



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA MÉDICA

TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS CARMEN RUIZ DE ECHEVERRÍA DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”.

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

AUTOR: Cristhian Gonzalo Paspuel Chilingua

DIRECTOR: Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

IBARRA- ECUADOR
2020

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE EL DIRECTOR DE TESIS

Yo, Lcdo. CRISTIAN SANTIAGO TORRES ANDRADE MSc. en calidad de tutor de la tesis titulada: “INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS CARMEN RUIZ DE ECHEVERRÍA DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”, de autoría de CRISTHIAN GONZALO PASPUEL CHILQUINGA, 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 03 días del mes de enero del 2020

Lo certifico:

(Firma).....

Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

C.I.: 1003649686

DIRECTOR DE TESIS



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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


DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	1722576574		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Paspuel Chilingua Cristhian Gonzalo		
DIRECCIÓN:	Sánchez y Cifuentes 25-108 y Hernán Gonzales de Saa		
EMAIL:	cgpaspuelc@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	2-651-847	TELF. MÓVIL:	0983007440
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS CARMEN RUIZ DE ECHEVERRÍA DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, 2019.”		
AUTOR (A):	Paspuel Chilingua Cristhian Gonzalo		
FECHA:	2020-01-29		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciado en Terapia Física Médica		
ASESOR /DIRECTOR:	Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.		

2.- CONSTANCIAS

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

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

EL AUTOR:

(Firma) 

Cristhian Gonzalo Paspuel Chiliquinga

C.C: 172257657-4

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

EL AUTOR:

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, 29 de enero del 2020

CRISTHIAN GONZALO PASPUEL CHILQUINGA “INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS CARMEN RUIZ DE ECHEVERRÍA DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, 2019” / Trabajo de grado. Licenciado en Terapia Física Médica. Universidad Técnica del Norte.

DIRECTORA: Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

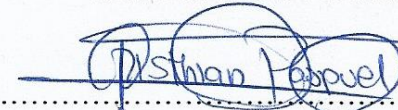
El principal objetivo de la presente investigación fue: Identificarla incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres adulto mayores que residen en el Hogar de Ancianos Carmen Ruiz de Echeverría. Entre los objetivos específicos constan: Caracterizar socio demográficamente a los 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, 29 de enero del 2020



Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

DIRECTOR DE TESIS



Cristhian Gonzalo Paspuel Chiliquina

AUTOR

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación se lo dedico primero a Dios por estar siempre presente en mi camino y permitirme culminar esta etapa tan importante de mi vida, llenándome de luz y guiándome en todo momento.

A mis padres Silvia Chiliquinga y Jorge Paspuel, quienes me han sabido brindar su apoyo incondicional y constante durante todo este tiempo. A mis tíos, quienes me han sabido educar y fomentarme valores para ser una buena persona.

A mis hermanos y primos, quienes siempre han estado presentes con sus consejos.

Cristhian Gonzalo Paspuel Chiliquinga

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica del Norte, por brindarme los conocimientos necesarios para poder desempeñarme como un buen profesional y prestar lugares propicios de enseñanza y practica a lo largo de la formación académica. A mis maestros quienes han sabido compartir sus enseñanzas y experiencias de forma profesional y ética hacia todos nosotros como estudiantes y mejorando cada vez más, no solo en el área académica sino como personas.

Al Ldo. Cristian Torres MSc, quien ha sido un pilar fundamental en el desarrollo de este proyecto, quien ha sabido guiar e integrar sus conocimientos para la culminación del mismo. Y al tiempo que dedicó para cumplir con este objetivo.

A todos los licenciados de los distintos centros de prácticas, quienes compartieron sus conocimientos de forma desinteresada con el fin colaborar en nuestra formación profesional y brindar un ambiente propicio para aplicar los conocimientos adquiridos en la casona universitaria. Gracias a todas las personas mencionadas, ya que fueron esenciales para poder llegar a cumplir con este meta.

Cristhian Gonzalo Paspuel Chiliquina

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE EL DIRECTOR DE TESIS	ii
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	iii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
TEMA:	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
CAPITULO I.....	15
1. Problema de la Investigación	15
1.1. Planteamiento del problema.....	15
1.2. Formulación del Problema	18
1.3. Justificación.....	19
1.4. Objetivos	20
1.4.1. Objetivo General.....	20
1.4.2. Objetivos Específicos	20
1.5. Preguntas de Investigación.....	20
CAPITULO II.....	21
2. Marco Teórico	21
2.1. Sistema Urinario.....	21
2.1.1. Riñones	21
1.1.2. Uréteres	21
2.1.3. La Vejiga.....	21
1.1.4. Uretra femenina	22

2.2. Anatomía del Suelo Pélvico	22
2.2.1. Músculos de la pelvis.....	22
2.3. Fisiología de la Micción.....	24
2.3.1. Control nervioso de las vías urinarias inferiores	24
2.4. Incontinencia Urinaria.....	26
2.5. Fisiopatología de la Micción.....	27
2.5.1. Clasificación de la disfunción vesical neuropatía.....	27
2.5.2. Mecanismos esfinterianos en la mujer.....	28
2.5.3. Mecanismos de sostén de suelo pélvico	28
2.6. Clasificación de la Incontinencia Urinaria.....	29
2.6.1. Incontinencia urinaria de estrés o esfuerzo (IUE)	29
2.6.2. Incontinencia urinaria de Urgencia (IUU).....	29
2.6.3. Incontinencia urinaria Mixta (IUM)	29
2.6.4. Enuresis nocturna.....	29
2.6.5. Incontinencia urinaria por rebosamiento o sobreflujo	30
2.7. Factores de Riesgo	30
2.8. Mujeres y Salud	32
2.9. Calidad de Vida.....	32
2.9.1. Calidad de Vida relacionada con la Salud	32
2.9.2. Aspectos de la Calidad de Vida relacionada con la Salud.....	33
2.9.3. Calidad de vida en relación con la incontinencia urinaria	35
2.10. Evaluación de la incontinencia urinaria y calidad de vida.....	36
2.10.1. Kings Health Questionare (KHQ).....	36
2.10.2. Potenziani-14-CI-IO-QOL-2000	37
2.10.3. Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-SF).....	37
2.10.4. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)	38
2.11. Marco Legal y Ético.....	38
2.11.1. Plan Toda una Vida.....	38
CAPITULO III.....	42
3. Metodología de la Investigación	42

3.1. Diseño de la Investigación	42
3.2. Tipo de la Investigación	42
3.3. Localización y ubicación del estudio	43
3.4. Población de estudio	43
3.4.1. Criterios de Inclusión.....	43
3.4.2. Criterios de Exclusión.....	43
3.4.3. Criterios de Salida.....	43
3.5. Operacionalización de variables	44
3.5.1. Variables de caracterización	44
3.5.2. Variables de interés.....	45
3.6. Métodos y técnicas de recolección de información	46
3.6.1. Métodos de recolección de datos	46
3.6.2. Técnicas e Instrumentos.....	46
3.7. Validación de instrumentos.....	47
3.7.1. Cuestionario de Incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF).....	47
3.7.2. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)	47
3.8. Análisis de datos	47
CAPITULO IV.....	48
4. Discusión de resultados.....	48
4.1. Análisis de resultados.....	48
4.2. Respuestas a las preguntas de investigación	56
CAPITULO V	57
5. Conclusiones y recomendaciones	57
5.1. Conclusiones	57
5.2. Recomendaciones.....	58
BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXOS	70
Anexo 1. Consentimiento informado	70

Anexo 2. Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos	72
Anexo 3. Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF).....	73
Anexo 4. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL).....	74
Anexo 5. Evidencia fotográfica	75
Anexo 6. Cuestionarios aplicados a las mujeres adulto mayores.....	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de la población de estudio según edad.....	48
Tabla 2. Caracterización de la población de estudio según etnia.....	49
Tabla 3. Caracterización de la población de estudio según número de hijos.....	50
Tabla 4. Prevalencia puntual de la incontinencia urinaria	51
Tabla 5. Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos	52
Tabla 6. Evaluación de la calidad de vida I-QOL test	53
Tabla 7. Evaluación de la calidad de vida según subescalas I-QOL test.....	54
Tabla 8. Relación entre tipos de incontinencia urinaria y puntuaciones de las subescalas de calidad de vida.....	55

TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS CARMEN RUIZ DE ECHEVERRÍA DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”.

RESUMEN

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES
ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS
CARMEN RUIZ DE ECHEVERRÍA DE LA PRONVINCIA DE
IMBABURA,2019”

AUTOR: Paspuel Chilingua Cristhian Gonzalo

CORREO: cgspasuelc@utn.edu.ec

La Incontinencia Urinaria (IU) es una condición que afecta a ambos sexos con mayor presencia en el envejecimiento, siendo un problema higiénico, social, económico y psicológico que repercute en la calidad de vida de quien lo padece. El motivo de la investigación fue identificar la prevalencia de la incontinencia urinaria y si esta afecta a su calidad de vida. La población de estudio se conformó por 31 adultos mayores de género femenino que residen en el Hogar de Ancianos Carmen Ruíz de Echeverría en la ciudad de Cotacachi, provincia de Imbabura. El diseño de la investigación fue no experimental y de corte transversal. El tipo de investigación fue descriptivo, epidemiológico de prevalencia puntual, cuantitativo y cualitativo. Se utilizaron instrumentos para la incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF), y calidad de vida (I-QOL). En la caracterización de la población de estudio se evidenció predominio del rango de edad de 75 a 84 años (adulto mayor), siendo la mayoría de etnia mestiza y nulíparas. Se determinó una prevalencia puntual del 48,39% de mujeres con IU, del cual el 25,89% fue Incontinencia Urinaria Mixta (IUM) y 22,58% Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE). Todas presentaron pérdida en su calidad de vida con mayor afectación en la sub-escala de evitar y limitar el comportamiento en relación con la IUM.

Palabras claves: mujeres, adultos mayores, incontinencia urinaria, calidad vida.

ABSTRACT

“URINARY INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY WOMEN
RESIDING IN THE CARMEN RUIZ DE ECHEVERRÍA ELDERLY HOME OF
IMBABURA PRONVINCE, 2019”

AUTHOR: Paspuel Chiliquinga Cristhian Gonzalo

MAIL: cgpaspuelc@utn.edu.ec

Urinary Incontinence (UI) is a condition that affects both genders with a greater presence in elder population, being a hygienic, social, economic and psychological problem that affects the quality of life of the affected. The objective for this research was to identify the prevalence of urinary incontinence and if it affects their quality of life. The population of this study was composed of 31 elderly women who reside in the Carmen Ruíz de Echeverría Elderly Home from Cotacachi city in Imbabura province. The research design was non-experimental and cross-sectional. The type of research was descriptive, epidemiological of punctual, quantitative and qualitative prevalence. Instruments used were, for urinary incontinence (ICIQ-IU-SF), and for quality of life (I-QOL). In the characterization of the study the population age ranged from 75 to 84 years (older adult), with the majority of them being mestizo and nulliparous. The UI was determined with a specific prevalence of 48.39% in women, which 25.89% was Mixed Urinary Incontinence (MUI) and 22.58% Urinary Stress Incontinence (USI). The whole population registered losses in their quality of life with greater impact on the subscale: avoid and limit behavior in relation to the MUI.

Keywords: women, older adults, urinary incontinence, quality of life.



CAPITULO I

1. Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del problema

La Sociedad internacional de Continencia (ICS) define a la incontinencia urinaria (IU) como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable que causa un problema social e higiénico. A nivel mundial la IU afecta al 17-45% de mujeres adultas, el 48% corresponde al IU de esfuerzo, el 17% a la IU de urgencia y el resto a la IU mixta (1).

En Taiwan se realizó un estudio sobre los indicadores de síndromes geriátricos que podían ser usados como herramienta predictiva para hospitalización de adultos mayores. La incontinencia urinaria fue el indicador individual más influyente para hospitalización y visita a emergencias, seguido de las caídas y del dolor (2).

En Alemania, un estudio indicó una alta presencia de incontinencia urinaria de un 62,5% en pacientes que recibían atención sanitaria domiciliaria, estando mayormente asociada a la incapacidad de movimiento (3).

En Estados Unidos se realizó sobre los complejos médicos en pacientes ancianos vulnerables. En base a los resultados de la Encuesta de Salud Medicare (HOS), la prevalencia anual de incontinencia urinaria tuvo un incremento de 35,8% en el año 2006 a 38,6% en el año 2012 (4).

En la ciudad de México, se realizó un análisis en cinco centros hospitalarios sobre la vejiga hiperactiva, los resultados obtenidos demostraban que el 72% reportaban urgencia urinaria y 81% nicturia. Los síntomas más severos lo padecían las mujeres y la incontinencia urinaria de urgencia era la que representaba mayor molestia (5).

En Cuba, un estudio realizado a mujeres que asistían a consulta en urología y ginecología al policlínico G y 19, buscaba comprobar la presencia de incontinencia urinaria en base a los factores de riesgos que menciona la literatura. El alto índice de

masa corporal, estar más de 3 horas sin orinar, el consumo de café y medicamentos presentaron una alta presencia de incontinencia urinaria (6).

En Brasil, en un análisis de la Gran Florianópolis, el 35% de 500 mujeres presentaba incontinencia urinaria. La misma presentó relación con indicadores antropométricos, ya que, existieron mayores fugas de orina cuando estos excedían el rango normal, sobre la medida de la circunferencia de la cintura (7).

En un estudio de Chile a mujeres que asistían a un centro de atención primaria se encontró un 62,6% de presencia de incontinencia urinaria la cual estaba relacionada con factores como, paridad, obesidad y diabetes (8).

En el año 2000 el gasto económico en EEUU para incontinencia urinaria (IU) fue de 19,5 mil millones de dólares entre costes directos en atención médica e insumos para IU e indirectos que engloban la pérdida de productividad laboral. En el mismo año, en Europa las mujeres con IU generaron gasto de 181,690 millones de euros representado solo por costes directos con el 94% por el uso de pañales (9).

La incontinencia urinaria tiene un alto impacto negativo en la calidad de vida por los efectos psicológicos que genera como la angustia psicológica, depresión y ansiedad que afecta a la salud psicosocial y mental de quienes lo padecen, pudiendo llevarlos a un aislamiento social ya que su percepción de la gravedad de los síntomas puede estar distorsionada y la búsqueda de atención médica puede limitarse e incluso evitarse (10).

El uso de pañales y productos absorbentes también suponen un problema higiénico y sanitario, ya que se pueden producir lesiones por humedad, úlceras por presión, dermatitis, infecciones y una posible dependencia, que puede generar más complicaciones de la incontinencia urinaria (11).

En España se desechan unos 1.000 millones de pañales al año, que generan unas 172.000 toneladas de residuos no reciclables. La fabricación de los pañales es muy contaminante debido a sus componentes como es la celulosa que se extrae cada vez más de plantaciones de pinos que empobrecen la fertilidad de la tierra, contaminan el agua y producen muchas emisiones al aire (12).

En Ecuador, se realizó un análisis para estimar la prevalencia y factores de riesgo relacionados con la IU en el Hospital Padre Carollo, en sus resultados se encontró que un 5,07% de las mujeres que participaron en el estudio presentaban IU, evidenciando una alta relación con el alto número de gestas y la hipertensión (13).

El envejecimiento conlleva varios cambios fisiológicos que contribuyen a la pérdida de orina y deterioran la calidad de vida de esta población. En una ciudad de Brasil, se realizó un análisis sobre la calidad de vida de las mujeres mayores institucionalizadas que presentaban IU, dando como resultado a las relaciones personales como la más afectadas entre todos los dominios de calidad de vida (14).

En el Ecuador no existen datos estadísticos del problema de padecimiento de IU y como ésta afecta a la calidad de vida de las mujeres adulto mayores, ya que no se realizan evaluaciones integrales que brinden información necesaria con datos sobre su estado real de salud especialmente orientado a esta condición, desconociendo de esta manera la prevalencia de mujeres que presenta incontinencia urinaria y que forman parte de los Centros de Atención Geriátrica de la Provincia de Imbabura.

1.2. Formulación del Problema

¿Cómo afecta la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres adulto mayores que residen en el Hogar de Ancianos Carmen Ruiz de Echeverría, provincia de Imbabura?

1.3. Justificación

El motivo de la presente investigación fue identificar la prevalencia de Incontinencia Urinaria (IU) y si ésta afecta en la calidad de vida, como lo muestran diversos estudios a nivel mundial y de esta manera obtener información que no se encuentra disponible hasta el momento en la provincia de Imbabura.

La investigación fue viable ya que se contó con el permiso necesario para recolectar la información por medio de la autorización de la directora del centro geriátrico. Los consentimientos informados fueron aceptados y firmados por parte de los adultos mayores incluidas en el estudio, contando con su colaboración e interés. Y la presencia del investigador capacitado en el tema.

La información registrada podrá utilizarse en futuras investigaciones y proyectos encaminados en la prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria que podrían disminuir los problemas que esta conlleva. La investigación fue factible al contar con los recursos tecnológicos, bibliográficos e instrumentos validados necesarios, que estuvieron dirigidos a una población altamente predisponente a desarrollar este tipo de afecciones.

El impacto de la IU en la sociedad y en el sistema de salud está en aumento. Por ello, basado en estadísticas mundiales y nacionales, es necesario de nuevos estudios científicos que cuantifiquen la población afectada en este grupo etario, y así, buscar alternativas preventivas y tratamientos fiables que disminuyan los efectos de la IU.

Con las adecuadas medidas preventivas es posible optimizar el tratamiento para IU de ser necesario. A la vez, es posible reducir el gasto económico por el uso excesivo de productos absorbentes y los efectos de contaminación que estos generan en el medio ambiente. De igual forma, se reduciría la afectación e impacto en la calidad de vida, ya que se mejoraría su integridad y seguridad como persona en su entorno social.

Los beneficiarios directos son los pacientes geriátricos femeninos que asisten al Hogar de Ancianos Carmen Ruiz de Echeverría ubicado en la ciudad de Cotacachi, y el investigador. Los beneficiarios indirectos son los familiares de los pacientes, ya que su identificación temprana reducirá el impacto en la calidad de vida de la misma.

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 adulto mayores en el Hogar de Ancianos Carmen Ruiz de Echeverría en la provincia de Imbabura.

1.4.2. Objetivos Específicos

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

1.5. Preguntas de Investigación

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

CAPITULO II

2. Marco Teórico

2.1. Sistema Urinario

Las sustancias alimenticias deben sufrir algunos procesos donde se obtiene energía para el cuerpo humano como también separa las sustancias de desechos para mantener el equilibrio metabólico (15).

2.1.1. Riñones

Los riñones son órganos retroperitoneales pares de color rojizo, situados entre el peritoneo la pared posterior del abdomen. Se localizan entre la última vertebra torácica y la tercera lumbar, protegidos parcialmente por la undécima y duodécima costilla. En caso de existir fractura puede indicar un alto riesgo para la vida. El riñón derecho se sitúa en un nivel algo inferior al izquierdo, por el espacio que ocupa el hígado en el ese lado, por encima del riñón. Los riñones son los principales órganos que ayudan al equilibrio de sustancias químicas como el potasio, el sodio y el agua (16).

1.1.2. Uréteres

Los uréteres miden entre 35 y 30 cm de largo, situados en la parte posterior, los cuales se sitúan en el mismo lugar con el páncreas, el hígado y por la columna vertebral. Sus paredes son gruesas con diámetro pequeño. En la base de la vejiga los uréteres giran en sentido medial y adoptan una dirección oblicua a través de la pared vesical posterior. Cada uréter lleva orina desde la pelvis renal hasta la vejiga por el impulso que generan las contracciones peristálticas de las paredes musculares, con ayuda de la presión hidrostática y la gravedad. La mucosidad garantiza el transporte adecuado del líquido y sustancias químicas que forman los riñones (16).

2.1.3. La Vejiga

Es un órgano impar ubicado en la parte interna de la pelvis por detrás de la sínfisis del pubis y delante del recto, tiene forma esférica. En las mujeres se localiza anterior a la

vagina y delante del útero, y en los hombres sobre la próstata. La función de la vejiga es almacenar la orina, ya que, tiene aproximadamente una capacidad de 250-500 ml. Y con ayuda de la uretra tiene también la función de expulsar la orina del cuerpo. Es una bolsa muscular colapsable, que se reviste por un epitelio transicional mucoso que forman unos repliegues llamados pliegues vesicales y con ello puede distenderse notablemente. La pared vesical está formada por principalmente por tejido muscular liso. En su base se encuentra el trígono, que es que son orificios de los cuales dos son para los uréteres y uno hacia la uretra (17) (18).

1.1.4. Uretra femenina

Es un órgano complejo que mide de 3 a 4 cm de largo, su luz comienza en el meato urinario interno y pasa por la base vesical una distancia menor a 1 cm, esto se llama huella de vejiga. Las paredes uretrales comienzan fuera de la pared vesical, consisten en dos capas de musculo liso, una longitudinal interna y otra circular externa. A su vez, este estrato exterior está rodeado por una capa circular de musculo esquelético denominado esfínter uretral. Arriba de la membrana perineal hay dos bandas de musculo estriado conocidas como esfínter uretrovaginal y compresor uretral. Sus fibras se combinan para mantener un tono constante y así proporcionar una actividad refleja de urgencia, sobre todo en la mitad distal de la uretra para mantener la continencia (19).

2.2. Anatomía del Suelo Pélvico

2.2.1. Músculos de la pelvis

- **Plano Superficial:**

Esfínter externo del ano: se origina en la piel y fascia que rodea al ano y al coxis, a través del ligamento anococcígeo. En su recorrido rodea las caras laterales del conducto anal, y se inserta en el cuerpo perineal. Esta inervado por el nervio anal inferior, ramo del nervio pudendo (S2-S3). Dentro de sus funciones principales son constreñir el conducto anal durante el peristaltismo, retiene la defecación, sostiene y fija el cuerpo perineal/suelo de la pelvis (20).

Isquiocavernoso: Se extiende desde los cuerpos cavernosos hasta el isquion, y cooperan en el mantenimiento de la erección del clítoris (21).

Bulbocavernoso: Se origina en el cuerpo perineal y pasa a cada lado de la porción inferior de la vagina, englobando el bulbo y la glándula vestibular mayor; se inserta en el arco del pubis y fascia de los cuerpos cavernosos del clítoris. Está inervado por el ramo muscular (pudendo) del nervio perineal, ramo del nervio pudendo (S2-S4). Su función es servir como esfínter de la vaina, ayuda a la erección del clítoris y comprime la glándula vestibular mayor (20).

Transverso superficial del perineo: Se extiende desde la tuberosidad isquiática hasta el cuerpo perineal (centro del periné), al que llega a nivel del espacio anobulbar. Se reúne aquí con su homólogo opuesto y con tejido fibroso anobulbar, al que refuerza. Su borde posterior marca el límite posterior de la región urogenital. Lo inerva un ramo muscular del nervio pudendo (22).

Constrictor de la vulva: este músculo se inserta: por detrás, en el rafe anovulvar, de aquí se dirige hacia adelante, circunscribiendo con el del lado opuesto, el orificio vaginal, y termina en el grueso tabique fibroso que reúne la uretra a la vagina. Las fibras de este músculo se hallan en relación: por dentro, con la pared vaginal; por fuera, con la glándula de Bartholin y el bulbo, que lo separan del cuerpo cavernoso (23).

- **Plano Medio:**

Transverso profundo del perineo: es un músculo aplanado de arriba abajo y está formado por fibras transversales que se extienden de la cara interna del isquion en dirección media por detrás de la vagina hacia el núcleo fibroso central del perineo o rafe anovulvar (23).

Esfínter externo de la uretra: es un músculo estriado que ocupa toda la longitud de la uretra. En la mitad superior de la uretra el músculo rodea completamente este conducto en su mitad inferior, a consecuencia de la unión íntima de la uretra con la vagina, las fibras musculares forman un semi-anillo colocado transversalmente sobre el conducto y se insertan a cada lado de la vagina (23).

- **Plano Profundo:**

Elevador del ano: Se inserta en la pared pelviana, en la cara posterior del pubis y en la tuberosidad del isquion. Entre estos dos puntos, como el ilion está revestido por el musculo obturador, se inserta en la llamada línea blanca, que en realidad depende de la fascia del obturador. Desde allí forma una especie de hamaca, cuyos haces posteriores e inferiores terminan en la punta y en los bordes del cóccix, en el rafe anocóigeo y en la pared el recto. En conjunto ambos, ambos músculos elevadores tienen forma de embudo, ya que sus inserciones externas están en un plano más superior que las internas, y con una hendidura en la porción anterior por donde pasan la uretra, la vagina y el recto (21).

Isquiococóigeo: este musculo llena el espacio comprendido entre el borde posterior del elevador del ano y el borde inferior del piramidal. Nace de la cara interna de la espina ciática y de la parte adyacente del ligamento sacrociático menor. Las fibras se dirigen oblicuamente hacia abajo y atrás y terminan en el borde lateral correspondiente al cóccix (23).

2.3. Fisiología de la Micción

La micción es el proceso por el cual la vejiga urinaria se vacía cuando al estar llena, para ello lo realiza en dos pasos. Primero, la vejiga se llena progresivamente hasta que la tensión en sus paredes aumenta por encima de un umbral, lo cual desencadena el segundo paso, que es un reflejo nervioso llamado reflejo miccional, que vacía la vejiga o si esto falla, provoca al menos un deseo de orinar. Aunque el reflejo miccional es un reflejo medular autónomo, centros presentes en la corteza cerebral o en el tronco del encéfalo pueden inhibirlo o facilitararlo (24).

2.3.1. Control nervioso de las vías urinarias inferiores

El tracto urinario inferior esta inervado por tres conjuntos de nervios periféricos que incluyen los sistemas nerviosos parasimpático, simpático y somático. Los nervios parasimpáticos pelvianos se originan en el nivel sacro de la medula espinal, excitan la vejiga y relajan a la uretra. Los nervios simpáticos lumbares inhiben el cuerpo vesical

y excitan la base de la vejiga y la uretra. Los nervios pudendos excitan al esfínter uretral externo. Estos nervios contienen axones aferentes (sensitivos) y eferentes (25).

- **Vías parasimpáticas**

Las neuronas preganglionares parasimpáticas que inervan el tracto urinario inferior están localizadas en la parte lateral de la sustancia gris intermedia de la medula espinal sacra, en una región denominada “núcleo parasimpático sacro”. Las neuronas preganglionares parasimpáticas emiten axones a través de las raíces ventrales a los ganglios periféricos, en donde liberan el neurotransmisor excitatorio acetilcolina. En los seres humanos, las neuronas posganglionares parasimpáticas están situadas en la pared del detrusor y también en el plexo pelviano. Este es un hecho importante a recordar, ya que los pacientes con lesión de la cauda equina o del pelviano están “descentralizados” desde el punto de vista neurológico, aunque no desnervados por completo. La lesión de la cauda equina permite posibles interconexiones de neuronas aferentes y eferentes en el nivel de los ganglios intramurales (25).

- **Vías simpáticas**

El flujo nervioso que sale de la cara rostral de la medula espinal lumbar suministra un influjo excitatorio e inhibitorio para la vejiga y la uretra. La activación de los nervios simpáticos induce la relajación del cuerpo de la vejiga y la contracción del tracto de salida vesical y de la uretra, que contribuye al almacenamiento de orina en la vejiga. Las vías simpáticas periféricas siguen una ruta compleja, que pasa por los ganglios de la cadena simpática, para ir hasta los ganglios mesentéricos inferiores y después, a través del nervio hipogástrico, hasta los ganglios pelvianos (25).

- **Vías somáticas**

Las motoneuronas para el esfínter uretral externo están situadas a lo largo del borde lateral del asta ventral, denominada usualmente núcleo de Onuf. Las motoneuronas para el esfínter muestran también haces detríticos orientados transversalmente, los que se proyectan en sentido lateral dentro del funículo lateral, en sentido dorsal dentro de la sustancia gris intermedia y en sentido dorsomedial, hasta el conducto central (25).

- **Vías aferentes**

Los axones aferentes en los nervios pelviano, hipogástrico y pudendo transmiten información del tracto urinario inferior a la medula espinal lumbosacra. Las neuronas aferentes primarias de los nervios pelviano y pudendo están contenidas en los ganglios de la raíz dorsal de la región sacra, mientras que la inervación aferente de los nervios hipogástrico se origina en los ganglios rostrales de la raíz dorsal de la región lumbar. Los axones centrales de las neuronas de los ganglios de la raíz dorsal conducen la información sensitiva del tracto urinario inferior a neuronas de segundo orden de la medula espinal, las fibras aferentes vesicales de los nervios pelviano ingresan en la medula espinal y tienen un recorrido rostrocaudal dentro del tracto de Lissauer (25).

Los aferentes del nervio pelviano, que monitorizan el volumen de la vejiga y la amplitud de la contracción vesical, consisten en axones mielínicos y amielínicos. En casos con afección neuropática y posible inflamación, ocurre un reclutamiento de fibras C que forman una nueva vía aferente funcional, que puede causar incontinencia de urgencia y, tal vez dolor vesical (25).

2.4. Incontinencia Urinaria

Para la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) la incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina el cual es un problema de higiene. Los cambios asociados con el envejecimiento pueden favorecer a la aparición de incontinencia; no obstante, muchos individuos mayores con estos cambios no tienen síntomas y son continentes. Los factores relacionados con el envejecimiento no causan necesariamente problemas de micción y los síntomas urinarios y la IU no son un componente del envejecimiento normal (26).

La incontinencia urinaria forma parte de los grandes síndromes geriátricos, ya que, representa una alta prevalencia en esta población y conlleva importantes repercusiones con problemas clínicos, psicológicos, sociales, económicos y familiares, lo que provoca un deterioro representativo de la calidad de vida en quienes padecen esta condición. La necesidad de una detección precoz de la incontinencia urinaria en las personas mayores es muy importante, especialmente en los ancianos más frágiles, ya

que, existe un bajo índice de consulta (30-50%) y de tratamiento a pesar del uso de alternativas validas y efectivas (27).

2.5. Fisiopatología de la Micción

Determinadas lesiones en el sistema nervioso pueden condicionar una disfunción vesical cuyas características dependerán del lugar de la lesión nerviosa.

2.5.1. Clasificación de la disfunción vesical neuropatía

- **Lesiones supraespinales**

Se caracteriza por la sinergia entre las contracciones del detrusor y los esfínteres liso y estriado, pero con inhibición defectuosa del reflejo de vaciado. Por lo general, se produce una contracción vesical involuntaria y la sensibilidad casi siempre esta preservada. Sin embargo, según el sitio de la lesión, puede observarse areflexia del detrusor y disminución de la sensibilidad (28).

- **Lesiones suprasacras**

Es aproximadamente equivalente a lo descrito como lesión de la motoneurona superior en la clasificación de Bors-Comarr. Las lesiones medulares por encima del centro de micción del sacro producen una abolición de las actividades neurológicas por debajo del nivel de lesión. La retención urinaria se da gracias a la arreflexia del detrusor y preservación esfinteriana residual. La recuperación varía de 2 a 3 meses y dependerá de la actividad refleja vesical o de la hiperactividad neurológica del detrusor (28).

- **Lesiones infrasacras**

Equivalen aproximadamente a una lesión de la motoneurona inferior. Las lesiones de los cuerpos celulares o de las ramas eferentes parasimpáticas que se dirigen hacia la vejiga desde las raíces sacras se asocian a: areflexia del detrusor, apertura del cuello vesical por denervación, parálisis del esfínter externo cerrado, retención urinaria (28).

- **Neuropatía autonómica periférica**

Se observa con mayor frecuencia en pacientes diabéticos, y se caracteriza por una disminución de la sensibilidad vesical, un aumento gradual del volumen de orina residual y, en última instancia, por una descompensación con abolición de la contractilidad del detrusor (28).

2.5.2. Mecanismos esfinterianos en la mujer

Los mecanismos de sostén uretral incluyen todas las estructuras extrínsecas a la uretra que constituyen un sistema de sostén sobre el cual descansan los segmentos proximal y medio de la uretra. Las mujeres corren un riesgo de incontinencia urinaria secundaria a un defecto esfinteriano mucho mayor que los hombres a casusa de la debilidad relativa de estos mecanismos, el cuello vesical es más débil y a menudo incompetente incluso en mujeres jóvenes que no hayan tenido hijos. La continencia depende de la integridad del mecanismo esfinteriano uretral compuesto por musculo liso uretral intrínseco y una mayor cantidad de musculo estriado extrínseco, este esfínter abarca los dos tercios proximales de la uretra, por lo tanto debe considerarse que la mayor parte de la uretra funciona como esfínter uretral activo, así cualquier lesión en el nervio pudiendo secundarias a un traumatismo obstétrico disminuyen la eficacia de este mecanismo y predisponen a la IU de esfuerzo (29).

2.5.3. Mecanismos de sostén de suelo pélvico

Las predisposiciones de las mujeres a padecer incontinencia urinaria de esfuerzo o un prolapso depende principalmente del factor de modificaciones anatómicas evolutivas del suelo pélvico con disminución de la masa muscular y mayor sostén del tejido conjuntivo. Además que, durante el trabajo de parto, un cráneo óseo de gran tamaño deba atravesar el suelo pélvico (25).

Los episodios repetidos de tracción vaginal pueden estirar, desgarrar o debilitar los músculos uretrales y contribuir a una debilidad crónica de la uretra, con la disminución de la presión del punto de perdida de la Valsava o de la presión de cierre uretral. Los estudios electrofisiológicos, la RM y la ecografía pueden usarse para cuantificar los

cambios morfológicos y funcionales de la configuración y el tono del esfínter, pero el análisis de los factores etiológicos es difícil, ya que el mecanismo fisiopatológico se instala en el transcurso de varios años. Es necesario nuevos estudios prospectivos para evaluar los factores genéticos y adquiridos, para intervenciones tempranas y oportunas destinadas a prevenir el deterioro posterior de los tejidos de sostén y de los mecanismos de cierre uretral. Una cirugía exitosa puede restablecer la posición de la uretra, pero probablemente no logre revertir la alteración funcional del esfínter uretral (25).

2.6. Clasificación de la Incontinencia Urinaria

2.6.1. Incontinencia urinaria de estrés o esfuerzo (IUE)

Se define como la pérdida involuntaria de orina por la uretra que ocurre simultáneamente a un aumento de presión abdominal que puede producirse al toser, reír o estornudar. Esto puede deberse a un déficit en el soporte anatómico de la uretra que origina una hipermovilidad uretral, a un déficit esfinteriano intrínseco o a una causa mixta (30).

2.6.2. Incontinencia urinaria de Urgencia (IUU)

Se define como la pérdida involuntaria de orina no relacionada con el esfuerzo y asociada a un fuerte deseo de orinar. Es la segunda causa de incontinencia en la mujer en edad reproductiva y la más frecuente en edad avanzada, es multifactorial y su tratamiento puede ser fácil si se lo diagnostica correctamente (30).

2.6.3. Incontinencia urinaria Mixta (IUM)

Es la presentación simultánea de incontinencia de esfuerzo y de urgencia. Es posible que se presenten los síntomas de ambos tipos. Este tipo de incontinencia es más común de lo que suponen la mayoría de profesionales de la salud (31).

2.6.4. Enuresis nocturna

Es una condición en la cual existe la necesidad de levantarse a orinar una o más veces en la noche, se pueden presentar pérdidas o fugas involuntarias de orina durante el sueño. Este estado es más común en infantes, sin embargo, su incidencia es

igual tanto en hombres como mujeres y en los adultos mayores aumenta el riesgo de caídas y fracturas (32)(33).

2.6.5. Incontinencia urinaria por rebosamiento o sobreflujo

Este tipo se da cuando el volumen de orina en la vejiga supera la capacidad contráctil de la uretra y produce un vaciamiento por rebosamiento. Se presenta con mayor frecuencia en hombres y más en la noche. También se suele presentar en lesiones medulares, en hiperplasia de próstata, en estenosis uretrales, por fármacos y neuropatía diabética (afectación de los nervios periféricos) dando como resultado salida involuntaria de orina en relación con la distensión excesiva de la vejiga en ausencia de la contracción del musculo detrusor (34).

2.7. Factores de Riesgo

Se han identificado una serie de factores de riesgo:

- Género

Algunas características propias del género femenino hacen que sea más vulnerable a este tipo de condiciones como el embarazo, la menopausia y la anatomía propia femenina, lo cual aumenta con la edad al alertarse sus mecanismos de continencia, dando como resultado a la incontinencia urinaria. La prevalencia de incontinencia de urgencia y mixta es más común en mujeres y la probabilidad de padecerlo aumenta con la edad, mientras que la incontinencia urinaria de esfuerzo se mantiene estable en el género masculino después de los 50 años de edad (35).

- Edad

La posibilidad de presentar incontinencia urinaria aumenta progresivamente con la edad, con más frecuencia en la menopausia y entre los 50 a 60 años de edad, ya que existe una disminución de estrenos y por ende una disminución de tejido conjuntivo, aun así, la menopausia no se indica como factor de riesgo establecido para padecer de esta condición (32).

- Genética

La probabilidad de presentar esta condición puede aumentar si hay antecedentes familiares o en la predisposición familiar, ya que, existe un componente genético que influye en cuanto a la calidad de los tejidos musculares y ligamentosos del suelo pélvico. Se puede relacionar también con enfermedades hereditarias en donde la incontinencia urinaria es uno de los síntomas relevantes como en la diabetes mellitus o enfermedades neurológicas (36).

- Peso

Epidemiológicamente, las personas con sobrepeso tienen un alto riesgo de presentar incontinencia urinaria, por lo cual, la regulación del peso debe ser uno de los primeros tratamientos, ya que, se ha demostrado mejoría significativa en los pacientes con IU al tratar este problema, reduciendo la sintomatología que la IU produce (37).

- Raza

De manera general las mujeres de raza blanca tienen mayor probabilidad de padecer de incontinencia urinaria, sobre todo de tipo esfuerzo, a diferencia de las mujeres afro descendientes, quienes son más propensas a padecer de incontinencia urinaria de tipo urgencia. Sin embargo, la mayoría de los estudios han sido realizados en muestras pequeñas lo cual no ha ayudado a obtener mayor información sobre diferencias raciales verdaderas, y por ende, si estas se relacionan con el factor biológico, atención sanitaria o si no se relacionan con las expectativas culturales y umbrales para tolerar los síntomas (19).

- Antecedentes Obstétricos

Es uno de los factores más importantes, ya que, con el primer parto aumenta las posibilidades de padecer de incontinencia urinaria, y este puede incrementar de forma lineal. En general, las mujeres que tuvieron partos vaginales tienen mayor riesgo de padecer de IU que las mujeres de partos por cesarí (37).

2.8. Mujeres y Salud

La salud de la mujer es un concepto multidimensional que incluye aspectos socioculturales, psicológicos, biológicos y espirituales. Estos factores contribuyen a generar inequidades en la salud de la población general y de las mujeres en particular. En muchas sociedades se encuentran en una situación de desventaja por la discriminación condicionada por factores socioculturales. Algunos ejemplos son la desigualdad de poder entre hombres y mujeres, menor remuneración a las mujeres por el mismo trabajo, mayores índices de depresión y violencia entre otras. Adicionalmente, existen una serie de condiciones que disminuyen la salud de la mujer como el embarazo, parto y puerperio que muchas veces finalizan en muerte materna, siendo uno de los mayores problemas de salud en América Latina y la región del Caribe. La maternidad es a menudo una experiencia positiva, sin embargo, para muchas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte (38).

2.9. Calidad de Vida

La definición de calidad de vida a variado en las tres últimas décadas, incluyendo aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o satisfacción personal. La conceptualización de calidad de vida comprende varios aspectos, y actualmente se acepta una dualidad. La primera comprende el bienestar emocional, es decir un estado de ánimo positivo, y la segunda se relaciona con el aspecto social, físico y psíquico. El equilibrio de las dos proporciona un estado de bienestar en la calidad de vida del individuo (39).

2.9.1. Calidad de Vida relacionada con la Salud

La calidad de vida relacionado el concepto de salud, se considera como el estado de bienestar tanto psíquico como físico de la persona y depende de múltiples variables del entorno. La salud es uno de los principales componentes de la calidad de vida, integrando a la salud perceptual, que es cómo el individuo percibe su salud y no existen normas sobre lo que debería o no considerarse en esa percepción (40).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ocupa de aquellos aspectos relativos a la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente. Para el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), de forma individual está conformado por las áreas de: percepción de la salud física y de la salud mental, riesgos de salud, estado funcional, apoyo social y estado socioeconómico. A escala comunitaria o social, la calidad de vida relacionada con la salud incluiría también los recursos, condiciones, políticas y prácticas que influyen sobre las percepciones que la población tiene sobre su salud y estado funcional. El objetivo final de la atención en salud no es, necesariamente, la eliminación de la enfermedad, sino también la mejora de la calidad de vida del paciente en enfermedades crónicas, que no tienen una curación total y el tratamiento es paliar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar del mismo (40).

2.9.2. Aspectos de la Calidad de Vida relacionada con la Salud

- **Funcionamiento físico**

De manera general, existen varios factores que determinan una buena funcionalidad física y percepción de calidad de vida. Para la población de adultos mayores una buena condición física funcional es la capacidad para realizar sin problema actividades de la vida diaria de forma independiente, segura y sin excesiva fatiga, lo cual determinara una percepción positiva de su salud. La institucionalización es un factor muy relevante por su relación significativa en el deterioro de la calidad de vida de adultos mayores, sobre todo en los no institucionalizados que han reportado mayor inactividad física y limitaciones en las actividades de la vida diaria, relacionándolos con factores de riesgo como morbilidad, más asentado en escalas físicas (41).

- **Bienestar psicológico**

Su definición está fundamentada en dos antiguas orientaciones filosóficas. La primera es el hedonismo que se relaciona fundamentalmente con la felicidad, traducida como un bienestar con experiencias positivas y la minimización de experiencias negativas, y la segunda es la tradición eudaimónica, relacionada a vivir de manera plena con ejecución de actividades congruentes con valores profundos. El bienestar psicológico

tiene relación con el desarrollo del auténtico potencial de uno mismo, y en los adultos y personas mayores se han encontrado 6 principales dominios para una salud mental positiva: la auto aceptación, el crecimiento personal, la creencia propósito en la vida, relaciones positivas, dominio del entorno y autonomía. El bienestar psicológico constituye un indicador positivo de la relación del sujeto consigo mismo y con su medio, y, envuelve aspectos tanto valorativos como afectivos, los cuales se integran en la proyección futura y el sentido de la vida (42).

- **Estado emocional**

En la población adulta mayor es importante conocer las emociones y la influencia que estas tienen en su calidad de vida. Las emociones son descritas por algunos autores como inteligencia emocional y aumenta con la edad, por ello es importante comprender la forma en que lo expresan la población adulta mayor, ya que un envejecimiento adecuado implica un correcto manejo en el aspecto emocional tanto a nivel intrapersonal como interpersonal. Es una herramienta que proporciona recursos para afrontar los cambios relativos de la vejez y su influencia en la calidad de vida (43).

- **Dolor**

El dolor es un síntoma común en los adultos mayores y su presencia genera una alteración la calidad de vida en la persona que lo padece. A mediar que la gente envejece es frecuente que se desarrolle múltiples problemas crónicos de salud y provocar dolor. En la actualidad, la prevalencia del dolor en personas mayores de 60 años es el doble de la que podemos encontrar en personas de esa edad. Se estima que entre un 45% y 80% de ancianos internados en residencias para mayores refieren dolor crónico, que aumenta especialmente el último año de vida (44).

- **Funcionamiento social**

Dentro de los múltiples cambios que la población adulta mayor presenta, se encuentra la actividad social, la cual también se verá afectada. Existen algunas definiciones en base a los enfoques que tienen algunos autores, tal es el caso de Thomae, quien hace énfasis en que la vejez es un destino condicionado por la sociedad en cuanto a cantidad

y calidad de vida. Y Chawl, quien menciona que esta población no siempre se limita por su declinación física, sino más bien por la categorización social y presión percibida por su entorno. Siendo así, que el envejecimiento a más de un deterioro físico, se ve condicionado socialmente en áreas como la salud, en la que se disminuyen los servicios médicos y de especialistas, disminuyendo así oportunidades para esta población. Es por ello que la vejez debe vista como algo natural e inevitable, aceptándola de la mejor manera como un etapa positiva, desvinculándola de estereotipos que no contribuyen de una manera positiva (45).

- **Percepción general de la salud**

La autopercepción de salud constituye importante herramienta para conocer la situación de salud de la población adulta mayor, se asocia a un mayor riesgo de mortalidad en la ancianidad y pueden ayudar a establecer políticas sanitarias públicas con igualdad de oportunidades. Entre los factores asociados a la mala percepción de salud está la movilidad crónica, morbilidad aguda o de funcionamiento que se puede presentar como incapacidad, discapacidad o alguna limitación física o mental. Se ha observado que el padecimiento de alguna enfermedad crónica, la dependencia de alguna asistencia externa o la insatisfacción vital disminuye drásticamente la percepción positiva de la salud (46).

2.9.3. Calidad de vida en relación con la incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria es un problema con repercusiones negativas tanto físicas, psicológicas, laborales, sociales y económicas en las mujeres de todas las edades. Tiene gran impacto en la calidad de vida y en la salud de quienes lo padecen, es un problema multifactorial. El tratamiento para este padecimiento ha mostrado ser muy efectivo y ha logrado una mejor la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, su desconocimiento y al asociar a la incontinencia urinaria con el envejecimiento o por vergüenza al ser considerada aun como un tabú en la sociedad, se evita acudir con los especialistas sanitarios para su tratamiento (47).

En la mayoría de estudios las mujeres consideran mayor deterioro o pérdida de calidad de vida a causa de la incontinencia urinaria de mixta. En otros estudios, se reconoce a

la IU de urgencia la que causa peor calidad de vida al intervenir en actividades y sueño. Los principales problemas que refieren en relación con la calidad de vida son limitaciones en sus actividades diarias, físicas, así como en sus relaciones sociales y emocionales, causando vergüenza, baja autoestima y depresión en numerosos casos. Existe una íntima relación con la gravedad de los síntomas de la IU, su impacto psicológico y social, y el grado de afectación a las actividades de la vida diaria, actividades sociales y afectivas (47).

La incontinencia puede hacer que la mujer se aisle, ya que nota que los escapes de orina desprenden olor y tiene miedo de que la gente de alrededor se dé cuenta de la situación, por lo que empieza a eludir los compromisos sociales. Asimismo, en un estudio británico se demostró que la incontinencia urinaria de esfuerzo alteraba la vida sexual del 28 % de las mujeres estudiadas. La incontinencia de urgencia hace que muchas mujeres no quieran acudir a ciertos lugares en los que no hay disponibilidad de servicios públicos (36).

2.10. Evaluación de la incontinencia urinaria y calidad de vida

La disfunción del suelo pélvico en las mujeres conlleva una afectación negativa en su calidad de vida, y su grado de severidad dependerá de los síntomas y la gravedad que estos presenten. En la incontinencia urinaria, se hace uso de cuestionarios que en su mayoría evalúan los síntomas de urgencia, frecuencia y a la IU tipo esfuerzo, mixta, obstrucción y nicturia al ser las más comunes. Se ha comprobado que los síntomas de la IU afectan la calidad de vida en cuanto a sus actividades cotidianas y actividad social, siendo el tipo mixta el más afectado en cuanto a la CV. En nuestro idioma disponemos varios cuestionarios validados con altos índices de fiabilidad para la evaluación de la IU y su impacto en la calidad de vida, que son una herramienta válida y segura para ayudar a médicos y especialistas para llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuado con el seguimiento del mismo (48).

2.10.1. Kings Health Questionare (KHQ)

El cuestionario de KHQ fue desarrollado por el Dr. C. J. Kelleher, junto con sus colaboradores en el año 1997 y registrado en el departamento de uroginecología King's

College. Es de fácil y rápida aplicación, y está disponible en más de 45 idiomas y adaptado tanto para hombres como para mujeres de 17 y 85 años de edad y abarca diversas afecciones de la vejiga (49).

El cuestionario KHQ tiene 3 partes que consisten en 21 ítems. La primera parte recopila información general, percepción de la salud e impacto de la incontinencia. La segunda parte abarca limitaciones de roles, limitaciones físicas, limitaciones sociales, relaciones personales, emociones, sueño/energía y gravedad de las medidas. La tercera parte evalúa la escala de gravedad de los síntomas. Las respuestas tienen un sistema de calificación de cuatro puntos. El puntaje total entre las sub-escalas se interpreta como 0 mejor y 100 peor. Es interesante notar que puntajes más bajos indican bienestar del paciente y puntuaciones más altas significan mayor afectación por la patología. Se debe manejar bien el cuestionario, ya que, es algo inadecuado para el investigador novato (49).

2.10.2. Potenziani-14-CI-IO-QOL-2000

Es un cuestionario sencillo autoadministrado, en el mismo se recogen 14 ítems sobre síntomas urinarios, repercusión social, sexual y laboral. La puntuación de cada ítem es de 0 a 2 puntos (0: nunca; 1: a veces; 2: siempre). Si la puntuación total es de 15 a 28 puntos, la paciente presenta una repercusión grave en su calidad de vida; si la puntuación es de 14 o menos puntos, supone una repercusión moderada o leve (50).

2.10.3. Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-SF)

El cuestionario ICIQ-SF en su versión español está compuesto por 4 ítems en total, dónde los tres primeros evalúan el grado de severidad de la incontinencia a través de un puntaje en escala ordinal. Estos ítems están divididos de la siguiente forma: 1) frecuencia de pérdida de orina; 2) cantidad de pérdida de orina y 3) afectación de calidad de vida. Con la suma de los puntajes de cada ítem se obtiene el puntaje total de severidad, donde el mínimo de 0 puntos representa el menor grado de severidad y 21 el mayor grado. Dado que el último ítem aborda el tipo de situaciones en que la paciente pierde orina, es posible identificar el tipo de incontinencia que refiere el paciente en base a los enunciados que propone el cuestionario en este ítem (51).

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

El cuestionario de calidad de vida I-QOL es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 22 ítems, con una puntuación máxima de 110 puntos. Cada ítem tiene 5 posibles respuestas posibles respuestas en una escala de Liker., teniendo las siguientes posibilidades: 1=Siempre, 2=Casi Siempre, 3=Moderado, 4=Un Poco, 5=Nunca. La interpretación de la escala se transforma al totalizar las puntuaciones de cada ítem de la escala, que será de 22 a 110, las cuales valoran las dimensiones física, psíquica y social (52).

Para su interpretación en el total del puntaje de sus resultados, los valores oscilan entre 22 como peor situación imaginable y 110 como óptima calidad de vida, indicando a mayor puntaje mejor calidad de vida en relación con la incontinencia urinaria. A su vez, el cuestionario se divide en tres subescalas: limitación de evitar o limitar el comportamiento, repercusión o impacto psicosocial y preocupación o vergüenza social. La I-QOL ha sido adaptada con éxito en once idiomas y seis variantes de estas lenguas (52).

2.11. Marco Legal y Ético

2.11.1. Plan Toda una Vida

Eje 1: Derechos para Todos Durante Toda la Vida

Este eje posiciona al ser humano como sujeto de derechos a lo largo de todo el ciclo de vida, y promueve la implementación del Régimen del Buen Vivir, establecido en la Constitución de Montecristi (2008). Esto conlleva el reconocimiento de la condición inalterable de cada persona como titular de derechos, sin discriminación alguna. Además, las personas son valoradas en sus condiciones propias, celebrando la diversidad. Así, nos guiamos por el imperativo de eliminar el machismo, el racismo, la xenofobia y toda forma de discriminación y violencia, para lo cual se necesita de políticas públicas y servicios que aseguren disponibilidad, accesibilidad, calidad y adaptabilidad. Los problemas de desarrollo son vistos como derechos insatisfechos y el Estado debe estar en condiciones de asumir las tres obligaciones básicas que tiene:

respetar, proteger y realizar. Respetar implica que el mismo Estado no vulnere los derechos. Proteger significa que el Estado debe velar para que no se vulneren los derechos y, en caso de ocurrir, obligar el cumplimiento de las reparaciones correspondientes. Realizar conlleva que el Estado debe actuar proactivamente para garantizar plenamente los derechos, especialmente en los grupos de atención prioritaria (53).

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

Múltiples espacios de diálogo 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 hábitat 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 diálogo 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 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 otros temas. Asimismo, en las diferentes mesas de diálogo se señalan los temas de seguridad social con énfasis en los grupos de atención prioritaria y grupos vulnerables. La seguridad ciudadana 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 (53).

CAPITULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la Investigación

No experimental. - No se manipularon las variables que interfieren en el estudio, sin embargo, se observaron los fenómenos para la obtención de los resultados (54).

Corte Transversal. - Se clasifica como un estudio observacional con el objetivo primordial de identificar la frecuencia de una condición o enfermedad en un tiempo determinado en la población estudiada, en este caso a la incontinencia urinaria y sus tipos. (55).

3.2. Tipo de la Investigación

Descriptivo. - Seleccionan una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas en forma independiente. Se usó este tipo ya que se buscaba especificar datos importantes del grupos de personas que participaron en el estudio, tales como: edad, etnia, número de hijos, tipo de incontinencia urinaria, calidad de vida, para su análisis (56).

Epidemiológico de prevalencia puntual. - Mide la proporción de personas que padecen incontinencia urinaria en la población, en un determinado momento (57).

Cuantitativo. – La información proporcionada por medio de la aplicación de los test se la hizo de forma objetiva, la cual generó datos numéricos estadísticamente confiables sobre el estado de las población adulto mayor (58).

Cualitativo. - Es un proceso interpretativo critico de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas que examina un problema humano o social. Describe o explica cualidades en base a experiencias o pensamientos personales. La mayoría de variables aplicadas en el estudio fueron cualitativas (58).

3.3. Localización y ubicación del estudio

El lugar de estudio está ubicado en la calle 24 de mayo 13-58 y Sucre en Cotacachi, perteneciente a la provincia de Imbabura- Ecuador.

3.4. Población de estudio

Para la presente investigación se identificaron 31 mujeres adultas mayores las cuales residen en el Hogar de Ancianos Carmen Ruiz de Echeverría.

3.4.1. Criterios de Inclusión

- Mujeres a partir de los 55 años de edad que pertenezcan al Hogar de Ancianos Carmen Ruiz de Echeverría.
- Mujeres a partir de los 55 años de edad que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

3.4.2. Criterios de Exclusión

- Mujeres menores de 55 años que no pertenezcan al Hogar de Ancianos Carmen Ruiz de Echeverría.
- Mujeres adulto mayores con deterioro cognitivo, cirugía pélvica o en espera de alguna intervención quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia urinaria.
- Mujeres a partir de los 55 años de edad que no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

3.4.3. Criterios de Salida

- Fallecimiento durante la realización del estudio.
- Retiro del asilo de residencia.
- Participantes que no deseen continuar en el proceso de investigación

3.5. Operacionalización de variables

3.5.1. Variables de caracterización

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Edad	Cuantitativa Discreta Agrupada	Grupo etario	55-64 65-74 75-84 >85 años(IPA)	-Adulto mayor joven -Adulto mayor maduro -Adulto mayor -Anciano	Ficha sociodemográfica	Hace medición al tiempo que ha transcurrido desde nacimiento de un ser vivo (59).
Etnia	Cualitativa Nominal Politómica	Grupos étnicos	Ficha de datos sociodemográficos	-Blanco		Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural (60)
				-Mestizo		
				-Afro Ecuatoriano		
Número de hijos	Cuantitativa Continua	Número de hijos	Sin hijos	Nulípara	Se refiere al número de hijos nacidos vivos e incluye a los hijos que han fallecido (61).	
			1 hijo	Primípara		
			2-4 hijos	Multípara		
			>5 hijos (OMS)	Gran multípara		

3.5.2. Variables de interés

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumentos	Definición
Incontinencia urinaria (IU).	Cualitativa Nominal Politémica	Tipos de incontinencia urinaria	Al toser, estornudar o realizar esfuerzos, ejercicio.	IU Esfuerzo	Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-SF)	La Sociedad Internacional de incontinencia la define como toda pérdida involuntaria de orina, que debe ser demostrada objetivamente (62).
			Antes de llegar al servicio.	IU Urgencia		
			Presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia.	IU Mixta		
			De forma continua.	Incontinencia continua		
Calidad de vida.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Afectación en la calidad de vida (evitar y limitar el comportamiento, impacto psicosocial, vergüenza social)	100%	Nula afectación en la calidad de vida.	Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)	Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer una vida agradable, digna y valiosa (63).
			<100%	Pérdida de calidad de vida.		

3.6. Métodos y técnicas de recolección de información

3.6.1. Métodos de recolección de datos

Inductivo: Es un método basado en el razonamiento, el cual permite pasar de hechos particulares a los principios generales. Fundamentalmente consiste en estudiar u observar hechos o experiencias particulares con el fin de llegar a conclusiones que puedan inducir, o permitir derivar de ello los fundamentos de una teoría (64).

Analítico: Es un procedimiento lógico que posibilita descomponer mentalmente un todo en sus partes y cualidades, en sus múltiples relaciones, propiedades y componentes (65).

Revisión bibliográfica: Es un proceso en que se debe tener en cuenta todo el conocimiento científico anterior sobre el tema de interés, para poder plantear unos objetivos de la investigación en el proyecto de investigación o en la intervención clínica objeto de estudio (66).

3.6.2. Técnicas e Instrumentos

Técnica

- **Encuesta**

es una de las principales técnicas cuantitativas empleada habitualmente en la obtención de información primaria. La encuesta puede ser personal y se la realiza en un lugar que se adapte a las necesidades tanto del entrevistador como del entrevistado, así nos aseguramos que no se produzcan errores al momento aplicar esta técnica. También se puede entregar el formulario al encuestado con la presencia del investigador (67).

Instrumentos

- Ficha sociodemográfica
- Cuestionario de la Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF)
- Instrumento para la Calidad de Vida con Incontinencia (I-QOL)

3.7. Validación de instrumentos

3.7.1. Cuestionario de Incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)

El cuestionario consta de cuatro apartados que evalúan los síntomas y su efecto en las actividades diarias de las pacientes (este cuestionario se diseñó para la investigación y la práctica general). El ICIQ-IU-SF tiene altos niveles de validez, confiabilidad y sensibilidad. Además, tiene la recomendación grado A de la Consulta Internacional de Incontinencia (ICI). Ha sido validado originalmente en el idioma inglés. El ICIQ-SF validado al español con un alfa de Cronbach de 0,917, se utiliza para estudiar la proporción de mujeres afectas y el tipo de incontinencia (68).

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

El cuestionario ha sido validado internacionalmente, 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. Dicho cuestionario se divide en tres subescalas: limitación de la actividad o conducta, efecto psicosocial y preocupación social (52).

3.8. Análisis de datos

Con los datos obtenidos de los cuestionarios se procedió a realizar una base de datos en programa Microsoft Excel 2016 y posteriormente analizados por el programa estatics SPSS 15, para posteriormente presentar los resultados mediante tablas.

CAPITULO IV

4. Discusión de resultados

4.1. Análisis de resultados

Tabla 1.

Caracterización de la población según edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Adulto mayor maduro (65-74 años)	8	25,8%
Adulto mayor (75-84 años)	12	38,7%
Anciano (>85 años)	11	35,5%
Total	31	100%

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población de estudio según rango etario indican un predominio del adulto mayor con edades de 75 a 84 años con el 38,7%, seguidas por las ancianas de edades mayores a 85 años con el 35,5%, y finalmente por el adulto mayor maduro con edades entre los 65 a 74 años con el 25,8% del total de la población.

Según el análisis “Percepción de los adultos mayores sobre la atención recibida en los centros del adulto mayor en el asilo León Ruales de la ciudad de Ibarra y en el asilo Carmen Ruiz de Echeverría de la ciudad de Cotacachi” realizada en Ecuador por la Universidad Técnica del Norte, en los datos sociodemográficos de la población femenina geriátrica del Hogar de Ancianos Carmen Ruiz de Echeverría se encontraron edades comprendidas del 44% de 60-65 años, 28% de 66 a 75 años, 17% de 76 a 85 años y 11% de más de 85 (69). Datos que difieren a nuestro estudio ya que la edad de mayor predominio fue de 75 a 84 años y la de menor fue de 65 a 74 años de edad.

Tabla 2.

Caracterización de la población según etnia

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestiza	20	64,5%
Indígena	10	32,3%
Afroamericana	1	3,20%
Total	31	100%

En los resultados en la población de estudio según etnia, se evidencia que el grupo de mayor representación son mujeres mestizas con el 64,5%, seguido por el 32,3% de mujeres indígenas, y solo el 3,2% de la etnia afroamericana. Este fenómeno puede estar relacionado al predominio de la etnia mestiza en el Ecuador.

En la encuesta realizada en Ecuador por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el año 2010 en la provincia de Imbabura sobre la autoidentificación en base a la cultura y costumbres se encontró a la etnia mestiza con una prevalencia de 65,7%, a la etnia indígena con un 25,8% y a la etnia afroamericana con un 5,4% (70).

De igual forma, según los datos obtenidos por el INEC del último censo poblacional por área del 2010 se encontró que en el cantón Cotacachi existe en general un 53, 53% de población mestiza, un 40,55% de población indígena y un 2,76% de población afroamericana. (71). Datos que concuerdan con el resultado obtenidos en la investigación. Ya que la etnia mestiza fue la predominante en el presente estudio realizada en el cantón Cotacachi.

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

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	17	54,8%
Primípara (1 hijo)	1	3,2%
Múltipara (2-4 hijos)	8	25,8%
Gran múltipara (>5 hijos)	5	16,1%
Total	31	100%

Los resultados de la caracterización de la población de estudio según el número de hijos, indican en mayor porcentaje a las mujeres nulíparas con el 54,8%, seguido del 25,8% de mujeres múltiparas, un 16,1% de mujeres gran múltiparas y solamente un 3,2% de mujeres primíparas.

Según Cuenca Herrera, WP en estudio “Incidencia de las variables socioeconómicas en la tasa de mortalidad infantil del Ecuador” indica que, la tasa de fertilidad se ha reducido de 3,76% del año 1990 a 2,22% en el año 2014 (72).

En el estudio “Salud sexual y reproductiva en las mujeres de los cantones Montecristi, Jaramijó y Manta (Ecuador)” realizado en cantones de la provincia de Manabí a 595 mujeres se encontró que el 27,1% no tenían hijos, el 21% tenía un hijo, el 50,2% tenía de 2 a 4 hijos y 7,1% tenía 5 o más hijos (73). Datos que difieren a nuestro estudio, ya que, nuestra población de estudio nulípara fue la más predominante.

Tabla 4.

Prevalencia puntual de incontinencia urinaria

$$PIU = \frac{\text{número de afectados (15)}}{\text{población de estudio (31)}} \times 100 = 48,39\%$$

La prevalencia puntual de la incontinencia urinaria en el Hogar de Ancianos Carmen Ruiz de Echeverría corresponde al 48,39%.

Según Lamoglia-Puig en su análisis “Las barreras percibidas en mujeres con incontinencia urinaria” realizado en España por medio de la aplicación del cuestionario ICIQ-SF, en las cuales se identificó incontinencia urinaria a 76 mujeres representado en el 56,72% de prevalencia (74). Datos que se acercan a la prevalencia encontrada con nuestro estudio, en el cual se identificó a la incontinencia urinaria con un 48,39% en la población.

Tabla 5.

Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos

$$PIUE = \frac{\text{número de afectados IUE (7)}}{\text{población de estudio (31)}} \times 100 = 22,58\%$$

$$PIUM = \frac{\text{número de afectados IUM (8)}}{\text{población de estudio (31)}} \times 100 = 25,80\%$$

Mediante los resultados obtenidos se evidenció predominio de la incontinencia urinaria mixta (IUM) con una prevalencia del 25,80%, seguida de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) con el 22,58%.

Según Saboia DM, et. al., en su estudio “Impacto de los tipos de incontinencia urinaria en la calidad de vida de mujeres” realizada en Brasil, en donde para identificar el tipo de incontinencia urinaria de mayor presencia usando el Cuestionario (ICIQ-SF). En sus resultados la incontinencia urinaria de tipo mixta (IUM) estuvo representada por el 62,6%, seguido de la incontinencia urinaria de tipo esfuerzo (IUE) con el 31,1% y de tipo urgencia (IUU) con el 6,3%. Las mujeres que tenían incontinencia de tipo mixta fueron las que representaron mayor afectación en su calidad de vida (75). Información que coincide con nuestro estudio, ya que el tipo de incontinencia con mayor prevalencia es IU mixta en la población estudiada.

Tabla 6.

Evaluación de la calidad de vida

Calidad de Vida	Frecuencia	Porcentaje
Pérdida de la Calidad de Vida (<100)	15	100%
Total	15	100%

Los resultados obtenidos en cuanto a la evaluación de la calidad de vida, muestra que existe pérdida de calidad de vida en el 100% de las mujeres que padecen Incontinencia Urinaria.

Cortés Gálvez J.M., et. al., en su estudio “Incontinencia urinaria oculta ¿afecta a la calidad de vida de nuestros pacientes” realizado en España en un centro de salud a 145 mujeres con una edad media de 66,37 y con el uso del cuestionario ICIQ-SF para la identificación de la incontinencia urinaria y su impacto en la calidad de vida, muestra en sus resultados la presencia del 60 % de incontinencia urinaria, en donde, el 97,7% refirieron afectación en su calidad de vida con diferentes grados de severidad, de las cuales solo el 10,34% mostró un grado de severidad importante en su calidad de vida (76). Datos que concuerdan con nuestra investigación, ya que se muestra una pérdida en la calidad de vida en el 100% de las mujeres que padecen incontinencia urinaria.

Tabla 7

Distribución de la población según subescalas del Cuestionario Calidad de Vida con Incontinencia (I-QOL)

IQOL	Media
Evitar y limitar el comportamiento	53,83%
Impacto psicosocial	80,89%
Vergüenza social	65,07%

Los resultados observados en la investigación en el Hogar de Ancianos Carmen Ruiz de Echeverría muestran afectación de su calidad de vida, con porcentaje mayor en la subescala de evitar y limitar el comportamiento con una media de 53,83%, seguido de la de vergüenza social con el 65,07%, finalmente con menor afectación se encuentra la de impacto psicosocial con un porcentaje del 80,89%.

Según Demír Gökçe, en su análisis “Calidad de vida y factores asociados con esta en mujeres mayores con incontinencia urinaria”, el cual se realizó en un centro hospitalario de Turquía a mujeres mayores de 65 años quienes referían incontinencia urinaria, se aplicó el cuestionario de calidad de vida con incontinencia (I-QOL) para evaluar la misma. En sus resultados según sub-escalas se reflejó la siguiente pérdida de la calidad de vida: evitar y limitar el comportamiento una media de 47,5%, impacto psicosocial con una media de 57,78% y la vergüenza social una media de 52%, evidenciando mayor pérdida en la sub-escala de evitar y limitar el comportamiento y la menor pérdida en la sub-escala de impacto psicosocial (77). Datos que concuerdan con nuestro estudio en el orden en el que se encuentran afectadas las sub-escalas del cuestionario I-QOL.

Tabla 8

Relación entre el tipo de incontinencia urinaria y la calidad de vida por subescalas (I-QOL)

Subescalas I-QOL	IU Esfuerzo	IU Mixta
Evitar y limitar el comportamiento	60,36%	48,13%
Impacto psicosocial	91,75%	71,39%
Vergüenza social	72,0%	59%

El análisis de la relación entre el tipo de incontinencia urinaria y la calidad de vida por sub-escalas indica que en la IU de esfuerzo la subescala con mayor afectación es la de evitar y limitar el comportamiento con el 60,36%, seguido de la de vergüenza social con el 72,0%, y con menor afectación la de impacto psicosocial con el 91,75%. En la IU de tipo mixta, se evidencia mayor afectación en la subescala de evitar y limitar el comportamiento con el 48,13%, seguido de la vergüenza social con el 59%, y finalmente con menor afectación la de Impacto psicosocial con un porcentaje del 71,39%.

Según Ortuño Esparza A. y Lozano Alcaraz C. en su estudio “Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia” Para valorar la calidad de vida se usó el Cuestionario I-QOL, el cual indicó la peor calidad cuando la IU era de tipo urgencia. De igual forma se encontró una fuerte relación entre la frecuencia de pérdida de orina con la repercusión psicosocial. También se identificó relación con los sentimientos de vergüenza, ya que, a mayor frecuencia de pérdida orina las relaciones sociales se verán afectadas (78). Datos que difieren a nuestro estudio, ya que, la incontinencia de tipo mixta indicó peor calidad de vida junto con la sub-escala de evitar y limitar el comportamiento, además en nuestro estudio ningún sujeto de estudio presento IU de tipo urgencia.

4.2. Respuestas a las preguntas de investigación

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

La caracterización sociodemográfica de las mujeres que se encuentran en el Hogar de Ancianos Carmen Ruiz de Echeverría, indica que la edad predominante es la de 75 a 84 años con un porcentaje del 38,7%, el 64,5% pertenecen a la etnia mestiza, y según el número de hijos se encontró una población mayoritaria representada por el 54,8% de mujeres nulíparas.

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

Se evidencia una prevalencia del 48,39% de mujeres que padecen incontinencia urinaria. Según los tipos de Incontinencia, la mixta (IUM) representa en mayor porcentaje una prevalencia del 25,80% y la incontinencia de tipo esfuerzo (IUE) un 22,58%. No se presentaron otros tipos de incontinencia urinaria.

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

Mediante la investigación realizada se evidencia que el 100% de los sujetos de estudio presentaron pérdida en su calidad de vida. De acuerdo a las sub-categorías establecidas según la encuesta I-QOL aplicada, la sub-categoría de mayor afectación fue la de evitar y limitar el comportamiento con 48,13%, seguida de la sub-escala vergüenza social con 65,07% y la sub-escala con mejor calidad de vida fue la de impacto psicosocial con 80,89%.

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

En el análisis de la relación se puede evidenciar que la incontinencia urinaria de tipo mixta (IUM) presenta mayor afectación en la calidad de vida, especialmente en la sub-escala de evitar y limitar el comportamiento con un porcentaje del 48,13%.

CAPITULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- La caracterización de la población de estudio indica que, el rango de edad de mayor predominio fue de 75 a 84 años (adultos mayores); la etnia representada por más de la mitad de población de estudio fue la mestiza, y según el número hijos la mayoría de mujeres estuvieron representadas por nulíparas.
- La prevalencia puntual de la incontinencia urinaria se presentó en el 48,39% de su población. La prevalencia de la incontinencia urinaria mixta (IUM) fue del 25,80% y la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) de 22,58%. No se presentaron otros tipos de incontinencia urinaria.
- Toda la población de estudio presentó pérdida en su calidad de vida, evidenciándose mayor afectación en la sub-escala de evitar y limitar el comportamiento.
- En la relación de tipo de incontinencia urinaria y calidad de vida según subescalas, se evidenció que la de evitar y limitar el comportamiento presentó mayor afectación, perteneciendo a las mujeres que presentaron incontinencia urinaria mixta.

5.2. Recomendaciones

- Utilizar la presente investigación como punto de partida para futuras investigaciones o proyectos enfocados a establecer un plan de intervención fisioterapéutico a las personas identificadas que presentan esta condición de Incontinencia Urinaria, mejorando de esta manera su calidad de vida.
- Promover charlas educativas en el personal de salud y voluntariado del Hogar de Ancianos Carmen Ruiz de Echeverría para ampliar el conocimiento de Incontinencia Urinaria, sus causas, consecuencias, cuidados y posibles tratamientos, así como medios preventivos en relación a esta condición.
- Replicar este tipo de estudio a nivel nacional, para poder determinar la afectación de la calidad de vida de una población más amplia, y de esta manera generar una base de datos, que, mediante propuestas y aplicación de tratamientos, se reviertan las repercusiones negativas ocasionadas por la incontinencia urinaria en el país.
- Desarrollar estudios en los que se analicen la decadencia de la función del suelo pélvico que contribuyan a padecer de incontinencia urinaria en las personas de la tercera edad en base a datos reales de asilos y con el apoyo interdisciplinar del personal de salud que asiste al personal geriátrico buscar la implementación de medidas sanitarias adecuadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. González La Rotta M, Bravo-Balado A, Ramos A, Plata M. Incontinencia urinaria de esfuerzo femenina: aproximación racional a su diagnóstico y manejo. *Rev Urol Colomb / Colomb Urol J* [Internet]. el 25 de agosto de 2018;27(02):115–25. Disponible en: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0038-1654719>
2. Chiu CJ, Cheng YY. Utility of geriatric syndrome indicators for predicting subsequent health care utilization in older adults in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(3):1–14.
3. Suhr R, Lahmann NA. Urinary incontinence in home care: a representative multicenter study on prevalence, severity, impact on quality of life, and risk factors. *Aging Clin Exp Res*. 2017;30(6):589–94.
4. Luo X, Chuang CC, Yang E, Zou KH, Araiza AL, Bhagnani T. Prevalence, management and outcomes of medically complex vulnerable elderly patients with urinary incontinence in the United States. *Int J Clin Pract*. 2015;69(12):1517–24.
5. Cruz-ruíz J, Farrera-gonzález V, Ransom-rodríguez A, Avalos-jiménez JC, González-serrano A, Cortez-betancourt R, et al. Prevalencia de vejiga hiperactiva en la Ciudad de México . Resultados de un análisis preliminar Prevalence of overactive bladder in Mexico City . Results of a preliminary analysis. 2018;78(3):189–96.
6. Castañeda Biart I, Del Carmen Martínez Torres J, Ángel García Delgado J, Ruiz Valdés-Prado Policlínico M, Habana L. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria en pacientes femeninas de urología y ginecología. *Resum Rev Cub Urol* [Internet]. 2016;5(2):73–84. Disponible en: <http://www.revurologia.sld.cu><http://www.revurologia.sld.cu>

7. Sacomori C, Vinter CR, Sperandio FF, Pereira ÉF, Cardoso. FL. Propuesta de puntos de corte para diferentes indicadores antropométricos en la predicción de la incontinencia urinaria en mujeres. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2015;80(3):229–35.
8. Rincón Ardiila 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 Chillán, Chile. 2015;(143):203–12.
9. Gonzalez, Victor B; Hernández, Pedro B; Cózar-Olmo JM et. al. Libro Blanco de la Carga Socioeconómica de la Incontinencia Urinaria en España [Internet]. Weber IM, editor. Madrid: Astellas; 2017. 150–154 p. Disponible en: <http://weber.org.es/wp-content/uploads/2017/10/Libro-Blanco-de-la-Carga-Socioeconómica-de-la-Incontinencia-Urinaria-en-España.pdf>
10. Avery J, Stocks N. Urinary incontinence, depression and psychological factors - A review of population studies. *Eur Med J Urol* [Internet]. 2016;1(1):58–67. Disponible en: <https://www.emjreviews.com/urology/article/urinary-incontinence-depression-and-psychosocial-factors-a-review-of-population-studies/>
11. Fernandez-Lasquetty Blanc B, Lorente Granados G, Tenías Burillo JM, Racionero Montealegre AL, Alcañiz Octavio I, Gigante León A. Adecuación del uso de absorbentes de incontinencia urinaria en pacientes adultos ingresados en un hospital. *Enferm Clin* [Internet]. 2015;25(4):198–203. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862115000789>
12. Ecologistas en Accion. Pañales de un solo uso, desastre medioambiental • Ecologistas en Acción [Internet]. 2015 [citado el 9 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.ecologistasenaccion.org/30338/panales-de-un-solo-uso-desastre-medioambiental/>
13. Pazmiño LM, Esparza D, Ayala L, Quinteros MJ. Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres de 45-65 años del Hospital Padre Carollo. *Rev Univ Con Proyecc Cient Acad Y Soc* [Internet]. 2019;2(2):69–78. Disponible

en:

<https://medicienciasuta.uta.edu.ec/index.php/MedicienciasUTA/article/view/33>

14. Stemberg M, Parisotto D. Qualidade de Vida de Idosas com Incontinência Urinária. Rev Uniandrade [Internet]. 2018;19(1):45–52. Disponible en: <https://uniandrade.br/revistauniandrade/index.php/revistauniandrade/article/view/630/886>
15. Alcántara Montero A. Novedades en el tratamiento médico de la vejiga hiperactiva. Semergen. 2016;42(8):557–65.
16. Titora GJ, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 13a. ed. Editorial Médica Panamericana, editor. México D.F.; 2006. 1065–1066 p.
17. Girona, L.; Conejero J. Capítulo Urología. En: Farmacia Hospitalaria [Internet]. p. 1602–24. Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP24.pdf>
18. Patton K t., Thibodeau GA. Respiración, nutrición y excreción. En: GEA Consultoría editorial. SL, editor. Anatomía y fisiología. 8a. ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2013. p. 697–908.
19. Hoffman BL, Schorge JO, Bradshaw KD, Halvorson LM, Schaffer JI. Williams Ginecología. 3a. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2017.
20. Moore KL, Agur AMR, Dalley AF. Fundamentos de anatomía con orientación clínica. 5a. ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2015. 196–262 p.
21. González Merlo J, González Bosquet E, González Bosquet J. Ginecología. 9a. ed. GEA Consultoría Editorial SL, editor. Barcelona: Elsevier Masson; 2014. 16–19 p.
22. Ruiz Liard A, Latarjet M. Anatomía humana. 4a. ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2012. 888 p.

23. Rouviere H. Compendio de anatomía y disección. Barcelona. Salvat Editores SA, editor. 1976. 614–615 p.
24. Hall JE, Guyton AC. Tratado de Fisiología Médica. 12a ed. GEA Consultoría editorial, editor. Barcelona: Elsevier Saunders; 2011. 307 p.
25. Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA. Transporte, almacenamiento y evacuación de la orina. En: Campbell-Walsh: Urología. 10a. ed. México D.F.: Editorial Medica Panamericana; 2015. p. 1818–2020.
26. Aceytuno M, Esperanza A, Miralles R, Prado B, Riera M, Roqueta C, et al. Guía de práctica clínica en geriatría. Incontinencia Urinaria. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, editor. 2012;57. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion de Calidad SEGG/Residencias/GBPCG INCONTINENCIA URINARIA.pdf#page=10>
27. Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. 1a. ed. GEA Consultoria editorial SL, editor. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.; 2015. 429–434 p.
28. Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA. Fisiopatología y clasificación de las vías urinarias inferiores: reseña general. En: Campbell-Walsh: Urología. 10a. ed. Mexico D.F: Editorial Medica Panamericana; 2015. p. 1862–4.
29. Chapple C, Milsom I. Incontinencia urinaria y prolapso pelviano: epidemiología y fisiopatología. En: Campbell-Walsh: Urología. Mexico D.F.: Editorial Medica Panamericana; 2015.
30. Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz Garcia C. Suelo pélvico. En: Obstetricia y ginecología: guía de actuación. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2014. p. 235–65.
31. Tanay CM. Incontinencia urinaria y trastornos del piso pélvico. En: Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 11a. ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2014. p. 671–700.

32. Torres KL. Urología. Incontinencia Urinaria. Rev medica Costa Rica y Centroamérica LXXIII [Internet]. 2016;(619):247–53. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162j.pdf>
33. Broseta E, Budía A, Burgués JP, Luján S. Patología obstructiva del tracto urinario. En: Servicios editoriales: DRK edición, editor. Urología práctica. 4a. ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.; 2016. p. 110–39.
34. Ladrón de Guevara MÁ. Intervención en la atención higiénico-alimentaria en instituciones. MF1017 [Internet]. Logroño: Editorial Tutor Formación; 2017. Disponible en: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/utnortesp/detail.action?docID=5213644>
35. Gallardo Prieto LM. El ABC de los síndromes geriátricos 2019 [Internet]. Mexico D.F.: Editorial Alfil, S. A. de C. V; 2019. Disponible en: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/utnortesp/detail.action?docID=5885031>
36. García de Vicuña FM. Urología para la pareja: lo que toda pareja quisiera que le explicara su urólogo [Internet]. Madrid: Bubok Publishing S.L.; 2018. Disponible en: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/utnortesp/detail.action?docID=5425722>
37. González Ruiz de León C, Perez Haro ML, Jalón Monzón A, García Rodríguez J. Actualización en incontinencia urinaria femenina. Semer - Med Fam [Internet]. 2017;43(8):1–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semern.2017.01.003>
38. Villegas N, Cianelli R. Salud de la mujer en el contexto de la salud materna/Women's health in the context of mother's health. Rev Horiz Enfermería. 2017;28(2):1–3.
39. Aponte Daza VC. Calidad de Vida en la Tercera Edad. Ajayu Órgano Difusión Científica del Dep Psicol UC BSP [Internet]. 2015;13(2):152–82. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612015000200003&script=sci_abstract

40. González Blanco M. Calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2018;78(1):1–4.
41. Herazo-Beltrán Y, Quintero-Cruz MV, Pinillos-Patiño Y, García-Puello F, Núñez-Bravo N, Suarez-Palacio D. Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Rev Latinoam Hipertens* [Internet]. 2017;12(5):174–81. Disponible en: <http://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/2454>
42. Cuadra Peralta A, Medina Cáceres EF, Salazar Guerrero K. Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *Rev Interdiscip Filos y Psicol* [Internet]. 2016;11(35):56–67. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/836/83646545005.pdf>
43. Bermúdez AM, Méndez I, García-Munuera I. Inteligencia emocional, calidad de vida y alexitimia en personas mayores institucionalizadas. *Eur J Heal Res* [Internet]. 2017;3(1):17. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6152057>
44. Martínez Cuervo F, Gómez Martínez C, Martínez Fernández A. Dolor en geriatría. En: *Enfermería y envejecimiento*. 1a. ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2012. p. 101–5.
45. Cárdenas A, Linares YKB, Pinzón J. Redes de apoyo...influencia positiva en el estado de salud de los adultos mayores. *Cart comunitaria*. 2016;24(138):17–31.
46. Peláez E, Débora Acosta L, Delia Carrizo E. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Rev Cuba Salud Publica*. 2015;41(4):638–48.
47. Pérez Pallares ML, Torres RM, Góngora Hernández F. Calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria: Revisión bibliográfica. En: *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud Volumen I* [Internet]. ASUNIVEP; 2013. p. 159–155. Disponible en:

https://www.formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_3.pdf#page=71%0Ahttps://formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_3.pdf#page=117

48. Musibay ER, Borges Sandrino RS. Cuestionarios de calidad de vida en las mujeres con disfunciones del suelo pélvico. *Rev Cuba Obstet y Ginecol* [Internet]. 2016;42(3):372–85. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000300013
49. Hebbar S, Pandey H, Chawla A. Understanding King's Health Questionnaire (KHQ) in assessment of female urinary incontinence. *Int J Res Med Sci*. 2015;3(3):531.
50. Lozano JA, Labarta RS. Incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres : impacto en la calidad de vida tras rehabilitación del suelo pélvico. *Rev Argent Urol* [Internet]. 2018;83(2):60–7. Disponible en: <https://revistasau.org/index.php/revista/article/viewFile/4147/3545>
51. Busquets M, Urquidi C, Pertossi E. Sensibilidad al cambio de la version español-chileno del cuestionario international consultation on incontinence questionnaire short-form (ICIQ-SF) para incontinencia urinaria femenina. *Rev Med Chil* [Internet]. 2016;144(8):1006–11. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872016000800007&script=sci_arttext
52. Rodríguez Adams EM. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. *Rev Cuba Obstet y Ginecol* [Internet]. 2014;40(1):119–35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000100013
53. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida. 2017;84. Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/wp->

content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf

54. Rivadeneira Rodríguez EM. Lineamientos teóricos y metodológicos de la investigación cuantitativa en ciencias sociales. In *Crescendo*. 2017;8(1):115–21.
55. Rodríguez M, Mendivelso F. Diseño de investigación de Corte Transversal. *Rev Médica Sanitas* [Internet]. el 30 de septiembre de 2018;21(3):141–6. Disponible en: [http://www.unisanitas.edu.co/Revista/68/07Rev Medica Sanitas 21-3_MRodriguez_et_al.pdf](http://www.unisanitas.edu.co/Revista/68/07Rev_Medica_Sanitas_21-3_MRodriguez_et_al.pdf)
56. Bernardo Zárate CE, Carbajal Llanos YM, Contreras Salazar VR. Metodología de la Investigación. Manual del estudiante. Universidad de San Martín de Porres [Internet]. 2019;1. Disponible en: [https://www.usmp.edu.pe/estudiosgenerales/pdf/2019-I/MANUALES/II CICLO/METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.pdf](https://www.usmp.edu.pe/estudiosgenerales/pdf/2019-I/MANUALES/II_CICLO/METODOLOGIA_DE_LA_INVESTIGACION.pdf)
57. Fajardo-Gutiérrez A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Rev Alerg México*. 2017;64(1):109.
58. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la Investigación. 6a ed. McGraw-Hill / Interamericana editores SA de E C., editor. México D.F.; 2014.
59. Definición de Edad Contemporánea - Qué es, Significado y Concepto [Internet]. [citado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://definicion.de/edad/>
60. Significado.net. Significado de Etnia [Internet]. 2014 [citado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://significado.net/etnia/>
61. Definición Número de hijos [Internet]. [citado el 11 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://es.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_734/elem_15341/definicion.html
62. De Castro LG, Rocha SC, Fernandes SS, Chaves R, Aguirre EH, De Castro FA.

- Incontinencia urinaria de esfuerzo por deficiencia esfinteriana. *Salud Uninorte*. 2018;34(3):784–96.
63. RAE. calidad - Definición - Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. Calidad. 2019 [citado el 11 de diciembre de 2019]. p. 1. Disponible en: <https://dle.rae.es/calidad?m=form#CxIV49c>
 64. Prieto Castellanos BJ. El uso de los métodos deductivo e inductivo para aumentar la eficiencia del procesamiento de adquisición de evidencias digitales. *Cuad Contab* [Internet]. el 9 de octubre de 2018;18(46). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/cuacont/article/view/23681>
 65. Jiménez R, Jacinto P, Omar A. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Rev Esc Adm Negocios* [Internet]. 2017;(82):1–26. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20652069006>
 66. Esquirol Caussa J, Sánchez Aldeguer J, Dalmau Santamaria I. La revisión bibliográfica, base de la investigación. *Col·legi Fisioter Catalunya Actual en Fisioter* [Internet]. 2017;1(13). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/319260924_La_revisio_bibliografica_base_de_la_investigacion
 67. García Ferrer G. *Investigación comercial*. 4a. ed. Madrid: ESIC editorial; 2016. 89–97 p.
 68. Magaña MV, López HHB, Poceros GR, Ortega GO, Neri Ruz ES, Castrillo CS. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. *Ginecol Obstet Mex*. 2007;75(6):347–56.
 69. Ruales L, Montalvo M. Percepción de los adultos mayores sobre la atención recibida en los centros del adulto mayor en el Asilo León Ruales de la ciudad de Ibarra y en el Asilo Carmen Ruiz de Echeverría de la ciudad de Cotacachi, Periodo Noviembre 2010 a Julio- 2011. 2011;1(1):1–12. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/2326>

70. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Fascículo provincial Imbabura. Result del Censo 2010 la población y vivienda en el Ecuador [Internet]. 2010;8. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf>
71. Galo L. Población por área, según provincia, cantón y parroquia de empadronamiento y grupos étnicos [Internet]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>
72. Cuenca Herrera WP, Chamba Tandazo JJ, Luna Torres RM. Incidencia De Las Variables Socioeconómicas Ecuador. SurAcademia [Internet]. 2016;3(5):7–14. Disponible en: <http://192.188.49.30/index.php/suracademia/article/view/253>
73. Mera Zambrano AC, Roca Castro YD, Medranda Obregón EA. Salud sexual y reproductiva en las mujeres de los cantones Montecristi , Jaramijó y Manta (Ecuador). Margen Rev Trab Soc y ciencias Soc [Internet]. 2016;79:1–21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5316667>
74. Lamoglia Puig M, Juvinyà Canal D, Godall Castell M, Pérez Pérez I, Rifà Ros R, Rodríguez Monforte M, et al. Las barreras percibidas en mujeres con incontinencia urinaria. Asoc Española Enferm en Urol [Internet]. 2015;(128):16–21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5606407>
75. Saboia DM, Veras Firmiano ML, Bezerra K de C, Vasconcelos Neto JA, Batista Oria MO, Moreira Vasconcelos CT. Impact of urinary incontinence types on women’s quality of life. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2017;51(e03266):225–9. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100473&lng=en&nrm=iso&tlng=en
76. Cortés-Gálvez JM, Martínez-Monje F, Reynoso C, Jiménez-Garzón VA, Alfonso-Cano C, Leal-Hernández M. Incontinencia urinaria “oculta” ¿afecta a la calidad de vida de nuestros pacientes? Rev Mex Urol [Internet]. 2014;74(2):123–5. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4085\(15\)30024-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4085(15)30024-0)

77. Demir G, Erbesler ZA. Quality of life and factors associated with it in elderly women with urinary incontinence. *Turk Geriatr Derg* [Internet]. 2017;20(3):213–22. Disponible en: http://geriatri.dergisi.org/uploads/pdf/pdf_TJG_996.pdf
78. Ortuño A, Lozano C. Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia. *Enfuro* [Internet]. 2014;(127):20–3. Disponible en: <http://www.enfuro.es/images/Revistas ENFURO/Enfuro127.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. 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 adultas mayores que residen en el hogar de ancianos Carmen Ruiz de Echeverría de la provincia de Imbabura, 2019”.

DETALLE DE PROCEDIMIENTOS:

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

<p>En prueba de conformidad firmo este documento.</p> <p>Firma:, el..... de..... del</p>
--

Anexo 2. 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 3. Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA (ICIQ-IU-SF)

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

Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 4. 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: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/cuestionario_iqol.php

Anexo 5. Evidencia fotográfica

Fotografía N° 1



Autor: Cristhian Gonzalo Paspuel Chiliquina.

Actividad: Socialización sobre el proyecto de investigación a realizar.

Fotografía N° 2



Autor: Cristhian Gonzalo Paspuel Chiliquina.

Actividad: Firma de consentimientos informados.

Anexo 6. Cuestionarios aplicados a las mujeres adulto mayores

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA (ICIQ-IU-SF)

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

Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

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

- | | |
|----------------------|-----------|
| Nunca. | 0 |
| Una vez a la semana. | 1 |
| 2-3 veces/semana | 2 |
| Una vez al día | 3 |
| Varias veces al día | 4 X (5-8) |
| 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 X |
| 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 | | | | | | | | X | Mucho |

Total: 17
"Alta"

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

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

Tipo mixta

①

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

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

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

Total: 37pts

Punt: 33.64%

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Ctesis.docx (D63060188)
Submitted: 1/27/2020 6:37:00 PM
Submitted By: \${Xml.Encode(Model.Document.Submitter.Email)}
Significance: 11 %

Sources included in the report:


Lucia Barahona - sin scan.docx (D63060003)
Pamela Navarrete.docx (D60637224)
tesis- Esteban Mora.docx (D63059866)
TESIS FINALIZADA.docx (D54170597)
<https://www.emjreviews.com/urology/article/urinary-incontinence-depression-and-psychosocial-factors-a-review-of-population-studies/11>.
https://www.formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_3.pdf#page=71%250A
<https://revistasau.org/index.php/revista/article/viewFile/4147/354551>.
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/72>.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100473&lng=en&nrm=iso&tlng=en76.

Instances where selected sources appear:

57

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

Lo certifico:


(Firma).....

Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

C.I.: 1003649686

DIRECTOR DE TESIS