



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

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
LICENCIATURA EN TERAPIA FÍSICA MÉDICA

**TEMA:** “INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES  
DE ETNIA BLANCA”

**AUTOR:** David Esteban Alpala Chingud

**DOCENTE:** Lic. Cristian Torres A. MSc.

IBARRA-ECUADOR

2022

### CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo, Lic. Cristian Torres Andrade MSc en calidad de tutor de tesis titulada "INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DE ETNIA BLANCA", de autoría de **Alpala Chingud David Esteban**.

Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra, a los 4 días del mes de octubre de 2022

Lo certifico:

  
Lic. Cristian Torres Andrade MSc  
CI: 1003649686





UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

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

**1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA**

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

DATOS DE CONTACTO			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	1004744510		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Alpala Chingud David Esteban		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Jacinto Collahuazo y Nazacota Puento		
<b>E-MAIL:</b>	esteban230312@gmail.com		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	----- -	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0939389373
DATOS DE LA OBRA			
<b>TÍTULO</b>	INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DE ETNIA BLANCA		
<b>AUTOR (ES):</b>	David Alpala		
<b>FECHA:</b>	06/09/2022		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b>		
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	Licenciado en Terapia Física Médica		
<b>ASESOR/DIRECTOR:</b>	Lic. Cristian Torres Andrade MSc.		

## 1. CONSTANCIAS

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

En la ciudad de Ibarra, a los 4 días del mes de octubre del 2022.

**AUTOR(A)**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Alpala Chingud David Esteban', is written over a horizontal line.

**Alpala Chingud David Esteban**

**C.I: 1004744510**

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

**Guía:** FCS -UTN

**Fecha:** Ibarra, 04 de octubre del 2022

**ALPALA CHINGUAD DAVID ESTEBAN** "INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DE ETNIA BLANCA". Trabajo de Grado. Licenciatura en Terapia Física Médica Universidad Técnica del Norte.

**DIRECTOR:** Lic. Cristian Torres Andrade MSc.

El objetivo general de la presente investigación fue evaluar la presencia de incontinencia urinaria y su afectación en la calidad de vida en mujeres, de etnia Blanca, dentro de los objetivos específicos se encuentran: Caracterizar a los sujetos de estudio según edad, número de hijos, tipo de parto e incontinencia urinaria, identificar el nivel de calidad de vida en función de la incontinencia urinaria y finalmente relacionar los tipos de incontinencia urinaria según número de hijos y tipo de parto.

Fecha: Ibarra, 04 de octubre del 2022

  
Lic. Cristian Torres Andrade MSc. 

**DIRECTOR DE TESIS**

  
Alpa Chingud David Esteban

**AUTOR**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo para mis padres quienes son parte primordial en mi desarrollo y crecimiento, quienes me ayudaron en todo tiempo, para mi hermano quien ha sido un gran ejemplo para mí en todo aspecto, para mis amigos que he llegado a considerar hermanos que me han brindado su apoyo en momentos difíciles en especial a Ashley Sangoquiza quien estuvo en momentos más complejos de mi vida y me dio su mano para poder culminar con mis estudios, para todas las personas quien dieron su granito de arena para poder culminar con mi trabajo y sobre todo a Dios quien es el que me da la inteligencia y la sabiduría.

*David Esteban Alpala Chinguad*

## **AGRADECIMIENTO**

No hay palabras que lleguen a medir mi agradecimiento sincero hacia las personas a quienes mencionare, porque son parte fundamental de lo que soy y gracias a ellos es a donde he llegado, esa compañía, ese apoyo, esa mano extendida me han guiado hasta aquí y sé que me seguirán apoyando, por ello las palabras no alcanzan.

Agradezco ante todo a Dios quien sé que me ha dado la vida, la inteligencia y las fuerzas, agradezco a mi padre Luis Alpala y a mi madre Beatriz Chingvad por ese apoyo incondicional que me han dado en toda mi vida, gracias por estar ahí conmigo en todo momento, gracias por apoyarme para poder llegar a una meta, un sueño, muchas gracias, agradezco a mi hermano Cristian Alpala y a su esposa Naty Revelo por brindarme su tiempo, sus ideas y su apoyo para culminar el trabajo, agradezco a mis amigos quienes me han brindado su confianza y ánimos para que culminar esta etapa, entre ellos cabe resaltar a Ashley Sangoquiza quien ha estado en estos últimos años acompañándome codo a codo en este camino, agradezco por estar en las situaciones difíciles, por compartir mis alegrías y tristezas, por estar en esas noches de desvelo y de angustia muchas gracias por ser ese apoyo, esa compañía, gracias por ser esa amiga incondicional a quien llevo en mi corazón, tus palabras y ánimos quedan impregnados en mí, agradezco también a mis docentes quienes me dieron su tiempo y sus conocimientos, en especial al MSc. Cristian Torres quien me ayudo a culminar esta investigación.

Mis más grandes agradecimientos a todos.

*David Esteban Alpala Chingvad*

## ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE .....	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO .....	iv
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xi
RESUMEN.....	xii
TEMA: .....	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1. El problema de la investigación .....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema .....	4
1.3. Justificación .....	5
1.4. Objetivos.....	6
1.5. Preguntas de investigación.....	7
CAPÍTULO II .....	8
2. Marco teórico .....	8
2.1. Anatomía del sistema genito urinario .....	8
2.2. Anatomía del Suelo Pélvico.....	10
2.3. Fisiología y micción.....	10
2.4. la Incontinencia Urinaria (IU).....	12
2.5. Fisiopatología.....	12
2.6. Clasificación de la incontinencia urinaria.....	15

2.7.	Factores de riesgo .....	16
2.8.	Mujer y salud .....	16
2.9.	Calidad de vida con relación a Incontinencia Urinaria.....	17
2.10.	Etnia. ....	18
2.11.	Evaluación de la Incontinencia urinaria y calidad de vida.....	19
CAPÍTULO III .....		24
3.	Metodología de la Investigación .....	24
3.1.	Diseño de la investigación .....	24
3.2.	Tipo de investigación.....	24
3.3.	Localización y ubicación del estudio.....	24
3.4.	Universo.....	25
3.5.	Población .....	25
3.6.	Criterios de selección:.....	25
3.7.	Muestra .....	25
3.8.	Operación de variables.....	26
3.9.	Métodos de recolección de datos .....	28
3.10.	Análisis de Datos .....	28
CAPITULO IV .....		29
4.	Análisis y discusión de resultados.....	29
4.1.	Respuestas a las preguntas de investigación.....	37
CAPITULO V .....		38
5.	Conclusiones y recomendaciones .....	38
5.1.	Conclusiones.....	38
5.2.	Recomendaciones .....	39
Referencias bibliográficas.....		40
Anexos .....		45

Anexo 1. Oficio de autorización.....	45
Anexo 2. Consentimiento informado .....	46
Anexo 3. Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF).....	47
Anexo 4. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL) .....	48
Anexo 5. Ficha de datos generales del paciente .....	49
Anexo 6. Evidencia fotográfica.....	50

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tabla de variables de caracterización .....	26
Tabla 2. Variables de interés .....	27
Tabla 3. Caracterización de la población según edad .....	29
Tabla 4. Caracterización de la población según número de hijos .....	30
Tabla 5. Caracterización de la población según tipo de parto.....	31
Tabla 6. Caracterización de la población según tipo de incontinencia .....	32
Tabla 7. Evaluación de calidad de vida IQOL test.....	33
Tabla 8. Evaluación de calidad de vida según subescalas IQOL test .....	34
Tabla 9. Relación entre tipos de incontinencia urinaria según número de hijos.....	35
Tabla 10. Relación entre tipo de incontinencia urinaria según tipo de parto.....	36

## RESUMEN

### “INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DE ETNIA BLANCA”.

**Autor:** David Esteban Alpala Chingud

**Correo:** esteban230312@gmail.com

La incontinencia urinaria (IU), es la pérdida del control de la vejiga, es un problema frecuente y que a menudo causa vergüenza. La incontinencia urinaria tiene graves repercusiones sociales y psicológicas afectando así la calidad de vida de quien padece de esta patología. El objetivo de la investigación fue de evaluar la presencia de incontinencia urinaria y su afectación en la calidad de vida en mujeres, de etnia Blanca. Esta investigación se llevó a cabo en el Cantón de Cotacachi en la parroquia 6 de Julio de Cuellaje, obteniendo una muestra de 242 mujeres de etnia blanca. La investigación es de diseño no experimental de corte transversal, siendo esta una investigación de tipo descriptiva, cuantitativa y correlacional, se aplicó el cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-UI-SF), instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL) y una ficha de datos generales del paciente. Los resultados muestran predominio de mujeres adultas con el 46,3 % las cuales en su gran mayoría son multíparas con el 54.1%. El 37,6% han tenido parto natural; todas las mujeres de etnia blanca con IU reflejaron pérdida en su calidad de vida, siendo la subescala más afectada la del impacto social. Finalmente, la IU esfuerzo se presentó en las mujeres multíparas, y aquellas con parto normal fueron quienes presentaron IU de esfuerzo.

**Palabras clave:** Incontinencia urinaria, etnia blanca, calidad de vida, suelo pélvico, mujer, parto

**ABSTRACT**  
**“URINARY INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN OF**  
**WHITE ETHNICITY”.**

**Author:** David Esteban Alpala Chingud

**Email:** esteban230312@gmail.com

Urinary incontinence (UI), the loss of bladder control, is a common and often embarrassing problem. Urinary incontinence has profound social and psychological repercussions, thus affecting the quality of life of those who suffer from this pathology. The objective of this research was to evaluate the presence of urinary incontinence and its affectation in the quality of life in women, of White ethnicity. This research was carried out in the Canton of Cotacachi in the parish of 6 de Julio de Cuellaje, obtaining a sample of 242 women of white ethnicity. The research is of a non-experimental cross-sectional design, this being a descriptive, quantitative and correlational type of research, the urinary incontinence questionnaire (ICIQ-UI-SF) was applied, an instrument for the quality of life with incontinence (I-QOL ) and a general data sheet of the patient. The results show a predominance of adult women with 46.3%, the vast majority of whom are multiparous with 54.1%. The 37.6% have had natural childbirth; all the white women with UI reflected a loss in their quality of life, with the most affected subscale being the social impact subscale. Finally, stress UI occurred in multiparous women, and those with normal delivery were the ones who presented stress UI.

**Keywords:** Urinary incontinence, white ethnicity, quality of life, pelvic floor, women, childbirth

**TEMA:**

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DE ETNIA  
BLANCA”

## **CAPÍTULO I**

### **1. El problema de la investigación**

#### **1.1.Planteamiento del problema**

La incontinencia urinaria es la pérdida del control de la vejiga, es un problema frecuente y que a menudo causa vergüenza (1). La incontinencia urinaria tiene graves repercusiones sociales y psicológicas. Predispone para una mayor morbilidad y mortalidad y provoca un enorme gasto en el presupuesto sanitario (2).

En la Revista Mexicana de Urología (2021) indica que la prevalencia de incontinencia urinaria a nivel mundial se reporta en un 55 %. En todo el mundo hay más de 200 millones de personas que tienen problemas asociados con la incontinencia urinaria (3). Se estima que casi el 50 % de las mujeres adultas experimentan incontinencia urinaria, sin embargo, solo entre el 25 y el 61 por ciento de las mujeres sintomáticas que viven en la comunidad buscan atención (4).

Estudios multivariados demuestran que las mujeres blancas tienen una prevalencia de IUE tres veces mayor que las mujeres negras, atribuyéndose a diferencias raciales en el tejido conjuntivo o en los músculos (5).

En España, García Astudillo (2015) presento la frecuencia de la incontinencia urinaria, fue de 15,6% en hombres y 55,6% en mujeres. Los factores asociados a la IU en mujeres, ajustados por edad, fueron el sobrepeso y la obesidad, el estreñimiento crónico, las infecciones urinarias de repetición, los desgarros durante el parto y la menopausia (6).

La Sociedad Alemana de Geriátría (DGG) (2021), presenta un informe de actualización sobre la incontinencia urinaria (IU) la cual menciona que, se estima que entre seis y ocho millones de personas sufren de IU. El número de afectados aumenta con la edad. Entre estos, el número de mujeres afectadas se estima en hasta 15 millones. Esto significa que una de cada tres o cuatro mujeres sufrirá incontinencia urinaria en algún momento de su vida. (7).

El hospital de Wuri Lin Shin, China (2017) presentó estadísticas sobre la incontinencia urinaria (IU), demostrando que la tasa de IU en mujeres es de aproximadamente 25%, esta condición no solo causa muchos inconvenientes en la vida diaria, sino que también puede tener un impacto psicológico en el paciente e incluso puede afectar la función social del paciente (8).

En Francia, Haab (2007) en su estudio de “Incontinencia urinaria: saberes, representaciones y prácticas de cuidadores. Encuesta en los hospitales universitarios de Ginebra”, describe que, la incontinencia urinaria es un problema de salud pública por la frecuencia y el coste socioeconómico de esta discapacidad. Al menos 3 millones de personas sufren de IU además añade que la IU es uno de los factores del aislamiento social (9).

En Estados Unidos Lenin Mauricio Pazmino (2019) en su estudio denominado “Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres de 45-65 años del Hospital Padre Carollo”, se determinó que las mujeres presentan una prevalencia más alta 51.1% que los hombres 13.9%. (10) (11)

En México, según González Luis Alberto (2019) en su trabajo denominado “Incontinencia urinaria: factores de riesgo y frecuencia en mujeres mayores de 60 años, en el sureste de México “, indico que no existen datos sólidos sobre la prevalencia de esta entidad, sin embargo, en diversos estudios realizados en poblaciones específicas se reporta que tiene una prevalencia que varía entre el 13.6% y 48% (11).

En Colombia, Jiménez (2015) en su publicación “Incontinencia urinaria en un grupo de personas vinculadas con el programa de adultos mayores del municipio de Sabaneta” da a conocer la prevalencia de incontinencia urinaria que fue del 25.2%. Al 29.0% la IU le genera irritación de la piel y al 19.4% sentimientos de inferioridad. Los cuidados que más aplican son: uso de ropa cómoda (64.5%) y empleo de paños absorbentes (54.8%). El 71.0% no ha consultado al médico por este motivo (12).

En Quito- Ecuador se llevó a cabo específicamente en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (2015), un estudio como resultado se obtuvo que existe mujeres con Incontinencia Urinaria entre las edades de 60 – 89 años siendo más frecuente entre las edades de 70 a 79 años (13).

Martínez Córcoles (2018) en el estudio de pacientes con incontinencia urinaria, menciona que tienen afectada su calidad de vida que les limita tanto su actividad física como su imagen corporal. Su calidad de vida empeora con la edad, un mayor grado de incontinencia, una mayor sintomatología miccional y cuando se asocian episodios de infección urinaria (14).

Según la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) (2011) manifiesta que la incontinencia urinaria está infradiagnosticada, en la mayoría de los casos no es valorada de forma multidisciplinar, ni recibe un tratamiento integral (15).

Notten (2021) en su trabajo entregado “Single-use nappies and their alternatives” menciona que los pañales de un solo uso son uno de los mayores contribuyentes a los desechos plásticos a nivel mundial. Tienen impactos ambientales a lo largo de todo su ciclo de vida y también son un costo principal para las autoridades locales, que a menudo se encargan de su eliminación (16).

Albaneida (2015) en su estudio denominado “Impacto De La Incontinencia Urinaria En La Calidad De Vida De Las Mujeres” indica que, las consecuencias se ponen de manifiesto un trastorno poco estudiado, pero de gran importancia si se tiene en cuenta la relación entre sus repercusiones psicosociales, el deterioro en la calidad de vida y el impacto económico que supone (17).

En Imbabura en el año 2020 en un estudio realizado a la población geriátrica determino una prevalencia de incontinencia urinaria del 57%, siendo la más frecuente la IU de esfuerzo con el 41%. La calidad de vida se encontró afectada en el 96% de las mujeres que presentan IU, siendo la subescala de evitar y limitar el comportamiento la más afectada (18).

No habido estudios previos sobre la presencia de la incontinencia urinaria en mujeres de étnica blanca en Ecuador, ni sobre la disminución de calidad de vida por causa de esta patología. Ecuador es un país rico en cultura, donde personas extranjeras llegan a vivir y entre ellas en su gran mayoría mujeres de etnia blanca.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es el impacto de la Incontinencia Urinaria y Calidad de Vida en mujeres de etnia blanca?

### **1.3. Justificación**

El presente estudio buscó conocer la presencia de incontinencia urinaria (IU) y el tipo de IU que predomina en las mujeres de etnia blanca, además, se estableció que esta afecta la calidad de vida, ya que según Martínez Córcoles en el año 2008 en su trabajo de Calidad de vida en las pacientes con IU, afecta a todos los grupos de población, sin excepción de edades y sexos.

Fue viable este estudio ya que hubo las autorizaciones y permisos necesarios para la recolección de datos que son primordiales, así pues, se contó también con la participación de los sujetos de estudio mediante la firma consentimiento informado, el investigador está preparado académicamente para realizar este estudio aplicando de forma coherente y eficiente las herramientas a usar por parte de este.

La factibilidad de este trabajo fue dada por la accesibilidad a los recursos humanos, tecnológicos y bibliográficos los cuales manifiestan la importancia del tema. Por otra parte, se cuenta con test validados los cuales brindan la información necesaria para el estudio.

El impacto social que tuvo este estudio fue el permitir abordar y conocer la presencia de incontinencia urinaria y la afección en la calidad de vida que se muestra en las mujeres de etnia blanca, además, permite marcar un precedente sobre la información que será de utilidad para los profesionales que tratan la IU dentro de lo que es la localidad, nivel nacional e internacional.

Los beneficiarios directos de este estudio fueron las mujeres de etnia blanca, y el investigador, además, de la población de la localidad, los beneficiarios indirectos serían la Universidad Técnica del Norte por su contribución al área investigativa, por otro lado, los estudiantes y familiares de estos por su información educativa sobre esta patología.

## **1.4.Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Evaluar la presencia de incontinencia urinaria y su afectación en la calidad de vida en mujeres, de etnia Blanca.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Caracterizar a los sujetos de estudio según edad, número de hijos, tipo de incontinencia urinaria y parto.
- Identificar el nivel de calidad de vida y afectación según subescalas en función de la incontinencia urinaria.
- Relacionar los tipos de incontinencia urinaria según número de hijos y tipo de parto.

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

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio según edad, número de hijos, tipo de incontinencia urinaria y parto?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida y afectación según subescalas de las mujeres blancas que padecen incontinencia urinaria en el cantón Cotacachi?
- ¿Cuál es la relación entre los tipos de incontinencia urinaria, según el número de hijos y tipo de parto?

## CAPÍTULO II

### 2. Marco teórico

#### 2.1. Anatomía del sistema genito urinario

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

El sistema urinario es un grupo de órganos involucrados en la formación y vaciado de la orina. Consta de dos riñones, los órganos densos que producen orina, y la vía de la pelvis renal forma un conducto excretor ancho desde los riñones, llamado uréter cuando es estrecho. A través de dos uréteres, la orina llega a la vejiga y se acumula allí, y finalmente a través de un tubo, la uretra, donde la orina se dirige a la uretra y al exterior del cuerpo. (19)

En el tracto urinario inferior tiene dos funciones: el almacenamiento y la eliminación oportuna de orina y cuando este no puede mantener 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 (20).

##### **Riñón**

Los riñones son órganos pares ubicados en la zona retroperitoneal, entre la duodécima vértebra torácica y la tercera lumbar, su apariencia normal se asemeja a una soja, el riñón derecho se ubica más abajo al ser desplazado por el hígado, miden 12 +/- de longitud 2 cm, De 6 cm de ancho y 3 cm de grosor, pesan de 150 a 170 gramos en un adulto normal.

El riñón derecho se relaciona con la vena cava inferior, la segunda porción del duodeno, el hígado y el ángulo hepático del colon, con los dos últimos a través del peritoneo. El riñón izquierdo se relaciona con la arteria aorta abdominal, el estómago, el páncreas, el ángulo esplénico del colon y el bazo. El polo superior de cada riñón está cubierto por la glándula suprarrenal correspondiente, que queda inmersa en la cápsula adiposa. (21)

Cada riñón está rodeado de grasa perirrenal. Encima de los riñones están las glándulas suprarrenales. Los riñones constituyen el 0,5 % del peso corporal, pero perfunden

aproximadamente el 25 % del gasto cardíaco a los riñones, por lo que, para un gasto cardíaco de 5 litros, el flujo sanguíneo es de 1,5 litros/min, lo que corresponde a un flujo sanguíneo renal de 600 litros. ml/min.

La inervación de ambos riñones corre a cargo de los nervios renales que se originan en el ganglio celíaco, estructura nerviosa del sistema nervioso autónomo simpático situada sobre la arteria aorta abdominal, a ambos lados del tronco arterial celíaco, justo por debajo del diafragma. Los nervios renales forman el plexo renal que penetra en los riñones acompañando a las arterias renales, la mayoría son vasomotores. (21)

La tasa de filtración glomerular suele ser de unos 125 ml/min, o 180 litros cada 24 horas, pero suele variar con el sexo y la edad. (22)

### **Uréteres**

Los uréteres son estructuras tubulares musculares bilaterales responsables del transporte de la orina desde los riñones hasta la vejiga para su almacenamiento y posterior excreción. Cada uréter mide unos 25 cm de largo. (23)

En su origen renal (pelvis renal), se ensanchan y se estrechan progresivamente a medida que penetran en la vejiga en el receso de la pelvis menor. Según su recorrido, los uréteres tienen dos partes: la parte abdominal y la parte pélvica. (23)

Los dos uréteres pasan por debajo del abdomen del músculo psoas, seguidos por el nervio genitofemoral y anteriormente por los vasos gonadales. Los uréteres no tienen ganglios, pero reciben inervación simpática y parasimpática. (23)

### **Vejiga**

La vejiga vacía en adultos es una bolsa de forma triangular que recibe orina de los riñones a través del uréter y actúa como un reservorio temporal de orina antes de que sea expulsada a través de la uretra. (24)

La vejiga femenina se encuentra detrás de la sínfisis del pubis y el espacio retropúbico, justo en frente de la vagina. Al igual que su contraparte masculina, la vejiga femenina consta de tres superficies: una superficie superior y dos superficies laterales inferiores. También consta de cuatro partes llamadas vértice, cuerpo, base y cuello. (24)

## **Uretra**

La uretra es el tubo excretor de la vejiga, que se extiende desde el cuello de la vejiga hasta la vulva, hacia abajo y hacia adelante. Tiene una longitud de 3 cm y un diámetro de 7 mm. La uretra femenina es mucho más corta que la masculina, extendiéndose desde el cuello de la vejiga hasta la abertura interna de la uretra, de unos 5 cm de largo. (24)

Distingue dos partes: superior intrapélvica e inferior perineal. La uretra pasa a través del diafragma urogenital, que contiene una capa de músculos voluntarios, el esfínter externo de la vejiga, que se usa para bloquear conscientemente la micción incluso cuando el control neural involuntario intenta vaciarla. (24)

### **2.2. Anatomía del Suelo Pélvico**

El suelo pélvico está formado principalmente por los músculos elevador del ano y coccígeo (es decir, pares de puborrectal, pubococcígeo e iliococcígeo). Los músculos del esfínter uretral y anal también forman parte del suelo pélvico. Los tejidos conectivos endopélvicos se encuentran por encima de los músculos del piso pélvico y se conectan con las paredes laterales de la pelvis y el sacro. La membrana perineal (es decir, los músculos bulbocavernosos, perineal transverso e isquiocavernoso) se encuentra externa e inferior al piso pélvico (25).

La inervación de esta región proviene de los segmentos S2, S3 y S4 de la médula espinal, que se fusionan para formar el nervio pudendo. El nervio pudendo inerva el esfínter anal externo, mientras que los músculos elevadores, coccígeos y el diafragma urogenital parecen estar inervados por una conexión directa de las fibras nerviosas S2, S3 y S4 (25).

### **2.3. Fisiología y micción**

El reflejo de micción es uno de los reflejos autonómicos, pero la liberación de orina está regulada por mecanismos autonómicos que involucran los centros del cerebro y la médula espinal. El reflejo de vaciado es un reflejo de contracción de vejiga a vejiga con un centro reflejo ubicado en el extremo rostral del tegmento pontino (centro pontino de vaciado: CMP). Hay dos vías aferentes desde la vejiga hasta el cerebro. Uno es el sistema dorsal y el otro es el tracto espinotalámico. Los nervios aferentes al

PMC ascienden en el tracto espinal, que corre a través del cordón lateral de la médula espinal. La vía eferente del PMC también inhibe el núcleo simpático toracolumbar y el núcleo sacropudendal a través del cordón lateral de la médula espinal, mientras promueve la actividad del núcleo parasimpático sacro. La inhibición del núcleo simpático y del núcleo del nervio pudendo induce la relajación del cuello de la vejiga y el esfínter uretral externo, respectivamente.

Para orinar, el cerebro debe reducir su efecto inhibitorio sobre la PMC. Son el centro pontino de almacenamiento y la red medular-pontina. En la médula lumbosacra, las neuronas excitatorias glutamatérgicas e inhibitoras glicinérgicas/GABAérgicas influyen en las ramas aferentes y eferentes del reflejo miccional.

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

Dentro del tracto urinario hay tres conjuntos de nervios periféricos sistema nervioso simpático, parasimpático y somático.

#### **➤ Vías Parasimpáticas**

Se localizan en el núcleo parasimpático sacro (SPN) de la médula espinal, en los niveles S2 a S4. Los axones pasan a través de los nervios pélvicos y hacen sinapsis con los nervios posganglionares en el plexo pélvico, en los ganglios nerviosos de la superficie de la vejiga (ganglios nerviosos vesicales) o dentro de las paredes de la vejiga y la uretra (ganglios intramurales) es mediada, de manera predominante, por la acetilcolina, que actúa sobre los receptores nicotínicos, aunque la transmisión puede modularse mediante receptores presinápticos adrenérgicos, muscarínicos, purinérgicos y peptidérgicos. (26)

#### **➤ Vías Simpáticas**

Se origina a partir de los núcleos intermediolaterales en la región toracolumbar (T10 a L2) de la médula espinal. Los axones dejan la médula espinal a través de los nervios espláncnicos y viajan por los ganglios nerviosos mesentéricos inferiores (IMF) y el nervio hipogástrico, o atraviesan la cadena paravertebral de los ganglios nerviosos de la cadena simpática lumbosacra y entran en el nervio pélvico. La transmisión

simpática ganglionar es, como la preganglionar parasimpática, mediada de manera predominante por acción de la acetilcolina en los receptores nicotínicos. (26)

➤ **Vías Somáticas**

El nervio pudendo proporciona la inervación somática del rabdoesfínter uretral y de algunos músculos perineales (como el compresor de la uretra y el esfínter uretrovaginal). Estas fibras se originan de las motoneuronas del esfínter localizadas en la asta ventral de la médula espinal sacra (niveles S2 a S4) en una región denominada núcleo de Onuf. (26)

➤ **Vías Aferentes**

Se originan en los ganglios de la raíz dorsal, en el nivel lumbosacro de la médula espinal, y viajan por el nervio pélvico a la periferia. Los nervios aferentes al músculo estriado del esfínter uretral externo viajan en el nervio pudendo a la región sacra de la médula espinal. Las señales aferentes más importantes para el proceso de micción son las fibras A $\delta$  mielinizadas y las fibras C sin mielinización que viajan en el nervio pélvico a la médula espinal sacra, comunicando información de receptores en la pared vesical. (26)

#### **2.4.la Incontinencia Urinaria (IU)**

La Sociedad Internacional de Continencia (International Continence Society) define la incontinencia urinaria (IU) como “la pérdida involuntaria de orina por la uretra debida a una disfunción vesical o esfinteriana que se puede demostrar objetivamente y que suele ser un problema social e higiénico” La Incontinencia urinaria es un problema frecuente que afecta a todos los grupos de población, edades y sexo. Es más frecuente en la mujer que en el hombre, estimándose que 1 de cada 5 mujeres de 30-50 años ha pasado por algún episodio (27) (17).

#### **2.5.Fisiopatología**

Los trastornos del piso pélvico (PFD) incluyen prolapso de órganos pélvicos (POP), incontinencia urinaria e incontinencia fecal. La carga de enfermedad relacionada con los PFD es sustancial. Estos trastornos afectan a un tercio de las mujeres adultas en los Estados Unidos, con un impacto considerable en su calidad de vida. Hasta el 20 % de

las mujeres se someten a un tratamiento quirúrgico para los PFD y aproximadamente el 17 % de estas mujeres requieren una nueva operación. El alcance de este problema clínico es incluso mayor de lo que sugiere la tasa de tratamiento quirúrgico, porque muchas mujeres son tratadas de forma conservadora con pesarios, toallas higiénicas o sin tratamiento (25).

La fisiopatología que contribuye a la IU difiere según el tipo. Interrupciones en varios niveles en el proceso de micción contribuye a IU de urgencia (contracciones vesicales desinhibidas en el músculo detrusor, activación intrínseca del músculo detrusor, aumento de la señalización aferente del detrusor y el urotelio, alteración del control inhibitorio del sistema nervioso central, interrupción o daño de las vías espinales suprasacras, y interrupción de la inervación eferente caminos que pueden resultar de afecciones neurológicas agudas). A menudo, el mecanismo subyacente que causa la interfaz de usuario urgente no se conoce y puede ser idiopático. IU de estrés Implica la pérdida de apoyo de la uretra y la vejiga, lo que lleva a hiperlaxitud y deterioro del cierre del esfínter uretral (intrínseca deficiencia de esfínteres). La interfaz de usuario mixta es una combinación del potencial causas de IU urgencia y de UI esfuerzo. (28)

El llenado vesical a una velocidad fisiológica permite la acomodación del detrusor, la disminución de esta se acompaña con una reducción de la distensibilidad vesical que se manifiesta con un aumento de la presión del detrusor durante el llenado vesical. La incontinencia urinaria esta medida también por el control nervioso de las vías urinarias inferiores y estructuras de sostén de la unidad esfinteriana. (29)

El reflejo de la micción normalmente está sujeto a control voluntario y se organiza en el tronco encefálico ventral, la micción es consecuencia del efecto inhibitor negativo de los centros superiores sobre el centro de la micción pontino y requiere la integración del centro de la micción sacro. Durante la fase de llenado se requiere que la presión intravesical se mantenga reducido y el tracto de salida vesical este sellado; de manera inversa en el vaciado de la vejiga debe mantener una contracción sostenida y una débil resistencia al flujo de orina para un vaciado completo. (29)

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

La disfunción de la vejiga neuropática se puede dividir en supraespinal, suprasacra e infrasacra, dependiendo del nivel de lesión en comparación con los centros de pontino y sacro. Las lesiones neurológicas afectan las funciones de la vejiga y la uretra según el área comprometida y la extensión de la lesión. (30)

#### **➤ Lesión supraespinal**

Condiciones que afectan las vías supraespinosas, como accidentes cerebrovasculares, traumatismos lesiones cerebrales, hidrocefalia normotensiva (NPH), parálisis cerebral y enfermedad de Parkinson, puede conducir predominantemente a la hiperactividad del detrusor debido a la pérdida del efecto inhibitorio de Pontine Micción Centro sobre el reflejo de la micción. En consecuencia, estos pacientes sufren por el almacenamiento síntomas como urgencia, aumento de orina frecuencia e incontinencia urinaria. (31)

#### **➤ Lesión suprasacra**

Por lesión de la médula espinal (SCI), la esclerosis múltiple, la enfermedad degenerativa del disco y la espina bífida pueden resultar tanto en el almacenamiento y síntomas de vaciado debido al detrusor hiperactividad mediada por fibras C y detrusor disinergia del esfínter (DSD). (31)

#### **➤ Lesión infrasacra**

Lesiones de los nervios periféricos como cauda equina síndrome, cirugía pélvica radical, diabetes mellitus y otras neuropatías periféricas o el síndrome de Guillain-Barré sufre predominantemente por síntomas de vaciado debido a hipoactividad o contractilidad del detrusor, que puede ir acompañada de hipoactividad del esfínter urinario. (31)

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

Las mujeres corren el riesgo de incontinencia urinaria secundaria a un defecto mucho más grande esférico que los hombres debido a la relativa debilidad de

mecanismos del esfínter, el cuello de la vejiga es más pequeño y a menudo incompetente y a menudo, incompetente, incluso en mujeres nulíparas jóvenes. (31)

En la continencia de las mujeres depende de la integridad del mecanismo del esfínter uretral que se compone de el músculo uretral liso debe considerarse intrínseco y una mayor cantidad de músculo extrínseco a rayas, este esfínter cubre dos tercios proximales de la uretra, por lo tanto debe considerarse que la mayoría de la uretra funciona como un esfínter uretral activo, por lo tanto, cualquier lesión al nervio agitado secundario a un trauma obstétrico disminuyen la efectividad de este mecanismo y predisponen un esfuerzo para la interfaz de usuario, dependiendo del nivel de lesión en comparación con los centros de pontino y sacro. Las lesiones neurológicas afectan las funciones de la vejiga y la uretra según el área comprometida y la extensión de la lesión. (31)

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

La predisposición de las mujeres para sufrir una incontinencia de los esfuerzos urinarios o un el prolapso depende de los siguientes factores:

- Modificaciones evolutivas de la anatomía del suelo pélvico resultante de la transición a una postura erecta.
- El proceso de reproducción humana que genera un feto relativamente grande, con un gran cráneo que debe cruzar el piso de la cuenca durante el nacimiento. (31)

## **2.6. Clasificación de la incontinencia urinaria**

### **2.6.1. Incontinencia urinaria de esfuerzo**

La incontinencia de esfuerzo se caracteriza por la pérdida involuntaria de orina con aumentos en la presión intraabdominal. Es el tipo más común de incontinencia en mujeres jóvenes, pero también ocurre en mujeres mayores. Los factores de riesgo clave incluyen el parto, medicamentos que relajan el esfínter uretral, obesidad, enfermedad pulmonar (por tos crónica) y cirugías pélvicas previas. (32)

### **2.6.2. Incontinencia urinaria de urgencia**

La incontinencia de urgencia se caracteriza por un deseo repentino de orinar acompañado de una fuga involuntaria de orina. Este tipo de incontinencia es común en mujeres mayores. La amplia categoría diagnóstica de vejiga hiperactiva abarca los síntomas de polaquiuria, urgencia y nicturia; si estos síntomas ocurren con la incontinencia, se considera incontinencia de urgencia.

(32)

### **2.6.3. Incontinencia urinaria mixta**

Pérdida involuntaria de orina asociada a la IU de urgencia y esfuerzo.

## **2.7. Factores de riesgo**

Los principales factores de riesgo para desarrollar la incontinencia urinaria son:

- Daño durante la entrega
- Condiciones neurológicas, que afectan el cerebro o la columna cordón, como accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple y enfermedad de Parkinson
- Obesidad
- daño debido a una cirugía o vejiga; Él puede dañar los nervios o los tejidos conectivos
- Infección del tracto urinario
- Ciertos medicamentos
- Condiciones congénitas, como la parálisis cerebral
- Estreñimiento
- Contribución líquida: beba mucho alcohol o cafeína o el suministro de efectivo débil puede causar una orina alta concentrada puede irritar la vejiga y causar una emergencia y frecuencia
- Discapacidad física que reduzca la movilidad y las habilidades (33)

## **2.8. Mujer y salud**

La incontinencia urinaria, la fuga involuntaria de orina, es común y no se trata adecuadamente. Se estima que casi el 50 por ciento de las mujeres adultas experimentan incontinencia urinaria, sin embargo, solo entre el 25 y el 61 por ciento de las mujeres sintomáticas que viven en la comunidad buscan atención (34). Los

expertos señalan, además, que la incontinencia urinaria tiene un alto impacto en la vida sexual de las mujeres. La mayoría de ellas tiene pérdidas de orina durante la relación sexual, lo cual se convierte en una afección que potencialmente puede repercutir en la salud mental y social de estas usuarias (35).

### **2.9. Calidad de vida con relación a Incontinencia Urinaria.**

La calidad de vida comprende factores tanto subjetivos como objetivos. Entre los factores subjetivos se encuentra la percepción de cada individuo de su bienestar a nivel físico, psicológico y social. En los factores objetivos, por su parte, estarían el bienestar material, la salud y una relación armoniosa con el ambiente físico y la comunidad, ahora, relacionando la afección de la calidad de vida en personas que sufren de IU, esta limita tanto su actividad física como su imagen corporal, la calidad de vida empeora con la edad, con un mayor grado de incontinencia, una mayor sintomatología miccional y cuando se asocian episodios de infección urinaria (14).

#### ➤ **Funcionamiento físico**

Se la define como la capacidad de trasladarse de un lugar a otro, para desempeñar actividades como quehaceres del hogar, trabajo, tiempo de ocio y actividades recreativas, las cuales depende de la funcionalidad física y psicosocial. Se toma en cuenta las distintas dimensiones como postura, equilibrio, capacidad muscular, capacidad cardio respiratoria, flexibilidad y control neuromuscular. (36)

#### ➤ **Bienestar psicológico.**

Dentro de la categoría psicoemocional, las mujeres con IU presentan miedo, vergüenza, angustia, ansiedad, depresión, alteraciones de la autoimagen, pérdida de confianza en sí mismas y aversión al acto sexual. Esta sintomatología es corroborada en el estudio cubano de González y otros del 2013 y estudio brasileño del año 2015 de Dellú y otros, que visibilizan la falta de relato por parte de las mujeres con respecto a las adaptaciones y cambios que realizan en su vida cotidiana para superar la incontinencia, afectando las relaciones personales, emocionales y represión en la ingesta de líquidos como medida preventiva del escape de orina. Otra sintomatología, también

corroborada por estos estudios, es la angustia de sentirse permanentemente húmeda y el temor constante de emitir olor a orina (35).

➤ **Estado emocional**

La experiencia emocional es parte del estado de ánimo y es única para cada individuo. No podemos tener emociones sin experiencia. La práctica emocional se refiere a una experiencia subjetiva individual que está dotada de una carga emocional a los problemas y experiencias de estas, es decir, cómo las personas lo experimentan. (37)

➤ **Dolor**

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial o descrita en los términos de dicha lesión. (38)

➤ **Funcionamiento social**

La definen como la participación de un individuo dentro un grupo social, cumpliendo roles sociales, este se desarrolla dentro de un ambiente o entornos que le darán la oportunidad de interactuar llevándolo a un ajuste social y emocional. (39)

➤ **Percepción general de la salud**

Es la auto examinación acerca de su situación acerca de la propia salud del individuo con esto refleja la contribución de varios aspectos que va más allá de solo la salud física.

**2.10. Etnia.**

Se entiende una comunidad que no solo comparte una ascendencia común sino además costumbres, un territorio, creencias, una cosmovisión, un idioma o dialecto y una aproximación simbólica al mundo semejante, y estos elementos compartidos le permiten tanto identificarse a sí mismo como ser identificado por los demás (40).

### **2.10.1. Etnia Blanca**

El término blanco (también persona blanca o etnia europea) generalmente se ha utilizado para designar a personas cuya tonalidad de piel clara suele asociarse a poblaciones de origen europeo. Aunque literalmente implica cuestiones externas como la piel clara, la forma y color del cabello y los ojos, entre otras, se ha usado de distintas maneras en diferentes periodos históricos y lugares. Como ocurre con otros términos complejos, su definición precisa puede ser confusa (41).

### **Expansión de la población blanca**

Desde finales del siglo XVIII, las mejoras en los sistemas de transporte y la colonización de las Américas, África y Oceanía han incrementado nuevamente los flujos migratorios transoceánicos. La migración más importante de la historia se produjo entre 1850 y 1940, con una segunda ola migratoria desde Europa hacia las Américas, en la que participaron unos 55 millones de europeos, el 60% de los cuales se asentaron definitivamente en el continente americano. La mayoría de estos migrantes procedían de las Islas Británicas (15 millones), Italia (10 millones), Alemania (5 millones) y España (5 millones), siendo los principales destinos Estados Unidos, Argentina, Canadá, Brasil y Cuba. (42)

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

### **2.11.1. Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-UI-SF).**

El cuestionario ICIQ-UI SF consiste en 3 ítems (Frecuencia, Cantidad e Impacto) y 8 preguntas más relacionadas con los síntomas orientativos del tipo de IU. Estas últimas preguntas no se contemplan a la hora de obtener un índice global del ICIQ-UI SF, sino que su valor radica en la descripción de las circunstancias que pueden provocar la UI a la paciente. De esta forma, la puntuación total de cada paciente se calcula con la suma de los 3 primeros ítems con un rango que oscila entre 0 y 21 puntos. La versión española de este cuestionario ha demostrado tener unos índices de fiabilidad, consistencia interna y validez no sólo en la descripción del impacto de la IU en la vida de los pacientes sino también para poder hacer una orientación del tipo de IU, en la práctica clínica (43).

En el trabajo original se estableció con un índice de Kappa de 0,58 a 0,73 y una consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,95. Respecto de nuestros resultados, se obtuvo un promedio de datos perdidos de 1.3%, lo que refleja indirectamente una validez de contenido adecuada; la consistencia interna medida con el alfa de Cronbach fue de 0,87 lo que se considera óptimo y la confiabilidad intraobservador medida con el índice Kappa ponderado para el ítem tres, cuatro y cinco fue de 0,84, 0,86 y 0,80 respectivamente, lo que se considera también muy bueno (43).

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

El EuroQol determina la calidad de vida de forma genérica y el I-Qol se utiliza como instrumento específico para la incontinencia urinaria. El EuroQol es un cuestionario estandarizado de cinco apartados que describe el perfil y valora el estado de salud. Puede utilizarse para evaluaciones clínicas y económicas del cuidado de salud, así como en las encuestas de salud poblacional. El cuestionario valora cinco aspectos del estado de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión) y cada uno tiene tres categorías (nulo, moderado, grave). En conjunto forman un total de 243 estados de salud teóricos. El EQ VAS registra el estado de salud evaluado por el propio paciente en una escala vertical analógica graduada (0 a 100).

El I-QOL es un instrumento de evaluación específica que consta de 22 apartados con cinco posibles respuestas (mucho, bastante, regular, un poco o nada). Para su interpretación, el resultado se transforma en una escala del 0 al 100 y los resultados más altos indican mejor calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria. Dicho cuestionario se divide en tres subescalas: limitación de la actividad o conducta (ocho preguntas), efecto psicosocial (nueve preguntas) y preocupación social (cinco preguntas) (44).

El I-QOL cuya validación al español consta de una consistencia interna, medida por el índice alfa de Cronbach de 0,92, para investigar la afectación en la calidad de vida. Se administra cuando la mujer obtiene una puntuación mayor de 0 en el anterior (10).

## **2.12. Marco Legal y Ético**

*Proyecto de Constitución del Ecuador 2008.*

*Por la Salud que todos queremos*

*Título II, Derechos*

### ***Sección Séptima: Salud***

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

### ***PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2021, 2025***

#### ***Eje Social***

- ***Erradicación de la pobreza, inclusión social e igualdad en la diversidad***
- ***Salud gratuita y de calidad***
- ***Educación diversa y de calidad***

#### ***Objetivos del Eje Social***

***Objetivo 6. Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad.***

*La OMS define a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" y "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social" (70). El abordaje de la salud en el Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 se basa en una visión de salud integral, inclusiva y de calidad, a través de políticas públicas concernientes a: hábitos de vida saludable, salud sexual y reproductiva, DCI, superación de adicciones y acceso universal a las vacunas. Adicionalmente, en los próximos*

*cuatro años se impulsarán como prioridades gubernamentales acciones como la Estrategia Nacional de Primera Infancia para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil: Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, que tiene como finalidad disminuir de manera sostenible la desnutrición y/o malnutrición infantil que afecta a 1 de 4 menores de 5 años en el país (71). Como nación existe la necesidad de concebir a la salud como un derecho humano y abordarlo de manera integral enfatizando los vínculos entre lo físico y lo psicosocial, lo urbano con lo rural, en definitiva, el derecho a vivir en un ambiente sano que promueva el goce de las todas las capacidades del individuo.*

### ***Ley Orgánica de Salud***

#### ***TITULO PRELIMINAR***

##### ***CAPITULO I***

###### ***Del derecho a la salud y su protección***

***Art. 1.-*** La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

***Art. 2.-*** Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

***Art. 3.-*** La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

## ***CAPITULO II***

*De la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y Responsabilidades*

**Art. 4.-** *La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.*

**Art. 5.-** *La autoridad sanitaria nacional creará los mecanismos regulatorios necesarios para que los recursos destinados a salud provenientes del sector público, organismos no gubernamentales y de organismos internacionales, cuyo beneficiario sea el Estado o las instituciones del sector público se orienten a la implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, de conformidad con los requerimientos y las condiciones de salud de la población.*

## CAPÍTULO III

### 3. Metodología de la Investigación

#### 3.1. Diseño de la investigación

**No experimental:** Es cuando el investigador se limita a observar los acontecimientos sin intervenir en los mismos entonces se desarrolla una investigación no experimental (45).

**Corte transversal:** Recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (46).

#### 3.2. Tipo de investigación

**Descriptivo:** En este estudio se buscó especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (46).

**Cuantitativo:** El enfoque cuantitativo (que representa, un conjunto de procesos) es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos eludir gestiones. El orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase (46).

**Correlacional:** Un estudio correlacional puede intentar determinar si individuos con una puntuación alta en una variable también tiene puntuación alta en una segunda variable y si individuos con una baja puntuación en una variable también tienen baja puntuación en la segunda. Estos resultados indican una relación positiva (46).

#### 3.3. Localización y ubicación del estudio

Esta investigación se llevó a cabo en el Cantón Cotacachi, en la parroquia 6 de Julio de Cuellaje y la parroquia de Plaza Gutiérrez ubicados de manera aproximada a Cotacachi urbana, siendo este el punto de comercio para estas personas. (47)

### **3.4. Universo**

La población obtenida de estas parroquias tomadas en cuenta del Catón Cotacachi, la parroquia 6 de Julio de Cuellaje y la parroquia de Plaza Gutiérrez, cuenta con una población total de 2556 personas. (47)

### **3.5. Población**

La población para la presente investigación está conformada por 417 habitantes de la parroquia de 6 De Julio de Cuellaje-Cotacachi más la parroquia de Plaza Gutiérrez, lugar en donde se ha identificado un mayor número de habitantes de etnia blanca.

### **3.6. Criterios de selección:**

#### **3.6.1. Criterios de Inclusión**

- Mujeres mayores de 18 años con presencia de esta patología.
- Mujeres que pertenezcan a la etnia Blanca, con al menos dos años de residencia en el Ecuador.
- Mujeres que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.
- Mujeres de etnia blanca, con buen estado cognitivo que puedan brindar información fiable sobre su estado de salud al investigador.

#### **3.6.2. Criterios de exclusión**

- Mujeres menores de 18 años.
- Mujeres que no cumplan con los criterios de inclusión.
- Mujeres con deterioro cognitivo, cirugía pélvica o en espera de alguna intervención quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia urinaria.

### **3.7. Muestra**

La muestra para la presente investigación se determinó de forma no probabilística, a conveniencia del investigador, según el cumplimiento de los criterios de selección, obteniendo una muestra de 242 mujeres de etnia blanca con incontinencia urinaria.

### 3.8. Operación de variables

#### 3.8.1. Variables de Caracterización

Tabla 1. Tabla de variables de caracterización

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Edad	Cualitativa nominal politómica	Grupo etario	-Adultos jóvenes -Adultos mayores	18-35 36-64 >65(OMS)	Ficha de datos generales del paciente.	Tiempo vivido por una persona expresado en años (48).
Tipo de parto	Cualitativa nominal dicotómica	Tipos de parto según su finalización	-Normal -Cesárea	Tipo de trabajo de parto		Parto natural, parto vaginal y cesárea son los tres tipos de parto, que dan término a la etapa de gestación, para que se logre el nacimiento (49).
Número de hijos	Cualitativa ordinal politómica	Número de hijos	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara	Sin hijos 1 hijo 2-4 hijos >5 hijos (OMS)		Número de partos que ha tenido una mujer (15).

### 3.8.2. Variables de Interés

Tabla 2. Variables de interés

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Incontinencia urinaria (IU).	Cualitativa nominal politómica	Tipos de incontinencia urinaria	IU Esfuerzo	Al toser, estornudar o realizar esfuerzos, ejercicio.	International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form ("ICIQ-SF")	La incontinencia urinaria (IU) depende básicamente de la integridad de la vejiga, el suelo pélvico y la uretra; la inervación de estas estructuras y control a nivel superior son importantes (50).
			IU Urgencia	Antes de llegar al servicio.		
			IU Mixta	Presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia.		
			Incontinencia continua	De forma continua.		
Calidad de vida.	Cualitativa nominal dicotómica	Afectación en la calidad de vida Evitar y limitar el comportamiento -Impacto psicosocial -Vergüenza social.	Nula afectación en la calidad de vida.	100%	Instrumento de calidad de vida (I-QOL)	Calidad de Vida llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes (51).
			Pérdida de calidad de vida.	<100%		

### **3.9. Métodos de recolección de datos**

#### **3.9.1. Métodos**

**Deductivo:** es una estrategia de razonamiento empleada para deducir conclusiones lógicas a partir de una serie de premisas o principios. En este sentido, es un proceso de pensamiento que va de lo general (leyes o principios) a lo particular (fenómenos o hechos concretos) (46).

**Analítico:** El método analítico o método empírico-analítico es un modelo de estudio científico basado en la experimentación directa y la lógica empírica. Es el más frecuentemente empleado en las ciencias, tanto en las ciencias naturales como en las ciencias sociales. Este método analiza el fenómeno que estudia, es decir, lo descompone en sus elementos básicos (46).

**Revisión Bibliográfica:** Se efectuó una investigación en la que fue necesaria realizar una amplia revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos científicas, para determinar la relevancia e importancia, asegurando la originalidad y veracidad de la información recogida y de la investigación en sí (52).

#### **3.9.2. Técnicas e instrumentos**

La técnica a usar es:

- La encuesta

Los instrumentos para usar son:

- Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-UI-SF).
- Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL).
- Ficha de datos generales del paciente.

### **3.10. Análisis de Datos**

Luego de realizar la respectiva tabulación de datos con la ayuda de los programas estadísticos, tales como: Excel, con el que se realizó un análisis e interpretación de los resultados en tablas de frecuencia y porcentajes para así responder a las preguntas de investigación, así como también se usó el programa SPSS, con el cual se realizó para comprobar datos obtenidos más las tablas cruzadas.

## CAPITULO IV

### 4. Análisis y discusión de resultados

**Tabla 3.**

*Caracterización de la población según edad*

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Adultos Jóvenes (18-35 años)	73	30,2%
Adultos (36-64 años)	112	46,3%
Adultos mayores ( $\geq 65$ años)	58	24,0%
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>

La caracterización de la población de estudio según la edad, el mayor porcentaje de mujeres de etnia Blanca están dentro de la categoría de adultos 36-64 años con el 46,3%, seguido por adultos jóvenes 18-35 años con 30,2%, finalmente los adultos mayores  $\geq 65$  años con 24%.

De acuerdo con estudios realizados en España por Cristina Tuda en su estudio denominado “Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid”, refiere a que la incontinencia urinaria afecta a todas las edades, con un mayor número de afectados en la mediana edad y con un porcentaje del 50% en geriátricos 85 años. Los datos obtenidos muestran que el grupo de mediana edad tiene mayor prevalencia que los adultos mayores, este estudio difiere con nuestros resultados. (53)

**Tabla 4.***Caracterización de la población según número de hijos*

<b>Número de hijos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nulíparas (sin hijos)	63	26,0%
Primíparas (1 hijo)	48	19,8%
Múltiparas (2-4 hijos)	131	54,1%
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>

Los resultados de la caracterización de la población de estudio según el número de hijos, el mayor porcentaje de mujeres de etnia Blanca corresponde a múltiparas 2-4 hijos con el 54,1%, seguido por nulíparas (sin hijos) con 26%, finalmente las primíparas 1 hijo con 19,8%.

Según estudios hechos en Chile por Parra M. "Partograma en Mujeres Múltiparas" El porcentaje de múltiparas fue de 67,3% de una población de 130 pacientes siendo estas las que predominan en este estudio. En relación con los datos obtenidos del estudio presente, observamos que difiere con nuestro estudio. (53)

**Tabla 4.***Caracterización de la población según tipo de parto*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin parto	63	26,0%
P. Cesárea	88	36,4%
P. Normal	91	37,6%
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>

Los resultados de la caracterización de la población de estudio según el tipo de parto, el mayor porcentaje de mujeres de etnia Blanca han tenido parto normal el 37,6%, le sigue los partos por cesárea con 36,4%, finalmente en menor porcentaje las que no han tenido parto con el 26%.

Según el estudio realizado por Astudillo D. denominado “Prevalencia De Parto Por Cesárea” del grupo estudiado refiere que el 61,6% de las mujeres han tenido parto por cesárea, quienes pertenecen a la población entre la edad de 20 y 30 años, dando una comparativa de resultados entre este estudio y el nuestro encontramos que difiere. (54)

**Tabla 5.***Caracterización de la población según tipo de incontinencia*

<b>Incontinencia Urinaria</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
IU Esfuerzo	132	54,5%
IU Mixta	22	9,1%
IU Urgencia	88	36,4%
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>

Los resultados de la caracterización de la población de estudio según el tipo de incontinencia urinaria, el mayor porcentaje de mujeres de etnia Blanca con IU Esfuerzo con 54,5%, seguido por IU Urgencia con 36,4%, finalmente IU Mixta con 9,1%.

Estudios multivariados han demostrado que la prevalencia de IUE es tres veces mayor en mujeres de etnia blanca que en las mujeres de etnia negra, atribuido a esta diferencia racial en el tejido conjuntivo o muscular, además se ve una prevalencia a nivel mundial de la incontinencia urinaria, estudiado en China, del 30,9 %. La prevalencia de la incontinencia de esfuerzo, la incontinencia de urgencia y la incontinencia mixta se estiman en el 18,9 %, el 2,6 % y el 9,4 %, y las proporciones correspondientes se distribuyen, respectivamente, 8% y 31% La prevalencia de incontinencia mixta aumentó con la edad, mientras que la prevalencia de IUE fue en el grupo de mujeres de 50 años y el grupo de mujeres de 70 años en la prevalencia de incontinencia de urgencia más alta, dando a relucir que el orden de afección según el tipo de incontinencia se asemeja a nuestros resultados.

**Tabla 6.**

*Evaluación de calidad de vida IQOL test*

<b>Calidad de vida (CV)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Perdida de CV (<100%)	242	100%
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>

Los resultados de la evaluación de calidad de vida IQOL test, se ha demostrado que el 100% de las encuestadas presentan algún grado de afección en su calidad de vida.

En el estudio realizado por la Asociación Española de Enfermería en Urología en su trabajo denominado “Hombres y mujeres ante la incontinencia urinaria”, señala que, en su revisión bibliográfica sistematizada, que en la mayoría de los estudios que se analizaron, mencionan que la prevalencia de la disminución de la calidad de vida por incontinencia urinaria en las mujeres es realmente alta, con esto, tomando en cuenta nuestro estudio coincide con los resultados. (55)

**Tabla 7.**

*Evaluación de calidad de vida según subescalas IQOL test*

<b>IQOL</b>	<b>Porcentaje</b>
Evitar y limitar el comportamiento	84,29 %
Impacto psicosocial	80,12%
Vergüenza social	81,46%

Los resultados de la evaluación de la calidad de vida según subescalas demostraron que el impacto psicosocial teniendo el menor porcentaje 80,12% demostrando mayor impacto, seguida por vergüenza social con 81,46% y finalmente con evitar y limitar el comportamiento con 84,29%.

Los presentes datos fueron comparados con un estudio titulado “Evaluación de la prevalencia, tipo, gravedad y factores de riesgo de la incontinencia urinaria y su impacto en la calidad de vida entre las mujeres en Turquía” demostró que al aplicar el I-QOL test, la subescala que presenta mayor afectación es la vergüenza social, seguido de la limitación y evitación del comportamiento; y la subescala menos afectada es el impacto psicosocial. Datos que difieren de los recopilados ya que en nuestro estudio la subescala con mayor afectación es evitar y limitar el comportamiento. (56)

**Tabla 8.***Relación entre tipos de incontinencia urinaria según número de hijos*

Tipo de Incontinencia	IU	Recuento	Número de hijos			Total
			Múltipara	Nulípara	Primípara	
Esfuerzo		69	40	23	132	
		% dentro de Tipo de Incontinencia	52,3%	30,3%	17,4%	100,0%
	<b>IU Mixta</b>	14	5	3	22	
		% dentro de Tipo de Incontinencia	63,6%	22,7%	13,6%	100,0%
Urgencia		48	18	22	88	
		% dentro de Tipo de Incontinencia	54,5%	20,5%	25,0%	100,0%
	<b>Total</b>	<b>Recuento</b>	<b>131</b>	<b>63</b>	<b>48</b>	<b>242</b>
		<b>% dentro de Tipo de Incontinencia</b>	<b>54,1%</b>	<b>26,0%</b>	<b>19,8%</b>	<b>100,0%</b>

La relación entre el tipo de incontinencia urinaria y el número de hijos muestra que, la IU esfuerzo se presenta mayormente en las mujeres múltiparas con el 52,3%, seguida por las mujeres nulíparas con el 30,3%, finalizando con las primíparas con 17,4%. Seguido por IU urgencia con un porcentaje de afección relevante presentándose en el grupo poblacional de las múltiparas con 54,5% seguida por las primíparas con 25%, finalizando con las nulíparas con 20,5%. Finalmente, la IU mixta se presentó en el 63,3% de mujeres múltiparas, seguido por las nulíparas con el 22,7%, y en el 13,6% de mujeres primíparas.

Según Zhou, H. en su estudio denominado “Asociación entre la paridad y el riesgo de incontinencia urinaria en mujeres: un metaanálisis de estudios de casos y controles y de cohortes” muestra que el número de partos si se asocia con el aumento de riesgo de padecer incontinencia urinaria de esfuerzo. En nuestro estudio vemos una semejanza de resultados, ya que las mujeres múltiparas en su mayoría presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo (57)

**Tabla 9.***Relación entre tipo de incontinencia urinaria según tipo de parto*

		Tipo de Parto			Total	
		Sin PARTO	P. CESAREA	P. NORMA L		
Tipo de Incontinencia	IU ESFUERZO	Recuento	40	45	47	132
		% dentro de Tipo de Incontinencia	30,3 %	34,1%	35,6%	100,0 %
	IU MIXTA	Recuento	5	8	9	22
		% dentro de Tipo de Incontinencia	22,7 %	36,4%	40,9%	100,0 %
IU URGENCIA		Recuento	18	35	35	88
		% dentro de Tipo de Incontinencia	20,5 %	39,8%	39,8%	100,0 %
	Total	Recuento	63	88	91	242
	<b>% dentro de Tipo de Incontinencia</b>	<b>26,0 %</b>	<b>36,4%</b>	<b>37,6%</b>	<b>100,0 %</b>	

La relación entre el tipo de incontinencia urinaria y el tipo de parto muestra que la IU esfuerzo se presenta en mayor porcentaje, en las que han dado parto normal con el 35,6%, seguida por las de parto por cesárea con 34,1%, finalizando con las que no han tenido ningún parto con 30,3%. Seguido por la IU de urgencia presente en el grupo poblacional mujeres con parto por cesárea y normal con un semejante de 39,8% finalizando con las que no han tenido parto con un 20,5%, en la IU mixta estuvo presente en las mujeres que han tenido parto normal con 40,9%, seguida por las mujeres con parto por cesárea con el 36,4%, finalizando con las que no han tenido partos con el 22,7%.

Según el estudio entregado por Aníbal Faundes denominado “Comentario sobre la asociación entre la vía de parto y el daño perineal e incontinencia urinaria y fecal” asocia que el parto vaginal produce un riesgo más alto de daño perineal, provocando así incontinencia urinaria y fecal comparado con el parto por cesárea y de esta manera vemos que coincide los datos con los nuestros obtenidos en este estudio. (58)

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

- **¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio según edad, número de hijos, tipo de incontinencia urinaria y parto?**

Con el estudio se caracterizó a la población por edad, dando como resultado que el predominio etario es en adultos de 36 a 64 años con un 46,3%, por número de hijos tenemos que predominan las mujeres multíparas con un 54,1%. Según el tipo de parto tenemos que en su gran mayoría tienen parto normal, siendo del 37,6%. De la población evaluada tenemos que el 58,03% presentan incontinencia urinaria.

- **¿Cuál es el nivel de calidad de vida y afectación según subescalas de las mujeres blancas que padecen incontinencia urinaria en el cantón Cotacachi?**

Tras la aplicación del instrumento de calidad de vida con incontinencia urinaria, evidenció que, de la población completa con presencia de incontinencia urinaria, tiene afectada su calidad de vida en un cierto porcentaje, haciendo énfasis que en la subescala de la calidad de vida más afectada es el impacto social.

- **¿Cuál es la relación entre los tipos de incontinencia urinaria, según el número de hijos y tipo de parto?**

Con ayuda del SPSS, mostro que la relación entre el tipo de incontinencia urinaria y el número de hijos, las mujeres multíparas sufren en mayor porcentaje de incontinencia urinaria de esfuerzo. Ahora bien, observando la relación entre el número de hijos y el tipo de parto, podemos decir que al tener un parto natural aumenta el riesgo para generar una incontinencia urinaria de esfuerzo. Con esto concluimos que, a mayor número de partos, mayor posibilidad en sufrir incontinencia urinaria por esfuerzo. También podemos decir que al tener un parto natural mayor posibilidad de presentar incontinencia urinaria de esfuerzo.

## CAPITULO V

### 5. Conclusiones y recomendaciones

#### 5.1. Conclusiones

- En la población estudiada se identificó que el grupo etario que predominan son las mujeres adultas, en su mayoría multíparas con parto normal, siendo de estas la incontinencia urinaria por esfuerzo la que más predomina en el presente estudio.
- La evaluación de la calidad de vida pone en evidencia que todas las mujeres de etnia blanca con incontinencia urinaria reflejaron disminución en su calidad de vida, la subescala más afectada fue la de impacto psicosocial.
- La incontinencia urinaria por esfuerzo tiene mayor impacto en las mujeres multíparas de etnia blanca. Añadiendo a esto, se observa que la incontinencia urinaria por esfuerzo se relaciona en mayor porcentaje con mujeres que han tenido parto normal, apoyando así a aquellos estudios que aseveran que el parto normal genera lesiones en el suelo pélvico, lo cual desencadena incontinencia urinaria por esfuerzo en la mujer.

## **5.2. Recomendaciones**

- Crear programas de promoción y prevención destinada a mujeres adultas de etnia blanca con el fin de crear conciencia de esta patología y lleguen a ser tratadas y así mantener una calidad de vida optima.
- Direccionar a aquellas mujeres diagnosticadas con incontinencia urinaria hacia el profesional de la salud encargado del tratamiento de trastornos urogenitales, con el fin de tratar esta condición de salud y evitar el impacto en su calidad de vida.
- Replicar este tipo de investigaciones en otras localidades enfocadas a las etnias existentes de cada región, ya que estos estudios servirían como precedentes para futuros profesionales encargados del tratamiento de la incontinencia urinaria.

## Referencias bibliográficas

1. Paul D. Pettit AHC. Strategies and treatments for improving bladder and bowel controls Minesota Estados Unidos: Mayo Clinic; 2021.
2. Cruz Lendínez Carmen LAMCLAJCGMJ. Incontinencia urinaria en mujeres de Jaén: estudio de prevalencia. Scielo. 2017.
3. Departamento de Urología, Centro Medico del Instituto de Seguridad. Aspectos actuales en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres. Revista Mexicana de Urología. 2021; 77(5).
4. Emily S. Lukacz MM. Female urinary incontinence: Evaluation. UpToDate. 2022.
5. E RJ. La incontinencia urinaria. Anales Sis San Navarra. Scielo. 2006.
6. García-Astudillo E, Pinto-García M, Laguna-Sáez J. Incontinencia urinaria: frecuencia y factores asociados. Fisioterapia (Madr., Ed. impr.). 2015.
7. DGG-eriatrie. Ueber uns ktuelle melden aktualisiert DGG leitlinie zu urinary incontinence published. Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG). 2021.
8. Wuri Lin Shin Hospital. Prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria femenina. Wurilin. 2017.
9. Veronica Gogniat ACR,MAS,ADR,FRH. Incontinence urinaire : connaissances, représentations et pratiques des soignants. Enquête aux Hôpitaux universitaires de Genève Enfermería AdId, editor. Genève: ARSI; 2011.
10. Lenin Mauricio Pazmino MAPDEP, Liceth Ayala P, Quinteros MJ. Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres de 45-65 años del Hospital Padre Carollo. Mediciencias UTA. 2019.
11. González-Maldonado Luis Alberto EVRAJARLMHAMDNI. Incontinencia urinaria: factores de riesgo y frecuencia en mujeres mayores de 60 años, en el sureste de México. Revista mexicana de urología. 2019.
12. Jiménez GÁ,CHHA. Incontinencia urinaria en un grupo de personas vinculadas con el programa de adultos mayores del municipio de Sabaneta. Medicina U.P.B. 2015; 34(1).
13. Altamirano J. Asociación entre Incontinencia Urinaria oculta diagnosticada por examen clínico versus estudio urodinámico preoperatorio en pacientes con prolapso genital grado iii- iv, en la Unidad Metropolitana de Salud sur, Quito-Ecuador. Ginecología y Obstetricia. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Posgrado.

14. MARTINEZ CORCOLES B. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas*. 2008; 32(2).
15. C B. Incontinencia y Retencion de Orina. Sociedad Española de Rehabilitacion y Medicina Fisica. 2011.
16. Notten P, Gower A, Lewis Y. Single-use nappies and their alternatives. United Nations Environment Programme. 2021.
17. Arrocha MAM. Impacto de la Incontinencia Urinaria en la Calidad de Vida de las Mujeres. La Palma. 2015.
18. Cristian Santiago Torres Andrade KGEE. INCONTINENCIA URINARIA Y SU AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA, EN CENTROS GERIÁTRICOS DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. *LaUinvestiga*. 2020; 7(2).
19. Agur MR DFG. Atlas de Anatomía. 11th ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.
20. Torres K. Incontinencia Urinaria. *Revista Medica de Costa Rica y Centro America*. 2016.
21. Arroyo BC. Sistema Urinario Barcelona: Escuela Universitaria de Enfermería; 2008.
22. V CAR, V CAB, S JT, F JS. Nefrología Básica 2. Segunda edición ed. O. AG, editor. Colombia: Editorial La Patria S.A; 2012.
23. González J,JJS,FA,&CGC. Trasplante de aloinjerto renal: descripción anatómica. 2021.
24. Drake RL,VAW,&MAWM. Gray's Anatomy for Students. 3rd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2015.
25. Victoria L. Handa M. Efecto del embarazo y el parto sobre la incontinencia urinaria y el prolapso de órganos pélvicos. *UpToDate*. 2022.
26. K. A. Neurofisiología y farmacología de las vías urinarias inferiores Smith y Tanagho. *Urología general*. 18th ed.: McAninch J.W., & Lue T.F.; 2014.
27. International Continenence Society. Standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Urology*. 1977.
28. Fowler CJ GDdGW. The neural control of micturition. *Nat Rev Neurosci*. 2008.

29. A. W. Fisiopatología y clasificación de la disfunción de las vías urinarias inferiores. 10th ed. Campbell-Walsh , editor. Mexico D.F.: Médica Panamericana; 2015.
30. Chapple C MI. Incontinencia urinaria y prolapso pelviano: epiemiología y fisiopatología. In: Campbell-Walsh: Urología. 10th ed. Mexico: Médica Panamericana; 2015.
31. Georgopoulos P,&AA. Neurogenic voiding dysfunction. Current opinion in urology. 2017.
32. Hersh L,&SB. Clinical management of urinary incontinence in women. American family physician..
33. A. B. An overview of urinary incontinence. British Journal of Nursing Mark Allen Publishing..
34. Emily S. Lukacz MM. Incontinencia urinaria femenina: Evaluación. UpToDate. 2022.
35. Silva Muñoz Ma. Antonieta GHMLVCSNCTRJ. Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climatérica. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018.
36. Osorio JH, Valencia MH. Bases para el entendimiento del proceso de la marcha humana. Universidad de Manizales - Facultad de Ciencias de la Salud..
37. Gea García G, Alonso Roque JI, Rodríguez Riba JP. ¿Es la vivencia emocional cuestión de género? Análisis de juegos motores de oposición España, Madrid: Revista de Investigación Educativa; 2017.
38. J. PF. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Scielo..
39. Palau AM. FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON VARIABLES PSICOEDUCATIVAS. Universidad de Alicante..
40. CEPAL. ¿Quiénes son los pueblos indígenas y afrodescendientes? El Difícil arte de contar. 3rd ed. Caribe: Naciones Unidas; 2011.
41. American Association of Physical Anthropologists. Statement on Race and Racism. American Association of Physical Anthropologists. 2019.
42. Pérez MBSECLJE. Geografía de Europa. 1st ed. Gutiérrez FLPJIP, editor.: Tirant lo Blanch; 2019.

43. Espuña M, Castro D, Carbonell C, Dilla T. Comparación entre el cuestionario "ICIQ-UI Short Form" y el "King's Health Questionnaire" como instrumentos de evaluación de la incontinencia urinaria en mujeres. *Actas Urológicas Españolas*. 2007; 31(5).
44. Magaña M, Bustos H, Rojas , Gabriel , Oviedo G, Neri E. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. *Ginecol Obstet Mex*. 2007; 75.
45. G PTG. Tipos de investigación. *Investipos*. 2000.
46. Collado CF. Metodología de la Investigación. 6th ed. México: Mc Graw Hill Education; 2014.
47. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). Censo 2001 Fascículo Cotacachi Quito; 2001.
48. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. 23rd ed.; 2022.
49. Clínica las Condes. Ginecología. Clínica las Condes. 2017.
50. Alvarez P, Chica D, Casanova G, Pita A. Tratamiento Médico de la Incontinencia Urinaria. *Medicina UCSG*. 2021.
51. Cardona J, Higuera L. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Rev Cubana Salud Pública*. 2014; 40(2).
52. Castellanos B. El uso de los métodos deductivo e inductivo para aumentar la eficiencia del procesamiento de adquisición de evidencias digitales. Pontificia Universidad Javeriana; Colombia. 2017.
53. Parra C MADJCTRTARAAMAAARMC&PBS. Partograma en mujeres multiparas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2007.
54. Jarrín DEA. Prevalencia De Parto Por Cesárea. 2012.
55. M. Rebassa JMTCGJRAEJMMNMMR JL. Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida. *Actas Urológicas Españolas*. 2013.
56. Akkus Y PG. Evaluation of the prevalence, type, severity, and risk factors of. *Int Urogynecol J*. 2016.
57. Zhou HH,SB,LTZ,WXH,YZH,&GYL. Association between parity and the risk for urinary incontinence in women: A meta-analysis of case-control and cohort studies. *Medicine*. 2018.

58. Faundes AMLyCM. Comentario sobre la asociación entre la vía de parto y el daño perineal e incontinencia urinaria y fecal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2020.
59. E. García-Astudillo MPPGJLS. Incontinencia urinaria: frecuencia y factores asociados, *Fisioterapia*. ScienceDirect. 2015; 37(4).
60. Thomazini IFS WAdCdSSRM. Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro en adolescentes embarazadas. *Enfermería Global*. 2016; 15(44).
61. Pazmiño LM. Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres de 45-65 años del Hospital Padre Carollo. *Mediciencias UTA*. 2019; 3(2).
62. Hospital Universitario "Reina Sofia". *Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería Córdoba* ; 2010.
63. Salazar MP. El estudio urodinámico. *Urología Colombiana*. 2014; 23(2).
64. Ural ÜM,GS,EA,&TA. Urinary incontinence in female university students. *International urogynecology journal*. 2021.

## Anexos

### Anexo 1. Oficio de autorización



Ibarra, 29 de julio del 2022

Sra. Rosita Bonilla

**Especialista en Gestión Administrativa del Centro Artesanal y Patio de comidas Paseo San Francisco del Municipio de Cotacachi.**

Presente. –

Me es grato dirigirme a usted cordialmente para extenderle mi deseo de éxito en las funciones que usted desempeña en beneficio de la comunidad de Cotacachi.

Por medio de la presente quiero comunicarle que soy un estudiante de la Universidad Técnica del Norte y estoy realizando una investigación como Proyecto de Tesis de la carrera TERAPIA FÍSICA MÉDICA.

La investigación titulada **“Diagnóstico de incontinencia urinaria y calidad de vida en mujeres de etnia blanca en el cantón Cotacachi”** aborda criterios de la salud y calidad de vida que deben ser analizados. Para lo cual; solicito, de la manera más comedida se digne autorizar a quien corresponda la apertura para realizar una encuesta a mujeres extranjeras en rango de edad de 18 años en adelante y que residan en el Cantón Cotacachi, con la finalidad de obtener información que será de gran valor para la comunidad extranjera y la casona universitaria. Este estudio servirá para fortalecer el área uroginecología en la localidad de Imbabura.

Por la atención que se digne dar a la presente, le anticipo mi total agradecimiento.

David Esteban Alpala Chingud

CI: 1004744510

Recibido  
29-07-2022  
R.B.  
Rosita Bonilla

## Anexo 2. Consentimiento informado



### HOJA INFORMATIVA PARA LOS PARTICIPANTES

Apreciado participante,

Me pongo en contacto con usted, para saber si desea formar parte del proyecto de investigación titulado: **“Incontinencia urinaria y calidad de vida en mujeres de etnia Blanca”**, perteneciente a la carrera de **Terapia Física Médica** de la **Universidad Técnica del Norte**. Para el desarrollo de la presente investigación es necesario realizar una evaluación con el fin de evaluar la presencia de incontinencia urinaria y su afectación en la calidad de vida en mujeres, de etnia Blanca. Es por esto que al participar en esta actividad la estudiante le realizará tres encuestas. Su participación es clave para ampliar los conocimientos existentes sobre este tema. Por estos motivos, le pedimos el consentimiento para participar en la evaluación y le agradecemos muy sinceramente su colaboración. Antes y después de firmar este documento, del cual se quedará usted una copia, puede preguntar todo lo que considere oportuno al tutor de tesis, Lic. Cristian Torres Mgs. (+593) 0960747156.

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 ... de ... del 2022

**Autor:** Lic. Cristian Torres MSc.

**Descripción:** Consentimiento informado

### Anexo 3. Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF)

#### Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida. Puntuación del ICIQ-SF: suma las puntuaciones de las preguntas 1+2+3. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero.

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

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

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

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

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

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

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud. • Nunca. • Antes de llegar al servicio.

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

**Autor:** Internacional Continence Society

**Descripción:** Cuestionario ICIQ-IU-SF

## Anexo 4. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)

### Test de IQOL - ¿Cómo afecta la incontinencia urinaria a mi calidad de vida?

Elija entre los valores del 1 al 5, siendo considerado el 1 la puntuación más baja y el 5 la más alta.

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

**Autor:** Wagner y Patrick

**Descripción:** Cuestionario I-QOL

## Anexo 5. Ficha de datos generales del paciente

### FICHA DE DATOS GENERALES DEL PACIENTE

FECHA: 3 Agos, 2022

PACIENTE: [REDACTED]

EDAD 67

ETNIA Blanca

➤ SITUACIÓN FAMILIAR (señale su respuesta con una X)

¿TIENE HIJOS?

SÍ X NO \_\_\_\_\_

EN CASO DE RESPONDER SI, ESPECIFIQUE CUANTOS

3

➤ ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

¿Cuál es el número de partos que ha tenido hasta la actualidad?

2

¿Los partos que ha tenido han sido normales, o mediante cesárea?

Normal

**Autor:** Lic. Cristian Torres MSc.

**Descripción:** Ficha de datos generales

## Anexo 6. ABTRACT



### ABSTRACT

"URINARY INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN OF WHITE ETHNICITY".

Author: David Esteban Alpala Chingud

Email: esteban230312@gmail.com

Urinary incontinence (UI), the loss of bladder control, is a common and often embarrassing problem. Urinary incontinence has profound social and psychological repercussions, thus affecting the quality of life of those who suffer from this pathology. The objective of this research was to evaluate the presence of urinary incontinence and its affectation in the quality of life in women, of White ethnicity. This research was carried out in the Canton of Cotacachi in the parish of 6 de Julio de Cuellaje, obtaining a sample of 242 women of white ethnicity. The research is of a non-experimental cross-sectional design, this being a descriptive, quantitative and correlational type of research, the urinary incontinence questionnaire (ICIQ-UI-SF) was applied, an instrument for the quality of life with incontinence (I-QOL) and a general data sheet of the patient. The results show a predominance of adult women with 46.3%, the vast majority of whom are multiparous with 54.1%. The 37.6% have had natural childbirth; all the white women with UI reflected a loss in their quality of life, with the most affected subscale being the social impact subscale. Finally, stress UI occurred in multiparous women, and those with normal delivery were the ones who presented stress UI.

Keywords: Urinary incontinence, white ethnicity, quality of life, pelvic floor, women, childbirth



*Reviewed by Víctor Raúl Rodríguez Viteri*

## Anexo 7. Evidencia fotográfica

### Fotografía N°1



**Descripción:** Aplicación de encuestas

**Fotografía N°2**



**Descripción:** Aplicación de encuestas

**Fotografía N°3**



**Descripción:** Aplicación de encuestas

## Fotografía N°4



### Document Information

Analyzed document	TESIS DAVID ALPALA.docx (D143684728)
Submitted	9/6/2022 9:23:00 PM
Submitted by	
Submitter email	dealpalac@utn.edu.ec
Similarity	8%
Analysis address	cstorresa.utn@analysis.orkund.com

### Sources included in the report

	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / Pamela Navarrete.docx</b>	
SA	Document Pamela Navarrete.docx (D60637224) Submitted by: pamel_na@hotmail.com Receiver: cstorresa.utn@analysis.orkund.com	11
	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS DIGITAL MARYURY TARAPUEZ.docx</b>	
SA	Document TESIS DIGITAL MARYURY TARAPUEZ.docx (D63618088) Submitted by: mctarapueza@utn.edu.ec Receiver: cstorresa.utn@analysis.orkund.com	4

Lic. Cristian Torres A Mgs.  
DIRECTOR DE TESIS

**Descripción:** Urkund