



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

**TEMA:**

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL”

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

**AUTORA:** Terán Reascos Vanessa Guadalupe

**DIRECTORA:** Lcda. Katherine Geovana Esparza Echeverria MSc.

IBARRA - ECUADOR

2020

## **CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE EL DIRECTOR DE TESIS**

Yo, LCDA. KATHERINE GEONAVA ESPARZA ECHEVERRIA MSC, en calidad de tutora de tesis titulada **“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA DE MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL”**, de autoría de VANESSA GUADALUPE

TERÁN REASCOS, una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que esta apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Atentamente.



.....  
Lcda. Katherine Geovana Esparza Echeverria MSc.

C.I.: 100317611-0

**DIRECTORA 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 al Art. 144 de la ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que se publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información.

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CEDULA DE CIUDADANIA:</b>	0401391362		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Terán Reascos Vanessa Guadalupe		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Montufar y Ángel P. Chávez		
<b>EMAIL:</b>	vgteranr@utn.edu.ec		
<b>TELEFONO FIJO:</b>	2290-787	<b>TELF. MOVIL:</b>	0987198138
<b>DATOS DE LA OBRA</b>			
<b>TITULO:</b>	“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD ED VIDA EN MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL”		
<b>AUTOR (A):</b>	Terán Reascos Vanessa Guadalupe		
<b>FECHA:</b>			
<b>SOLO PARA TRABAJO DE GRADO</b>			
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSTGRADO		
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	Licenciada en Terapia Física Médica		
<b>ASESOR (A)/ DIRECTOR (A):</b>	Lic. Katherine Geovana Esparza Echeverría MSc.		

## 2. CONSTANCIA

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

### LA AUTORA:

(Firma) 

Vanessa Guadalupe Terán Reascos

C.C: 0401391362

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

**Guía:** FCCS-UTN

**Fecha:** Ibarra, 01 de julio de 2020

**VANESSA GUADALUPE TERÁN REASCOS** "INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL" / Trabajo de Grado Licenciatura en Terapia Física Médica. Universidad Técnica del Norte.

**DIRECTOR:** Leda. Katherine Geovana Esparza Echeverria MSc.

El principal objetivo de la presente investigación fue identificar la Incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres mayores de 25 años que acuden a consulta externa del Hospital San Vicente de Paul. Entre los objetivos específicos constan: Caracterizar socio demográficamente a los sujetos de estudio, Clasificar la incontinencia urinaria según 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, 01 de julio de 2020



.....  
MSc. Katherine Geovana Esparza Echeverria

**Directora**



.....  
Vanessa Guadalupe Terán Reascos

**Autora**

## **DEDICATORIA**

Dedico mi trabajo en primer lugar a Dios, quien supo darme el valor, fuerza, salud y perseverancia para terminar con esta hermosa etapa de mi vida. A mis padres y abuelos quienes han sido el pilar fundamental y apoyo incondicional durante toda mi etapa educativa, a mis hermanos y mi amada sobrina.

A mi compañero de vida: mi novio, a mis amigos y compañeros que han sido una de las grandes fortalezas y siempre me apoyaron tanto en el ámbito personal como académico, gracias por tanto apoyo, cariño y paciencia.

A todas las personas mencionadas dedico mi trabajo final de grado y les agradezco infinitamente por ser parte de mi vida.

*Vanessa Guadalupe Terán Reascos*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por ayudarme a terminar de la mejor manera mi carrera y guiarme en cada momento de mi vida.

A mis Padres y Abuelos quienes fueron las personas que me han apoyado en todo momento para poder obtener mi título universitario.

A la Universidad Técnica del norte quien me brindó la oportunidad de estudiar la carrera que me gusta y así obtener mi profesión.

A la Carrera de Terapia Física Médica, sin duda la mejor carrera de la universidad por la calidad de maestros con la que esta cuenta.

Al Msc. Katherine Esparza quien con su tiempo, paciencia y guías pude terminar con mi trabajo de tesis.

Al Hospital San Vicente de Paul por ser parte y apoyo en las evaluaciones físicas para la investigación de mi trabajo.

*Vanessa Guadalupe Terán Reascos*

## ÍNDICE DE CONTENIDO

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE EL 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 DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
TEMA: .....	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de la investigación.....	1
1.1. Planteamiento del problema .....	1
1.2. Formulación del Problema.....	3
1.3. Justificación .....	4
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo General .....	5
1.4.2. Objetivos Específicos.....	5
1.5. Preguntas de investigación. ....	6
CAPÍTULO II .....	7
2. Marco Teórico. ....	7
2.1. Sistema Urinario .....	7
2.1.1. Riñón.....	7
2.1.2. Uréteres .....	8
2.1.3. Vejiga .....	8
2.1.4. Uretra.....	9
2.2. Anatomía del suelo pélvico .....	9
2.3. Fisiología de la micción.....	10

2.3.1. Control nervioso de las vías urinarias inferiores.....	11
2.3.2. Vías parasimpáticas.....	12
2.3.3. Vías simpáticas.....	12
2.3.4. Vías Somáticas .....	12
2.3.5. Vías Aferentes .....	13
2.4. Incontinencia Urinaria .....	13
2.5. Fisiopatología de la Incontinencia Urinaria.....	13
2.5.1. Clasificación de la disfunción vesical neuropática .....	14
2.5.2. Mecanismos esfinterianos en la mujer .....	15
2.5.3. Mecanismos de sostén de suelo pélvico.....	15
2.6. Clasificación de la Incontinencia Urinaria .....	16
2.6.1. Incontinencia urinaria de estrés o esfuerzo (IUE).....	16
2.6.2. Incontinencia urinaria de urgencia (IUU) .....	16
2.6.3. Incontinencia urinaria mixta (IUM) .....	16
2.6.4. Incontinencia Urinaria por Rebosamiento o sobreflujo .....	17
2.6.5. Enuresis nocturna .....	17
2.7. Factores de riesgo .....	17
2.8. Mujeres y salud:.....	19
2.9. Calidad de vida .....	19
2.10. Calidad de Vida relacionada con la salud.....	19
2.10.1. Aspectos de la calidad de vida relacionada con salud.....	20
2.10.2. Calidad de Vida en relación con la incontinencia urinaria. ....	21
2.11. Evaluación de la Incontinencia urinaria y calidad de vida. ....	22
2.11.1. Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF) .....	22
2.11.2. Instrumento Para la Calidad De Vida Con Incontinencia (I-QOL).....	23
2.12. Marco legal y ético .....	23
2.12.1. Plan Nacional del Buen Vivir .....	23
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>26</b>
3. Metodología de la investigación.....	26
3.1. Diseño de la investigación .....	26
3.2. Tipo de investigación.....	26
3.3. Localización y ubicación del estudio.....	27

3.4. Población de estudio .....	27
3.4.1. Criterios de inclusión .....	27
3.4.2. Criterios de exclusión.....	28
3.4.3. Criterios de salida.....	28
3.5. Operacionalización de variables. ....	29
3.6. Métodos y técnicas de recolección de información .....	32
3.6.1. Métodos de recolección de datos .....	32
3.7. Técnicas e instrumentos.....	32
3.7.1. Técnicas.....	32
3.7.2. Instrumentos .....	32
3.8. Validación de instrumentos .....	33
3.8.1. Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF) .....	33
3.8.2. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL).....	33
3.9. Análisis de datos .....	34
CAPÍTULO IV .....	35
4. Análisis y discusión de resultados .....	35
4.1. Respuesta a las preguntas de investigación .....	43
CAPÍTULO V .....	45
5. Conclusiones y recomendaciones.....	45
5.1. Conclusiones.....	45
5.2. Recomendaciones .....	46
BIBLIOGRAFÍA .....	47
ANEXOS .....	54
Anexo 1. Oficio de autorización.....	54
Anexo 2. Consentimiento informado .....	55
Anexo 3. Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos .....	57
Anexo 4. Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF).....	58
Anexo 5. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL) .....	59
Anexo 6. Evidencia fotográfica.....	60

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de la población de estudio según la edad .....	35
Tabla 2. Caracterización de la población de estudio según etnia.....	36
Tabla 3. Caracterización de la población de estudio según número de hijos.....	37
Tabla 4. Prevalencia puntual de incontinencia urinaria .....	38
Tabla 5. Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos. ....	39
Tabla 6. Evaluación de la calidad de vida I QOL test.....	40
Tabla 7. Evaluación de la calidad de vida según subescalas IQOL test. ....	41
Tabla 8. Relación entre tipos de incontinencia urinaria y puntuaciones de las subescalas de la calidad de vida. ....	42

## RESUMEN

INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL.

**Autora:** Vanessa Guadalupe Terán Reascos

**Correo:** vgteranr@utn.edu.ec

La incontinencia urinaria es una patología que se define como cualquier pérdida involuntaria de orina que ocasiona un problema social, físico e higiénico, el cual afecta en la calidad de vida de quien lo padece. La presente investigación tuvo como finalidad establecer la prevalencia de incontinencia urinaria y el efecto de esta en la calidad de vida en mujeres mayores de 25 años que acuden a consulta externa del Hospital San Vicente de Paul. El estudio fue de tipo cualicuantitativo y descriptivo, con un diseño no experimental y de corte transversal, con una población de estudio de 170 mujeres de 25 años hasta 70 años, con el fin de identificar la incontinencia urinaria y su afectación en la calidad de vida. Como instrumentos, se utilizó una ficha para los aspectos sociodemográficos, un cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SP), y uno para la calidad de vida para personas con incontinencia urinaria (I-QOL). A través de los resultados obtenidos, mediante la caracterización se evidenció un predominio de mujeres adultas correspondientes al rango de edad de 36 y 64 años, siendo en su mayoría de etnia mestiza y multíparas (2-4 hijos). Estableciendo una prevalencia del 88,2% con incontinencia urinaria, siendo más prevalente la incontinencia urinaria de esfuerzo con el 38,8%; presentando una afectación en su calidad de vida la totalidad de mujeres identificadas con incontinencia urinaria, siendo la subescala con mayor afectación la de vergüenza social que corresponde a la Incontinencia Urinaria Mixta.

**Palabras claves:** Incontinencia urinaria, Calidad de vida y Prevalencia.

## ABSTRACT

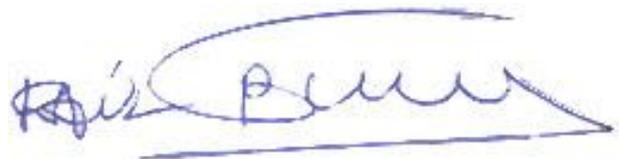
URINARY INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN OLDER THAN 25 YEARS OLD THAT GO TO AN EXTERNAL CONSULTATION OF THE SAN VICENTE DE PAUL HOSPITAL

**Author:** Vanessa Guadalupe Terán Reascos

**Email:** vgteranr@utn.edu.ec

Urinary incontinence is a pathology that is defined by any involuntary loss of urine that causes a social, physical, and hygienic problem, which affects the quality of life of those who suffer from it. The purpose of this research was to establish the prevalence of urinary incontinence and its effect on the quality of life in women over 25 years of age who come to the outpatient clinic of the “San Vicente de Paul” Hospital. The study was qualitative and descriptive, with a non-experimental design and cross-sectional design, with a study population of 170 women aged 25 to 70 years of age, in order to identify urinary incontinence and its impact on quality of life. As instruments, they are considered an index card for sociodemographic aspects, a questionnaire of urinary incontinence (ICIQ-IU-SP), and one for quality of life for people with urinary incontinence (I-QOL). Through the results obtained, the characterization shows a predominance of adult women corresponding to the age range of 36 and 64 years, being mostly of mixed ethnicity and multiparous (2-4 children). Establishing a prevalence of 88,2% with urinary incontinence, showing up what urinary incontinence is the most prevalent with 38,8%. Presenting an affectation in their quality of life to all women identified with urinary incontinence, being the subscale with the greatest affectation of the social shame that corresponds to Mixed Urinary Incontinence.

**Key words:** Urinary incontinence, quality of life, prevalence.



**TEMA:**

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL”

# CAPÍTULO I

## 1. Problema de la investigación

### 1.1. Planteamiento del problema

La International Continent Society (ICS) define a la incontinencia urinaria como cualquier pérdida involuntaria de orina que se puede demostrar de forma objetiva y que ocasiona un problema social y de higiene. La incontinencia urinaria (IU) es un problema médico y social que es de gran importancia debido a que cada vez aumenta en tendencia su prevalencia. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que unos 200 millones de personas sufren IU, con independencia de la edad y el sexo. La población más afectada es el sexo femenino; las tasas de prevalencia publicadas en la literatura son altas, alcanzan hasta un 69% en la población femenina. Además, en algunos casos, incluso parece que las cifras infravaloran la situación. Esta descrito que más del cincuenta por ciento de los pacientes con IU no consultan el problema; su prevalencia aumenta con la edad a partir de la menopausia y por la paridad, en especial por los segundos nacimientos, sobre todo más allá de los 40 años. (2)

En Cuba se realizó un estudio el cual arrojó como resultados que en Centroamérica la prevalencia de IU es creciente, durante la primera etapa de la edad adulta (20 a 30%), un pico amplio alrededor la edad media de la vida (30 a 40%), y luego un incremento continuo en mujeres de avanzada edad (30 a 50%). (3)

En Brasil los estudios muestran una prevalencia de IU que oscila entre 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%). (4)

En España su prevalencia no está bien establecida, y varía en distintos estudios en el mundo desde el tres a los cuarenta por ciento en relación con la edad y el sexo. Según distintos estudios, la IU es motivo de consulta en menos de los treinta por ciento de los casos, y la mayoría de las veces es un problema que sólo conoce la persona que lo padece. Por otra parte, hasta en un treinta y nueve por ciento de los casos que consultan no se realiza una intervención adecuada. (5)

En Chile la Incontinencia Urinaria (IU) es declarada un problema de salud pública a nivel mundial y que afecta principalmente al sexo femenino. Presenta una prevalencia entre nueve y treinta y nueve por ciento en mujeres climatéricas mayores de sesenta años, etapa en que se ve exacerbada la sintomatología urinaria; y en donde solo uno de cada diez mujeres que la padece, busca atención médica. Las restantes no lo hacen por vergüenza y pudor. (6)

La incontinencia urinaria se considera una de las principales cargas económicas para la sociedad, especialmente en países donde un número significativo de mujeres contribuye al crecimiento doméstico y financiero. Una reciente revisión sistemática sobre las cargas económicas de la incontinencia urinaria de urgencia en los Estados Unidos reveló una pérdida de \$65.9 mil millones en 2007, con costos proyectados de \$ 76.2 mil millones en 2015 y \$82.6 mil millones en 2020. (7)

En un estudio realizado Lisboa en el 2015 indica que la relación de la gravedad de la incontinencia con el deterioro de la vida social y el impacto en la vida familiar. Así mismo indican que la incontinencia se asocia con una profunda sensación de humillación y estigma. (8) Esto quiere decir que las personas con IU son afectadas en salud psicosocial y salud mental ya que tiene un impacto negativo en su vida cotidiana. La afectación psicológica y social es provocada por las fugas de orina y el olor que puede influir en la capacidad de una persona en participar en las actividades cotidianas, la vida social, el rendimiento sexual, así como provocar problemas de depresión y ansiedad. Esto se caracteriza por sentimientos de tristeza, vacío, insatisfacción, baja autoestima e inactividad y autoestima. (9)

En Ecuador específicamente en Cuenca en el Hospital General Macas se realizó un estudio donde los resultados fueron que un setenta y cinco coma siete por ciento de los sujetos de estudio de sexo femenino presenta incontinencia urinaria debido a factores como edad y maternidad. (10)

En Imbabura en el Hospital San Vicente de Paul no se han realizado estudios sobre la IU y como afecta la calidad de vida en mujeres, por lo que es muy importante investigar de manera correcta esta problemática que se da con mayor probabilidad en población femenina.

## **1.2. Formulación del Problema**

¿Cómo afecta la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres que acuden al Hospital San Vicente de Paul en la ciudad de Ibarra?

### **1.3. Justificación**

El motivo de la investigación fue levantar información acerca de la incontinencia urinaria, misma que no existe a nivel de la provincia de Imbabura y a su vez identificar cómo esta puede afectar en la calidad de vida de las personas que la padecen.

Este proyecto fue viable ya que se obtuvo el permiso necesario para realizar la recolección de datos bajo la autorización del director general del Hospital San Vicente de Paúl, llevándose a cabo también gracias a la colaboración de las mujeres que aceptaron ser parte de esta investigación, ayudando con datos sociodemográficos, y firma de autorización para realizar las encuestas, también a la presencia del investigador capacitado en el tema.

La investigación fue factible ya que contó con recursos tecnológicos, económicos, humanos y bibliográficos para levantar información acerca de la incontinencia los cuales fueron fácilmente accesibles y de bajo presupuesto.

Los datos obtenidos podrán ser utilizados para próximas investigaciones relacionadas con la incontinencia urinaria y la calidad de vida de los pacientes, además da paso a futuros proyectos en donde se podría incrementar un plan de tratamiento para esta patología, mejorando la calidad de vida de las mujeres.

Tiene un impacto social, ya que gracias a los resultados se logra identificar a las mujeres que padecen incontinencia urinaria, sus tipos y como afecta esto en su calidad de vida, especialmente en su estado emocional según subescalas.

Los beneficiaron directos de la investigación fueron las mujeres mayores de 25 años que acuden a consulta externa del Hospital San Vicente de Paul, y la investigadora que participa directamente en el proyecto. Como beneficiarios indirectos están la Universidad Técnica del Norte y la Carrera Terapia Física Médica, aumentando así el número de temas investigados que serán de interés para el lector.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres que acuden al Hospital San Vicente de Paul en la ciudad de Ibarra.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

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

### **1.5. Preguntas de investigación.**

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

## **CAPÍTULO II**

### **2. Marco Teórico.**

#### **2.1. Sistema Urinario**

##### **2.1.1. Riñón**

Los riñones son órganos en forma de frijol que pesan entre 150 y 200g en los hombres y aproximadamente 120 a 135g en mujeres. Las dimensiones son generalmente una longitud de 10 a 12cm, un ancho de 5 a 7cm, y el grosor varía de 3 a 5cm. Cada riñón es aproximadamente del tamaño de un puño. Se ubican retroperitonealmente en la pared abdominal posterior y se encuentran entre los procesos transversales de T12 y L3. Ambos polos superiores generalmente están orientados ligeramente hacia el medio y posteriormente a los polos inferiores. Si los polos renales superiores están orientados lateralmente, esto podría sugerir un riñón en herradura o una masa renal en el polo superior. Además, el riñón izquierdo suele ser ligeramente más superior en posición que el riñón derecho. El diafragma descansa sobre el tercio superior de cada riñón con la doceava costilla pasando con frecuencia (anteriormente) el polo superior. Los riñones generalmente se ubican sobre la cara medial del músculo psoas y la cara lateral del cuadrado lumbar. En el margen medial de cada riñón se encuentra el hilo renal, donde entra la arteria renal, la pelvis renal y la vena salen del seno renal.

La vena renal se encuentra anterior a la arteria renal, que es anterior a la pelvis renal. La pelvis renal es el extremo aplanado y superior del uréter. Recibe 2 o 3 cálices mayores, cada uno de los cuales se divide en 2 o tres cálices menores. Los cálices menores están sangrados por las papilas renales, que son ápices de las pirámides renales. Cada riñón tiene una cápsula y está rodeado de grasa, la fascia de Gerota y más grasa. Toda el área que afecta inmediatamente a los riñones se considera retroperitoneo. (11)

### **2.1.2. Uréteres**

Son dos conductos largos y finos que nacen de la pelvis renal, situada a la altura de la primera y segunda vértebra lumbar y descienden hacia la vejiga urinaria. La función es llevar la orina hasta la vejiga, para esto realiza movimientos peristálticos.

#### **2.1.2.1. Generalidades**

Nace en la región lumbar y se dirige hacia abajo. Se ubica al nivel de la bifurcación de la arteria iliaca común, región sacroiliaca y se introduce en la pelvis menor y se dirige oblicuamente hacia abajo, hacia adelante y medialmente, atraviesa la pared de la vejiga urinaria y se abre en su cavidad. Los dos uréteres, primero paralelos en el segmento lumbar, tienden a converger uno hacia el otro en la pelvis menor, donde dibujan una curva de concavidad medial. Su posición es fija, pero a veces pueden ser desplazados muy lejos de su posición normal por tumores abdominales o pelvianos. Los uréteres miden entre 30 a 35cm de largo en una persona adulta. El uréter izquierdo tiene una leve diferencia en tamaño siendo así 15 a 20mm más largo que el derecho. Los uréteres son formados de lateral a medial tres tunicas: Túnica adventicia, muscular y mucosa. Los uréteres cuando van hacia la vejiga lo hacen en sentido oblicuo, el musculo detrusor comprime los uréteres y lo hace para que no haya reflujo de orina hacia los riñones. Se deslizan primero entre las capas longitudinales y circula del músculo vesical y luego atraviesa esta última antes de llegar a la mucosa vesical. Pierden las fibras circulares al llegar a la vejiga, pero conserva las fibras longitudinales, las que se expanden en abanico en la superficie endovesical del triángulo. (12)

### **2.1.3. Vejiga**

Órgano muscular hueco, situado en la zona anterior al recto en los hombres y por detrás de la vagina y debajo del útero en mujeres. Su morfología es variable en función de la cantidad de orina de su interior. Es aplanada cuando está vacía o colapsada, cogiendo forma esférica según se va llenando, hasta adquirir forma de pera cuando está totalmente llena. Suele tener una capacidad de entre 700 y 800 mililitros, aunque

cuando sobrepasa los 200 o 400 mililitros los sensores de tensión de la superficie comienzan a enviar señales que marcan el comienzo del deseo consciente de micción. El esfínter uretral externo, que comprime la uretra, es un músculo voluntario, solo se abre bajo control consciente. En cambio, la acción de contracción muscular de la vejiga es involuntario, así como la apertura de un esfínter llamado esfínter uretral interno. (13)

#### **2.1.4. Uretra**

La uretra es, básicamente, el conducto excretor de la orina que se nace desde el cuello de la vejiga y se dirige al meato urinario externo. En ambos sexos realiza la misma función, sin embargo, presenta algunas diferencias que son importante saber. En las mujeres, la uretra mide cerca de 3.5 cm de longitud y se abre al exterior del cuerpo justo encima de la vagina. En los hombres, la uretra mide cerca de 12 cm de largo, pasa por la glándula prostática y luego a través del pene al exterior del cuerpo. En el hombre, la uretra es un conducto común al aparato urinario y al aparato reproductor. Por tanto, su función es llevar hacia afuera tanto la orina como el líquido seminal. En los hombres, la uretra parte de la zona inferior de la vejiga, pasa por la próstata y forma parte del pene. En la mujer, sin embargo, es mucho más corta pues su recorrido es menor. Está adherida firmemente a la pared de la vagina, no pasa por la próstata -las mujeres carecen de este órgano- y no tiene, como en el hombre, una función reproductora. El orificio uretral y el inicio de la uretra están rodeados por dos esfínteres: uno de control involuntario formado por haces del músculo pubovesical y otro de control voluntario formado por obras del músculo transverso profundo del periné que forma parte del diafragma urogenital. (14)

#### **2.2. Anatomía del suelo pélvico**

El piso pélvico está formado de músculos y tejidos conectivos que sirven de soporte y suspensión a los órganos pélvicos y abdominales. El musculo más importante y principal es el elevador del ano el cual cubre casi en su totalidad a la pelvis. Los órganos pélvicos pueden dividirse en 3: anterior (vejiga y uretra), medio (útero y

vagina, próstata y vesículas seminales) y posterior (recto, conducto anal y aparato esfinteriano). (15)

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 periné anterior está formado por tres planos musculo aponeuróticos: un plano profundo, un plano medio y un plano superficial. (15) (16)

- Plano profundo o diafragma pélvico: Musculo elevador del ano y musculo coccígeo, recubiertos por una capa superior.
- Plano medio o diafragma urogenital: está formado por una capa superior y otra inferior que recubren los músculos perineales profundos y el musculo esfínter externo de la uretra.
- Plano superficial: está formado por el músculo esfínter anal externo, los músculos Isquiocavernoso, musculo perineal transverso superficial y musculo bulbocavernoso. (16)

### **2.3. Fisiología de la micción**

La micción es un acto reflejo medular, controlado por los centros nerviosos superiores. Los estímulos sensitivos son transmitidos por las fibras parasimpáticas sensitivas al centro de la micción, se encuentra en las metámeras medulares sacra 2 a sacra 4 y el estímulo específico del mismo es la distensión mayor o menor vesical. Cuando el detrusor es distendido, aunque más no sea que por escasa cantidad de orina, se transmite esta percepción a los centros medulares, los cuales, por la acción de centros inhibidores corticales, readaptan el tono de las fibras musculares del detrusor, relajándolas y acomodando así la longitud de las mismas al contenido vesical, manteniéndose, por esta condición exclusiva en toda la fisiología humana, una presión

endovesical constante con diferentes volúmenes de orina, propiedad que queda expresada en el estudio cistotonométrico por el tono de base del detrusor. Pero, a medida que aumenta la repleción vesical, la relajación del detrusor, quizás por el agregado de percepciones simpáticas, llega a nivel de la conciencia (primer deseo miccional de la cistotonometría) y si la situación no es socialmente propicia, nuevos estímulos inhibidores corticales relajan aún más la musculatura vesical. (17)

Por el contrario, si las circunstancias lo permiten, o ante el requerimiento de nuevos estímulos conscientes, cada vez mayores, la corteza cerebral suspende la inhibición que mantenía sobre el centro medular de la micción y el arco reflejo se completa con la participación de la parte motora y la contracción del detrusor se inicia de una manera progresiva sinérgica y útil. Por esa razón, la presión endovesical aumenta, llega a 60-80 cm de agua, el cuello vesical deja filtrar las primeras gotas de orina, que, en contacto con la mucosa uretral, motivan el desencadenamiento de otro reflejo, también medular, la relajación del esfínter externo y de toda la musculatura perineal, inervados por el pudendo; y así se realiza la micción . (17)

### **2.3.1. Control nervioso de las vías urinarias inferiores**

Existen receptores propioceptivos de tensión del detrusor y contracción en la pared vesical que se sitúan en las fibras colágenas y son más abundantes en el trígono. La sensibilidad propioceptiva del cuello vesical es transmitida por los nervios hipogástricos hacia la médula dorsolumbar (D10-L1). Así mismo existen receptores propioceptivos en la uretra posterior y en los músculos esqueléticos del suelo pélvico.

La sensibilidad propioceptiva de los músculos esqueléticos del suelo pélvico es conducida a través de los nervios pudendos hacia la médula sacra (S2-S4). En el epitelio (urotelio) y en la submucosa de la vejiga y uretra hay también receptores exteroceptivos (táctiles, dolorosos y térmicos). Estos receptores y el resto de los propioceptivos transportan su sensibilidad a través de los nervios pélvicos. (18)

### **2.3.2. Vías parasimpáticas**

Es el elemento principal del reflejo miccional. Ya que recepta una gran cantidad de facilitadores periféricos, en particular la reposición vesical. Hay micción solo bajo facilitación voluntaria del cerebro. Esto quiere decir que se produce una contracción del detrusor. El neurotransmisor es la acetilcolina. Las circunstancias patológicas pueden conducir a una excitación supraliminal del centro vesicoespinal que conduce a una contracción de la vejiga. Esto es lo que sucedió en las vejigas inestables con un impulso imperioso. (19)

### **2.3.3. Vías simpáticas**

Las vías preganglionares simpáticas que surgen de los segmentos espinales T11 a L2 cruzan a los ganglios de la cadena simpática y luego a los ganglios prevertebrales en los plexos hipogástricos y pélvicos superiores. La norepinefrina, liberada por los nervios posganglionares simpáticos, contrae el músculo liso de la uretra y la base de la vejiga activando los receptores adrenérgicos  $\alpha$  1, y relaja el músculo liso del cuerpo de la vejiga activando los receptores adrenérgicos  $\beta$  3. Los receptores  $\alpha$  1-adrenérgicos provocan contracciones en la uretra y el cuello de la vejiga al liberar  $\text{Ca}^{2+}$  de las reservas intracelulares. (20)

Los receptores  $\beta$ 3-adrenérgicos causan relajación al aumentar el AMP cíclico y activar la proteína quinasa A que actúa en parte al inducir una hiperpolarización de las células al abrir canales de  $\text{K}^{+}$  o al estimular una bomba de iones electrogénicos. (20)

### **2.3.4. Vías Somáticas**

El sistema somático inerva el esfínter estriado uretral a través del nervio pudiendo, mientras que fibras sacras directas inervan el músculo elevador del ano con la acetilcolina como neurotransmisor implicado en ambos casos. Los sistemas simpático y somático favorecen el llenado vesical, mientras que el parasimpático favorece el vaciado. (21)

### **2.3.5. Vías Aferentes**

Llevar a la médula espinal la información de las áreas inervadas. Los estímulos sensitivos incluyen receptores de dilatación, tensión, fricción, propioceptivos y nociceptivos. (21)

### **2.4. Incontinencia Urinaria**

Según la International Continence Society (ICS), se define Incontinencia urinaria como la queja por cualquier pérdida involuntaria de orina. Incluye una demostración objetiva de la pérdida de orina durante la fase de llenado vesical y una valoración subjetiva del impacto de la incontinencia sobre la calidad de vida de las personas que la padecen. La aparente sencilla acción de orinar en el lugar adecuado y en el momento adecuado es el resultado de una compleja integración de mecanismos fisiológicos, en los que intervienen diferentes aparatos y sistemas (Sistema muscular y esquelético, Sistema nervioso y Aparato genitourinario). Así pues, la aparición de IU puede ser la manifestación de diversas enfermedades o alteraciones que afectan a distintos aparatos y sistemas. La incontinencia urinaria es un síntoma común que aparece en muchas enfermedades, afectando a todos los grupos de edad y a ambos sexos. La incontinencia tiene un importante impacto negativo sobre la calidad de vida, tanto en el entorno social, como el físico, sexual, psicológico, laboral y doméstico. (22)

### **2.5. Fisiopatología de la Incontinencia Urinaria**

El mecanismo de cerrado complementario se muestra cuando el individuo realiza actividades físicas que incrementan la presión intraabdominal (toser, estornudar), y está compuesto por la transmisión pasiva de la presión intraabdominal a través de la vejiga, la uretra y la transmisión activa de dicha presión mediante la contracción de los músculos estriados periuretrales, como el esfínter uretral, el músculo compresor de la uretra, el esfínter uretrovaginal y los músculos del piso pélvico. De esta manera, cuando la presión intraabdominal aumenta repentinamente, los músculos estriados tanto periuretrales como los del piso pélvico se contraen evitando el paso de la orina.

Cuando se presentan daños en cualquiera de los componentes que participan en este reflejo se desencadenan patologías como la incontinencia urinaria. (23)

### **2.5.1. Clasificación de la disfunción vesical neuropática**

Frecuentemente las pacientes se presentan con una enfermedad neurológica conocida y síntomas urinarios asociados, pero en otras ocasiones aparecen primero los síntomas urinarios y es a partir de ello; es importante saber que la alteración en la vía neurológica involucrada en la fisiología de la micción no solo causa síntomas urinarios, sino que estos pueden repercutir en la vía urinaria superior y causar daño permanente, así como amenazar la vida por la aparición de infecciones urinarias, urosepsis y falla renal. (24)

- **Lesiones supraespinales:**

Por encima del núcleo pontino de la micción o núcleo de Barrington hay 3 circuitos que controlan tanto la percepción consciente e inconsciente como la integración emocional y el efecto inhibitorio y socialmente aceptado del llenado y vaciamiento de la vejiga. Las lesiones a este nivel varían en su patrón de compromiso porque depende altamente del sitio de afectación. Sin embargo, casi siempre se comporta con una pérdida de la inhibición del detrusor (24)

- **Lesiones suprasacras:**

Es una alteración a nivel ascendente-central por bloqueo de la transmisión desde los núcleos sacros y torácicos que llevaban información al centro pontino, con lo cual normalmente se modula la respuesta inhibitoria central durante el llenado, ante la lesión hay una pérdida de la coordinación central (24)

- **Lesiones infrasacras:**

Las sesiones sacras o infrasacras denervan la vejiga de su componente parasimpático (contracción detrusora y relajación del esfínter) conservando la

función simpática (llenado y continencia). Además, hay denervación somática del esfínter externo por lesión del pudendo (el núcleo de Onuf es sacro). Puede haber algo de sensación dolorosa preservada por las fibras sensitivas aferentes de la vía simpática. (25)

### **2.5.2. Mecanismos esfinterianos en la mujer**

El mecanismo extrínseco, o activo, está constituido por las siguientes estructuras: tejido conjuntivo pélvico subperitoneal y su fijación a la pared pélvica, músculos levantadores del ano, que está compuesto por los músculos pubococcigeo y el ileococcigeo (piso o diafragma pélvicos), y los músculos esfínter uretrovaginal y el compresor de la uretra. Estos tres músculos conjuntamente ejercen la función de “mecanismo esfinteriano de la uretra”. El mecanismo intrínseco o pasivo está compuesto por las siguientes estructuras: inervación automática (sistema nervioso simpático) y tonos alfa Adrenérgico; musculatura estriada de la pared uretral, el esfínter urogenital estriado más externo (esfínter uretral); plexo vascular submucoso de la uretra; musculatura lisa de la pared uretral y vasos periuretrales, la función de este musculo liso es mantener el tono de la uretra y mantenerse cerrado durante la fase de llenado. (26)

### **2.5.3. Mecanismos de sostén de suelo pélvico**

El suelo pélvico lo forman un conjunto de estructuras musculares y aponeuróticas que se fijan a la pelvis ósea y forman el sostén en el que se apoya el contenido abdominal compensando con sus características elásticas los vectores de presión, además se encuentra ubicado de modo que permite paso de órganos digestivos, urinarios y reproductores. La resistencia y elasticidad de sus distintos componentes que agota progresivamente lo que, unido a la existencia de distintas agresiones como el embarazo, el parto y sobreesfuerzos de la vida cotidiana, condicionan la integridad anatómo funcional de este sostén en forma de hamaca. (27)

## **2.6. Clasificación de la Incontinencia Urinaria**

### **2.6.1. Incontinencia urinaria de estrés o esfuerzo (IUE)**

La incontinencia urinaria de esfuerzo es la fuga involuntaria de orina. en esfuerzo (como estornudar o toser), lo que aumenta la presión intraabdominal a esa altura más alta que el piso pélvico y presiones del esfínter de la vejiga. La incontinencia de esfuerzo es más común en mujeres y se relaciona con embarazo, parto, estreñimiento y obesidad. La incontinencia de esfuerzo es característica asociado con pequeñas fugas; la fuga es momentánea y cesa una vez que se detiene el episodio de presión intraabdominal elevada. (28)

### **2.6.2. Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)**

La IUU se define como la perdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida por urgencia. Desde el punto de vista clínico suele acompañarse de aumento de la frecuencia miccional diurna y nocturna. La urgencia miccional se define como un deseo repentino de orinar que no puede ser controlado con facilidad (es un síntoma muy común en la mujer con vejiga hiperactiva). Se considera que existe aumento de frecuencia miccional cuando la paciente refiere más de 7-8 micciones diarias. No obstante, como este parámetro depende de la ingesta de líquido y de la alimentación, la última actualización establece que una frecuencia miccional esta aumentada cuando el paciente considera que se ha producido un cambio en su ámbito miccional y orina más veces de lo que era habitual. (29)

### **2.6.3. Incontinencia urinaria mixta (IUM)**

La incontinencia urinaria mixta o IUM es definida como una pérdida o fuga involuntaria y es asociada a la incontinencia urinaria de urgencia y esfuerzo.

#### **2.6.4. Incontinencia Urinaria por Rebosamiento o sobreflujo**

La incontinencia por rebosamiento es el resultado de una falla al vaciar la vejiga de la obstrucción de la salida de la vejiga o la contractilidad inadecuada de la vejiga. En los hombres, la etiología más común es la obstrucción de la salida de la vejiga por agrandamiento prostático. En las mujeres, la etiología más común es una vejiga contráctil. (30)

#### **2.6.5. Enuresis nocturna**

La enuresis nocturna (EN) es la pérdida involuntaria de orina que ocurre durante el sueño.

### **2.7. Factores de riesgo**

- **Género**

Según el resultado de varios estudios se logra determinar que la incontinencia Urinaria se presenta tanto en hombres como en mujeres, pero con mayor probabilidad de afectar al sexo femenino.

- **Edad**

Es determinante en estas alteraciones de la disfunción del suelo pélvico debido a los procesos de cambios fisiológicos que ocurre en el transcurso de la vida. Se destaca la menopausia, debido a los cambios hormonales y psicológicos. Los cambios biológicos que ocurre, 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. (31)

- **Genética**

La debilidad o lesión de los elementos que forman el suelo pélvico predispone especialmente a la mujer por sus características anatómicas a presentar afecciones a ese nivel que provocan una sintomatología en ocasiones múltiple por combinarse con diferentes problemas como: incontinencias urinarias y fecales, prolapsos genitales, dolor pélvico crónico y disfunción sexual. (32)

- **Peso**

La obesidad es una causa reversible de incontinencia urinaria, que conlleva un aumento en la presión intraabdominal con el consecuente debilitamiento de la musculatura del piso pélvico, se ha demostrado que modificaciones en el estilo de vida del paciente asociado a pérdida de peso, mejora la sintomatología de estas pacientes. (33)

- **Antecedentes obstétricos**

La paridad y el mecanismo de parto son factores de riesgo establecidos para la Incontinencia Urinaria, especialmente para la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. (34)

- **Enfermedades crónicas y padecimientos**

Las enfermedades como diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, esclerosis múltiple, enfermedades reumáticas, alcoholismo, tos crónica y obesidad, entre otras, se han relacionado con la IU. (31)

- **Ejercicio Físico**

La práctica de ejercicio físico se considera un factor de riesgo, principalmente en la mujer. La prevalencia de IU en mujeres deportistas de elite es muy alta, dependiendo

de la actividad que se practique, ya que los deportes de alto impacto presentan mayores consecuencias lesivas para el suelo pélvico. (35)

## **2.8. Mujeres y salud:**

La definición de Mujer y Salud apuesta por un enfoque multidisciplinar, que reconozca, no solo las necesidades diferenciales de las mujeres a lo largo de su ciclo vital, sino las diferencias interindividuales entre las mujeres relacionadas con aspectos tales como raza/etnia, cultura, niveles de educación, preferencias sexuales, acceso a los cuidados de salud, etc. (36)

Las diferencias orgánicas, tanto morfológicas como de funcionamiento, que existen entre mujeres y hombres producen variaciones en el estado de salud y en el modo de enfermar y morir de unas y otros. La mayoría de los problemas que afectan a la salud de las mujeres no se han estudiado suficientemente, dando lugar a desigualdades en la salud con graves consecuencias para las mujeres. (36)

## **2.9. Calidad de vida**

La calidad de vida (CV) según la Organización Mundial de Salud es un concepto extenso, complejo, subjetivo, con dimensiones tanto positivas como negativas, determinada por el contexto cultural, social y ambiental, que, relacionada con el ámbito de la salud, permite obtener información complementaria y diferente a los indicadores clínicos tradicionales. A partir de esta definición surge el término calidad de vida relacionada con la salud. (37)

## **2.10. Calidad de Vida relacionada con la salud.**

Es una evaluación subjetiva de las influencias en el estado de salud, cuidados, promoción y mantenimiento de la funcionalidad en actividades que afecten el estado general de bienestar y consideren diferentes dimensiones esenciales de la vida humana. (37)

### **2.10.1. Aspectos de la calidad de vida relacionada con salud.**

- **Funcionamiento físico**

Se reconoce funcionamiento como la “Acción y efecto de funcionar”. La propia definición de bienestar relacionada el buen funcionamiento con la actividad somática y psíquica de la persona. Se relaciona el concepto de buen funcionamiento somático con un buen funcionamiento físico, un buen funcionamiento del cuerpo. La mayoría de las mujeres indica que el miedo es grande por llegar a perder su trabajo o cambiar las funciones laborales debido a la limitación laboral, lo que causa gran restricción para realizar actividades que requieren esfuerzo físico. (38)

- **Bienestar psicológico**

Los pacientes con incontinencia urinaria a menudo demuestran una calidad de vida notablemente baja. Pierden la confianza renunciando a una relación tanto social como profesional. Deteriora su salud, provocando molestias, bajo estado físico y mental o incluso entra en un cuadro de depresión, hace que las mujeres renuncien a su carrera y se queden dentro de casa. Además de los síntomas somáticos, los pacientes con IU a menudo informan su mal estado psíquico (ansiedad y disminución del estado del ánimo), molestias y vergüenza significativa. (39)

- **Estado emocional**

La incontinencia urinaria tiene repercusiones en el estado emocional de una persona, lo que puede causar baja autoestima, sentimientos de humillación, vergüenza con ella misma y ante la presencia de otras personas, inseguridad, tristeza, limitación para realizar funciones de la vida diaria, incapacidad, aislamiento e interrupción en actividades laborales, sociales y sexuales.

- **Dolor**

El dolor se define como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño. Se trata en todo caso de un concepto subjetivo y existe siempre que un paciente indique que algo le duele. El dolor interfiere en las actividades de la vida diaria (AVD) con diferencias por sexo, siendo mayor la afectación en mujeres, e incrementándose a medida que lo hace la edad, y en relación con la actividad realizada y en puestos concretos de trabajo, lo que puede intervenir en la planificación asistencial y preventiva, dentro de un concepto selectivo que contemple las diferencias encontradas. (40)

- **Funcionamiento social**

Es un constructo complejo y multidimensional, que hace referencia a las habilidades de una persona para lograr metas y roles sociales definidos, así como para cuidar de sí misma y disfrutar de su tiempo libre. (41)

- **Percepción general de la salud**

La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal. Es subjetiva, ya que las reacciones ante un mismo estímulo varían de un individuo a otro; selectiva porque es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir; temporal, puesto que es un fenómeno a corto plazo. Así, el estado de salud percibido es uno de los indicadores más utilizados al evaluar la salud de la población y aporta una primera aproximación de la satisfacción vital del individual. (42)

### **2.10.2. Calidad de Vida en relación con la incontinencia urinaria.**

La incontinencia urinaria tiene un impacto negativo notable sobre múltiples aspectos de la vida diaria, tanto en el entorno social (menor interacción social o mayor aislamiento, abandono de algunas aficiones, etc.), como en el físico (limitaciones a la

práctica deportiva), sexual, evitación de la pareja), psicológico (perdida de la autoestima, apatía, depresión, sentimientos de culpabilidad, etc.), laboral (ausentismo, menos relación) y doméstico (precauciones especiales con la ropa, protección de la cama, entre otras). La incontinencia urinaria afecta más a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las más jóvenes y está relacionada con el tipo de incontinencia urinaria de que se trate. (43)

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

Para realizar una adecuada evaluación se tomaran cuenta los cuestionarios que fueron aplicados a la muestra de estudio los cuales son los más reconocidos y utilizados en distintos estudios a nivel mundial, que además son validados y traducidos en diferentes idiomas, los instrumentos son: Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-UF-SF) para identificar qué tipo de incontinencia presentan y el Instrumento para la Calidad de vida con Incontinencia (I-QOL) que señala la afectación en cuanto a la calidad de vida en pacientes con Incontinencia.

### **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 paciente. (44)

Si bien el cuestionario ha sido validado al español en una población europea como España, demostrando su superioridad con respecto a otros cuestionarios, su uso no ha sido validado en poblaciones de países de habla hispana en vías de desarrollo. En nuestro país no se ha validado ningún cuestionario en relación con la incontinencia

urinaria. Pensamos que es importante contar con un cuestionario validado en Chile, que nos permita analizar el problema de incontinencia urinaria femenina en la población chilena perteneciente mayoritariamente al sistema Fondo Nacional de Salud- y ponerlo a disposición de la clínica y la investigación sobre el tema en nuestro medio. Este cuestionario es el único que ha sido ofrecido, ya traducido, a la comunidad internacional para su validación y es por lo que se procedió a validarlo. (44)

### **2.11.2. Instrumento Para la Calidad De Vida Con Incontinencia (I-QOL)**

El cuestionario de calidad de vida de la incontinencia (I-QOL) es un instrumento de calidad de vida específico para la incontinencia validado y utilizado comúnmente. El objetivo de este estudio es desarrollar un algoritmo para mapear la I-QOL a la herramienta de evaluación de calidad de vida (AQoL) 8D en pacientes con vejiga hiperactiva idiopática (iOAB). (45)

Los 22 elementos se pueden agrupar en 3 subescalas: Evitación y comportamiento limitante (8 elementos), Impactos psicosociales (9 artículos) y Vergüenza social (5 artículos). Las puntuaciones totales de I-QOL y 3 subescalas se calculan sumando la puntuación del elemento no ponderado y transformándolas en una escala de 100 puntos donde 0 = el más grave y 100 = sin problemas. El instrumento se ha utilizado ampliamente y se ha validado con éxito para personas con IU (45)

## **2.12. Marco legal y ético**

### **2.12.1. Plan Nacional del Buen Vivir**

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

*Múltiples espacios de dialogo destacan la importancia del uso del espacio público y el fortalecimiento de la interculturalidad; así como los servicios sociales tales como la salud y la educación. Uno de los servicios sociales*

*más importantes y prioritarios es el agua, el acceso y la calidad de este recurso para el consumo humano, los servicios de saneamiento y, por supuesto, para la producción y sistemas de riego. La ciudadanía hace hincapié en el acceso a los servicios básicos y el disfrute de un habitat seguro, que supone los espacios públicos, de recreación, vías, movilidad, transporte sostenible y calidad ambiental, así como a facilidades e incentivos a través de créditos y bonos para la adquisición de vivienda social; pero también señala la importancia del adecuado uso del suelo y el control de construcciones. Nuevamente, se reitera la pertinencia territorial, cultural y poblacional de los servicios sociales, sobre todo en los temas de vivienda, salud o educación. Se demanda la garantía de salud de manera inclusiva e intercultural, con énfasis en la atención preventiva, el acceso a medicamentos, la salud sexual y reproductiva, la salud mental; impulsando el desarrollo permanente de la ciencia e investigación. Concomitante a la salud, en los diferentes diálogos ciudadanos se señala la problemática de la malnutrición, que comprende trastornos como la desnutrición, la obesidad y el sobrepeso, los cuales tienen implicaciones en los hábitos y las prácticas culturales, que deben ser prevenidas con campañas de información permanente sobre los alimentos que se consumen. Para el caso de la educación se señala que el acceso a los diferentes niveles (inicial, básica, bachillerato y superior) debe garantizarse de manera inclusiva, participativa y pertinente, con disponibilidad para la población en su propio territorio. Se debe implementar modalidades alternativas de educación para la construcción de una sociedad educadora en los niveles que mayor atención requieren: el bachillerato y la educación superior. Las mesas de dialogo por la plurinacionalidad, la cultura, la educación, entre otras, destacan la importancia de la profesionalización de la ciudadanía (oficios, artesanos, artistas, otros), para lo cual es prioritario fortalecer la educación técnica y tecnológica al considerarla como de tercer nivel. Además, plantea que la otra oferta académica debe tener pertinencia productiva (según sus diferentes entornos y territorios) y vinculación con el mundo laboral. Entre*

*las prioridades se encuentra también la erradicación de diferentes formas de violencia, principalmente respecto a mujeres, niños, niñas, adolescentes y jóvenes, promoviendo un sistema de prevención, protección, atención integral y reparación de derechos a las personas que han sufrido de ella. En el mismo sentido, la discriminación y la exclusión social son una problemática a ser atendida, con la visión de promover la inclusión, cohesión social y convivencia pacífica. Por ello, la ciudadanía hace alusión a la Constitución(2008), en la que se garantiza la protección integral y la protección especial a través del Sistema de Inclusión y Equidad Social, que debe aplicarse por medio de sistemas especializados de atención; este es el caso particular de la niñez y adolescencia, donde se afirman los principios de la doctrina de la protección integral, la especificidad y especialidad dentro del sistema de protección de derechos, los temas de justicia especializada, la justicia juvenil penal para los adolescentes infractores y la aplicación efectiva de medidas socioeducativas en el caso de adolescentes infractores, entre dos temas. Asimismo, en las diferentes mesas de dialogo se señalan los temas de seguridad social con énfasis en los grupos de atención prioritaria y grupos vulnerables. La seguridad ciudadanía aborda de manera integral la atención a los tipos de muertes prevenibles; la protección especial para los casos de violencia sexual, explotación sexual y laboral, trata de personas, trabajo infantil y mendicidad, abandono y negligencia, accidentes de tránsito, suicidios; y la prevención del uso de drogas, tomando en cuenta el control, tratamiento, rehabilitación y seguridad del consumo problemático de las mismas, bajo un enfoque de derechos y con base en evidencia científica. Finalmente, otro gran grupo de propuestas priorizadas en los diálogos nacionales se centra en temas relativos a la formación en valores, la promoción de la cultura y el arte, la producción nacional audiovisual; el acceso, uso y aprovechamiento de medios y frecuencias, la información, la comunicación y sus tecnologías. (46)*

## CAPÍTULO III

### 3. Metodología de la investigación

#### 3.1. Diseño de la investigación

- **No experimental:** No se manipularon variables que se encuentran dentro del estudio, no obstante, se observaron los fenómenos para analizarlos. (47)
- **Corte transversal:** Los diseños transversales suelen incluir individuos con y sin la condición en un momento determinado (medición simultánea) y en este tipo de diseño, el investigador no realiza ningún tipo de intervención (interferencia). En este caso la recolección de datos se realizó en un determinado tiempo y espacio. (48)

#### 3.2. Tipo de investigación

- **Descriptivo:** Ya que se evaluaron características de una población describiendo el estado de variables por ejemplo edad, etnia, número de hijos, tipo de incontinencia y calidad de vida. Son, por tanto, estudios puramente descriptivos y cuando establecen hipótesis, estas son también descriptivas (de pronóstico de una cifra o valores). (47)
- **Epidemiológico de prevalencia puntual:** Es la rama de la medicina que estudia la distribución de las enfermedades en la población y sus determinantes. En esta definición se señala toda su metodología; por una parte, describir la distribución de la enfermedad en la población mediante el estudio de la incidencia (que dicho sea de paso es la “medida reina” de los estudios epidemiológicos) y establecer como se distribuye la incidencia según el sexo, la edad, la raza y otras variables. En este caso se determinó el número de personas que presentan de incontinencia urinaria, en un tiempo específico. (49)

- **Cuantitativo:** Implica el uso de herramientas informáticas, estadísticas, y matemáticas para obtener resultados. Es concluyente en su propósito ya que trata de cuantificar el problema y entender que tan generalizado está mediante la búsqueda de resultados proyectables a una población mayor. Ya que por medio de la aplicación de test se logró obtener datos numéricos estadísticos sobre el estado de la población de estudio. (50)
- **Cualitativo:** El estudio cualitativo utiliza técnicas para recolectar datos como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, interacción e introspección con grupos o comunidades. La mayoría de las variables del estudio son de tipo cualitativo. (51)

### **3.3. Localización y ubicación del estudio**

La presente investigación se realizó en el Hospital San Vicente de Paul, ubicado en la ciudad de Ibarra, Provincia de Imbabura; en las calles Dr. Luis Gonzalo Gómez Jurado y Av. Cristóbal de Troya.

### **3.4. Población de estudio**

La población de estudio estuvo conformada por 170 mujeres entre 25 y 70 años que acuden a consulta externa del Hospital San Vicente de Paul.

#### **3.4.1. Criterios de inclusión**

- Mujeres a partir de los 25 a 70 años que acuden a consulta externa del Hospital San Vicente de Paul.
- Mujeres que acuden a consulta externa del Hospital San Vicente de Paul, que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

### **3.4.2. Criterios de exclusión**

- Mujeres menores de 25 años y mayores de 70 años
- Mujeres que presenten embarazo, puerperio, cirugía pélvica.
- Mujeres que no firme el consentimiento informado para participar en el estudio

### **3.4.3. Criterios de salida**

- Mujeres que no deseen continuar en el proceso de investigación.

### 3.5. Operacionalización de variables.

#### Variables de Caracterización

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Edad	Cualitativa Ordinal	Grupos etarios	18-35 años	Adultos jóvenes	Ficha sociodemo- gráfica	La edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad. (52)
			36-64 años	Adultos		
			≥65 años (OMS)	Adultos mayores		
Etnia	Cualitativa Nominal Politómica	Grupos étnicos	Ficha de datos sociodemográficos	Blanco	Ficha sociodemo- gráfica	Es una comunidad humana que comparte un conjunto de rasgos de tipo sociocultural, al igual que afinidades raciales. La palabra, como tal, proviene del griego (éthnos), que significa “pueblo”. (53)
				Mestizo		
				Afroecuatorian o-no		
				Indígena		

Número de hijos	Cualitativa Ordinal	Número de hijos	Sin hijos	Nulípara		Se refiere al número de hijos nacidos vivos, incluyendo los hijos que fallecieron. (54)
			1 hijo	Primípara		
			2-4 hijos	Múltipara		
			≥5 hijos (OMS)	Gran múltipara		
Incontinencia urinaria (IU)	Cualitativa Nominal Politómica	Tipos de incontinencia urinaria	Al toser, estornudar o realizar esfuerzos, ejercicio	IU de esfuerzo	Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)	Se define como la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social, y que puede demostrarse objetivamente. (55)
			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	100%	Nula afectación en la calidad de vida	Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)	Es la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que viven y en relación con sus objetivos,
			<100%	Pérdida de la calidad de vida		

		subescalas (evitar y limitar el comportamie nto, impacto psicosocial y vergüenza social)				expectativas, estándares y preocupaciones. (56)
--	--	---	--	--	--	--

### 3.6. Métodos y técnicas de recolección de información

#### 3.6.1. Métodos de recolección de datos

- **Inductivo:** Es un método que se basa en la observación, el estudio y la experimentación de diversos sucesos reales para poder llegar a una conclusión en la cual se involucre a todos esos casos. Este método fue utilizado para observar una posible relación en factores de riesgo que causan incontinencia urinaria de manera global e individual. (57)
- **Analítico:** Este método permitió separar las partes que constituyen el problema del grupo de estudio para determinar su importancia, la relación entre las mismas, como están organizados y cómo funcionan estos elementos. (58)
- **Revisión bibliográfica:** Se utilizó variedad de información en sitios web, libros, artículos y revistas científicos, de los cuales se ha logrado obtener información acerca del tema Incontinencia Urinaria, sus tipos, causas, entre otra información.

### 3.7. Técnicas e instrumentos

#### 3.7.1. Técnicas

- **Encuesta:** Es una técnica que se lleva a cabo mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra de personas. Las encuestas proporcionan información sobre las opciones, actitudes y comportamientos de los ciudadanos. (59)

#### 3.7.2. Instrumentos

- Ficha sociodemográfica
- Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF)

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

### **3.8. Validación de instrumentos**

#### **3.8.1. Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF)**

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 conclusiones 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. En este contexto se elabora el cuestionario denominado “ICIQ-SF” (“International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form”) validado originalmente en el idioma inglés. 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. El cuestionario ICIQ-SF ha sido ya traducido conforme a las normas requeridas a 35 idiomas, entre ellos el español, y puesto a disposición de los grupos de estudio para su validación con la condición de realizar pruebas primarias esenciales destinadas a establecer la validez de contenido y la confiabilidad mediante el coeficiente de Cronbach y de Kappa (prueba re-prueba). El cuestionario ICIQ.SF se ha validado en poblaciones de idiomas portugués, italiano, árabe, japonés y esloveno. (60)

#### **3.8.2. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)**

El instrumento ha sido validado en distintos idiomas y países para conocer la calidad de vida de personas con IU. Con una consistencia interna de 0.95 (alfa de Cronbach) y una reproducibilidad de 0.93 (coeficiente de correlación, r) para el cuestionario. (61)

### **3.9. Análisis de datos**

Luego de haber obtenido los datos mediante los instrumentos se realizó una base de datos en Excel 2010 y SPSS 25, para posterior presentar por medio de tablas de representación los resultados obtenidos durante la investigación.

## CAPÍTULO IV

### 4. Análisis y discusión de resultados

**Tabla 1.**

*Caracterización de la población de estudio según la edad*

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Adultos jóvenes (18-35 años)	45	26,5%
Adultos (36-64 años)	95	55,9%
Adultos mayores ( $\geq 65$ años)	30	17,6%
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100%</b>

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población de estudio, según la edad indica un predominio de mujeres adultas con edades de 36 a 64 años con el 55,9%; seguido por los adultos jóvenes de 18 a 35 años que representan el 26,5%, y finalmente en menor porcentaje mujeres adultas mayores pasado los 65 años representando el 17,6% del total.

Los resultados obtenidos se relacionan con el censo realizado en Ecuador en el 2010 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, el cual refleja que la población adultos de 36 a 64 años representa el 27%, seguido por los adultos jóvenes de 18 a 35 años corresponde a el 23,1%. Esto se vincula con los resultados del estudio denominado “Incontinencia urinaria: frecuencia y factores asociados” realizado en España, en el cual la edad de mayor predominio son los adultos de 45 a 64 años que representan el 52,9%, posteriormente la población de 25 a 44 años que representan el 24,8% y finalmente los adultos de 65 años en adelante que corresponden al 22,3%, datos que son semejantes a nuestro estudio ya que la edad de mayor predominio fueron adultos de 36 a 64 años. (62) (35)

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

<b>Etnia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Mestiza	101	59,4%
Indígena	46	27,1%
Afroecuatoriana	23	13,5%
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100%</b>

En los resultados de caracterización de la población de estudio según etnia, se observa que el grupo de mayor porcentaje son mujeres mestizas representando al 59,4 %, seguido de la etnia Indígena correspondiente al 27,1% y finalmente las mujeres afroecuatorianas con el 13,5 %.

Según datos obtenidos en el censo 2010 realizado por el INEC a nivel nacional la etnia mestiza representa el 71.9%, consecuente la etnia afroecuatoriana con el 7.2% y finalmente la etnia indígena representando 7.0%. En datos vinculados con el censo fascículo Imbabura, indica que la población según etnia con mayor prevalencia son personas mestizas con el 65.7%, consecuente la etnia indígena con el 25.8% y la etnia afroecuatoriana correspondiente al 5.4% del total de la población. Lo que coincide con nuestros resultados indicando un predominio de la etnia mestiza. (62) (63)

**Tabla 3.**

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

<b>Número de hijos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nulíparas	17	10,0%
Primíparas (1hijo)	46	27,1%
Multíparas (2-4 hijos)	76	44,7%
Gran múltiparas ( $\geq 5$ hijos)	31	18,2%
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100%</b>

Los resultados de la caracterización de la población de estudio según número de hijos muestran mayor porcentaje de mujeres múltiparas representando el 44,7%, seguido de las mujeres primarias con un 27,1%, las mujeres gran múltiparas correspondiendo al 18,2% y finalmente las mujeres nulíparas con un porcentaje menor 10%.

De acuerdo con los resultados del estudio “Prevalencia de incontinencia urinaria en el posparto” realizado en Chile indica que las mujeres de mayor prevalencia son las múltiparas con el 74,5 % y las mujeres primarias corresponden al 65,2%. Información que coincide con los datos recopilados en este estudio ya que la mayoría de las mujeres fueron múltiparas. (64)

**Tabla 4.**

*Prevalencia puntual de incontinencia urinaria*

$$PIU = \frac{\text{número de afectados (150)}}{\text{población de estudio (170)}} \times 100 = 88,2\%$$

El resultado en cuanto a prevalencia puntual de incontinencia urinaria muestra que, el 88.2% de la población de estudio presenta incontinencia urinaria.

Comparando con los resultados del estudio “Incontinencia urinaria y calidad de vida de las mujeres en una zona básica de salud” realizada en España muestra que la prevalencia de personas con Incontinencia urinaria es el 78%, datos que se asemejan al resultado de nuestro estudio. (65)

**Tabla 5.**

*Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.*

$$PIUE = \frac{\text{número de afectados IUE (66)}}{\text{población de estudio (170)}} \times 100 = 38,8\%$$

$$PIUU = \frac{\text{número de afectados IUU (43)}}{\text{población de estudio (170)}} \times 100 = 25,3 \%$$

$$PIUM = \frac{\text{número de afectados IUM (41)}}{\text{población de estudio (170)}} \times 100 = 24,1 \%$$

En los resultados obtenidos, se evidencia prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo con el 38,8%, seguido de la incontinencia urinaria de urgencia con el 25,3%, finalmente con menor porcentaje se encuentra la incontinencia urinaria tipo mixta con el 24,1%.

El estudio denominado “Prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres jóvenes” realizado en Argentina indica que incontinencia urinaria de esfuerzo tiene mayor prevalencia representando el 55,3%, seguido de la incontinencia urinaria de urgencia y mixta ambos con el 21,1% del total de la población. Datos que coinciden a los resultados obtenidos en este estudio, siendo la incontinencia de mayor predominio la de esfuerzo. (66)

**Tabla 6.**

*Evaluación de la calidad de vida I QOL test.*

<b>Calidad de vida (CV)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Pérdida de CV (<100%)	150	100%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Después de haber evaluado la calidad de vida, los resultados indican que, el 100% de las mujeres con incontinencia urinaria presentan pérdida de su calidad de vida.

En el estudio “Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria “realizado en Cuba, muestra que la calidad de vida afecta al 63,29% del total de la población. Datos que se asemejan a los resultados de nuestro estudio el cual indica que hay mayor porcentaje de mujeres que presentan pérdida de calidad de vida debido a la prevalencia de incontinencia urinaria. (67)

**Tabla 7.**

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

<b>IQOL</b>	<b>Media</b>
Evitar y limitar el comportamiento	59,57%
Impacto psicosocial	66,31%
Vergüenza social	55,25%

Los resultados obtenidos en relación con las subescalas de la calidad de vida muestran mayor afectación en la subescala de vergüenza social con un porcentaje de 55,25%, seguido de la subescala evitar y limitar el comportamiento con el 59,57% y finalmente con menor afectación la de impacto social con el 66,31%.

Datos que fueron comparados con el estudio “Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta” el cual muestra que la subdivisión con mayor afectación es preocupación social con el 69.5%, seguido de la subdivisión evitar y limitar el comportamiento con una media de 75.1% y finalmente efecto psicosocial con una media de 83,4%; asemejándose a nuestro estudio ya que la subdivisión de mayor afectación en la calidad de vida es vergüenza o preocupación social. (68)

**Tabla 8.**

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

<b>Subescalas I-QOL</b>	<b>IU Esfuerzo</b>	<b>IU Urgencia</b>	<b>IU Mixta</b>
Evitar y limitar el comportamiento	72,10%	65,99%	61,22%
Impacto psicosocial	80,62%	75,30%	65,47%
Vergüenza social	66,53%	61,12%	57,44%

Posterior a la relación entre el tipo de incontinencia y la calidad de vida por subescalas indica que la subescala con mayor afectación es la de vergüenza social con el 57,44%, correspondiendo a la IU mixta, dentro de ella misma se encuentra la subescala de evitar y limitar el comportamiento con el 61,12%, y con menos afectación la de impacto psicosocial con el 65,47%; en la IU de urgencia presento mayor afectación la vergüenza social con el 61,12%, seguido de evitar y limitar el comportamiento con el 65,99% y con menos afectación la de impacto psicosocial con el 75,30%. Finalmente, en la IU de esfuerzo la subescala con mayor afectación es la vergüenza social con el 66,53%, seguido de la de evitar y limitar el comportamiento con el 72,10% y con menos afectación la de impacto social con el 80,62%.

En el estudio “Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria” realizado en Cuba indica que en la IU de esfuerzo la subescala de mayor afectación es la preocupación social (vergüenza social) con el 42%, seguido de impacto social con el 51,1% y finalmente la subescala evitar y limitar el comportamiento con el 56%. Para la IU de urgencia el comportamiento fue algo similar: 45,6% en la preocupación social, 49,5% para el efecto psicosocial y 56% evitar y limitar el comportamiento. Finalmente, la IU mixta la subescala de vergüenza social con el 34,8%, efecto psicosocial con el 46,8% y la subescala de evitar y limitar el comportamiento con el 50%. Datos que coinciden con los del presente estudio, siendo la subescala de mayor afectación la de vergüenza social. (67)

#### **4.1. Respuesta a las preguntas de investigación**

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

La caracterización sociodemográfica de las mujeres que acuden a consulta externa en el Hospital San Vicente de Paul, indica predominio de la edad adulta de 36 a 64 años con el 55,9%, siendo en su mayoría de etnia mestiza con el 59,4% y multíparas con un 44,7% del total de la población de estudio.

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

La prevalencia puntual de incontinencia urinaria indica que el 88,2% de la población de estudio presenta incontinencia urinaria, siendo la Incontinencia Urinaria de esfuerzo la más prevalente con el 38,8%, seguida de la Incontinencia Urinaria de Urgencia con el 25,3% y finalmente con menor porcentaje la Incontinencia Urinaria mixta que representa el 24,11%.

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

Según la investigación realizada, los resultados indican que el 100% del total de la población presenta afectación en cuanto a la calidad de vida. Siendo la subescala que presenta mayor afectación la de vergüenza social con el 55,25%, seguida evitar y limitar el comportamiento con el 59,57% y finalmente con menor afectación la de impacto social con 66,31%.

##### **¿Cuál es la relación del tipo de incontinencia urinaria con las sub-escalas de calidad de vida?**

En los resultados de la relación de tipo de incontinencia urinaria con las subescalas de calidad de vida se observa que la subescala con mayor afectación es la de vergüenza social con el 57,44%, correspondiendo a la IU mixta, dentro de la misma se encuentra la subescala de evitar y limitar el comportamiento con el 61,12%, y con menor

afectación la de impacto psicosocial con el 65,47%; en la IU de urgencia presento mayor afectación la vergüenza social con el 61,12%, seguido de evitar y limitar el comportamiento con el 65,99% y con menor afectación la de impacto psicosocial el 75,30%. Finalmente, en la IU de esfuerzo la subescala con mayor afectación es la vergüenza social con el 66.53%, seguido de la de evitar y limitar el comportamiento con el 72,10% y con menor afectación la de impacto social con el 80,62%.

## **CAPÍTULO V**

### **5. Conclusiones y recomendaciones**

#### **5.1. Conclusiones**

- La caracterización de la población de estudio muestra que, la edad de mayor predominio fueron las mujeres adultas de 34 a 64 años, siendo en su mayoría de etnia mestiza y multíparas.
- Se estableció que la prevalencia puntual de la incontinencia urinaria fue en el 88,2% de la población de estudio, surgiendo de estos resultados en relación con tipos la prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) con el 38,8%, seguida de la incontinencia urinaria de urgencia (IUU) con el 25,3%, y en menor porcentaje la incontinencia urinaria mixta (IUM) con el 24,1%.
- Luego de evaluar la calidad de vida, se observó que la mayoría de las mujeres con incontinencia urinaria reflejaron pérdida de su calidad de vida, siendo la escala con mayor afectación la de vergüenza social.
- Relacionando el tipo de incontinencia urinaria con las subescalas de calidad de vida se evidenció que, la incontinencia urinaria mixta presentó mayor pérdida de calidad de vida, específicamente en la subescala de vergüenza social.

## **5.2. Recomendaciones**

- Construir un plan de tratamiento para las personas que fueron parte de la investigación las cuales presentan limitación en su vida diaria.
- Ejecutar campañas específicas con profesionales de la salud para ampliar el conocimiento de mujeres con incontinencia urinaria, sus causas, consecuencias, prevención y como se puede mejorar la calidad de vida de quien padece de incontinencia e incentivar a que acudan a consulta médica para tratar esta patología de manera integral.
- Llevar a cabo una investigación enfocada a la incontinencia urinaria en diferentes ciudades del País, especialmente en mujeres climaterias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sountoulidis P. Internatonal Continenace Society. [Online].; 2018 [cited 2019 junio 01. Available from: <https://www.ics.org/committees/standardisation/terminologydiscussions/sui>.
2. Castañeda B. Aspectos epidemiológicos de la Incontinencia Urinaria. Revista Cubana de Medicina Fisica y Rehabilitación. 2016 Junio; 8.
3. Pelier B. Factores de riesgo y formas clinicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 2016; 8.
4. Junqueira J. Urinary incontinence in hospital patients; prevalence and associated factors. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2017; 25.
5. Freire M. Elsevier. [Online].; 2014 [cited 2019 junio 02. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estudio-prevalencia-incontinencia-urinaria-mujeres-13064525>.
6. Silva A. Scielo. [Online].; 2018 [cited 2019 junio 02. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2018000100003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100003).
7. Hebbar S. Understanding King's Health Questionnaire (KHQ) in assessment of famele urinay incontinence. International Journal of Research in Medical Sciences. 2015; 3(3).
8. Mota RL. Female urinary incontinence and sexuality. International Braz j Urol. 2017 Enero-Febrero; 43(1).
9. Leanza V. Urinary incontinence: quality of life and psychological aspects. Urogynaecología. 2013; 27(3).
10. Lituma Y. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria mediante la aplicación del test International Consultation on Incontinence Questionnaire SHORT-FORM (ICIQ-SF) en mujeres mayores a 50 años que acuden a consulta

externa de ginecología en el Hospita. Tesis. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Medicina; 2017. Report No.: 9BT2017-MTI36.

11. Soriano R, Stephen L. Pubmed. [Online].; 2019 [cited 2019 12 06. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482385/>.
12. Latarjet M, Alfredo R. Anatomía Humana. reimpresión ed. Ed. Médica Panamericana 2, editor. Buenos Aires: Médica Panamericana S.A; 2004.
13. Fraga JM. academia.edu. [Online].; 2012 [cited 2019 12 06. Available from: [https://s3.amazonaws.com/academia.edu/documents/33585508/urinario.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAnatomia\\_y\\_Fisiologia.\\_Tema\\_7\\_Aparato\\_Ur.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20191207%2Fus-e](https://s3.amazonaws.com/academia.edu/documents/33585508/urinario.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAnatomia_y_Fisiologia._Tema_7_Aparato_Ur.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20191207%2Fus-e).
14. Gómez A. Studocu. [Online].; 2018 [cited 2019 12 06. Available from: <https://www.studocu.com/en/document/universidad-autonoma-del-estado-de-mexico/anatomia/lecture-notes/aparato-urinario-rinonesnefronaureteresvejigauretra-femenina-y-masculina/3171400/view>.
15. Katya C, Sanguineti A. Anatomía del piso pélvico. Elsevier. 2013 Marzo; 24(2).
16. P P. Anatomía del aparato genital femenino. In Ed. Médica Panamericana 2, editor. Fundamentos de Ginecología. Madrid; 2009. p. 17-18.
17. Scorticati D. Estudio neurológico del aparato urinario inferior en mujeres con diabetes. Revista Argentina de Urología. 2020 Enero; 39(1-6).
18. Marco-Franco. Fisiología de la micción. In Femenía R, editor. Fisiología Humana. Madrid: Marisa Álvarez; 2005. p. 434.
19. Lansac J, Marriet H. Ginecología para el practicante. 9th ed. Sciences EH, editor. France: SIMEP; 2018.
20. Beckel J, de Groat W. Neuroscience. [Online].; 2019 [cited 2020 Enero 21. Available from: <https://oxfordre.com/neuroscience/view/10.1093/acrefore/9780190264086.001.0001/acrefore-9780190264086-e-270>.

21. E L, Castro R. Neurofisiología del tracto urinario inferior y de la continencia urinaria. *Revista Mexicana de Urología*. 2007; 67(3).
22. Torres K. Incontinencia Urinaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2016; 73(619).
23. Quintana E. Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina. *Salud en Tabasco*. 2009 Enero-abril; 15(1).
24. Guzmán J. Clasificación de las disfunciones vesicouretrales. *Revista Argentina de Urología*. 2012; 77(4).
25. Jiménez L. *Clinica Universitaria Bolivariana*. [Online].; 2017 [cited 2020 02 09]. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Alvaro\\_Ochoa\\_Solana/publication/327350056\\_Monitorizacion\\_hemodinamica\\_basada\\_en\\_parametros\\_dinamicos/links/5b8979fd4585151fd1402dd8/Monitorizacion-hemodinamica-basada-en-parametros-dinamicos.pdf#page=341](https://www.researchgate.net/profile/Alvaro_Ochoa_Solana/publication/327350056_Monitorizacion_hemodinamica_basada_en_parametros_dinamicos/links/5b8979fd4585151fd1402dd8/Monitorizacion-hemodinamica-basada-en-parametros-dinamicos.pdf#page=341).
26. Castro L. Urinary incontinence of esfinterial deficiency effort. *Scielo*. 2018 Septiembre/ Diciembre; 34(3).
27. Pérez A. Pelvic organs prolapsed in the women. Bibliographical revision. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2016; 8(S1).
28. Bardsley A. An overview of urinary incontinence. *British Journal of Nursing*. 2016 Octubre; 25(18).
29. Walker C. *Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología*. 2nd ed. Masson , editor. Barcelona, España: Fotoletra, S.A.; 2013.
30. Kirk A. Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse. *Medical Clinics of North America*. 2015 Marzo; 99(2).
31. Biart C. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2016 Enero; 8.
32. Noa P. Obstetric and surgical risk factors for pelvic floor dysfunction in middle-aged women. *Investigaciones Medicoquirurgicas*. 2017 Enero- Junio; 9(1).

33. Jimenez R. Manual de la Incontinencia Urinaria en la Mujer. Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica LXXII. 2015; 72(614).
34. Ardila O. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar "Ultraestacion" en la ciudad de Chillan, Chile. Revista Medica Chile. 2015 Enero; 143(2).
35. Astudillo G. Incontinencia urinaria: frecuencia y factores asociados. Fisioterapia. 2015; 37(4).
36. Lendinez C. La Incontinencia Urinaria en Mujeres de Jaén, Estudio de Prevalencia e Impacto en su Calidad de Vida. Tesis Doctoral. Jaèn: Universidad de Jaen, Facultad de Ciencias de la Salud, De Enfermeria; 2016. Report No.: ISBN 978-84-9159-046-0.
37. Carreño L. Calidad de vida relacionada con salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso de Bucaramanga , Colombia. Revista Ciencias de la Salud. 2014 Octubre; 13(1).
38. Jaén S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Scielo. 2016 Enero; 10(2).
39. Palkowska K. Selected determinants of quality of life in women with urinary incontinence. Przegląd menopauzalny=Menopause review. 2014 Mayo; 13(2).
40. Herrero V. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Revista de la Sociedad Española del dolor. 2018 Enero; 25(4).
41. Palau A. Funcionamiento social y su relación con variables psicoeducativas. Tesis doctoral. Universidad de Alicante, Departamento de Psicología Evolutiva y Didáctica; 2012. Report No.: EDU2012-35124.
42. González A. Percepción del estado de salud y calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. Revista Conamed. 2018 Febrero; 23(2).
43. Salas A. Calidad de vida en gestantes con incontinencia urinaria de esfuerzo. Revista de Obstetricia y Ginecologia de Venezuela. 2018; 78(1).
44. Busquets M. Scielo. [Online].; 2012 [cited 2019 Junio 02. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872012000300009](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000300009).

45. Gang C. UsNational Library of Medicine (NCBI). [Online].; 2014 [cited 2019 Junio 02. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159518/>.
46. (CNP). Plan Nacional del Desarrollo 2017-2021- Toda una Vida. [Online].; 2017 [cited 2020 01 28. Available from: [https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL\\_0K.compressed1.pdf](https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf).
47. Sampieri RH. Metodología de la Investigación. Sexta ed. Martinez MIR, editor. Mexico: Interamericana Editores, S.A. DE C.V. ; 2014.
48. Rodriguez M. Diseño de investigacion de corte transversal. Revista Médica Sanitas. 2018 Septiembre; 21(3).
49. Gutiérrez F. Medicion en epidemiologia: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. Revista Alergia México. 2017 Enero; 64(1).
50. SIS International Research. [Online]. [cited 2020 02 24. Available from: <https://www.sisinternational.com/investigacion-cuantitativa/>.
51. Ortega AO. Researchgate. [Online].; 2018 [cited 2020 02 25. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Alfredo\\_Oterro-Ortega/publication/326905435\\_ENFOQUES\\_DE\\_INVESTIGACION\\_TABLA\\_DE\\_CONTENIDO/links/5b6b7f9992851ca650526dfd/ENFOQUE\\_S-DE-INVESTIGACION-TABLA-DE-CONTENIDO-Contenido.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Alfredo_Oterro-Ortega/publication/326905435_ENFOQUES_DE_INVESTIGACION_TABLA_DE_CONTENIDO/links/5b6b7f9992851ca650526dfd/ENFOQUE_S-DE-INVESTIGACION-TABLA-DE-CONTENIDO-Contenido.pdf).
52. DeConceptos. DeConceptos.com. [Online]. [cited 2020 02 26. Available from: <https://deconceptos.com/ciencias-naturales/edad>.
53. Significados. [Online].; 2018 [cited 2020 02 26. Available from: <https://www.significados.com/etnia/>.
54. Eustat. [Online]. [cited 2020 02 26. Available from: [https://www.eustat.eus/documentos/opt\\_0/tema\\_734/elem\\_15341/definicion.html](https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_734/elem_15341/definicion.html).
55. Cano R. Mscbs. [Online]. [cited 2020 02 27. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/incontinencia.pdf>.

56. Iñaki Larraya. [Online].; 2013 [cited 2020 02 28. Available from: <https://ilarraya.com/web/calidad-de-vida-relacionada-con-la-salud/>.
57. Raffino ME. Concepto.de. [Online].; 2019 [cited 2020 02 29. Available from: <https://concepto.de/metodo-inductivo/>.
58. Pérez AB. Enciclopedia Financiera. [Online].; 2017 [cited 2020 02 28. Available from: <https://www.encyclopediainanciera.com/definicion-metodo-analitico.html>.
59. Latinoamerica Q. QuestionPro Latinoamerica. [Online].; 2016 [cited 2020 02 29. Available from: <https://www.questionpro.com/es/una-encuesta.html>.
60. Busquets M, Ramón S. Validación del cuestionario Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA). *Revista Médica de Chile*. 2012 Marzo; 140(3).
61. Nojomi M, Baharvand P. Incontinence quality of life questionnaire (I-QOL): translation and validation study of the Iranian version. *International Urogynecology Journal*. 2009 Febrero; 20(5).
62. INEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [Online].; 2010 [cited 2020 04 15. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf>.
63. MIDUVI. Miduvi. [Online].; 2015 [cited 2020 04 15. Available from: [https://www.habitatyvivienda.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Informe-Pais-Ecuador-Enero-2016\\_vf.pdf](https://www.habitatyvivienda.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Informe-Pais-Ecuador-Enero-2016_vf.pdf).
64. Díaz F. Prevalencia de incontinencia urinaria en el postparto. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología*. 2017 abril-junio; 43(2).
65. Méndez AG. Incontinencia urinaria y calidad de vida de las mujeres en una zona básica de la salud. *RqE Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2017 Noviembre; 5(4).
66. Camusso GC. Prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres jóvenes. *Revista Argentina de Urología*. 2017; 82(4).

67. Adams EMR. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2014 Marzo; 40(1).
68. Magaña MV. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. *Medigraphic*. 2007 junio; 75(6).

# ANEXOS

## Anexo 1. Oficio de autorización



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 - 073 - CEAACES - 2013 - 13

Ibarra - Ecuador

CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

Ibarra, 5 de agosto del 2019  
Oficio 538-TFM-UTN

Doctor  
Salomón Proaño  
GERENTE DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL  
Presente

Señor Gerente:

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

Comendidamente solicito a usted autorizar el ingreso de la señorita TERAN REASCOS VENESSA GUADALUPE, con el propósito de aplicar una encuesta a las pacientes que acuden al Área de Consulta Externa del Hospital que acertadamente usted dirige.

Salvo mejor criterio, esta actividad la realizará la mencionada estudiante el lunes 12 y martes 13 de agosto de 7:00 a 13:00, como parte del desarrollo del trabajo de grado "INCONTENENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL".

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

Atentamente,  
"CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO"

MSc. Rocío Castillo ANATO  
DECANA FCS-UTN

Anabel R.

Copia: Interesada.

*Coordinación Decano*  
*Aprobado*  
*5-08-2019*

*Favor dar las facilidades para ejecución del trabajo considerando confidencialidad*

*Carlos Ramirez P*  
MED. CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA  
M.S.P. Libro 7 Folio 11  
10-08-062 Civi 539-16  
RESCYT R1005-06-652788

HOSPITAL GENERAL  
SAN VICENTE DE PAUL  
GERENCIA HOSPITALARIA

INGRESO N°: 25-08-2019  
FECHA: 09:00  
RECIBIDO: *[Signature]*

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  
Teléfono: 2609-420 Ext. 7407 Casilla 199

## Anexo 2. Consentimiento informado



### UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Ibarra – Ecuador

### CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

##### PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

***TEMA: “INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DE 25 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE LA CIUDAD DE IBARRA”.***

##### DETALLE DE PROCEDIMIENTOS:

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

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

**CONFIDENCIALIDAD:** Es posible que los datos recopilados en el presente proyecto de investigación sean utilizados en estudios posteriores que se beneficien del registro de los datos obtenidos. Si así fuera, se mantendrá su identidad personal

estrictamente secreta. Se registrarán evidencias digitales como fotografías acerca de la recolección de información, en ningún caso se podrá observar su rostro.

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

**RESPONSABLE DE ESTA INVESTIGACIÓN:** Puede preguntar todo lo que considere oportuno al director del Macroproyecto, Lic. Cristian Torres a Msc. (+593) 0960747156. [cstorresa@utn.edu.ec](mailto: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 sobre aspectos sociodemográficos

#### 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)

### 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:** C MB. Scielo. [Online].; 2012 [cited 2019 Junio 02. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872012000300009](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000300009).

## Anexo 5. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)

### 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:** Gang C. UsNational Library of Medicine (NCBI). [Online].; 2014 [cited 2019 Junio 02. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159518/>.

## **Anexo 6. Evidencia fotográfica**

### **Fotografía N°1**



**Autora:** Vanessa Terán

**Descripción:** Aplicación de encuestas

## Fotografía N°2

**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: [REDACTED]....., el 27 De 12 del 2019.

*Ilustración 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO UTN*

**Autora:** Vanessa Terán

**Descripción:** Consentimiento informado

### Fotografía N°3

#### CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

EDAD 43 ETNIA Mestiza

PESO 66 Kg. TALLA 1,63 IMC 24,90

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

TRABAJA A TIEMPO COMPLETO  TRABAJA MEDIA JORNADA \_\_\_\_\_

JUBILADA \_\_\_\_\_ ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

DESEMPLEADA \_\_\_\_\_ OTROS, ESPECIFICAR Empleada Privada.

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

¿TIENE HIJOS?

SÍ  NO \_\_\_\_\_

EN CASO DE RESPONDER SI, ESPECIFIQUE CUANTOS 2

¿CUÁL ES SU ROL EN SU FAMILIA? EN ESTE APARTADO PUEDE, TENER UNA O MÁS OPCIONES DE RESPUESTA, MARQUE LAS QUE APLIQUEN EN SU CASO. (señale su respuesta con una X)

PADRE \_\_\_\_\_ MADRE  ESPOSO/A  HIJO/A \_\_\_\_\_

HERMANO/A \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_ ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

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

SIN ESTUDIOS \_\_\_\_\_

ESTUDIOS PRIMARIOS \_\_\_\_\_

BACHILLER \_\_\_\_\_

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS  \_\_\_\_\_

ESTUDIOS DE CUARTO NIVEL \_\_\_\_\_

**Autora:** Vanessa Terán

**Descripción:** Ficha sociodemográfica

## 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

Autora: Vanessa Terán

Descripción: Cuestionario ICIQ-IU-SF

## Fotografía N°5

### 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
E	1.					×
R	2.				×	
R	3.				×	
R	4.					×
V	5.					×
V	6.					×
V	7.					×
A	8.					×
V	9.					×
E	10.					×
R	11.					×
A	12.			×		
R	13.					×
A	14.					×
V	15.				×	
V	16.					×
V	17.				×	
A	18.				×	
A	19.			×		
R	20.				×	
V	21.					×
V	22.				×	

**Autora:** Vanessa Terán

**Descripción:** Cuestionario I-QOL

## Document Information

**Analyzed document** VANESSA GUADALUPE TERÁN REASCOS.docx (D77685830)  
**Submitted** 8/11/2020 11:38:00 PM  
**Submitted by**  
**Submitter email** vgterann@utn.edu.ec  
**Similarity** 11%  
**Analysis address** kgesparza.utn@analysis.orkund.com



## Sources included in the report

<b>W</b>	URL: <a href="https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2970.pdf">https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2970.pdf</a> Fetched: 8/11/2020 11:39:00 PM		1
<b>SA</b>	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / JEFFERSON BOWER SUAREZ CHUQUIN.docx</b> Document JEFFERSON BOWER SUAREZ CHUQUIN.docx (D63917464) Submitted by: jbsuarezc@utn.edu.ec Receiver: cstorresa.utn@analysis.orkund.com		3
<b>SA</b>	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / JACOME ABIGAIL TESIS (2).docx</b> Document JACOME ABIGAIL TESIS (2).docx (D64023190) Submitted by: abi.aleja@gmail.com Receiver: cstorresa.utn@analysis.orkund.com		3
<b>W</b>	URL: <a href="https://docplayer.es/80444506-Incontinencia-urinaria-enfoque-terapia-fisica.html">https://docplayer.es/80444506-Incontinencia-urinaria-enfoque-terapia-fisica.html</a> Fetched: 2/14/2020 6:37:58 PM		2
<b>SA</b>	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / Tesis CARLOS GUERRA.docx</b> Document Tesis CARLOS GUERRA.docx (D64073292) Submitted by: carliche_g@hotmail.com Receiver: cstorresa.utn@analysis.orkund.com		2
<b>SA</b>	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS-JAMILETH-ARTEAGA SANTACRUZ.docx</b> Document TESIS-JAMILETH-ARTEAGA SANTACRUZ.docx (D64023448) Submitted by: jamiletharteaga@gmail.com Receiver: cstorresa.utn@analysis.orkund.com		2
<b>W</b>	URL: <a href="https://docplayer.es/15669168-Facultad-de-medicina-departamento-de-especialidades-...">https://docplayer.es/15669168-Facultad-de-medicina-departamento-de-especialidades- ...</a> Fetched: 4/22/2020 4:28:21 PM		1
<b>W</b>	URL: <a href="https://docplayer.es/29375177-Modulo-3-proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-la-inc...">https://docplayer.es/29375177-Modulo-3-proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-la-inc ...</a> Fetched: 12/9/2019 11:25:28 PM		1
<b>SA</b>	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / PADILLA BOLAÑOS EVELYN ARACELY.docx</b> Document PADILLA BOLAÑOS EVELYN ARACELY.docx (D64843451) Submitted by: padillaevelyn2@gmail.com Receiver: cstorresa.utn@analysis.orkund.com		3
<b>SA</b>	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS FINAL MATEO ALEJANDRO SOTOMAYOR VITERI.docx</b> Document TESIS FINAL MATEO ALEJANDRO SOTOMAYOR VITERI.docx (D63804652)		1