitar el comportamiento con el 38,12%.

Palabras Clave: Incontinencia urinaria, calidad de vida, prevalencia, epidemiológico, adulto mayor.

ABSTRACT

URINARY INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY WOMEN RESIDING IN THE HOME OF ELDERLY SUSANA MANCHENO DE PINTO, PROVINCE OF IMBABURA, 2019.

Author: Camila Nail León López

Email: cnleonl@utn.edu.ec

Urinary incontinence is a pathology in which involuntary loss of urine is evidenced, which generates hygienic or social problems, significantly deteriorating the autonomy, self-esteem and reducing the quality of life of the sufferer. The objective of the present study was to determine the prevalence of urinary incontinence and its effect on the quality of life, carried out at Susana Mancheno de Pinto Nursing Home, with a study population of 19 elderly women aged between 60-99. The methodology of this research is descriptive, qualitative-quantitative, cross-sectional, non-experimental and epidemiological type of punctual prevalence. The results show that, the age range with greater predominance was of young elderly between 60-74 years with a predominance of mestizo ethnicity and nulliparous women. The prevalence of urinary incontinence in the population was 78.94% of which mixed incontinence was the most prevalent. The evaluation of the selected quality of life affected in 93.3% of women with urinary incontinence. In the evaluation of the quality of life according to the subscales, the subscale with the greatest impact was avoiding and restricting behavior. The relationship between the types of urinary incontinence and the quality of life subscales of urinary incontinence mixtures presents a greater infection in the subscale of prevention and limitation of behavior with 38.12%.

Keywords: Urinary incontinence, quality of life, prevalence, epidemiological, elderly.



TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS SUSANA MANCHENO DE PINTO, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”.

CAPITULO I

1. Problema de investigación

1.1. Planteamiento del problema

Según la OMS se define la Incontinencia Urinaria (IU) como “la perdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social, y que puede demostrarse objetivamente”. Puede ser el resultado de una multitud de etiologías y puede tener un impacto negativo significativo en el bienestar físico, social, económico y psicológico de una mujer(1). En Melbourne Austria, predominancia de la incontinencia urinaria fue del 47% y de incontinencia fecal del 17%. En total, el 86% de las mujeres visitaron a un profesional de atención primaria de salud al menos una vez para hablar sobre su propia salud en el primer año después del parto(2).

En el estudio “Prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres y análisis de posibles factores de riesgo en Alemania y Dinamarca” la mayor tasa de incontinencia urinaria fue de 46.2 y 66.6% y en Dinamarca fue del 48.3 y 46.4. La incontinencia urinaria de esfuerzo dominada entre las mujeres más jóvenes, y la incontinencia urinaria de urgencia y la incontinencia urinaria mixta entre las mujeres mayores de 80 años(3). En otro estudio “Prevalencia de la incontinencia urinaria y su relación con el sedentarismo en España” se realizó un estudio a un total de 8.146 personas mayores de 60 años, y 1.106 (13,6%) personas afirmaron tener síntomas propios de la IU. De ellas, 712 (64,4%) fueron mujeres y 394 (35,6%) hombres. Con estos datos podemos decir que existe mayor predominancia de IU con un 15% para las mujeres y del 11,6% para los hombres(4).

El estudio “Prevalencia de incontinencia urinaria: resultados de la Encuesta nacional de examen de salud y nutrición” en Estados Unidos nos indicó que el 58% de blancos no hispanos, 22% de mexicoamericanos y 20% de negros no hispanos informaron síntomas de incontinencia urinaria. De los que informaron síntomas de incontinencia, el 49.8% reportó incontinencia de estrés puro, 34.3% de incontinencia mixta y 15.9% de incontinencia de urgencia pura(5).

Según el estudio “Incontinencia urinaria femenina y sexualidad” realizado en Portugal, según los datos publicados por las asociaciones portuguesas de urología, neurología y uro ginecología, prevalece en el 20% de las mujeres mayores de 40 años, con una mayor incidencia en las mujeres mayores(6).

La información obtenida en el estudio “Incontinencia urinaria en el adulto mayor en Chile” determina que la prevalencia de cualquier tipo de IU varía entre un 25 a un 45%. La evidencia epidemiológica al respecto muestra que en la medida que la población envejece, aumentan la prevalencia y la severidad de la incontinencia urinaria, siendo este efecto más notorio en pacientes sobre 65 años(7). En el estudio “Incontinencia urinaria en un grupo de personas vinculadas con el programa de adultos mayores del municipio de Sabaneta, Colombia.” muestra que la prevalencia de IU está entre el 20% y el 50%; además, señala que esto se le debe a que está asociado con los cambios propios del envejecimiento(8).

En el estudio “Incontinencia urinaria en pacientes hospitalizados: prevalencia y factores asociados” realizado en Brasil muestran una prevalencia de IU que oscila entre el 10,7% y el 20,1% en la población general, y es más frecuente entre las mujeres (del 15,6% al 32,9%) que entre los hombres (del 3,7 % al 6,2%). Para las personas mayores de la comunidad, esta prevalencia alcanza el 29,4% (el 36,3% para las mujeres y el 17% para los hombres), pudiendo alcanzar hasta el 41,5% para los mayores de 75 años de edad(9).

En Estados Unidos el estudio “Prevalencia global y carga económica de urgencia incontinencia urinaria” realizado en 528 mujeres estadounidenses (edad media: 58 años) con IU, el costo directo semanal promedio de atención de rutina por paciente en 2005 fue de \$ 6.02 para UUI, \$ 3.91 para SUI y \$ 6.35 para MUI. En otro estudio, 293 mujeres de EE. UU. Con IU, el 74% informaron que usaban toallas sanitarias, el 57% tenía cargas adicionales de lavandería y el 18% tenía limpieza en seco adicional cada semana debido a la IU. Entre las 262 mujeres que informaron cualquier costo relacionado con la IU, el costo promedio de la atención de rutina fue de \$ 10.59 por semana, lo que representa un costo promedio anual de \$ 550(10).

En el estudio “Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar “Ultraestación” en la ciudad de Chillán, Chile” los efectos higiénico sociales se destaca el aislamiento social dice que las mujeres suelen ausentarse o disminuir sus actividades sociales tales como viajes, reuniones familiares y de amistades, entre otros debido al uso de productos absorbentes(11).

En el estado de Zacatecas los materiales no reciclables constituyen un porcentaje importante del peso de los desperdicios que entran a los vertederos; varía entre 5.22% al 8.84%, lo cual es alto ya que se trata en su mayoría de pañales y toallas sanitarias. Estos productos son muy contaminantes para el ambiente, ya que no se degradan; se sabe que el estireno es cancerígeno y, además, cuando se quema, daña la capa superior de ozono(12).

La calidad de vida de las personas que sufren IU se ven afectados los factores psicológicos como la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye creencias personales, espirituales, religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento, la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y rol social en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral entre otros(13).

En la provincia de Imbabura no se han realizado estudios que identifiquen la incontinencia urinaria, tampoco se ha evaluado si esta afecta la calidad de vida, siendo una condición que afecta considerablemente a las mujeres que la padecen, así lo demuestran varios estudios a nivel mundial.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo afecta la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres adultas mayores que residen en el hogar de ancianos Susana Mancheno de Pinto, provincia de Imbabura?

1.3. Justificación

El propósito de esta investigación fue identificar la presencia de la incontinencia urinaria (IU) y determinar si ésta afecta la calidad de vida de las mujeres geriátricas que la padecen, como se ha demostrado en varios estudios que se han realizado a nivel mundial.

Esta investigación fue viable debido a que contamos con la autorización del director encargado del hogar de ancianos “Susana Mancheno de Pinto” y con la participación de los sujetos de estudio a través de la firma de consentimiento informado presencia del investigador capacitado en el tema a investigar.

Es factible debido a que contamos con los recursos económicos, tecnológicos y bibliográficos de acuerdo a las necesidades del estudio, así como test validados los cuales se utilizó para la recolección de datos necesarios para llevar a cabo esta investigación.

Esta investigación tuvo un impacto social debido a que nos permitió conocer las afectaciones de la calidad de vida en las mujeres adultas mayores que la padecen, además gracias a los datos y a la información recolectada en esta investigación, podrá servir para plantear investigaciones de intervención para así poder dar una solución a este tipo de problema como es la incontinencia urinaria y de esta manera poder revertir el impacto higiénico y económico mejorando así la calidad de vida y el estado de salud de los sujetos de estudio.

Las personas que se vieron beneficiadas directamente de este estudio son las mujeres adultas mayores que residen en el Hogar de Ancianos Susana Mancheno de Pinto. El autor del trabajo de tesis fui beneficiada ya que estuve activamente involucrada con el proyecto. Además, también se verá beneficiada indirectamente la Universidad Técnica del Norte y la carrera de Terapia Física Medica, ya que se podrá usar la base de datos para futuras investigaciones. Otros beneficiarios indirectos serán los encargados del hogar de ancianos y también los familiares.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida, en mujeres adultas mayores que padecen esta condición de la provincia de Imbabura

1.4.2. Objetivos 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?

CAPITULO II

2. Marco teórico

2.1. Sistema urinario

El Aparato Urinario comprende los riñones, los uréteres, la vejiga urinaria y la uretra. Los riñones cumplen una serie de importantes funciones: separan la mayor parte de los productos de desecho del metabolismo y eliminan sustancias extrañas; son fundamentales en la regulación del volumen del líquido extracelular y de la cantidad total de agua del organismo y, además, cumplen funciones en el control del equilibrio ácido-base y en la concentración de la mayor parte de los componentes del líquido tisular(14).

Los riñones cumplen funciones endocrinas importantes ya que secretan eritropoyetina, agente humoral que influye en la formación de la sangre, y renina, que interviene en la regulación de la presión sanguínea(14).

Otra de las funciones de los riñones eliminar del cuerpo los materiales de desecho que se han ingerido o que ha producido el metabolismo. Una segunda función que es especialmente crítica es controlar el volumen y la composición de los líquidos corporales. En lo que respecta al agua y casi todos los electrolitos del cuerpo, el equilibrio entre los ingresos (debidos a la ingestión y a la producción metabólica) y las salidas (debidas a la excreción o al consumo metabólico) lo mantienen en gran medida los riñones(15).

Esta función reguladora de los riñones mantiene el ambiente interno estable necesario para que las células desempeñen sus diversas actividades. Los riñones realizan sus funciones más importantes filtrando el plasma y eliminando sustancias del filtrado con una intensidad variable, dependiendo de las necesidades del cuerpo. Finalmente, los riñones «aclaran» las sustancias no deseadas del filtrado (y por tanto del cuerpo)

excretándolas a la orina mientras devuelven las sustancias necesarias de nuevo a la sangre(15).

2.1.1. Riñón

Los riñones son dos derechos e izquierdo, están situados a los lados de la columna vertebral, a la altura de las dos últimas vértebras dorsales y las dos primeras lumbares. Los riñones son alargados en sentido vertical, tiene la forma de fríjol, tiene una longitud de 12cm una anchura de 7a 8 cm. y un espesor de 4 cm.; su peso es de 140 gr en los hombres y de 120 gr en la mujer. Su color es café rojizo o rojo oscuro, tiene una consistencia firme, normalmente los riñones son 2 pero puede suceder que solo exista uno: también puede ocurrir que estén unidos por su polo superior formando un cuerpo renal en herradura o sus dos polos constituyendo el riñón anular(16).

Cada riñón contiene miles de Nefronas, que son terminaciones sanguíneas encargadas de filtrar la sangre y producir orina. Realizan varias funciones, todas ellas vitales para el organismo: Filtran la sangre y separan de ella las impurezas y sustancias tóxicas, así como los nutrientes que ya limpios ponen de nuevo en circulación. Controlan la sal existente en el organismo(16).

Controlan el volumen y composición de la sangre Se conectan con el cuerpo por las arterias renales que son por las que llega la sangre a los riñones y con las venas renales que la incorporan al torrente sanguíneo cuando ya está limpia. Los riñones filtran toda la sangre del cuerpo muchas veces al día y limpian el agua, la glucosa, las sales y minerales que contiene(16).

2.1.2. Uréteres

Los uréteres son dos conductos de unos 25 a 30 cm. de largo, que salen de cada riñón y sirven para transportar la orina desde los riñones hasta la vejiga. En el hombre son un poco más largos que en las mujeres. Comienza en la pelvis renal y sigue una trayectoria descendente, portan la orina desde la pelvis renal, hasta la vejiga urinaria. Tiene una longitud aproximada de 30cm. Están situados en la cara posterior del abdomen, apoyados en el músculo psoas (16).

Descienden a la cavidad pélvica y atraviesan el espesor de la pared de la vejiga urinaria. El recorrido infraparietal sirve de válvula con mecanismos de contracción y relajación. Estos dos conductos o uréteres van a desembocar en el trígono vesical situado en la cara posterior de la vejiga urinaria. En torno a este trígono vesical se localiza el músculo detrusor y que regula el vaciado vesical (16).

2.1.3. Vejiga

Es un órgano muscular hueco, esférico del tamaño de una toronja cuando está llena y del tamaño y aspecto arrugado como una ciruela cuando está vacía debido a la relajación de su musculatura, recibe la orina proveniente de los uréteres y la almacena momentáneamente para enviarla a la uretra para su excreción. La capacidad de la vejiga es de alrededor de 500 ml, aunque en condiciones extremas puede acumular hasta 2 litros. Para ambos sexos se ubica por detrás de la sínfisis púbica y por delante del recto, en la mujer se localiza en la parte superior de la vagina y en el hombre en la parte superior de la próstata(17).

Los dos orificios ureterales se ubican a unos 4 cm de la salida uretral, formándose una estructura triangular llamada el trígono vesical en la zona media del piso de la vejiga, alrededor del trígono, se localiza el músculo detrusor que al contraerse expulsa la orina hacia la uretra, posee un esfínter vesical o uretral interno, de fibras musculares lisas se ubica en el cuello y es involuntario. La vejiga está formada por tres capas: serosa, muscular y mucosa formada de epitelio estratificado adaptado para soportar la acidez de la orina(17).

2.1.4. Uretra

Es un conducto que inicia en la cara inferior de la vejiga y termina en el meato urinario, en su origen está el esfínter vesical, rodeándolo está el esfínter uretral externo voluntario y de fibras musculares estriadas. El cierre de la uretra es controlado por ambos esfínteres. La uretra está formada por dos capas, una muscular externa y una mucosa interna, tiene por función transportar la orina desde la vejiga hacia el exterior por medio de la micción(17).

2.2. Anatomía del suelo pélvico

El piso pélvico es una estructura de músculos, y tejido conectivo que entrega soporte y estructuras de suspensión a los órganos pélvicos y abdominales. Su principal componente es el músculo elevador del ano, un músculo que cubre la mayor parte de la pelvis(18).

Musculatura del piso pélvico

La musculatura del piso pélvico corresponde a un grupo de músculos estriados dependientes del control voluntario, que forman una estructura de soporte similar a una “hamaca” para los órganos de la pelvis. El músculo más importante es el elevador del ano(18).

El músculo elevador del ano en conjunto con un segundo músculo del piso pélvico, el músculo coccígeo, forman el llamado diafragma pélvico, siendo el primero el 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. Se extiende como un embudo hacia inferior formando la mayor parte del suelo de la pelvis(18).

El elevador del ano es el músculo más extenso de la pelvis. Está compuesto por tres fascículos o haces: el haz puborrectal, pubococcígeo e iliococcígeo. El haz puborrectal se origina desde la cara posterior de ambos lados de la sínfisis del pubis. Su origen es medial al origen del haz pubococcígeo. 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”. 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(18).

El haz iliococcígeo se inserta en las regiones laterales a la sínfisis de pubis y en el arco tendinoso de músculo elevador del ano (un engrosamiento ancho curvo y cóncavo de la fascia obturatoria) 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(18).

El control de este músculo está dado por inervación proveniente del nervio para el músculo del elevador del ano proveniente del plexo sacra, ramas del nervio pudendo, perineal y rectal inferior (18).

2.3. Fisiología de la micción

En el mecanismo de la micción cabe destacar sus dos fases básicas: llenado y vaciado. Durante la fase de llenado el esfínter interno de la uretra, formado por musculatura lisa y, por tanto, de forma no consciente, y el esfínter externo, formado por musculatura estriada y, por ello, de forma consciente, están en contracción y evitan que se produzcan escapes de orina^{7,8}. Gracias a que las personas tienen la capacidad de controlar su necesidad de orinar mediante la corteza cerebral, al final de la fase de llenado, aunque aparezca un deseo de orinar, el músculo detrusor sigue relajado y el esfínter uretral cerrado, hasta que se encuentra el lugar adecuado para orinar, momento en el que se iniciará la fase de vaciado(19).

En la fase de vaciado o micción, se abre el esfínter interno, se relaja el esfínter uretral externo (control voluntario), el suelo de la pelvis pierde tono y, con una caída de la presión intrauretral, se contrae el detrusor y se inicia la micción(19).

Ciclo miccional

Fase de llenado: el sistema nervioso simpático y somático se encuentran activos, permitiendo el almacenamiento vesical y la contracción del esfínter externo. La orina que llega a la vejiga produce un “estiramiento” de sus paredes, las cuales no responden con contracción a dicho estiramiento sino con “acomodación” a los volúmenes crecientes de orina, sin aumento significativo de la presión en su interior (conocida como distensibilidad o compliance). La capacidad vesical es variable en cada sujeto; sin embargo, se considera normal alrededor de los 450 – 500 cc. El llenado de la vejiga activa la vía aferente. Desde la periferia la información asciende por la médula espinal a través de fibras A tipo delta y C. Desde el ganglio de la raíz dorsal medular pasa a

las astas laterales medulares, para ascender por el tracto reticuloespinal. Llega al centro pontino de la micción y sustancia gris periacueductal del hipotálamo, de ahí va a la corteza prefrontal y si la vejiga está llena, es allí donde se identifica el deseo de orinar. Sin embargo, como la micción es un acto voluntario, si no es socialmente adecuado en ese momento, la corteza envía información inhibitoria al centro pontino y no se desencadena la micción(20).

Fase de vaciamiento: el centro miccional pontino activa el sistema parasimpático, el cual, a través del nervio pélvico, induce la contracción del músculo detrusor mediante la liberación de acetilcolina que estimula los receptores muscarínicos vesicales M2 y M3 ubicados en el cuerpo y el domo de la vejiga. El centro miccional pontino también envía impulsos al núcleo motor pudendo, inhibiendo la actividad del nervio pudendo y relajando el rabdoesfínter uretral. Así mismo, los impulsos protuberanciales inhiben la actividad simpática en la vejiga y la uretra, inhibiendo la acción de los receptores alfa y beta adrenérgicos, generando una relajación del cuello vesical y permitiendo una contracción homogénea de las fibras del músculo liso vesical(20).

El reflejo miccional es un reflejo medular autónomo, pero centros encefálicos pueden inhibirlo o facilitarlo. Estos centros son: 1) centros facilitadores e inhibidores potentes situados en el tronco del encéfalo, sobre todo en la protuberancia, y 2) varios centros localizados en la corteza cerebral que son sobre todo inhibidores, pero pueden hacerse excitadores. El reflejo miccional es la causa básica de la micción, pero los centros superiores ejercen normalmente un control final sobre la micción como sigue(15):

- Los centros superiores mantienen el reflejo miccional parcialmente inhibido, excepto cuando se desea la micción(15).
- Los centros superiores pueden impedir la micción, incluso aunque se produzca el reflejo miccional, mediante una contracción tónica del esfínter vesical externo hasta que se presente un momento adecuado(15).

- Cuando es el momento de la micción, los centros corticales pueden facilitar que los centros de la micción sacros ayuden a iniciar el reflejo miccional y al mismo tiempo inhibir el esfínter urinario externo para que la micción pueda tener lugar(15).

La micción voluntaria suele iniciarse de la siguiente forma. En primer lugar, una persona contrae voluntariamente los músculos abdominales, lo que aumenta la presión en la vejiga y permite entrar una cantidad extra de orina en el cuello de la vejiga y en la uretra posterior bajo presión, lo que estira sus paredes. Esto estimula los receptores de distensión, lo que excita el reflejo miccional y a la vez inhibe el esfínter uretral externo. Habitualmente se vaciará toda la orina dejando raramente más de 5-10 ml en la vejiga(15).

2.4. Control nervioso de las vías urinarias inferiores

El tracto urinario inferior esta innervado por tres conjuntos de nervios periféricos que incluyen los sistemas nerviosos simpático, parasimpático y somático.

- **Vías parasimpáticas**

Ubicadas en la parte lateral de la sustancia gris intermedia de la medula espinal sacra en el “núcleo parasimpático sacro”. Las neuronas pre ganglionares parasimpáticas emiten axones a través de las raíces ventrales a los ganglios periféricos, donde liberan acetilcolina. Las neuronas post ganglionares parasimpáticas están situadas en la pared del detrusor y en el plexo pelviano(21).

- **Vías simpáticas**

El flujo nervioso que sale de la cara anterior de la medula espinal lumbar suministra influjo excitatorio o inhibitorio para la vejiga y la uretra. La activación de los nervios simpáticos induce la relajación del cuerpo de la vejiga y la contracción del tracto de salida vesical y la uretra para el llenado vesical(21).

➤ **Vías somáticas**

Las moto neuronas para el esfínter uretral externo están situadas a lo largo del borde lateral hasta el ventral (núcleo de Onuf)(21).

➤ **Vías aferentes**

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(21).

2.5. Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria (IU) es la disfunción uroginecológica más frecuente en la mujer. Tomando en cuenta los criterios de la Sociedad Internacional de la Continencia, la prevalencia en la población general se sitúa entre el 20 % y el 30 %. En los últimos años la aparición de las técnicas con mallas libre de tensión para el tratamiento de la IU femenina, ha supuesto una auténtica revolución en el campo de la urología, por ser comparables en resultados al gold standard que hasta ahora había sido la técnica de Burch, pero con mayor sencillez técnica y menor morbilidad(22).

2.6. Fisiopatología de la IU

El vaciado y almacenamiento vesical comprende varios procesos neuromusculares regulados por señales aferentes y eferentes de los nervios simpáticos, parasimpáticos, somáticos y sensitivos, una alteración a distintos niveles se asocian a trastornos de control vesical que se clasifican en alteraciones de llenado/almacenamiento, que pueden llevar a distintas formas de incontinencia (IU de esfuerzo y de IU de urgencia) y de vaciado/micción (IU por rebosamiento)(23).

El llenado vesical a una velocidad fisiológica permite la acomodación del detrusor, la disminución de la misma se acompaña con una reducción de la distensibilidad vesical que se manifiesta con un aumento de la presión del detrusor durante el llenado vesical. La incontinencia urinaria esta medida también por el control nervioso de las vías urinarias inferiores y estructuras de sostén de la unidad esfinteriana(23).

El reflejo de la micción normalmente está sujeto a control voluntario y se organiza en el tronco encefálico ventral, la micción es consecuencia del efecto inhibitor negativo de los centros superiores sobre el centro de la micción pontino y requiere la integración del centro de la micción sacro. Durante la fase de llenado se requiere que la presión intravesical se mantenga reducido y el tracto de salida vesical este sellado; de manera inversa en el vaciado de la vejiga debe mantener una contracción sostenida y una débil resistencia al flujo de orina para un vaciado completo(23).

La incontinencia urinaria puede ser temporal o crónica. La temporal puede ocurrir después del parto o durante una infección aguda de vías urinarias y suele resolver de forma espontánea. La crónica puede deberse a varias causas y a menudo es persistente y progresiva(24).

La fisiopatología de la IU implica la interacción de factores anatómicos, bioquímicos, neurológicos y endocrinos. Estas interacciones son sumamente complejas, pero el resultado final implica una alteración en el equilibrio de la vejiga contra las presiones uretrales(24).

La clasificación de la IU se acuerdo a su etiología se basa en dos afecciones genéricas que son causa de IU: anomalías vesicales como la hiperactividad del detrusor (Inestabilidad o hiperreflexia del detrusor) y la escasa distensibilidad vesical y anomalías esfinterianas como la hipermovilidad uretral y la deficiencia esfinteriana intrínseca ya sea por cirugía uretral previa, lesión neurológica a nivel sacro, radiación o déficit de estrógenos (24).

2.6.1. Clasificación de la disfunción vesical neuropática

La disfunción vesical neuropática puede dividirse en supraespinal, suprasacra e infrasacra, según el nivel de la lesión en relación con los centros de la micción pontino y sacro. Las lesiones neurológicas afectan a las funciones de la vejiga y de la uretra según la zona comprometida y la magnitud de la lesión(25).

➤ **Lesiones supraespinales**

Por lo general estos pacientes tienen vaciado vesical eficiente a menos que exista una obstrucción en la salida vesical. También es frecuente una disfunción vesical asociada(25).

➤ **Lesiones suprasacras**

Los pacientes con lesión medular por encima del centro de la micción sacro pasan por un periodo espinal asociado con la abolición de la actividad neurológica por debajo del nivel de lesión. La arreflexia del detrusor y la preservación de competencia esfinteriana residual provocan retención urinaria. La recuperación funcional se caracteriza por el restablecimiento de la actividad refleja vesical o de la hiperactividad neurogénica del detrusor mediada por el centro de la micción sacro que está intacto pero sin conexión con los centros superiores, esta recuperación suele tomar 2 a 3 meses(23).

➤ **Lesiones infrasacras**

Las lesiones de los cuerpos celulares o de las ramas eferentes parasimpáticas que se dirigen hacia la vejiga desde las raíces sacras se asocian a: arreflexia del detrusor, apertura del cuello vesical por denervación, parálisis del esfínter externo cerrado, retención urinaria(25).

2.6.2. Mecanismos esfinterianos en la mujer

Las mujeres corren un riesgo de incontinencia urinaria secundaria a un defecto esfinteriano mucho mayor que los varones debido a la debilidad relativa de los mecanismos esfinterianos, el cuello vesical es más débil y a menudo incompetente y a menudo incompetente incluso en mujeres jóvenes nulíparas. En las mujeres la continencia depende de la integridad del mecanismo esfinteriano uretral que está compuesto por músculo liso uretral considerarse que la intrínseco y una mayor cantidad de músculo estriado extrínseco, este esfínter abarca los dos tercios proximales

de la uretra, por lo tanto debe considerarse que la mayor parte de la uretra funciona como esfínter uretral activo, así cualquier lesión en el nervio pudiendo secundarias a un traumatismo obstétrico disminuyen la eficacia de este mecanismo y predisponen a la IU de esfuerzo(25).

2.6.3. Mecanismo de sostén de suelo pélvico

La predisposición de las mujeres a padecer incontinencia urinaria de esfuerzo o un prolapsos depende de los siguientes factores:

- Las modificaciones evolutivas de la anatomía de suelo pélvico resultante del pasaje a la posición erecta.
- El proceso reproductivo humano que genera un feto relativamente grande, con un cráneo óseo de gran tamaño que debe atravesar el suelo de la pelvis durante el parto(25).

2.7. Clasificación de la incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria tiene diferentes definiciones, pero la tendencia actual es tratar de homogeneizarlas y concluir en un solo concepto, que es el propuesto por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) el cual la define como la presencia de cualquier escape involuntario de orina que supone un problema social, de carácter relevante debido a su prevalencia, connotaciones psicosociales y económicas(26).

2.7.1. Incontinencia urinaria de estrés o esfuerzo (IUE)

Incontinencia urinaria de esfuerzo: es el escape involuntario de orina al realizar maniobras de Valsalva que aumenten la presión intraabdominal como estornudar, hacer movimientos bruscos, toser e, incluso, reírse; puede ser ocasionada por debilidad del piso pélvico o presencia de daño a nivel uretral, y puede estar asociada a múltiples factores de riesgo o presencia de daño en el esfínter uretral, aunado a diversos factores de riesgo(26).

2.7.2. Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)

Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un deseo intenso y súbito de orinar con la consiguiente incapacidad para retrasar el vaciamiento. Esta sensación de urgencia es consecuencia de una contracción involuntaria del detrusor vesical. Cuando estas contracciones involuntarias se ponen de manifiesto en un estudio urodinámico se denomina detrusor hiperactivo, cuya causa puede ser una enfermedad neurológica (hiperactividad del detrusor neurogénica) o sin causa detectable (hiperactividad del detrusor idiopática). Puede además deberse a otras causas, como estenosis uretral, hipercorrección quirúrgica, etc (26).

2.7.3. Incontinencia urinaria mixta (IUM)

En este tipo de incontinencia las percepciones de pérdida involuntaria de orina se combinan los síntomas la incontinencia de esfuerzo y de la de urgencia(26).

2.7.4. Incontinencia urinaria continua (IUC)

Es la pérdida involuntaria y continua de orina. Puede ser debida a una fístula, desembocadura ectópica ureteral o a un déficit intrínseco uretral grave(12).

2.8. Factores de riesgo

Los factores de riesgo son aquellos que hacen que la patología tenga un mayor porcentaje para que la persona tenga este tipo de trastorno.

➤ Género

Varias razones (longitud uretral, diferencias anatómicas en el suelo pelviano, efectos del parto) intentan justificar la diferencia de que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar IU. Sin embargo, esta razón de riesgo varía con la edad: en menores de 60 años, las mujeres tienen 4 veces más probabilidades que los hombres de padecer IU, pero en mayores de 60 años las mujeres tienen solo dos veces más(27).

➤ **Edad**

Es determinante en estas alteraciones de la disfunción del suelo pélvico debido a los procesos de cambio fisiológico que ocurren en el transcurso de la vida. Se destaca la menopausia, debido a los cambios hormonales⁴ y psicológico. Los cambios biológicos que ocurren, no del todo conocidos, unidos a la función social que desempeñan las mujeres en esta etapa, en su microsistema familiar y la inadecuada asimilación cultural. El envejecimiento hace que las mujeres de edad mediana constituyan un grupo vulnerable en términos de salud genitourinaria(28).

➤ **Genética**

Varias razones como la longitud de la uretra, diferencias anatómicas en el suelo pelviano, efectos del parto justifican la diferencia de que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar IU, siendo el doble de frecuente en mujeres que en mujeres que en hombres(29).

➤ **Raza**

La mayoría de los estudios de prevalencia están realizados en poblaciones de raza blanca. Aunque no existen muchos estudios comparativos, parece existir una mayor susceptibilidad en las personas de raza blanca. Estudios multivariados demuestran que las mujeres blancas tienen una prevalencia de IUE tres veces mayor que las mujeres negras(26).

➤ **Peso**

El sobrepeso y la obesidad han sido fuertemente asociados a disfunciones del PP, especialmente a la incontinencia urinaria y fecal. La obesidad puede afectar la función del piso debido a muchos factores. Entre estos se cuentan: un aumento crónico en la presión intraabdominal, daño a la musculatura pélvica, daño de tipo neuropático y anormalidades de la conducción nerviosa secundarias a comorbilidades como la neuropatía diabética y las hernias de disco intervertebral(29).

➤ **Antecedentes obstétricos**

Embarazo y parto vaginal: la distensión de los músculos y fascias que se produce durante la gestación y el parto secundaria al peso y crecimiento del feto además de la acción de ciertas hormonas como la progesterona y la relaxina, ocasiona que el suelo pélvico se encuentre excesivamente relajado. También se pueden producir lesiones como son los desgarros o la episiotomía que pueden llegar a afectar al soporte y a la posición de la vejiga, el recto y el útero u ocasionar lesiones sobre el esfínter anal (30).

2.9. Mujeres y salud

La incontinencia urinaria en la mujer presenta una elevada prevalencia oculta, pues las mujeres que lo padecen no siempre verbalizan sus problemas con la orina ni buscan la ayuda pertinente. Asimismo, los profesionales de la salud pocas veces interrogan e indagan sobre este tema cuando presentan atención sanitaria a la mujer. Los estudios de la prevalencia, así como los de la calidad de vida en mujeres con IU y los que analizan como estas afrontan las pérdidas de orina, evidencian que la IU es un problema de salud a tener en cuenta que, además, aumenta y se agrava con la edad(31).

2.10. Calidad de vida

La calidad de vida en los individuos tiene por lo menos dos dimensiones: la visión subjetiva o perceptiva y un análisis objetivo de salud. A su vez, la calidad de vida es un concepto multidimensional que ha recibido múltiples definiciones. En consecuencia, no hay criterios únicos para definirla; a lo largo del tiempo, se ha intentado medirla a través de diversos instrumentos, principalmente cuestionarios. Lo ideal en esta medición es que reúna requisitos metodológicos preestablecidos y se adapte al contexto cultural de cada individuo(32).

2.10.1. Calidad de vida relacionada con la salud

Según la OMS, la calidad de vida (CV) 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 extenso y complejo que engloba, al menos, la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, las creencias personales y su relación con los elementos esenciales de su entorno(33).

2.10.2. Aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud

- **Funcionamiento físico:** es el término genérico que incluye función, actividad y participación indicando los aspectos positivos de esa interacción. La actividad física a la calidad de vida, como una vía para canalizar la energía y el estrés, ejercitar y mantener la psicomotricidad, pero también como motivo de salud, disfrute y socialización. Puede combinar actividades cotidianas, como el paseo así como diferentes alternativas físicas y de ocio: juego y deporte, que puede ser adaptado cuando sea preciso, incluyendo personas de apoyo o materiales que faciliten la actividad(34)(35).
- **Bienestar psicológico:** El bienestar psicológico puede ser la resultante de afrontar adecuadamente las situaciones de la vida cotidiana, y a la vez una persona con alto nivel de bienestar está mejor preparada y afronta mejor las demandas y desafíos del ambiente. De hecho, esta idea de la relación entre el bienestar psicológico y la ansiedad pone a los sujetos en condiciones de enfrentar retos(36).
- **Estado emocional:** La asociación de factores psicológicos y comportamentales relacionados al control urinario influyen en la CV, el problema puede generar sentimientos de baja autoestima, ansiedad y depresión(37).
- **Dolor:** La Internacional Association for the Study of Pain, (IASP) elaboró la definición que más ampliamente se ha adoptado para definir el dolor: “Experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial. De una manera más práctica y clínica se podría definir como “una experiencia sensitiva desagradable acompañada de una respuesta afectiva, motora, vegetativa e, incluso, de la personalidad”(38).

- **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(39).

2.10.3. Calidad de vida en relación con la incontinencia urinaria

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye lo físico, lo psicológico y lo social. Estas dimensiones son influenciadas por las creencias, experiencias, percepciones y expectativas de un sujeto, y pueden ser definidas como «percepciones de la salud. El impacto que los síntomas urinarios producen en la calidad de vida de las mujeres, dependen del tipo de síntomas, de la gravedad de los mismos y del grado de afectación que estos producen en su vida, de acuerdo a sus características individuales como la edad y el tipo de actividad en la que se siente limitada(32)(33).

2.11. Evaluación de la Incontinencia urinaria y calidad de vida.

Los instrumentos de evaluación (cuestionarios es-tructurados y probados) estiman, de forma integral, la enfermedad en una persona. La determinación de la calidad de vida es un campo de la sanidad y de la clínica que estudia los resultados de las intervenciones sanitarias. La calidad de vida se describe y se evalúa con cuestionarios relacionados con las deficiencias, discapacidades y minusvalías (generalmente como consecuencia de enfermedades) que sufren los pacientes. Las escalas que determinan la calidad de vida también se conocen como cuestio-narios de medida del estado de salud, ya que valoran los síntomas físicos y el efecto en la funcionalidad de los individuos; por lo tanto, menor salud indica menor calidad de vida(40).

El I-Qol es un instrumento de evaluación especí-fica que consta de 22 apartados con cinco posibles respuestas (mucho, bastante, regular, un poco o nada). Para su interpretación, el resultado se trans-forma en una escala del 0 al 100 y los resultados más altos indican mejor calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria.

Dicho cuestionario se divide en tres subescalas: limitación de la actividad o conducta (ocho preguntas), efecto psicosocial (nueve preguntas) y preocupación social (cinco preguntas). El I-Qol tiene buenas propiedades psicométricas y ha demostrado excelente correlación con el uso de toallas en las pruebas de estrés y el número de episodios de incontinencia urinaria(40).

2.11.1. 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. El cuestionario auto administrado es un tipo de entrevista personal en que las preguntas están establecidas en una cédula preestablecida que el sujeto o la paciente lee y responde por escrito; estos cuestionarios auto administrados son de fácil realización, su costo no es excesivo y al no estar expuestos a sesgos del entrevistador permiten analizar los problemas desde la perspectiva de los entrevistados o pacientes(41).

En 1998 se efectuó la primera consulta internacional sobre incontinencia (International Consultation on Incontinence) patrocinada por la Organización Mundial de la Salud y luego de su análisis y conclusiones⁵ un comité de expertos formado por la International 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(41).

En este contexto se elabora el cuestionario denominado "ICIQ-SF" ("International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form") validado originalmente en el idioma inglés⁶ . 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 (de contenido, de constructo y de criterio), de confiabilidad (precisión, reproducibilidad) y de sensibilidad(41).

2.11.2. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)

El I-QOL, desarrollado por Wagner y Patrick, es un instrumento de CVRS autoinformado de uso común para personas con IU. El I-QOL consta de 22 ítems, todos los cuales usan una escala de respuesta ordinal de cinco puntos en la que 1 = extremadamente, 2 = bastante, 3 = moderadamente, 4 = un poco y 5 = nada(21).

Los 22 ítems se pueden agrupar en 3 subescalas: Evitar y limitar el comportamiento (8 ítems), Impactos psicosociales (9 ítems) y Vergüenza social (5 ítems). Los puntajes totales de I-QOL y 3 subescalas se calculan sumando el puntaje de ítem no ponderado y transformándolos en una escala de 100 puntos donde 0 = más grave y 100 = sin problema. El instrumento se ha utilizado ampliamente y se ha validado con éxito para personas con IU(21).

2.12. Marco legal y ético

Proyecto de Constitución del Ecuador 2008.

Por la Salud que todos queremos

Título II, Derechos

Sección Séptima: Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (42).

Capítulo 3, Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos, el Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (42).

Sección primera, Adultas y adultos mayores

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y

económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido o superen los sesenta y cinco años de edad (42).

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: 1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas (42).

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. En particular, el Estado tomará medidas de (42):

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente (42).

8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas (42).

Sección segunda, Jóvenes

Art. 39.- El Estado garantizará sus derechos a las jóvenes y los jóvenes, y promoverá su efectivo ejercicio a través de políticas y programas, instituciones y recursos que aseguren y mantengan de modo permanente su participación e inclusión en todos los ámbitos, en particular en los espacios del poder público. El Estado reconocerá a los jóvenes y las jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país, y les garantizará la educación, salud, vivienda, recreación, deporte, tiempo libre, libertad de expresión y asociación (42).

El Estado fomentará su incorporación al trabajo en condiciones justas y dignas, con énfasis en la capacitación, la garantía de acceso al primer empleo y la promoción de sus habilidades de emprendimiento (42).

Sección cuarta, Mujeres embarazadas

Art. 43.- *El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en período de lactancia los derechos a (42):*

- *No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.*
- *La gratuidad en los servicios de salud materna.*
- *La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.*
- *Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el período de lactancia (42).*

Sección quinta, Niñas, niños y adolescentes

Art. 45.- *Las niñas, los niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. Las niñas, los niños y los adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar (42).*

Art. 46.- *El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes (42):*

1. *Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos (42).*
2. *Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. Se prohíbe el trabajo de menores de quince años, y se implementarán políticas de erradicación progresiva del trabajo infantil. El trabajo de las adolescentes y los adolescentes será excepcional, y no podrá conculcar su derecho a la educación ni realizarse en situaciones nocivas o peligrosas para su salud o su desarrollo personal. Se respetará, reconocerá y respaldará su trabajo y las demás actividades siempre que no atenten a su formación y a su desarrollo integral (42).*
5. *Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo (42).*
6. *Atención prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias (42).*
9. *Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas (42).*

Sección sexta, Personas con discapacidad

Art. 47.- *El Estado garantizará la prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. Se reconocen a las personas con discapacidad, los derechos a (42):*

1. *La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida (42).*

2. *La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirá las correspondientes ayudas técnicas (42).*

Art. 48.- *El Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren (42):*

5. *El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda (42).*

Plan Nacional Toda una vida

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

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. La salud mental de las personas requiere significativa atención para enfrentar problemáticas crecientes, como los desórdenes relacionados con la depresión y la ansiedad, que limitan y condicionan las potencialidades de una sociedad para su desarrollo(43).

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 todas las mismas condiciones de acceso, sin discriminación ni distinción de ninguna clase(43)..

El derecho a la salud debe orientarse de manera especial hacia grupos de atención prioritaria y vulnerable, con énfasis en la primera infancia y con enfoque en la familia como grupo fundamental de la sociedad, en su diversidad y sin ningún tipo de discriminación. Aquí se incluye el derecho a la salud sexual y reproductiva, que permite el ejercicio de la libertad individual, basada en la toma de decisiones responsables, libres de violencia o discriminación, y el respeto al cuerpo, a la salud sexual y reproductiva individual (Consejo Económico Social de Naciones Unidas, 2016). Cabe resaltar que una educación sexual, reproductiva y de planificación familiar libre de prejuicios, permitiría la consecución del derecho a la libertad individual y garantizará la salud sexual y reproductiva (43)..

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(43).

CAPITULO III

3. Metodología de la investigación

3.1. Diseño de la investigación

No experimental: Ya que no existió manipulación de variables para la obtención de resultados; es una investigación donde no se manipula de manera intencional las variables(44).

Corte transversal: La recolección de la información se realizó en un solo corte de tiempo(45).

3.2. Tipo de investigación

Descriptivo: Describe a la población de estudio a través de una ficha sociodemográfica según edad, etnia, número de hijos, tipo IU, calidad de vida, a través de test específicos(46).

Epidemiológico de prevalencia puntual: Es de tipo epidemiológico ya que determinó el número de casos de incontinencia urinaria en un momento determinado (47).

Cuantitativo: Es una investigación que usa herramientas informáticas y estadísticas para obtener resultados y poder realizar la interpretación de las diferentes variables (48).

Cualitativo: Se aplicaron test específicos a los sujetos de estudio, los cuales arrojan resultados cualitativos en cuanto a la presencia de la IU y la evaluación de la calidad de vida como pérdida de calidad de vida o nula afectación en la calidad de vida (48).

3.3. Localización y ubicación el estudio

Hogar de Ancianos Susana Mancheno de Pinto es un programa de la institución Cruz Roja Ecuatoriana ubicada en la ciudad de Otavalo en las calles Calle Bolívar 12-10 Entre Quiroga Y Salinas.

3.4. Población de estudio

Para la presente investigación se identificó 19 mujeres geriátricas las cuales residen en el Hogar de Ancianos Susana Mancheno de Pinto.

3.4.1. Criterios de inclusión

- Mujeres a partir de los 60 años de edad, que pertenezcan a un asilo o centro geriátrico de la provincia de Imbabura
- Mujeres a partir de los 60 años de edad que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

3.4.2. Criterio de exclusión

- Problemas neurológicos, cirugía pélvica, mujeres en programas de rehabilitación de la pelvis, pacientes con tratamiento médico o quirúrgico y en espera de alguna intervención quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia urinaria.
- Mujeres en edades menores a los 60 años.
- Mujeres a partir de los 60 años de edad que no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.
- Mujeres mayores de 60 años que su estado cognitivo no les permita responder a los instrumentos de evaluación.

3.4.3. Criterios de salida

- Fallecimiento durante la realización del estudio.
- Retiro del asilo de residencia.
- Participantes que no deseen 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	Grupos etarios	60-74 años	Adultos mayor maduro	Ficha sociodemográfica	Cada uno de los periodos en que los que se considera dividida la vida humana(49).
			75-84 años	Adultos Mayor		
			85-99 (IPA)	Anciano		
Etnia	Cualitativa nominal politómica	Autoidentificación étnica	Ficha de datos sociodemográficos	Blanco		Comunidad o colectividad integrada por seres humanos caracterizada por afinidades culturales, raciales, lingüísticas, entre otros(50).
				Mestizo		
				Afroecuatoriano		
				Indígena		
Número de hijos	Cuantitativa discreta	Número de hijos	Sin hijos	Nulípara	Se refiere al número de hijos nacidos vivos, incluyendo los hijos que luego fallecieron(51).	
			1 hijo	Primípara		
			2-4 hijos	Multípara		
			≥5 hijos (OMS)	Gran multípara		

3.5.2. Variables de interés

Incontinencia urinaria (IU)	Cualitativa nominal politómica	Tipos de incontinencia urinaria	Al toser, Estornudar, realizar esfuerzos, ejercicio	IU de esfuerzo	Cuestionario de Incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)	Pérdida involuntaria de orina que se puede demostrar de forma objetiva y que ocasiona un problema social y de higiene (52).
			Antes de llegar al servicio	IU de urgencia		
			Presencia de IU 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 social)	100%	Nula afectación en la calidad de vida	Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)	Bienestar físico, emocional y social de las personas y su capacidad para desenvolverse y desarrollar las tareas típicas de la vida cotidiana (53).
			<100%	Pérdida de la calidad de vida		

3.6. Métodos y técnicas de recolección de datos

3.6.1. Métodos de recolección de datos

- **Inductivo:** es método que se basa en la observación, el estudio y la experimentación de diversos sucesos reales para poder llegar a una conclusión que involucre a todos(54).
- **Analítico:** se analizó todos los elementos de la investigación como son las causas, la naturaleza, y los efectos yendo de lo más simple a lo complejo(55).
- **Revisión Bibliográfica:** se hizo una revisión de varios documentos relacionados con la presente investigación tales como libros, artículos científicos de revista y pdf de páginas web.

3.6.2. Técnicas e instrumentos

Técnicas

- **Encuesta:** Investigación realizada sobre una muestra de sujetos, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con intención de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población(56)

Instrumentos

- Ficha sociodemográfica
- Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)
- Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)

3.6.3. Validación de instrumentos

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. El cuestionario auto administrado es un tipo de entrevista personal en que las preguntas están establecidas en una cédula preestablecida que el sujeto o la paciente lee y responde por escrito(41).

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

Es un instrumento de CVRS auto informado de uso común para las personas con IU. 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)(57).

3.7. Análisis de datos

Luego de haber obtenido los datos mediante los instrumentos se procedió a realizar una base de datos en Excel 2010 y la herramienta estadística SPSS 25 para relacionar variables a través de tablas cruzadas, para posteriormente plasmar los resultados mediante tablas de representación.

CAPITULO IV

4. Análisis y discusión de resultados

Tabla 1. *Caracterización de la población de estudio según la edad.*

Edad	Frecuencia	Porcentajes
(60-74 años)	12	63,15%
(75-84 años)	5	26,31%
(85-99 años)	2	10,52%
Total	19	100%

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población de estudio según edad muestran que, existió mayor frecuencia de edades en el rango de 60-74 años, con un 63,15%, en el rango de edad de 75-84 años estuvo representado con el 26,31% y las que se encontraban en el rango de 85 a 99 años tuvieron menor frecuencia con un 10,52%.

Los datos obtenidos en nuestra investigación concuerdan con el estudio del INEC en el censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, en el fascículo Imbabura muestra que la población de 60 a 74 años representa el 7,7%, de 75 a 84 años representa el 2,5% y la población mayor de 85 años con el 0.8%. Con lo cual las edades entre 60 a 74 años tienen el mayor porcentaje(58).

Tabla 2. *Caracterización de la población de estudio según etnia.*

Etnia	Frecuencia	Porcentajes
Indígena	5	26,31 %
Mestizo	14	73,68%
Total	19	100%

La caracterización de la población de estudio según etnia muestra que el 73,68% pertenece a la etnia mestiza, mientras que el 26,31 % pertenece a la etnia indígena.

Nuestros datos concuerdan con la información obtenida según el INEC en el censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, en el fascículo Imbabura, el cual muestra que la etnia mestiza tiene mayor predominio, respecto a las diferentes etnias el 65,7% de la población se consideran como mestizos; El 25,8% se consideran indígenas; el 5,4% son afroecuatorianos y el 2,7% se consideran blancos , esto indica la relación que existe con nuestro estudio debido a que el mayor porcentaje de la población pertenece a la etnia mestiza (58).

Tabla 3. *Caracterización de la población de estudio según número de hijos.*

	Frecuencia	Porcentajes
Nulípara	8	42,10%
Primípara	3	15,7%
Multípara	4	21,05%
Gran Multípara	4	21,05%
Total	19	100%

La caracterización de la población según número de hijos indica que, la mayor parte de la población corresponde mujeres nulíparas con el 42,10% seguido de las multíparas y gran multíparas con el 21,05% y la menor población según el estudio corresponde a las primíparas con el 15,7%.

Los datos encontrados concuerdan con en el estudio “Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015” donde el 37 % de la población era nulípara y el 30.3 % multípara de 46 gestantes. Al igual que en nuestro estudio, encontramos mayor número de mujeres nulíparas y menor porcentaje de mujeres multíparas(59).

Tabla 4. *Prevalencia puntual de incontinencia urinaria.*

$$P = \frac{\text{numero de afectados (15)}}{\text{población de estudio(19)}} \times 100 = 78,94\%$$

La prevalencia puntual de la incontinencia urinaria en la población de estudio del hogar de ancianos Susana Mancheno de Pinto es del 78,94%.

En el “Estudio de prevalencia urinaria en mujeres de la isla de pascua” se evaluó una población de 182 mujeres de las cuales el 77,1% presentaron incontinencia urinaria, los datos encontrados en dicho estudio se relacionan con el nuestro, ya que ambas prevalencias rodean el 70% (60).

Tabla 5. Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.

$$PIUU = \frac{\text{numero de afectados (3)}}{\text{población de estudio(19)}} \times 100 = 15,78\%$$

$$PIUM = \frac{\text{numero de afectados (12)}}{\text{población de estudio(19)}} \times 100 = 63,15\%$$

La prevalencia de incontinencia urinaria según tipos indica que la Incontinencia Urinaria de mixta es la más prevalente con el 63,15%, seguida de la Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU) con el 15,78%, siendo ésta la menos prevalente.

Los datos encontrados concuerdan con la “Guía de buena práctica clínica en geriátrica” realizado en España, indica que el 40% de mujeres adultas mayores presenta incontinencia urinaria y que la prevalencia varía según avanza la edad donde el tipo más frecuente fue incontinencia urinaria mixta, seguida de incontinencia de urgencia e incontinencia urinaria de esfuerzo en último lugar. En ambos estudios la incontinencia urinaria mixta es la más prevalente(61).

Tabla 6. *Evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria.*

Edad	Frecuencia	Porcentajes
Perdida de CV(<100%)	14	93,3%
Nula afectación (100%)	1	6,7%
Total	15	100%

Una vez evaluada la calidad de vida de las mujeres con Incontinencia Urinaria se evidencia que, el 93,3% presenta pérdida de su calidad de vida, mientras que solamente el 6,7% consideran que su calidad de vida no se ve afectada pese a la presencia de esta condición de salud.

Los datos son comparables con el estudio “Calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria”, el cual demuestra que el 66% de las mujeres informaron que su calidad de vida se vio afectada por la IU (62).

Tabla 7. *Evaluación de la calidad de vida según subescalas IQOL test*

IQOL	Porcentajes
Evitar y limitar el comportamiento	42,83%
Impacto psicosocial	49,48%
Vergüenza social	45,07 %

La evaluación de la calidad de vida según sub escalas indica que, la subescala con mayor afectación es la de evitar y limitar el comportamiento con una puntuación del 42,83%; seguida de la vergüenza social con el 45,07%; y finalmente la de impacto psicosocial presenta una afectación del 49,48%.

Los datos encontrados difieren con el estudio titulado “Calidad de vida relacionada con salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso de Bucaramanga, Colombia” el cual demostró que al aplicar el I-QOL test, la subescala que presentó mayor afectación fue la vergüenza social, seguido de la limitación y evitación del comportamiento; y la subescala menos afectada es el impacto psicosocial. A diferencia que en nuestro estudio la sub escala con mayor afectación fue la de evitar y limitar el comportamiento (59).

Tabla 8. *Relación entre tipos de incontinencia urinaria y puntuaciones de las subescalas de la calidad de vida.*

Subescalas	IU urgencia	IU mixta
Evitar y limitar el comportamiento	61,66 %	38,12%
Impacto psicosocial	62,2%	46,29%
Vergüenza social	60%	41,33%

La relación entre tipos de incontinencia urinaria y subescalas de calidad de vida se evidenció que, la incontinencia urinaria de mixta tiene mayor afectación en la subescala de evitar y limitar el comportamiento con el 38,12%, seguido de vergüenza social con el 41,33%, finalmente con menor porcentaje de afectación es la de impacto social con el 46,29%. En cuanto a las mujeres con incontinencia urinaria de urgencia, se encontró mayor afectación en la subescala de vergüenza social con el 60%, seguido de evitar y limitar el comportamiento con el 61,63%; finalmente con menor afectación la subescala de impacto psicosocial con un porcentaje del 62,2%.

Los datos obtenidos difieren en el estudio “Efectividad de 6 sesiones de biofeedback manométrico en la incontinencia urinaria y la calidad de vida: estudio prospectivo tipo antes-después,67 casos” donde la incontinencia urinaria de urgencia afecta principalmente a la subescala de vergüenza social, seguido de la evitación y limitación del comportamiento y la menos afectada es el impacto psicosocial, datos que no coinciden con los recopilados ya que en nuestro estudio la subescala con mayor afectación es la de evitar y limitar el comportamiento en relación a la incontinencia Urinaria Mixta (63).

4.1. Respuestas a las preguntas de investigación

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

La caracterización sociodemográfica de la población de estudio evidenció que, el grupo etario con mayor frecuencia fue de adultos entre el rango de edad de 60-74 años con un 63,15%; el 26,31% de los sujetos de estudio pertenece a la etnia indígena y el 73,68% pertenece a la etnia mestiza; y finalmente según el número de hijos predominan las mujeres nulíparas con un 42,10% del total de la población.

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

La prevalencia de la incontinencia urinaria en el hogar de ancianos Susana Mancheno de Pinto fue del 78,94%; según los tipos, la incontinencia urinaria mixta fue la más prevalente con un 63,15%, finalmente la incontinencia urinaria de urgencia con el 15,78% de la población de estudio, es decir la menos prevalente.

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

La evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria refleja que, el 93,3% de las mujeres con incontinencia urinaria presentan pérdida en su calidad de vida. Además, la subescala con mayor afectación fue la de evitar y limitar el comportamiento con una puntuación del 42,83% seguida de la vergüenza social con el 45,07%; y finalmente la subescala de impacto psicosocial presento una puntuación del 49,48% por lo cual es la que presento menor pérdida en la calidad de vida.

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

La relación entre tipos de incontinencia urinaria y subescalas de calidad de vida se evidenció que, la incontinencia urinaria de mixta tiene mayor afectación en la subescala de evitar y limitar el comportamiento con el 38,12%, seguido de vergüenza social con el 41,33%, finalmente con menor porcentaje de afectación es la de impacto social con el 46,29%. En cuanto a las mujeres con incontinencia urinaria de urgencia, se encontró mayor afectación en la subescala de vergüenza social con el 60%, seguido de evitar y limitar el comportamiento con el 61,63%; finalmente con menor afectación la subescala de impacto psicosocial con un porcentaje del 62,2%.

CAPITULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- La caracterización de la población de estudio, evidencia mayor frecuencia de mujeres geriátricas en el rango de 60 a 74 años, denominadas como adulto mayor maduro, la mayoría de los sujetos de estudio pertenece a la etnia mestiza y en mayor proporción son multíparas.
- La prevalencia de Incontinencia urinaria fue de la mayor parte de la población estudiada con el 78,94%; considerando los tipos, la incontinencia urinaria mixta fue la más prevalente con el 63,15%, seguida de la incontinencia urinaria de urgencia con el 15,78%.
- La evaluación de la calidad de vida de los sujetos de estudio, evidenció que más de la mitad de la población de estudio presentó afectación en su calidad de vida, siendo la subescala de evitar y limitar el, por ende la que obtuvo mayor pérdida en la calidad de vida.
- Al relacionar el tipo de incontinencia urinaria con las subescalas de calidad de vida se identificó, que las mujeres con IU mixta son las que refirieron mayor pérdida en su calidad de vida, en comparación con las mujeres que padecen IU de urgencia; la subescala con mayor afectación fue la de evitar y limitar el comportamiento en incontinencia urinaria mixta y vergüenza social en incontinencia urinaria de urgencia.

5.2. Recomendaciones

- Dirigir a las mujeres identificadas con incontinencia urinaria hacia un profesional especializado en el área, el cual pueda brindar un tratamiento adecuado a las pacientes y de esta manera evitar toda la problemática que acarrea la incontinencia urinaria.
- Promover charlas informativas de promoción y prevención de la salud enfocadas a la incontinencia urinaria, donde se dé a conocer las posibles causas y tratamientos para la misma y de esta manera la población conozca acerca de esta condición y busque ayuda profesional.
- Se recomienda realizar este tipo de estudios en las diferentes instituciones a nivel nacional, para así poder determinar tanto la prevalencia como la afectación en la calidad de vida en la población en general y poder contribuir a evitar el gasto económico y la afectación en la calidad de vida que ésta ocasiona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MacArthur C, Wilson D, Herbison P, Lancashire RJ, Hagen S, Toozs-Hobson P, et al. Urinary incontinence persisting after childbirth: Extent, delivery history, and effects in a 12-year longitudinal cohort study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2016;123(6):1022–9.
2. Brown S, Gartland D, Perlen S, McDonald E, MacArthur C. Consultation about urinary and faecal incontinence in the year after childbirth: A cohort study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2015;122(7):954–62.
3. Schreiber Pedersen L, Lose G, Høybye MT, Elsner S, Waldmann A, Rudnicki M. Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017;96(8):939–48.
4. Leirós-Rodríguez R, Romo-Pérez V, García-Soidán JL. Prevalencia de la incontinencia urinaria y su relación con el sedentarismo en España. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2017;41(10):624–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acuro.2017.04.002>
5. Dooley Y, Kenton K, Cao G, Luke A, Durazo-Arvizu R, Kramer H, et al. Urinary incontinence prevalence: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Urol.* 2008;179(2):656–61.
6. Mota RL. Female urinary incontinence and sexuality. *Int Braz J Urol.* 2017;43(1):20–8.
7. Vallejos G, Rojas RG, Valdevenito JP, Fasce G, Castro D, Naser M, et al. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2019;84(2):158–65.
8. 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.

9. Junqueira JB, Santos VLC de G. Urinary incontinence in hospital patients: prevalence and associated factors. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;25:e2970.
10. Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Wein AJ. Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: A systematic review. *Eur Urol* [Internet]. 2014;65(1):79–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2013.08.031>
11. Rincón Ardila O. [Prevalence and risk factors for urinary incontinence among women consulting in primary care]. *Rev Med Chil* [Internet]. 2015;143(2):203–212. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25860363>
12. Castañeda Delgado GA, Pérez Escatel AA. La problemática del manejo de los residuos sólidos en seis municipios del sur de Zacatecas. *Región Y Soc*. 2015;27(62).
13. Rodríguez Adams EM. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. *Rev Cuba Obstet y Ginecol*. 2014;40(1):119–35.
14. Rosas C. Desarrollo Aparato Urinario. 2016;(June).
15. Guyton A, Hall J. Los líquidos corporales y los riñones. *Guyt y Hall Tratado Fisiol Médica* [Internet]. 2010;12:1092. Available from: <http://ual.dyndns.org/biblioteca/fisiologia/Pdf/Unidad 05.pdf>
16. Latarjet M, Ruiz Liard A. Sistema Urinario. *Anatomía Humana* [Internet]. 2008;1509–66. Available from: www.dicciomed.es/php/diccio.php?id=3233
17. Salud S de. Protocolo para la Estandarización del Cuidado al Paciente con Sonda Vesical, Enfocado a la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. 2016;80. Available from: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/protocolo_sonda-vesical.pdf

18. Katya Carrillo G, Antonella Sanguineti M. Anatomía del piso pélvico. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2013;24(2):185–9.
19. *Incontinencia urinaria*.
20. Echavarría-restrepo LG, Merino-correa SC. Efectos de las lesiones del sistema nervioso sobre la fisiología de la micción Effects of nervous system injuries on the physiology of urination. 2019;
21. Wein A, Kavoussi L, Novick A, Partin A PC. Transporte, almacenamiento y evacuación de la orina. Editorial. Mexico; 2015. 1818–31. p.
22. Tovar ML, Fermín M, Márquez S, Márquez D. por técnica de Burch y cabestrillos suburetrales sin tensión . 2017;77(1):5–10.
23. A. W. Fisiopatología y clasificación de la disfunción de las vías urinarias inferiores: reseña general. Editorial. Mexico; 2015. 1892–902 p.
24. Medica R, Rica DEC, Lxxiii C. Incontinencia urinaria. 2016;(619):247–53.
25. Chapple C MI. Incontinencia urinaria y prolapso pelviano: epidemiología y fisiopatología. In: Campbell-Walsh: Urología 10ma ed. Editorial. Mexico; 2015. p. 1892–902.
26. Espitia-de la Hoz FJ. Evaluación clínica de la incontinencia urinaria en la consulta ginecológica. *Duazary*. 2017;14(2):197.
27. Medicina FDE. Incontinencia Urinaria y Papel del. 2017; Available from: <https://eprints.ucm.es/41555/1/T38497.pdf>
28. Indira Castañeda Biart DI, Jacqueline del Carmen Martínez Torres DI, Ángel García Delgado JI, Elsa María Rodríguez Adams LI, Neysa Margarita Pérez Rodríguez I Policlínico Universitario G DI, de la Revolución La Habana Cuba P. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria. Revisión bibliográfica Epidemiological aspects in urinary incontinence. Bibliographic

- revision. Rev Cuba Med Física y Rehabil [Internet]. 2016;8:88–98. Available from: <http://www.sld.cu/sitios/revrehabilitacion/>
29. Guzmán R, Lecannelier J, Wenzel C, Descouvieres C, Sandoval C, Bernier P, et al. Factores de riesgo y prevención de la disfunción del piso pélvico. Contacto científico [Internet]. 2019;9(2):2. Available from: <http://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/article/view/642>
 30. Vélaz Azcoiti V. Salud del Suelo Pélvico: fortalecimiento y prevención en mujeres jóvenes. 2015;46. Available from: [http://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/18609/Virginia Vélaz Azcoiti.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/18609/Virginia_Vélaz_Azcoiti.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 31. Lamoglia Puig M, Juvinyà Canal D, Godall Castell M, Pérez Pérez I, Rifà Ros R, Rodríguez Monforte M, et al. Las barreras percibidas en mujeres con incontinencia urinaria [Internet]. Asociacion Española de Enfermería en Urología. 2015. p. 16–21. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5606407>
 32. Robles-Espinoza AI, Rubio-Jurado B, De la Rosa-Galván EV, Nava-Zavala AH. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. El Resid. 2016;11(3):120–5.
 33. Publicaciones O de. Universidad de Murcia. All rights Reserv IJES [Internet]. 2005;281(4):1–30. Available from: <http://nadir.uc3m.es/alejandro/phd/thesisFinal.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Universidad+de+murcia#0>
 34. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Rev Esp Salud Publica. 2010;84(2):169–84.
 35. Cuesta Gómez E, Luis J, la Fuente Anuncibay de, Fernández V, Layna H, Sanz

- P, et al. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Int J Dev Educ Psychol. 2017;4:33–43.
36. Esther N, Morales Á. Rodríguez Lafuente. 2019;26(1):75–87.
 37. Bernardes MFVG, Chagas S de C, Izidoro LC de R, Veloso DFM, Chianca TCM, da Mata LRFP. Impact of urinary incontinence on the quality of life of individuals undergoing radical prostatectomy. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27.
 38. L.Maroto AM, M.Muñoz NS. Dolor. Definición y Clasificación. *Ilus Col Of Médicos Segovia* [Internet]. 2014;1–10. Available from: <http://www.comsegovia.com/paliativos/pdf/curso2014/sesion2/1DOLOR.DEFINI.DIAGINTERDISCIPLINAR.SESION2.pdf>
 39. Granados OIC. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. 2005;84–669.
 40. Magaña MV, López HHB, Poceros GR, Ortega GO, Neri Ruz ES, Castrillo CS. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. *Ginecol Obstet Mex*. 2007;75(6):347–56.
 41. Chen G, Tan JT, Ng K, Iezzi A, Richardson J. Mapping of Incontinence Quality of Life (I-QOL) scores to Assessment of Quality of Life 8D (AQoL-8D) utilities in patients with idiopathic overactive bladder. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12(1):1–8.
 42. Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en la nueva Constitución 2008*. La Constitución. 2008.
 43. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida*. 2017;84. Available from: http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf

44. Díaz-Narváez V.P. VP, Calzadilla-Núñez A. A. Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las Ciencias de la Salud. *Ciencias la Salud*. 2016;14(1):115–21.
45. Manterola C, Otzen T. Estudios observacionales. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *Int J Morphol*. 2014;32(2):634–45.
46. Sampieri H, Collado F, Lucio B. El proceso de Investigación: Planteamiento del problema, objetivos, preguntas de investigación y justificación del estudio. 1997;
47. Epidemiol E, Los G, Planificaci LA, Epidemiol DELE, Existe G. Diseño Y Tipos De Estudios. :1–9.
48. Icart MTI. Fundamentos de la investigación científica. Cómo Elabor y Present un Proy Investig una tesina y una tesis. 2012;
49. Española RA. Edad [Internet]. Diccionario Lengua Española. 2019. Available from: <https://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
50. Española RA. Diccionario de la lengua española. 23va ed. Madrid: Espasa Libros; 2014.
51. Estadística IV de. Definición de número de hijos [Internet]. Available from: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_734/elem_15341/definicion.html
52. Realizar AA. Diagnosis of urinary incontinence. *Progresos Obstet y Ginecol*. 2019;62(1):79–91.
53. Varela Pinedo LF. Health and quality of life in the elderly. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(2):199–201.
54. Omar A, Ean R. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. 2017;(82):179–200.

55. Ruiz R. El Metodo Cientifico y sus Etapas. Mexico [Internet]. 2011;2:79. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0256.pdf>
56. F G. ¿Qué es una encuesta? 1395;1–16. Available from: <http://www.estadistica.mat.uson.mx/Material/queesunaencuesta.pdf>
57. Maritza Busquets C, Ramón Serra T. 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.
58. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Fascículo provincial Imbabura. Result del Censo 2010 la población y vivienda en el Ecuador [Internet]. 2010;8. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf>
59. Carreño LM, 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.
60. Drs. Harwardt T, Fuentes B, Venegas M, Leal C, Verdugo F BP. 04_Estudio_De_Prevalencia.Pdf [Internet]. Available from: https://www.revistachilenadeurologia.cl/urolchi/wp-content/uploads/2015/12/04_estudio_de_prevalencia.pdf
61. Aceytuno M, Esperanza A, Miralles R, Prado B, Riera M, Roqueta C, et al. Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Incontinencia urinaria. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2008. 8–16 p.
62. Senra C, Pereira MG. Quality of life in women with urinary incontinence. Rev Assoc Med Bras. 2015;61(2):178–83.
63. Fernández-Cuadros M, Albaladejo-Florín M, Álava-Rabasa S P-MO. Efectividad de 6 sesiones de biofeedback manométrico en la incontinencia urinaria y la calidad de vida: estudio prospectivo tipo antes-después, 67 casos.

ANEXOS

Anexo 1. Oficio de autorización

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 – 073 – CEAACES – 2013 – 13
Ibarra – Ecuador

Ibarra, 3 de junio del 2019
Oficio 028-TFM-UTN

Señora
Blanca Mery Bonilla Castro
Presidenta de la Cruz Roja de Otavalo
Presente

De mi consideración:

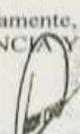
Reciba un atento saludo de quienes conformamos la Carrera de Terapia Física Médica, de la Universidad Técnica del Norte.

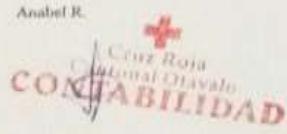
Comendidamente solicito a usted autorizar la realización del Trabajo de Grado "Incontinencia Urinaria y Calidad de Vida en Mujeres Adultas Mayores que Residen en el Hogar de Ancianos "Susana Mancheno de Pinto", de la Provincia de Imbabura 2019. Autora: León López Camila Nail. Director: Magister Cristian Torres.

El desarrollo del mencionado trabajo de investigación es de carácter estrictamente académico, y se lo realizará mediante el consentimiento informado de cada paciente, y la aplicación de cuestionarios en las fechas que de mutuo acuerdo estimen conveniente.

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

Atentamente,
"CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO"


MSc. Rocio Castillo A.
DECANA FCS-UTN

Anabel R.

10-06-2019
h. 11:39

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
Telfax: 2609-420 Ext. 7407 Casilla 199

Anexo 2. Consentimiento Informado



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

TEMA: “Incontinencia Urinaria y calidad de vida en mujeres adultas mayores que residen en el Hogar de ancianos Susana Mancheno de Pinto, Provincia de Imbabura, 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.

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

Anexo 3. Cuestionario Sociodemográfico aplicado a mujeres adulto mayores

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 _____

Anexo 4. Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF) aplicado a las mujeres adulto mayores

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: 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.

Anexo 5. Cuestionario para la calidad de vida aplicado a las mujeres adulto mayores

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: Chen G, Tan JT, Ng K, Iezzi A, Richardson J. Mapping of Incontinence Quality of Life (I-QOL) scores to Assessment of Quality of Life 8D (AQoL-8D) utilities in patients with idiopathic overactive bladder. Health Qual Life Outcomes. 2014 Dec 30; 12(1):133.

Anexo 6. Evidencia fotográfica

Fotografía N°1



Autor: Camila León

Descripción: Aplicación del cuestionario (ICIQ-IU-SF)



Autor: Camila León

Descripción: Aplicación del cuestionario de calidad de vida (I-QOL)

Fotografía N°2



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 - 073 - CEAACES - 2013 - 13
Ibarra - Ecuador
CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA



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

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

El Sr/a. [REDACTED], 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: [Signature] el 12 de Mayo del 2015.

MISIÓN INSTITUCIONAL

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

Autor: Camila León
Descripción: Consentimiento informado

Fotografía N°3

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

Autor: Wagner y Patrick

Descripción: Recopilación de información acerca de la calidad de vida mediante el instrumento (I-QOL)

Fotografía N°4

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

Autor: Internacional Continence Society

Descripción: Recopilación de información acerca de la incontinencia urinaria mediante el Cuestionario ICIQ-IU-SF

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS INCONTINENCIA URINARIA Camila Leon.docx (D64062114)
Submitted: 2/18/2020 2:27:00 PM
Submitted By: cashajo@gmail.com
Significance: 12 %

Sources included in the report:

TESIS FINAL MATEO ALEJANDRO SOTOMAYOR VITERI.docx (D63804652)
JEFFERSON BOWER SUAREZ CHUQUIN.docx (D63917464)
Lucia Barahona - sin scan.docx (D63060003)
Pamela Navarrete.docx (D60637224)
JACOME ABIGAIL TESIS (2).docx (D64023190)
TESIS-VALENCIA MISHEL.docx (D64023462)
TESIS HERNANDEZ NATALIA..docx (D63805072)
tesis- Esteban Mora.docx (D63059866)
Ctesis.docx (D63060188)
TESIS DIGITAL MARYURY TARAPUEZ.docx (D63618088)

Instances where selected sources appear:

49

En la ciudad de Ibarra, a los 19 días del mes de febrero de 2020

Lo certifico:


(Firma)
Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.
C.I:1003649686
DIRECTOR DE TESIS

