



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

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

TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS
MAYORES QUE RESIDEN EN LA CASA HOGAR DEL ADULTO MAYOR
QUINTA SANTA MARÍA, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”

AUTOR: Valencia Itas Andreina Mishell

DIRECTOR DE TESIS: Lic. Cristian Santiago Torres Andrade Msc.

IBARRA - ECUADOR

2019-2020

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de director de la tesis de grado titulada: “INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN LA CASA HOGAR DEL ADULTO MAYOR QUINTA SANTA MARÍA, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”, de autoría de: **Valencia Itas Andreina Mishell**, para obtener el Título en Terapia Física Médica, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 18 días del mes de febrero de 2020

Lo certifico:

(Firma)  

Lic. Cristian Santiago Torres Andrade Msc.

C.I.: 100364968-6

DIRECTOR DE TESIS



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1050189081		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Valencia Itas Andreina Mishell		
DIRECCIÓN:	Av. Luis Reina - Av. Río Chinchipe		
EMAIL:	amvalenciai@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	062611522	TELÉFONO MÓVIL:	0999547879
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN LA CASA HOGAR DEL ADULTO MAYOR QUINTA SANTA MARÍA, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”		
AUTOR (ES):	Valencia Itas Andreina Mishell		
FECHA:	2020/02/18		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Terapia Física		
ASESOR /DIRECTOR:	Lic. Cristian Santiago Torres Andrade Msc.		

2. CONSTANCIAS

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

En la ciudad de Ibarra, a los 18 días del mes de febrero de 2020

LA AUTORA:

(Firma)..........

Valencia Itas Andreina Mishell

C.C.: 105018908-1

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, 18 de febrero de 2020

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

DIRECTOR: Lic. Cristian Santiago Torres Andrade Msc,

El principal objetivo de la presente investigación fue, determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres de la Facultad de Ingeniería en Ciencias Aplicadas, Universidad Técnica del. Entre los objetivos específicos se encuentran: Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio. Establecer la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus tipos. Evaluar la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria, de los sujetos de estudio. Relacionar los tipos de incontinencia urinaria con las subescalas de calidad de vida.

Fecha: Ibarra, 18 de febrero de 2020



Lic. Cristian Santiago Torres Andrade Msc.

Director



Valencia Itas Andreina Mishell

Autora

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a mis padres quienes estuvieron presentes en cada momento de mi formación profesional, a mis hermanos/as y amigos/as por su preocupación ya que esto hizo cada día sea responsable y cumplida en esta meta profesional.

Valencia Itas Andreina Mishell

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la vida para poder terminar con éxito una de mis metas personales.

A mis padres Lourdes, Consuelito y Luis, a mis hermanos/as Nayeli, Anthony y Wladimir por ser el pilar fundamental en mi vida, quienes me ayudaron en este proceso de cumplir mi sueño profesional.

A mi familia, amigos/as por su ayuda, apoyo incondicional y la confianza que me brindaron en esta etapa de vida.

A los docentes que estuvieron presentes durante toda mi formación académica quienes me compartieron sus conocimientos, y a la vez me ayudaron en la construcción de esta presente investigación.

Valencia Itas Andreina Mishell

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
RESÚMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
CAPITULO I.....	15
1. El 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.....	21
CAPÍTULO II	22
2. Marco teórico	22
2.1. Sistema Urinario	22
2.1.1. Riñón	23
2.1.2. Uréteres	24
2.1.3. Vejiga urinaria.....	24
2.1.4. Uretra.....	25
2.2. Anatomía del suelo pélvico.....	25
2.2.1. Huesos y articulaciones de la pelvis.....	26
2.2.2. Músculos del suelo pélvico	26
2.3. Fisiología de la micción.....	28

2.3.1.	Control nervioso de las vías urinarias inferiores	30
2.4.	Incontinencia Urinaria	32
2.5.	Fisiopatología de la IU.....	33
2.5.1.	Clasificación de la disfunción vesical neuropática.....	35
2.5.2.	Mecanismos esfinterianos en la mujer	37
2.5.3.	Mecanismos de sostén del suelo pélvico.....	38
2.6.	Clasificación de la Incontinencia Urinaria.....	39
2.6.1.	Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE).....	39
2.6.2.	Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU).....	39
2.6.3.	Incontinencia Urinaria Mixta (IUM).....	39
2.6.4.	Enuresis nocturna (EN)	39
2.6.5.	Incontinencia Urinaria por Rebosamiento o sobre-flujo	40
2.7.	Factores de riesgo	40
2.7.1.	Género	40
2.7.2.	Edad.....	40
2.7.3.	Genética.....	41
2.7.4.	Raza	41
2.7.5.	Sobrepeso	41
2.7.6.	Paridad.....	41
2.7.7.	Menopausia	41
2.7.8.	Antecedentes obstétricos	42
2.8.	Mujeres y Salud	42
2.9.	Calidad de vida	42
2.9.1.	Calidad de vida relacionada con la salud	43
2.9.2.	Aspectos de la calidad de vida relacionados con la salud	45
2.9.3.	Calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria.....	46
2.10.	Evaluación de la incontinencia urinaria y Calidad de vida.....	48
2.10.1.	Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-SF)	49
2.10.2.	Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL).....	50
2.11.	Marco Legal y Ético.	50
CAPÍTULO III.....		57

3. Metodología de la Investigación	57
3.1. Diseño de la investigación	57
3.2. Tipo de la investigación	57
3.3. Localización y ubicación del estudio.....	58
3.4. Población de estudio	58
3.4.1. Criterios de inclusión.....	58
3.4.2. Criterios de exclusión	58
3.4.3. Criterios de Salida	58
3.5. Operacionalización de variables.....	59
3.5.1. Variables de caracterización.....	59
3.5.2. Variables de interés	60
3.6. Métodos y técnicas de recolección de información	61
3.6.1. Métodos de recolección de datos.....	61
3.6.2. Técnicas e instrumentos	61
3.6.3. Validación de instrumentos	62
3.7. Análisis de datos.....	63
CAPITULO IV.....	64
4. Análisis y discusión de resultados.....	64
4.1. Respuestas a las preguntas de investigación.....	72
CAPÍTULO V	74
5. Conclusiones y recomendaciones	74
5.1. Conclusiones.....	74
5.2. Recomendaciones	75
Bibliografía	76
Anexos	84
Anexo 1. Consentimiento Informado	84
Anexo 2. Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos	86
Anexo 3. Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF).....	87
Anexo 4. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)	88
Anexo 5. Evidencia Fotográfica.....	89
Anexo 6. Cuestionarios Aplicados en las Mujeres Adultos Mayores	90

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Caracterización de la población de estudio según la edad	64
Tabla 2 Caracterización de la población de estudio según etnia.	65
Tabla 3 Caracterización de la población de estudio según número de hijos.....	66
Tabla 4 Prevalencia puntual de incontinencia Urinaria.	67
Tabla 5 Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.	68
Tabla 6 Evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria. ...	69
Tabla 7 Evaluación de la calidad de vida según subescalas I-QOL test.	70
Tabla 8 Relación entre tipos de incontinencia urinaria y subescalas de la calidad de vida.....	71

RESÚMEN

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN LA CASA HOGAR DEL ADULTO MAYOR QUINTA SANTA MARÍA, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”

Autor: Andreina Mishell Valencia Itas

Correo: amvalenciai@utn.edu.ec

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de la orina, siendo una patología que se presenta con frecuencia en personas adultos mayores, especialmente en el género femenino. El objetivo de la investigación es determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida, en las mujeres que la padecen. La metodología de la investigación es descriptiva, cuali-cuantitativa, no experimental, de corte transversal y epidemiológico de prevalencia puntual. La población de estudio fue de 28 mujeres geriátricas. Se aplicó la ficha sociodemográfica, el test de incontinencia urinaria ICIQ-IU-SF, y el I-QOL, el cual evalúa la calidad de vida. Los resultados muestran que el grupo etáreo que predominó en la población de estudio fue entre 75-84 años, con predominio en la etnia mestiza y las mujeres multíparas. La prevalencia de la incontinencia urinaria es el 54% de la población de estudio. La incontinencia urinaria de esfuerzo fue la más prevalente con el 29%. La totalidad de los sujetos de estudio presentaron afectación en su calidad de vida; siendo la sub escala con mayor afectación la de vergüenza social. En relación al tipo de incontinencia urinaria con la subescala de calidad de vida, se identificó que la de vergüenza social es la mayor afectada perteneciendo a la incontinencia urinaria de urgencia.

Palabras claves: Incontinencia urinaria, calidad de vida, envejecimiento, epidemiológico, prevalencia.

ABSTRACT

“URINARY INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY WOMEN RESIDING IN THE HOME OF THE ELDERLY QUINTA SANTA MARÍA, IMBABURA PROVINCE, 2019”.

AUTHOR: Valencia Itas Andreina Mishell

MAIL: amvalenciai@utn.edu.ec

Urinary incontinence is the involuntary loss of urine, being a pathology that occurs frequently in older adults, especially in the female gender. The objective of the research was to determine the prevalence of urinary incontinence and its effect on the quality of life in women who suffer from it. The research methodology is descriptive, qualitative and quantitative, non-experimental, cross-sectional and epidemiological of punctual prevalence. The study population was 28 geriatric women. The sociodemographic record, the ICIQ-IU-SF urinary incontinence test, and the I-QOL that assessed the quality of life were applied. The results presented in the age group that predominated in the study population was between 75-84 years, with a predominance in the mestizo ethnic group and multiparous women. The prevalence of urinary incontinence is 54% of the study population. Stress urinary incontinence was the most prevalent with 29%. The totality of the study subjects had an impact on their quality of life; sub-scale being the most affected is the social shame. In relation to the type of urinary incontinence with the subscale of quality of life, it was identified that social shame is the most affected belonging to urgency urinary incontinence.

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



TEMA:

“Incontinencia urinaria y calidad de vida en mujeres adultos mayores que residen en la casa hogar del adulto mayor Quinta Santa María, provincia de Imbabura, 2019”

CAPITULO I

1. El Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del problema

En el estudio “Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria”, menciona que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que 200 millones de personas sufren de IU, las tasas de prevalencia llegan hasta un 69 % en la población femenina, en la mayoría de los pacientes con IU no consulta el problema, incrementa con la edad a partir de la menopausia y por número de partos (1).

En Asia los estudios detallaron que la prevalencia de los síntomas de I.U en mujeres japonesas fue alta, con una cifra del 16,7%, conceptúa que es por el aumento de la edad ≥ 40 años, el índice de masa corporal ≥ 25 kg / m², números de parto y el estreñimiento fueron factores de riesgo comunes para esta patología (2).

En España, la I.U, alrededor del 40,6 % de la población femenina presenta IU, entre los factores influyentes se encuentra lesiones del suelo pélvico relacionadas al parto vaginal, aumento de la edad y problemas neurológicos, tiene un gran impacto negativo sobre la calidad de vida, tanto en el entorno social, físico, psicológico, laboral y doméstico (3).

En EEUU, se estima que la prevalencia de la IU es del 72% en las mujeres, con un total de 18.3 millones afectadas en el censo del 2010 y aumentará a 28.4 millones en el 2050 según estudios realizados, como factores asociados incluyen número de partos, obesidad, cirugía pélvica, enfermedad pulmonar, diabetes mellitus y admisión en hogares de ancianos o demencia (4).

En México, posee una prevalencia del 78% en el sexo femenino que sufren IU, los síntomas con vejiga hiperactiva es alta en mujeres que en hombres, las principales causas pueden referirse con factores orgánicos, estilos de vida, medioambientales o culturales aumenta con la edad, y afecta la calidad de vida de la mayoría de los pacientes (5).

En Brasil, en la región oeste del municipio de São Paulo, los estudios revelaron que el género femenino es el más afectado con el 57.1%, edad avanzada, etnia, ACV, obesidad, asma, tos crónica, depresión, tabaquismo, ingesta de alimentos y de agua, disuria, infección urinaria recurrente, paridad, menopausia, y limitación funcional fueron los factores más vigorosamente asociados con la presencia de IU (6).

En Argentina, el 55 % de mujeres encuestadas refirió pérdida de orina en algún momento de su vida, con incremento significativo de la incontinencia en relación con la cantidad de partos, la edad, obesidad (7). En Colombia, la prevalencia es del 25,2% con IU encontrada es mayor en mujeres por infecciones urinarias y vaginales frecuentes y antecedente familiar, generando irritación de la piel y sentimientos de inferioridad (8).

En Ecuador- Quito, según el estudio "Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres de 45-65 años del Hospital Padre Carollo", estima una prevalencia del 5.07% de IU en mujeres de 45 y 65 años, el tipo de IU más habitual es incontinencia urinaria de esfuerzo, el número de gestas fue el factor de riesgo más significativo en relación con las variables edad, ocupación, tipo de parto, IMC, hipertensión y tipo de tratamiento (9).

La incontinencia concierne de forma negativa en la calidad de vida de los adultos mayores, desencadenando repercusiones biomédicas, psicológicas y socioeconómicas, el impacto económico estimado anual en Estados Unidos es de 36 mil millones de dólares para gastos de absorbentes, farmacéuticos de esta patología (10).

Con gran impacto ecológico interviene, el suministro y la producción de materiales para la fabricación de los pañales, siendo el componente mayoritario de los pañales la celulosa que proviene de madera pulposa como es el pino, eucalipto, el abedul entre otros árboles, son también muy contaminantes y consumen grandes cantidades de agua, ocasionando problemas ambientales asociados son la deforestación o el empobrecimiento del suelo (11).

Se destaca aislamiento social en mujeres con incontinencia urinaria suelen ausentarse o disminuir sus actividades sociales y físicas, tales como viajes, reuniones familiares, limitan la ingesta de líquidos que hace frecuente los viajes al sanitario, el uso de protectores diarios, afectando así la CV e interfiere en las actividades cotidianas en todos los escenarios y dimensiones de la persona que padece incontinencia urinaria (12).

En Imbabura-Ibarra no se han realizado estudios y tampoco se han publicado artículos relacionados con la incontinencia urinaria en centros geriátricos, así como tampoco se ha evaluado la calidad de vida en cuanto a esta condición, la cual según datos a nivel mundial impacta negativamente en quienes padecen de incontinencia urinaria.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo afecta la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres adultas mayores que residen en la Casa Hogar del Adulto Mayor Quinta Santa María, de la ciudad de Ibarra, Provincia de Imbabura?

1.3. Justificación

El presente trabajo investigativo, se enfocó principalmente en identificar el número de mujeres que padecen incontinencia urinaria y si ésta afecta la calidad de vida de quienes la padecen, en la Casa Hogar del Adulto Mayor Quinta Santa María, tal como lo muestran varios estudios a nivel mundial.

La investigación fue viable ya que se cuenta con el permiso del coordinador del asilo, con la participación de los sujetos de estudio a través del consentimiento informado y la presencia del investigador capacitado en el tema a investigar.

Con la presente investigación que se realizó en este campo geriátrico, abrimos paso para próximas investigaciones acerca de este tema con el fin de que se dé solución a la incontinencia urinaria, siendo pacientes geriátricas requieren mayores cuidados, atenciones y excelentes tratamientos, y de esta manera mejoren su calidad de vida y no se sientan excluidas tanto en su entorno familiar y social.

El estudio fue factible, ya que cuenta con recursos tecnológicos, bibliográficos, test validados con los cuales se recolectarán los datos necesarios para la elaboración de la presente investigación.

La trascendencia social radica en identificar la afectación de calidad de vida en cada una de las mujeres adultas mayores que presenten incontinencia urinaria, siendo una forma de ayuda a estas personas que no consultan a los profesionales de salud, ni revelan sus síntomas urinarios cuando los visitan, esta investigación sirve como punto de partida para futuros estudios en donde se dé solución a la incontinencia urinaria mejorando la calidad de vida de las personas identificadas, de esta manera disminuiría también los gastos económicos y afectaciones sociales.

Los beneficiarios directos fueron las mujeres geriátricas residentes en la Casa Hogar del Adulto Mayor Quinta Santa María, que comprenden edades de 65 años en adelante, así como el investigador ya que este estudio ayudó al crecimiento ético y profesional, los beneficiarios indirectos está la Universidad Técnica del Norte y la Carrera de Terapia Física Médica.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres que residen en la Casa Hogar del Adulto Mayor Quinta Santa María.

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?

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1. Sistema Urinario

El sistema urinario se distribuye por el abdomen y la pelvis, como función la formación, el almacenamiento y la excreción de la orina, se encuentra integrado por los órganos principales, formadores de la orina (los riñones), y las vías excretoras, constituidas por los órganos accesorios: uréteres, vejiga y uretra. (13).

Realiza varias funciones fundamentales entre ellas (14):

- Elimina los productos nitrogenados y de desecho de otro tipo de sangre mediante filtración y excreción, como la urea.
- Equilibra las concentraciones de líquidos y electrolitos corporales, mediante de filtración y excreción.
- Mantiene el pH en la sangre.
- Regula la presión arterial mediante la producción de la enzima renina, que inicia la conversión del angiotensinógeno (una proteína plasmática producida en el hígado) que activa al componente activo angiotensina II
- Genera eritropoyetina, un estimulante de la producción de eritrocitos (glóbulos rojos) en la médula ósea
- Activa el 1,25-dihidroxicolecalciferol, un derivado de la vitamina D implicado en el control del metabolismo del calcio (14).

Este sistema comprende que los riñones desempeñan tres propiedades esenciales, actúan a modo de filtros eliminando productos metabólicos y toxinas de la sangre y excretándolos a través de la orina, también regulan el estado hídrico del cuerpo, el equilibrio electrolítico y el equilibrio acidobásico, y producen o activan hormonas implicadas en la eritropoyesis, el metabolismo del Ca y la regulación de la presión arterial y el flujo sanguíneo (15).

A partir de cada pelvis renal, la orina recorre el uréter correspondiente, que la conduce a la vejiga, este reservorio es el encargado de controlar la evacuación de la orina al

exterior en periodos (micción), a través de la uretra, los riñones tienen funciones de secreción endocrina (16).

2.1.1. Riñón

Habitualmente son dos, tienen forma de haba, son de color rojo pardo, se sitúan a ambos lados de la columna vertebral, el derecho en posición más baja que el izquierdo. Son órganos retroperitoneales primarios, en los riñones se encuentran las nefronas (unidad funcional) y los túbulos colectores que recogen las sustancias resultantes del metabolismo y de la regulación del mantenimiento hídrico corporal, que constituyen la orina, tienen función endocrina: intervienen en el control de la presión arterial (sistema renina-angiotensina), en la eritropoyesis y en la síntesis de vitamina D (13).

Poseen una cavidad, el seno renal, donde se inician las vías excretoras (cálices menores, mayores y pelvis renales) y por donde penetran los vasos y nervios destinados al órgano, en la entrada al seno se localiza, el hilio renal, los riñones, por su extremo superior, están en contacto con la glándula suprarrenal correspondiente y encuentran rodeados por grasa (cápsula adiposa) (13).

El riñón, la glándula suprarrenal y la cápsula adiposa están dentro de una bolsa de tejido conjuntivo, denominada fascia perirrenal, se mantienen fijos en su posición porque la fascia perirrenal está soldada a la pared abdominal, a través de sus envolturas (cápsula adiposa y fascia perirrenal) y del peritoneo parietal, los riñones están en contacto con otras vísceras abdominales: 1) El riñón derecho se relaciona por arriba y por delante con el hígado; por delante y afuera, con el ángulo derecho (hepático) del colon; y por delante y adentro, con el duodeno, por dentro a poca distancia se sitúa la vena cava inferior, que al igual que este es retroperitoneal primaria. 2) El riñón izquierdo, el bazo cubre al riñón por arriba, adelante y afuera, por delante, se relaciona con el estómago, la cola del páncreas, el ángulo esplénico del colon, la raíz del mesocolon transversal y el yeyuno, por dentro, a cierta distancia, se localiza la aorta abdominal, también retroperitoneal primaria (13).

Estos órganos están en contacto, por detrás y arriba, con el diafragma, y a través de este con la cavidad torácica, y por detrás y abajo, con los músculos que constituyen la pared del abdomen, la sección sagital del riñón muestra zonas de diferente coloración y textura del parénquima; se distinguen unas formaciones triangulares de textura estriada y color rojo, que son las pirámides renales (de Malpighi), de situación profunda, cuyo vértice sobresale en el interior del seno renal y se denomina papila (13).

2.1.2. Uréteres

Estos conductos musculares conducen la orina desde la pelvis renal hasta la vejiga, miden aproximadamente 25 cm de longitud y 0,5 cm de diámetro medio, discurren en contacto con la pared posterior del abdomen (ocupando una posición retroperitoneal) hasta que alcanzan la cavidad pélvica (posición subperitoneal), donde establecen relaciones con las vísceras, distintas en el hombre y la mujer (13).

A lo largo del recorrido de los uréteres suelen producirse unos estrechamientos que pueden ser lugar de asentamiento de obstrucciones urinarias: en la unión uretropélvica, en el punto de cruce con los vasos ilíacos y en el meato uretral, en la entrada de la vejiga (13).

2.1.3. Vejiga urinaria

La vejiga urinaria es un órgano hueco y distensible que funciona como un depósito temporal para la orina con una capacidad aproximadamente de 300ml, que se transporta a ella continuamente por los dos uréteres, es totalmente extraperitoneal, la pared muscular de la vejiga confiere un impresionante grado de contractilidad, el tamaño, forma, posición y la relación de la vejiga con las estructuras cercanas están determinados por el grado en que este órgano está distendido por la orina contenida y también por el estado adyacente de las vísceras (17).

Se encuentra en la porción anterior de la pelvis verdadera, tiene forma de tetraedro, con cuatro caras y cuatro ángulos, los dos ángulos postero-laterales reciben a los uréteres, el ángulo inferior se prolonga a la uretra; el cuarto ángulo al anterior da origen

al uraco. Su cara superior está cubierta por peritoneo y está en relación con las asas del íleon y del colon sigmoide, las caras antero-laterales están en relación con el músculo obturador interno y elevador del ano y de sus respectivas aponeurosis (18).

Entre la vejiga y estos músculos transcurre el nervio y los vasos obturadores internos y vesicales superiores, la relación anterior de la vejiga es el espacio retropúbico ocupado por tejido adiposo y el plexo venoso, la vejiga al estar llena se localiza entre la pared abdominal y el peritoneo, en la mujer se relaciona con el cuerpo uterino, en donde el peritoneo va de su cara superior al cuerpo uterino, formando así el fondo de saco anterior o vesicouterino, el ángulo inferior de la vejiga se encuentra relacionado de forma estrecha con los músculos elevadores del ano (18).

Irrigación

Está dada por el complejo de arterias vesicales superior, inferior y obturatriz, la arteria vesical superior se continúa como pliegue umbilical medial que asciende hasta el ombligo, además en la mujer la vejiga puede encontrar aporte sanguíneo de las arterias uterinas y vaginales. En cuanto al drenaje venoso está dado por el plexo vesical que comunica con el plexo vaginal y termina en las venas ilíacas internas (18).

2.1.4. Uretra

La uretra es la estructura tubular única que drena la vejiga urinaria, la comunica con el exterior y permite eliminar la orina del cuerpo, la uretra de las mujeres mide cerca de 4 a 5 cm de largo, se extiende en una dirección oblicua anteroinferior desde la vejiga urinaria, a través de la membrana perineal o diafragma urogenital, hasta el orificio uretral externo justo, situado en el vestíbulo de la vulva, detrás del clítoris, entre los labios menores y delante del introito de la vagina. En condiciones normales la luz está colapsada excepto durante la micción (19).

2.2. Anatomía del suelo pélvico

El suelo pélvico es un conjunto de estructuras que cierran en forma de rombo el estrecho inferior de la cavidad abdomino-pelviana, la continencia en la mujer es por lo

tanto el resultado de la combinación de la actividad normal de todas las estructuras que lo conforman, el cuello vesical y la uretra, así como la correcta función del suelo pélvico (20).

El mecanismo de continencia se basa en diferentes acciones, la primera es el cierre en el tercio superior de la uretra, las funciones compresoras de la uretra y útero-vaginal y la constitución del tejido fibroso. Por tanto, este mecanismo no puede funcionar de forma eficaz sin un sistema de sostén íntegro. Se exponen a continuación los principales componentes del Piso Pélvico (20):

2.2.1. Huesos y articulaciones de la pelvis

La pelvis ósea se compone de cuatro huesos, el sacro y el coxis ubicados posteriormente, dos huesos iliacos ubicados en los laterales y parte anterior que a su vez poseen tres secciones principales: ilion, isquion y el pubis. Así mismo, cuenta con cuatro articulaciones, 2 sacro-ilíacas, la articulación sacro-coxígea y por último la sincondrosis que une los dos huesos púbicos (20).

Estas estructuras junto con la fascia endopélvica cumplen una función vital; esta se trata de un revestimiento conjuntivo laxo y denso, de elasticidad variable, que consolida y soporta unida a la función de los ligamentos, la cual es ayudar a suspender el útero, la vejiga, el recto y la vagina, a la misma vez que actúan como punto de anclaje para los músculos (20).

2.2.2. Músculos del suelo pélvico

El suelo pélvico posee un conjunto de músculos y fascias que trabajan en conjunto para proveer soporte a las vísceras pélvicas, está formado en un 70% por tejido conjuntivo y en un 30% por musculatura, de ese porcentaje el 80% corresponde a fibras tipo I y el 20% restante a fibra tipo II, los músculos del periné son parietales es decir, de inserción blanda, entre ellos están (20):

Plano Superficial

- **Músculo bulbo-esponjoso:** Circunda el orificio vaginal recubriendo la cara externa del bulbo y la glándula vestibular mayor. Sus fibras se insertan en la cara dorsal del clítoris y en el tejido conjuntivo de los labios menores. Actúa como esfínter del orificio del clítoris, mantiene la erección de esta estructura (21).
- **Músculo isquiocavernoso:** Se origina en la raíz del cuerpo cavernoso del clítoris. Finaliza en la rodilla a través de pequeños tendones. Mantiene la erección (21).
- **Músculo transverso superficial del periné:** Se extiende desde la cara interna del iquión. Se inserta en el centro fibroso del periné. Realiza el mecanismo de defecación y en la fijación del centro fibroso del periné (21).
- **Esfínter estriado externo del ano:** Formado por musculatura estriada, que irradian a la piel del periné. Sus fibras que se insertan por delante en el centro fibroso del periné y por detrás en el ligamento anococcígeo y fibras profundas de disposición circular, Conserva el orificio y el canal anal cerrado (21).

Plano Medio

- **Perineal transverso profundo:** Comienza desde las tuberosidades y ramas isquiáticas hacia el cuerpo perineal; estabiliza el cuerpo perineal. Tiene como función estabilizar la posición del centro del periné (22).
- **Esfínter uretral externo:** Se origina de la rama inferior del pubis a cada lado y de las paredes adyacentes del espacio perineal profundo hasta que rodea la uretra membranosa. Se relaja durante la micción (23).
- **Compresor de la uretra:** Se origina desde el cuerpo perineal alrededor de las partes externas de la vagina y se inserta en la línea media alrededor de la cara anterior de la uretra (22).

Plano Profundo

Está conformado por los músculos del elevador del ano, que se multiplican agrupaciones de fibras musculares:

- **Pubococcígeo:** Inicia en el cuerpo del pubis, discurre en sentido posterior para insertarse en la línea media y llega por detrás hasta el cóccix (24).
- **Puborrectal:** Inicia, junto con el musculo pubococcígeo, en el pubis, y pasa en sentido inferior a cada lado para formar un suspensorio que rodea la parte terminal del aparato digestivo. Este suspensorio muscular mantiene un ángulo o flexura denominada flexura perineal, este ángulo mantiene cerrado el extremo del aparato digestivo (24).
- **Iliocoxígeo:** Inicia en la fascia que cubre del musculo obturador interno, y se une al mismo musculo del lado contrario en la línea media para formar un ligamento que se extiende del orificio anal al cóccix (24).
- **Coccígeo:** Inicia en la espina ciática y ligamento sacro espinoso, y se inserta en la porción inferior del sacro y cóccix. Su función es el sostén de las vísceras pélvicas; tira hacia delante del cóccix (22).

Inervación del piso pélvico

La pelvis está inervada principalmente por los nervios espinales, sacros y coxígeos y la parte pélvica del sistema nervioso autónomo. Los dos nervios principales que emergen del plexo sacro son el ciático y el pudendo, este último es el principal nervio del periné y el nervio sensitivo responsable de los genitales externos (20).

2.3. Fisiología de la micción

La micción es un acto reflejo medular, controlado por los centros nerviosos superiores, los estímulos sensitivos son transmitidos por las fibras parasimpáticas sensitivas al centro de la micción, ubicado en las metámeras medulares sacra 2 a sacra 4 y el estímulo específico del mismo es la distensión mayor o menor vesical. Cuando el detrusor es distendido, aunque más no sea que por escasa cantidad de orina, se transmite esta percepción a los centros medulares, los cuales, por la acción de centros inhibidores corticales, readaptan el tono de las fibras musculares del detrusor, relajándolas y acomodando así la longitud de las mismas al contenido vesical, manteniéndose, por esta condición exclusiva en toda la fisiología humana, una presión endovesical constante con diferentes volúmenes de orina, propiedad que queda expresada en el estudio cistotonométrico por el tono de base del detrusor (25).

A medida que aumenta la repleción vesical, la relajación del detrusor, por el agregado de percepciones simpáticas, llega a nivel de la conciencia (primer deseo miccional de la cistotonometría) y si la situación no es socialmente propicia, nuevos estímulos inhibidores corticales relajan aún más la musculatura vesical (25).

Por el contrario, si las circunstancias lo permiten, o ante el requerimiento de nuevos estímulos conscientes, cada vez mayores, la corteza cerebral suspende la inhibición que mantenía sobre el centro medular de la micción y el arco reflejo se completa con la participación de la parte motora y la contracción del detrusor se inicia de una manera progresiva sinérgica y útil (25).

A consecuencia de ello, la presión endovesical aumenta, llega a 60-80 cm de agua, el cuello vesical deja filtrar las primeras gotas de orina, que en contacto con la mucosa uretral, motivan el desencadenamiento de otro reflejo, también medular, la relajación del esfínter externo y de toda la musculatura perineal, inervados por el pudendo; y así la micción se produce (25).

Ciclo Miccional

- **Fase de llenado:** El sistema nervioso simpático y somático se encuentran activos, permitiendo el almacenamiento vesical y la contracción del esfínter externo, la orina que llega a la vejiga produce un estiramiento de sus paredes, las cuales no responden con contracción a dicho estiramiento sino con acomodación a los volúmenes crecientes de orina, sin aumento significativo de la presión en su interior (conocida como distensibilidad o compliance) (26).

La capacidad vesical es variable en cada sujeto; sin embargo, se considera normal alrededor de los 450 – 500 cc. El llenado de la vejiga activa la vía aferente. Desde la periferia la información asciende por la médula espinal a través de fibras A tipo delta y C. Desde el ganglio de la raíz dorsal medular pasa a las astas laterales medulares, para ascender por el tracto reticuloespinal. Llega al centro pontino de la micción y sustancia gris periacueductal del hipotálamo, de ahí va a la corteza prefrontal y si la vejiga está llena, se identifica el deseo de orinar, la micción es un acto voluntario, si

no es socialmente adecuado en ese momento, la corteza envía información inhibitoria al centro pontino y no se desencadena la micción (26).

- **Fase de vaciamiento:** el centro miccional pontino activa el sistema parasimpático, a través del nervio pélvico, induce la contracción del músculo detrusor mediante la liberación de acetilcolina que estimula los receptores muscarínicos vesicales M2 y M3 ubicados en el cuerpo y el domo de la vejiga, el centro miccional pontino también envía impulsos al núcleo motor pudendo, inhibiendo la actividad del nervio pudendo y relajando el rabdoesfínter uretral (26).

Los impulsos protuberanciales inhiben la actividad simpática en la vejiga y la uretra, inhibiendo la acción de los receptores alfa y beta adrenérgicos, generando una relajación del cuello vesical y permitiendo una contracción homogénea de las fibras del músculo liso vesical, permitiendo la salida de la orina (26).

2.3.1. Control nervioso de las vías urinarias inferiores

El tracto urinario inferior, está innervado 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 médula espinal, excitan la vejiga y relajan 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 (motores) (27).

➤ Vías parasimpáticas

Los nervios pre-ganglionares parasimpáticos que innervan el tracto urinario inferior están localizadas en la parte lateral de la sustancia gris intermedia de la médula espinal sacra, en una región dominada “núcleo parasimpático sacro”, las neuronas pre-ganglionares parasimpáticas emiten axones a través de las raíces ventrales a los ganglios periféricos, donde liberan el neurotransmisor excitatorio acetilcolina (27).

En los seres humanos, las neuronas están situadas en la pared del detrusor y también en el plexo pelviano, es necesario recordar, ya que los pacientes con lesión de la cauda equina o del plexo 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 (27).

➤ **Vías simpáticas**

El flujo nervioso que sale de la cara rostral de médula 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 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 (27).

➤ **Vías Somáticas**

El nervio pudendo proporciona la inervación somática del rabdoesfínter uretral y de algunos músculos perineales (compresor uretral y el esfínter uretrovaginal), estas fibra se originan de las motoneuronas del esfínter localizadas en el asta ventral de la médula sacra (S2-S4), en una región denominada núcleo de Onuf (28).

Las motoneuronas para el esfínter muestran también haces detríticos orientados transversalmente, los que se proyectan en sentido lateral, en sentido dorsal dentro de la sustancia gris intermedia y en sentido dorso-medial, hasta el conducto central (27).

➤ **Vías aferente**

Los axones aferentes en los nervios pelviano, hipogástrico y pudendo transmiten información del tracto urinario inferior a la médula espinal lumbosacra, las neuronas aferentes primarias de los nervios pelvianos y pudendo están conectadas en los ganglios de la raíz dorsal de la región sacara, mientras que en la inervación aferente de los nervios hipogástricos 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 médula espinal, las fibras aferentes viscerales de los nervios pelvianos ingresan en la médula espinal y tienen un recorrido retrocaudal dentro del tracto de Lissauer (27).

Los axones aferentes del nervio pelviano, que monitorizan el volumen de la vejiga y la amplitud de la contracción vesical, consisten en axones mielínicos (A) y amielínicos (C), en casos con afectación neuropática y posible inflamación, ocurre en reclutamiento de fibras C que forman una nueva vía aferente funcional, que puede causar incontinencia de urgencia y dolor vesical, la percepción del volumen de la vejiga es de relevancia particular durante el almacenamiento de orina, por otra parte, las descargas aferentes que ocurren durante una contracción de la vejiga tienen una función refleja importante y refuerzan el estímulo central que mantiene la contracción del detrusor, los nervios aferentes que responden a la distensión y a la contracción (27).

2.4. Incontinencia Urinaria

Se define incontinencia urinaria (IU), como la pérdida involuntaria de orina, que condiciona un problema social e higiénico y que será condición indispensable para que se produzca el escape, que la presión vesical supere a la uretral, está considerada enfermedad por la OMS desde 1998, por su repercusión en la calidad de vida (CV), por su frecuencia y por su afectación psico-social e higiénico (29).

Según la International Continence Society (ICS), se define Incontinencia Urinaria como la queja por cualquier pérdida involuntaria de orina, incluye una demostración objetiva de la pérdida de orina durante la fase de llenado vesical y una valoración subjetiva del impacto de la incontinencia sobre la calidad de vida de las personas que la padecen, la aparente sencilla acción de orinar en el lugar adecuado y en el momento adecuado es el resultado de una compleja integración de mecanismos fisiológicos, en los que intervienen diferentes aparatos y sistemas (sistema muscular y esquelético, sistema nervioso y aparato genitourinario) (30).

La aparición de IU puede ser la manifestación de diversas enfermedades o alteraciones que afectan a distintos aparatos y sistemas, la incontinencia urinaria es un síntoma

común que aparece en muchas enfermedades, afectando a todos los grupos de edad y a ambos sexos, y en el anciano se considera uno de los síndromes geriátricos, tiene un importante impacto negativo sobre la calidad de vida, tanto en el entorno social, como el físico, sexual, psicológico, laboral y doméstico, además, comporta un coste alto para la sanidad, al menos 2% del presupuesto sanitario en los países desarrollados (30).

2.5. Fisiopatología de la IU

La fisiopatología de la IU implica la interacción de factores anatómicos, bioquímicos, neurológicos y endocrinos, estas interacciones son sumamente complejas, pero el resultado final implica una alteración en el equilibrio de la vejiga contra las presiones uretrales. La clasificación de la IU se acuerdo a su etiología se basa en dos afecciones genéricas que son causa de IU: anomalías vesicales como la hiperactividad del detrusor (Inestabilidad o hiperreflexia del detrusor) y la escasa distensibilidad vesical y anomalías esfinterianas como la hipermovilidad uretral y la deficiencia esfinteriana intrínseca ya sea por cirugía uretral previa, lesión neurológica a nivel sacro, radiación o déficit de estrógenos (30).

La incontinencia urinaria es, un trastorno de la fase de continencia y puede obedecer a problemas del tracto de salida, del detrusor, o de ambos, en el caso de las incontinencia de esfuerzo, habitualmente existe un problema en la transmisión de la presión intra-abdominal a la uretra proximal, la cual no se coapta con éxito por la pérdida de soporte de los órganos pélvicos, debido al daño de la base músculo-aponeurótica del perineo (ej. Daño por multiparidad, hipoestrogenismo perimenopáusico, cirugías pelvianas) (31).

Existen también incontinencias de esfuerzo que se deben a una incompetencia esfinteriana intrínseca (ej. Daño por cirugías múltiples, radioterapia, lesiones del cono medular o de nervios periféricos) (31).

En los casos de incontinencia por causa del detrusor, se distinguen al tener una hiperactividad del detrusor, las que se relacionan con una pérdida de la acomodación

vesical (capacidad de pérdida de orina a baja presión) o las que se relacionan con una ineficiencia del vaciado que conduce una incontinencia por rebosamiento (31).

La hiperactividad vesical se caracteriza por el incremento activo de la presión intravesical durante la fase de continencia, ya sea por contracciones físicas del detrusor o por incremento sostenido del tono del mismo, puede ser de causa idiopática (primaria) o de base neurológica (31).

La fisiopatología de la incontinencia urinaria se puede distinguir dos grandes grupos, aquellos cuadros en donde el trastorno está en el tracto de salida y aquellos en los que el problema está en el detrusor (32).

La incontinencia urinaria de esfuerzo tipo I son grados progresivos del mismo fenómeno, caracterizado por alteraciones en la transmisión de la presión intra abdominal a la uretra proximal, debido a la pérdida de soporte de los órganos pélvicos por daño de la base músculo aponeurótica del perineo, relacionada a la multiparidad y al hipoestrogenismo perimenopáusico, en este caso, el esfínter en sí, se encuentra indemne, se presenta sólo en mujeres. En el tipo II, existe una alteración intrínseca del esfínter (incompetencia esfinteriana intrínseca), que puede ser debida a alteraciones anatómicas (cirugía, múltiple, radioterapia, etc.) o a alteraciones funcionales (lesiones neurológicas del cono medular o periféricas), en este caso, aun cuando las enfermedades de base pueden ser diferente, la incompetencia esfinteriana intrínseca se puede presentar en ambos sexos (32).

En el caso de las incontinencias originadas en el detrusor, se distinguen la hiperactividad del detrusor y las alteraciones de la acomodación (32).

La hiperactividad vesical, se caracteriza por el incremento activo de la presión intravesical, se caracteriza por el incremento activo de la presión intravesical durante la fase de continencia, ya sea por contracciones físicas del detrusor o por un incremento sostenido del tono del mismo, en relación a la hiperactividad distinguimos la primaria y la neurógena (anteriormente llamadas hiperreflexia e inestabilidad

primaria del detrusor), según exista o no una alteración neurológica de base que explique el cuadro (32).

2.5.1. Clasificación de la disfunción vesical neuropática

La disfunción vesical neuropática puede dividirse en supraespinal, suprasacra e infrasacra, según el nivel de la lesión en relación con los centros de la micción pontino y sacro (27).

➤ Lesiones Supraespinales

Los pacientes con lesiones supraespinales, incluyen trastornos cerebrales, como hemorragias, trombosis, demencia tumores, arteriosclerosis y enfermedad de Parkinson, por lo general presentan un vaciado vesical eficiente, a menos que exista una obstrucción del tracto de salida vesical asociada, no es infrecuente una disfunción vesical preexistente, y el estudio urodinámico desempeña una función importante para definir la anomalía y planificar estrategias terapéuticas (27).

➤ Lesiones Suprasacras

Los pacientes que presentan lesión medular por encima del centro de la micción sacro pasan por un periodo inicial de shock espinal asociado con abolición de la actividad neurológica por debajo del nivel de la lesión, la arreflexia del detrusor (incapacidad para generar una contracción del detrusor como consecuencia de un trastorno neurológico) y la preservación de un cierto grado de competencia esfinteriana residual provocan retención urinaria que requiere sonda vesical permanente o cateterismo intermitente (27).

La recuperación funcional se caracteriza por el restablecimiento gradual de la actividad refleja o de la hiperactividad neurogénica del detrusor mediada por el centro de la micción sacro, que se encuentra intacto pero sin conexión con los centros superiores, la recuperación funcional generalmente se observa en el transcurso de dos o tres meses; pero en pequeño porcentaje de pacientes, el restablecimiento de la actividad refleja puede tardar hasta los dos años, a medida que aumenta la actividad refleja vesical

durante la fase de recuperación el vaciado vesical puede ser eficiente a expensas de la continencia o puede instalarse una presión del detrusor elevada con hidronefrosis resultante (27).

➤ **Lesiones Infrasacras**

Las lesiones de los cuerpos celulares o de las ramas eferentes parasimpáticas que se dirigen hacia la vejiga desde las raíces sacras (S2 a S4) puede asociarse con disminución o abolición de la actividad del detrusor, estas lesiones pueden ser secundarias a un traumatismo de la médula espinal o de los nervios hipogástricos o a la destrucción de un segmento medular por una placa de esclerosis múltiple. Las lesiones del cono de las raíces sacras provocan las siguientes alteraciones (27):

- Arreflexia del detrusor.
- Apertura del cuello vesical como consecuencia de la desnervación de esta estructura.
- Parálisis de esfínter externo cerrado.
- Retención urinaria (en la mayoría de los casos).

La debilidad del mecanismo esfinteriano uretral y la parálisis del suelo de la pelvis favorecen la incontinencia de esfuerzo, sobre todo en las mujeres. Algunos pacientes logran vaciar la vejiga mediante pujos o por medio de la compresión suprapúbica, pero en la mayoría de los casos es necesario recurrir al autocateterismo vesical intermitente, sin embargo, un pequeño subgrupo de pacientes evoluciona un cuadro de elevación de la presión intravesical con disminución de la distensibilidad que puede conducir a la aparición de las lesiones renales (27).

Las lesiones Infrasacras parciales pueden provocar un cuadro mixto, con actividad del detrusor débil o nula, disminución de la distensibilidad vesical y un grado considerable de la actividad refleja de los músculos del suelo de la pelvis (27).

2.5.2. Mecanismos esfinterianos en la mujer

Las mujeres corren un riesgo de incontinencia urinaria secundaria a un defecto esfinteriano de mucho mayor que los hombres debido a la debilidad relativa de sus mecanismos esfinteriano, el cuello vesical femenino es mucho más débil que el masculino y a menudo es incompetente, incluso en mujeres jóvenes nulíparas, en el sexo femenino, el cuello vesical se encuentra mal definido y sus fibras musculares a menudo demuestran una disposición longitudinal (27).

En las mujeres, la continencia urinaria generalmente depende de la integridad del mecanismo esfinteriano uretral (equivalente al esfínter de los varones), el mecanismo esfinteriano uretral de la mujer está compuesto por músculo liso uretral intrínseco, con una orientación longitudinal y por una mayor cantidad de músculo extrínseco, este esfínter abarca los dos tercios proximales de la uretra y está más desarrollado en el tercio medio (27).

Por lo tanto, en las mujeres, debe considerarse que la mayor parte de la uretra funciona como un esfínter activo, las lesiones de las ramas que inervan el esfínter uretral (sobre todo en el nervio pudendo), secundarias aún traumatismo obstétrico disminuyen la eficacia de este mecanismo y predisponen a la incontinencia de esfuerzo. Los principales subyacentes a la función normal se basan en los siguientes factores (27):

- **El cierre hermético de la luz uretral:** Existen cuatro factores uretrales que contribuyen a la continencia: 1) La tensión mural o a la compresión externa. 2) La flexibilidad de la pared interna. 3) La presencia de un material de relleno debajo de la mucosa, que ayuda a la aposición de los pliegues mucosos. 4) Un revestimiento de material mucoso que permite la adherencia entre estos pliegues mucosos entre sí. En las mujeres, se propusieron como factores auxiliares de la continencia la acción de los estrógenos y un efecto oclusivo de la continencia de la acción de los estrógenos y un efecto oclusivo de a vasculatura submucosa (27).
- **La compresión externa de la luz uretral:** Depende de. 1) El tono de los músculos liso y estriado. 2) Contracciones fásicas de los músculos liso y

estriado. 3) Las propiedades elásticas y viscoelásticas de la matriz extracelular. 4) Factores mecánicos relacionados con la transmisión de la presión abdominal. 5) El soporte de la estructura de la pared uretral posterior.

- El sostén que impide que la uretra proximal se desplace durante un aumento de presión.
- Un mecanismo compensador de los cambios asociados con la presión abdominal.
- El control nervio (27).

2.5.3. Mecanismos de sostén del suelo pélvico

La predisposición de las mujeres a padecer incontinencia urinaria de esfuerzo o un prolapso trastornos depende principalmente de los dos factores siguientes (27):

- Las modificaciones evolutivas de la anatomía del suelo de la pelvis resultante del pasaje a la posición erecta, el suelo de la pelvis debe adaptarse y pasar de una función principalmente muscular, (mover la cola) en los animales cuadrúpedos, a una función de sostén en los seres humanos, este fenómeno determinó una disminución de la masa muscular y una mayor importancia de los mecanismos de sostén del tejido conjuntivo (27).
- El proceso de reproducción humana que genera un feto relativamente grande, con un cráneo óseo de gran tamaño, debe atravesar el suelo de la pelvis durante el trabajo de parto y el parto, los episodios repetidos de tracción vaginal pueden estirar, desgarrar o debilitar los músculos uretrales y contribuir a una debilidad crónica de la uretra, que se caracteriza por una disminución de la presión del punto de pérdida de Valsalva o de la presión de cierre uretral (27).

Se sugirió que estos hallazgos serían característicos de la deficiencia esfinteriana intrínseca, la clasificación inequívoca dentro de la categoría de la deficiencia esfinteriana intrínseca es imposible debido a que la mayoría de los parámetros tienen

una sensibilidad limitada, en la medida en que no permiten separar los distintos componentes de la función uretral (27).

2.6. Clasificación de la Incontinencia Urinaria

2.6.1. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE)

Se define como la salida involuntaria de orina al realizar algún esfuerzo físico, toser o estornudar aumentado la presión intraabdominal, por lo que produce que la presión intravesical sobrepase la presión que el mecanismo de cierre uretral puede soportar, esta condición es predispuesta por la debilidad o presencia de disfunción del esfínter uretral asociado a diversos factores de riesgo (33).

2.6.2. Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU)

Consiste en la pérdida involuntaria de orina acompañada de urgencia, este diagnóstico se basa en los síntomas, que se deben a contracciones involuntarias de la vejiga o del músculo detrusor, se define el síndrome de vejiga hiperactiva como la presencia de urgencia urinaria, asociado a síntomas como nicturia y aumento de la frecuencia diurna, en ausencia de enfermedad subyacente o infección de vías urinarias (33).

2.6.3. Incontinencia Urinaria Mixta (IUM)

Es la combinación de incontinencia de esfuerzo y de urgencia al mismo tiempo, que tiende a presentarse generalmente en mujeres mayores (33).

2.6.4. Enuresis nocturna (EN)

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS), define la enuresis como cualquier pérdida involuntaria de orina, se usa para denotar incontinencia durante el sueño, debería calificarse siempre con el adjetivo nocturna, otras teorías la conceptualizan como la pérdida involuntaria de orina durante el sueño, con una gravedad de al menos 3 veces por semana en niños mayores de 5 años y en ausencia de alteraciones congénitas o adquiridas del SNC. La EN ha sido definida como el problema más prevalente y crónico en la edad infantil, la experiencia es especialmente estresante y

limitante, particularmente para el niño, ya que conlleva implicaciones emocionales, de comportamiento y de pérdida de la autoestima (34).

2.6.5. Incontinencia Urinaria por Rebosamiento o sobre-flujo

Refiere al vaciado ineficiente de la vejiga, también puede llevar a la pérdida involuntaria de la orina, a medida que el volumen en la vejiga aumenta a niveles altos, también lo hace la presión en la vejiga, hasta que en un determinado punto esta presión supera la presión de cierre uretral y se produce una fuga, la pérdida de la orina es generalmente limitada, lo suficiente para revertir la presión de cierre uretral entre la vejiga y la uretra de nuevo, por lo tanto, los pacientes a menudo presentan fugas urinarias continuas o de goteo (35).

Es frecuente en hombres por obstrucción prostática, se produce en presencia de retención y residuos permanentes por hipoactividad del detrusor, la vejiga está sobredistendida y se producen escapes inadvertidos de escasa cantidad pero casi constantes(29).

Las mujeres también pueden desarrollar este tipo de IU debido a la compresión uretral externa, por ejemplo, fibromas, prolapso excesivo de órganos pélvicos, después de la cirugía del piso pélvico (cintas demasiado apretadas o arneses autólogos que apoyan la uretra), debido a la micción disfuncional o en el síndrome de Fowler (35).

2.7. Factores de riesgo

Se distinguen diversos factores de riesgo en la incontinencia urinaria como:

2.7.1. Género

Las mujeres tienen mayor riesgo de padecer incontinencia urinaria debido a la longitud de la uretra, las diferencias anatómicas del suelo pélvico y los efectos del parto (36).

2.7.2. Edad

La edad avanzada se acompaña de factores que predisponen a la incontinencia urinaria, como la disminución del tejido elástico, la atrofia muscular, la degeneración nerviosa,

la reducción del tono del músculo liso, el hipoestrogenismo, el deterioro cognitivo, la inmovilidad, la pérdida de la capacidad de concentración renal o la polifarmacia (36).

2.7.3. Genética

Existe una predisposición genética para la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) y la incontinencia urinaria de urgencia (IUU) (30).

2.7.4. Raza

Las mujeres de raza blanca tienen tres veces mayor prevalencia que las mujeres de raza negra de padecer incontinencia urinaria debido a diferencias en el tejido conjuntivo y en los músculos (36).

2.7.5. Sobrepeso

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

2.7.6. Paridad

El parto vaginal es el factor más importante debido a las lesiones neurológicas o musculares asociadas, ya que el aumento de peso intraabdominal, presiona la musculatura del suelo pélvico debilitándola (36).

2.7.7. Menopausia

Constituye un factor de riesgo debido a la atrofia genital que ocasiona, la cual puede contribuir a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral y a la relajación del suelo pélvico. Además la disminución de estrógenos durante la menopausia provoca la laxitud de los tejidos aponeuróticos y ligamentos que sujetan o mantienen en una posición correcta a los órganos pélvicos y al mismo tiempo, debilita la musculatura del suelo pélvico (36).

2.7.8. Antecedentes obstétricos

El trauma obstétrico como parto vaginal, episiotomía, fórceps y macrosomía se encuentran dentro de los factores predisponentes para producir incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer (33)

2.8. Mujeres y Salud

La salud de la mujer es una definición 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, entre ellos la desigualdad de poder entre hombres y mujeres, menor remuneración que reciben las mujeres al compararse con los hombres que realizan el mismo trabajo, discriminación arraigada en factores socioculturales, mayores índices de depresión y violencia entre otras (37).

Sumamente, existen gran variedad de condiciones y reglas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio que muchas veces finalizan en muerte materna, entre los mayores problemas de salud que enfrentan las mujeres en América Latina y la región del Caribe están relacionados con la maternidad, ya que comprende todos los aspectos de la salud de la mujer durante el embarazo, parto y posparto, aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para muchas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte (37).

2.9. Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (38).

El concepto de calidad de vida ha sufrido transformaciones en las tres últimas décadas, el mismo hace referencia a un proceso dinámico que ha ido evolucionando desde una

concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida de las personas (39).

En la actualidad, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina felicidad, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida: Estado de bienestar (39).

La calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, y, en términos de indicadores objetivos, la aparición y el desarrollo del constructo calidad de vida para estudiar e intervenir en la enfermedad, la salud y el bienestar, es una muestra de integración y progreso de las ciencias del comportamiento y en particular de la psicología, que se debe aprovechar trabajando en su fundamentación teórica y metodológica, en sus conceptos y terminología, en la construcción de instrumentos y en la búsqueda de su aplicabilidad y eficacia (39)

2.9.1. Calidad de vida relacionada con la salud

En la actualidad los cambios demográficos y epidemiológicos, la propagación de enfermedades y el aumento de la esperanza de vida, han derivado en un interés creciente por la calidad de vida y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (40).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida obedece a la percepción que las personas tienen sobre situaciones de su cotidianidad, determinadas por el contexto cultural en el que viven y relacionadas con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes; mientras que la CVRS es la percepción subjetiva de bienestar, salud y funcionalidad del individuo en diferentes áreas de su vida, la cual subsume el

dominio físico, psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y la relación con el entorno (40).

La evaluación de la CVRS toma gran relevancia en todo tipo de población, pero el mayor interés ha estado en personas con limitaciones físicas, psicológicas o sociales, debido a que estas presentan un mayor deterioro de las dimensiones de la CVRS e implican un mayor costo sanitario, en este contexto, los adultos mayores constituyen un grupo de gran interés para evaluar este tema (40).

Algunos autores han definido la CVRS del adulto mayor como la interacción de condiciones propias de la existencia humana como la vivienda, el vestido, la alimentación, la educación y las libertades humanas, con eventos del proceso de envejecimiento y las adaptaciones del adulto mayor a su medio biopsicosocial, tal interacción determina los estados de bienestar y la percepción sobre la importancia de la salud física, el temor, el abandono o aislamiento, la dependencia y las relaciones sociales significativas (40).

Sumado a ello, se debe tener presente que el envejecimiento puede presentar múltiples consecuencias para el ser humano como enfermedades crónicas, la pérdida de capacidades físicas, limitación de recursos económicos, pérdida de amigos y familiares, mayor dependencia de las personas que le rodean, aislamiento, cambios en el estilo de vida, depresión, entre otros aspectos que deterioran la CVRS y ponen de manifiesto la importancia de su medición para identificar grupos con peor calidad de vida y buscar estrategias para vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales (40).

La investigación en la CVRS del adulto mayor es relevante por las transformaciones políticas, económicas y del sector de salud que han aumentado la longevidad pero no han posibilitado el mejoramiento de la calidad de vida, a lo que se suma la necesidad de focalizar las acciones en salud, dado que los adultos mayores presentan perfiles de vulnerabilidad diferenciales, este hecho impide generalizar o extrapolar datos de estudios previos que han reportado un notable deterioro de la CVRS del adulto mayor por la presencia de limitaciones en la funcionalidad física y psicológica; pérdida

de la autonomía, la independencia y la adaptabilidad; limitaciones económicas y sociales, abandono por parte de sus familias y barreras para el acceso a servicios de salud (40).

2.9.2. Aspectos de la calidad de vida relacionados con la salud

La CVRS es un concepto construido a partir de múltiples facetas de la vida y la situación del paciente, a las que se denominan aspectos, por lo tanto, la CVRS es un concepto multidimensional, estos aspectos se encuentran normalmente relacionados entre sí en mayor o menor medida, pero miden aspectos diferentes de la vida y la autonomía del paciente (41).

➤ Funcionamiento físico

Incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físico, y con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la salud, no se debe confundir la presencia o no de sintomatología debida a una enfermedad con la repercusión que dicha sintomatología tiene sobre la calidad de vida, se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria. Incluye la repercusión de las deficiencias de la visión, la audición y el habla, y de los trastornos del sueño, así como de la motilidad fina (destreza), la motilidad gruesa (movilidad) y la autonomía (41).

➤ Bienestar psicológico

Algunos autores llaman a esta dimensión salud mental, recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo, la capacidad para evocar recuerdos a corto y largo plazo, y la capacidad de pensar con claridad son conceptos típicos de esta dimensión, también recoge la vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento (41).

➤ Estado emocional

Suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico, también suele incluir la medición de las preocupaciones y la meta-preocupación (41).

➤ **Dolor**

Evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y la interferencia del dolor con la vida cotidiana, aunque el dolor podría considerarse una parte de la dimensión “funcionamiento físico”, lo habitual es tratarlo por separado, por la gran variabilidad existente entre individuos en cuanto a la percepción del dolor y la tolerancia al mismo (41).

➤ **Funcionamiento social**

Evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral (41).

➤ **Percepción general de la salud**

Incluye evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la persona y de las creencias relativas a la salud, esta dimensión refleja las preferencias, los valores, las necesidades y las actitudes en relación con la salud, es un aspecto fundamental para poder valorar las diferencias individuales en cuanto a reacciones frente al dolor, percepción de dificultades, nivel de esfuerzo y nivel de preocupación por el estado de salud (41).

2.9.3. Calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria

El tradicional modelo biomédico no considera que, en la mayor parte de las enfermedades, el estado de ánimo influye significativamente en el estado de salud, y no sólo el estado de ánimo sino también los mecanismos para afrontar las situaciones diversas y el soporte social, estos aspectos, son considerados de máxima importancia para los pacientes ya que evalúan su calidad de vida, los siguientes factores constituyen la estructura multidimensional que permite percibir la calidad de vida (42):

- Estado y funcionamiento a nivel físico: estado funcional, morbilidad, actividad física, etc.

- Enfermedad y síntomas relacionados con el tratamiento: síntomas específicos de la enfermedad o efectos secundarios de la terapia, tales como náuseas, vómitos, etc.
- Funcionamiento psicológico: ansiedad o depresión que pueden ser secundarios tanto a la enfermedad como al tratamiento.
- Funcionamiento social: alteraciones en la actividad social normal.

A estos factores fundamentales suelen agregarse otros, tales como los que hacen referencia al estado espiritual o existencial, al funcionamiento sexual, a la imagen corporal, así como el relacionado con la satisfacción percibida por la paciente por los cuidados sanitarios recibidos (42).

Diversos estudios han abordado la medición de la calidad de vida relacionada con la salud, para el caso concreto de las mujeres, con problemas de incontinencia, todos ellos con distintos diseños y metodologías, con diferentes criterios de diagnóstico de la incontinencia urinaria, incluso con diferencias en sus definiciones de la calidad de vida. No todos coinciden en señalar que la IU impacta notablemente sobre múltiples facetas de la vida cotidiana entre ellos (42):

- En el **entorno social**, siendo consecuencia de una menor interacción social y de un mayor aislamiento, del abandono de aficiones, etc.
- En el **entorno físico**, por ejemplo causando limitaciones en la actividad deportiva.
- En la **faceta sexual**, provocando situaciones de evitación de la pareja.
- En el **aspecto laboral**, siendo causa de absentismo y de una menor relación en entorno de trabajo.
- En el **ámbito doméstico**, originando precauciones especiales con la ropa de vestir y en la cama, etc.

Siendo aspectos fundamentales que afectan el bienestar físico y emocional, entre otras facetas está el sueño, la ansiedad, la fatiga, la depresión, la comunicación, las relaciones de pareja, las relaciones sociales, etc., que sin duda están claramente afectadas en las pacientes con incontinencia urinaria (42).

La IU ha llevado a las mujeres que la padecen a desarrollar hábitos de comportamiento dirigidos a paliar parcialmente el problema, como por ejemplo el aislamiento social, el uso de absorbentes, la reducción de la ingesta de líquidos y la adopción de una determinada frecuencia miccional, así como otros hábitos miccionales voluntarios, se ha contrastado que las mujeres jóvenes ven más afectada su CVRS como consecuencia de padecer IU, y que el grado de afectación varía con el tipo de IU sufrida (42).

2.10. Evaluación de la incontinencia urinaria y Calidad de vida.

La medición de la CVRS implica la utilización de cuestionarios de calidad de vida que proporcionan una amplia información sobre la repercusión de los síntomas y signos en la vida de la paciente que padece de IU, lo cual permite entender estas condiciones de manera integral, algunos se utilizan para determinar las indicaciones de tratamiento médico o quirúrgico, lo cual permite racionalizar los recursos (43).

Los cuestionarios en general miden información subjetiva de una forma objetiva, los cuestionarios se usan como Patient-reported outcomes (PROs) para: 1) identificar/diagnosticar individuos con una disfunción; 2) evaluar la severidad de la disfunción; 3) medir la mejoría y/o satisfacción con un tratamiento; y 4) examinar el impacto de la disfunción en la calidad de vida de la paciente (44).

Los instrumentos utilizados para evaluar problemas de salud pueden ir desde cuestionarios de calidad de vida diseñados, ad hoc no validados, hasta cuestionarios diseñados y validados para evaluar el impacto en la calidad de vida de un problema de salud específico y de su tratamiento (44).

Las propiedades psicométricas de un cuestionario incluyen la validez, fiabilidad y sensibilidad (44):

- La validez determina si el cuestionario mide lo que se pretende medir y consta de 3 componentes principales: validez de contenido, validez de constructo y validez de criterio: 1) La validez de contenido evalúa si el cuestionario mide lo que se supone que tiene que medir, así como si incluye todos los aspectos importantes de la condición que debe medirse. 2) La validez de constructo evalúa si el cuestionario se está comportando como se espera en la población estudiada. Por ejemplo, cabe esperar que a medida que mejora la incontinencia urinaria. 3) La validez de criterio evalúa si se correlaciona adecuadamente a otra medida gold standard (44).
- La fiabilidad de un cuestionario se refiere a su capacidad para medir de manera reproducible, dos aspectos importantes de la fiabilidad son la consistencia interna y la reproducibilidad: 1) La consistencia interna es el grado en que los elementos en el cuestionario se relacionan entre sí, medido por la correlación ítem total o coeficiente alfa de Cronbach, las preguntas deben estar relacionadas, pero no repetidas. 2) La reproducibilidad determina la variabilidad inter (fiabilidad entre evaluadores distintos) e intra (fiabilidad entre el mismo evaluador), observadores (44).
- La sensibilidad de un cuestionario es la capacidad de detectar efectos de tratamiento y cambios clínicamente significativos, entre los cuestionarios que han pasado por un proceso de evaluación que garantiza que son medidas precisas y consistentes, existen los denominados genéricos y los de condición-específicos. 1) Los genéricos comparan función o calidad de vida entre distintas condiciones, mientras. 2) Condición específicos miden las diferencias entre individuos con la misma condición (44).

2.10.1. Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF)

El ICIQ-SF es un cuestionario auto administrado que está compuesto por 3 ítems en total, dónde se evalúan el grado de severidad de la incontinencia a través de un puntaje en escala ordinal. Dado que el último ítem aborda el tipo de situaciones en que la paciente pierde orina, por lo tanto, los ítems analizados fueron: 1) frecuencia de pérdida de orina; 2) cantidad de pérdida de orina y 3) afectación de calidad de vida, y

8 preguntas adicionales que ofrecen una idea orientativa sobre la tipología de la IU. 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 (45).

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

El I-QOL, desarrollado por Wagner y Patrick, es un instrumento de CVRS auto informado de uso común para personas con IU. El I-QOL consta de 22 ítems, todos los cuales usan una escala de respuesta ordinal de cinco puntos en la que 1 = extremadamente, 2 = bastante, 3 = moderadamente, 4 = un poco y 5 = nada (46).

Los 22 ítems se pueden agrupar en 3 subescalas: Evitar y limitar el comportamiento (8 ítems), Impactos psicosociales (9 ítems) y Vergüenza social (5 ítems). Los puntajes totales de I-QOL y 3 subescalas se calculan sumando el puntaje de ítem no ponderado y transformándolos en una escala de 100 puntos donde 0 = más grave y 100 = sin problema. El instrumento se ha utilizado ampliamente y se ha validado con éxito para personas con IU (46).

2.11. Marco Legal y Ético.

Proyecto de Constitución del Ecuador 2008.

Por la Salud que todos queremos

Título II, Derechos

Sección Séptima: Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de

salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (47).

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

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos, el Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (47).

Sección primera, Adultas y adultos mayores

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido o superen los sesenta y cinco años de edad (47).

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: 1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas (47).

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. En particular, el Estado tomará medidas de (47):

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente (47).

8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas (47).

Sección segunda, Jóvenes

Art. 39.- El Estado garantizará sus derechos a las jóvenes y los jóvenes, y promoverá su efectivo ejercicio a través de políticas y programas, instituciones y recursos que aseguren y mantengan de modo permanente su participación e inclusión en todos los ámbitos, en particular en los espacios del poder público. El Estado reconocerá a los jóvenes y las jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país, y les garantizará la educación, salud, vivienda, recreación, deporte, tiempo libre, libertad de expresión y asociación (47).

El Estado fomentará su incorporación al trabajo en condiciones justas y dignas, con énfasis en la capacitación, la garantía de acceso al primer empleo y la promoción de sus habilidades de emprendimiento (47).

Sección cuarta, Mujeres embarazadas

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en período de lactancia los derechos a (47):

- No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
- La gratuidad en los servicios de salud materna.
- La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
- Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el período de lactancia (47).

Sección quinta, Niñas, niños y adolescentes

Art. 45.- *Las niñas, los niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. Las niñas, los niños y los adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar (47).*

Art. 46.- *El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes (47):*

- 1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos (47).*
- 2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. Se prohíbe el trabajo de menores de quince años, y se implementarán políticas de erradicación progresiva del trabajo infantil. El trabajo de las adolescentes y los adolescentes será excepcional, y no podrá conculcar su derecho a la educación ni realizarse en situaciones nocivas o peligrosas para su salud o su desarrollo personal. Se respetará, reconocerá y respaldará su trabajo y las demás actividades siempre que no atenten a su formación y a su desarrollo integral (47).*
- 5. Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo (47).*
- 6. Atención prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias (47).*

9. *Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas (47).*

Sección sexta, Personas con discapacidad

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

1. *La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida (47).*
2. *La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirá las correspondientes ayudas técnicas (47).*

Art. 48.- *El Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren (47):*

5. *El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda (47).*

PLAN TODA UNA VIDA

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

Fundamento:

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. 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 (48).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la investigación

No experimental: En la presente investigación no se manipuló las variables, y no se pretendió intervenir en la salud del paciente, sino más bien se obtuvo información referida por el paciente (49).

Corte Transversal: La información necesaria para la elaboración del presente trabajo de tesis se recolectó en un solo cohorte de tiempo para posteriormente analizar los mismos. (49).

3.2. Tipo de la investigación

Tipo Descriptivo: En la metodología de la investigación este tipo de estudio buscó especificar medir y evaluar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. La investigación fue de tipo descriptiva porque se realizó una descripción de la población a través de una ficha sociodemográfica la cual describió a la población según edad, etnia y número de hijos (50).

Epidemiológico de prevalencia puntual: La presente investigación determinó el total o número de mujeres que padecen Incontinencia Urinaria, en un momento dado (51).

Tipo Cualitativo: En la metodología de la investigación es de tipo cualitativa cuando recolectar información y cuyo análisis se dirigió a lograr descripciones detalladas de los fenómenos estudiados. En la presente investigación existieron datos cualitativos, en cuanto a la presencia o no de incontinencia urinaria y pérdida de calidad de vida o nula afectación de calidad de vida, a través de test específicos (50).

Tipo Cuantitativo: Utilizó una recolección de datos para realizar una medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento (50).

3.3. Localización y ubicación del estudio

La investigación se realizó en la provincia de Imbabura, Cantón San Miguel de Ibarra, Parroquia San Antonio, en la Casa Hogar del Adulto Mayor Quinta Santa María, se encuentra ubicada en Tanguarín, San Antonio, Ibarra, Imbabura Ecuador, ingreso por la panamericana frente a la hacienda Chorlaví, sus direcciones, la calle Leonidas Proaño a 1/2 Km de distancia, guiarse por el color amarillo y rojo de la casa.

3.4. Población de estudio

Para la presente investigación se identificaron 28 mujeres geriátricas - adultos mayores en la Casa Hogar del Adulto Mayor Quinta Santa María.

3.4.1. Criterios de inclusión

- Mujeres a partir de los 55 años de edad, que pertenezcan a la Casa Hogar del Adulto Mayor Quinta Santa María.
- 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 a la Casa Hogar del Adulto Mayor Quinta Santa María.
- Mujeres adultas 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	Tiempo que ha transcurrido desde la concepción, pasando por las diferentes etapas de un ser vivo hasta la vejez (52).
Etnia	Cualitativa nominal politómica	Grupos étnicos	Autoidentificación étnica	-Blanco -Mestizo -Afro Ecuatoriano - Indígena		Es una forma de clasificación social, consintiendo organizar las diferencias culturales entre grupos sociales (53).
Número de hijos	Cuantitativa continua	Número de hijos	Sin hijos	Nulípara		El número de embarazo y el puerperio son etapas particulares de la vida presentes en la mujer (52).
			1 hijo	Primípara		
			2-4 hijos	Múltipara		
			>5 hijos (OMS)	Gran múltipara		

3.5.2. Variables de interés

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Incontinencia urinaria (IU).	Cualitativa Nominal Politómica	Tipos de incontinencia urinaria	Al toser, estornudar o realizar esfuerzos, ejercicio.	IU Esfuerzo	Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-SF)	La Incontinencia Urinaria (IU) se origina por la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable, ocasionando problemas sociales e higiénicos de quienes la padecen (54).
			Antes de llegar al servicio.	IU Urgencia		
			Presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia.	IU Mixta		
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.	Cuestionario para la Calidad de Vida con Incontinencia (I-QOL)	La calidad de vida es la sensación de bienestar que puede ser experimentada por los individuos y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien (55).
			<100%	Pérdida de calidad de vida.		

3.6. Métodos y técnicas de recolección de información

3.6.1. Métodos de recolección de datos

Método inductivo: El presente estudio se orientó en este método ya que va de lo particular a lo general, en donde observa y conoce las características genéricas se reflejan en los datos recogidos, nos ayudaron a explorar, describir, y así generamos perspectivas teóricas de las pacientes encuestadas (56).

Método analítico sintético: Se basó en este método ya que la sumersión de los datos mediante las encuestas permitió entablar las variables descritas anteriormente, como también en las comparaciones que caracterizan al enfoque de la teoría fundamentada (56).

Revisión bibliográfica: Se centra en este método ya que es una sinopsis que sumariza diferentes investigaciones relacionadas con la búsqueda de información escrita en artículos, libros, páginas de salud etc., sobre el presente tema acotado previamente y sobre el cual, se reúne y discute críticamente, toda la información recuperada y utilizada (57).

3.6.2. Técnicas e instrumentos

Técnicas

- **Encuesta:** Siendo un instrumento que permite recabar información general, conocimientos, actitudes o comportamientos la presente investigación con respecto a la aplicación de los métodos cuantitativos utilizamos la técnica de la encuesta para la recopilación de datos más exactos ya que por medio de ésta se reforzó la información obtenida por las técnicas de la metodología cualitativa (58).

Instrumentos

- Ficha sociodemográfica
- Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)

- Instrumento de Calidad de Vida con incontinencia (I-QOL)

3.6.3. Validación de instrumentos

Para la realización de la presente investigación se procedió a utilizar dos tipos de cuestionarios con datos sociodemográfico, logrando conseguir aspectos de conocimientos y característicos de cada una de las pacientes evaluadas, los instrumentos a utilizar son los siguientes:

- **Cuestionario de Incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)**

(Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form), es un cuestionario dirigido a medir la percepción de los síntomas de IU y la calidad de vida de la paciente, este cuestionario ha sido validado en una población chilena usuaria del Sistema Público de Salud, cumpliendo adecuadamente con los criterios de validez de contenido, constructo y de criterio; como así también con la precisión y reproducibilidad, obteniendo como resultado una versión español-chileno; sin embargo, la utilidad de un instrumento no solamente depende de su validez y confiabilidad sino también que debe ser capaz de detectar cambios mínimos, pero clínicamente relevantes en el tiempo; esta propiedad se denomina sensibilidad al cambio, en este sentido, en un contexto donde los cambios clínicamente relevantes que se atribuyen a una determinada conducta terapéutica, debieran ser percibidos por el instrumento (45).

El primer instrumento ICIQ-SF, en ser validado al español con un alfa de Cronbach de 0,917, para estudiar la proporción de mujeres afectadas y el tipo de incontinencia urinaria (59).

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

Desde el 2007, comenzó la consulta especializada de suelo pélvico, se decidió utilizar el I-QOL para evaluar la calidad de vida, como una herramienta más para evaluar y evidenciar la eficacia de las acciones rehabilitadoras por ser específico de la enfermedad y que se conoció a través del trabajo de Rioja Toro, publicado en el monográfico de la Revista Española de Rehabilitación sobre técnicas instrumentales

de diagnóstico y evaluación en rehabilitación. En esta publicación se citan las siguientes conclusiones a las que habían arribado diferentes grupos que la habían utilizado: "El estudio se ha adaptado con éxito en once idiomas y seis variantes de estos idiomas", "en un ensayo clínico, el I-QOL resultó válido, reproducible y sensible para el tratamiento de IU en mujeres", "el I-QOL resultó válido y reproducible como una medida de autocuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria" (60).

La segunda herramienta es el IQOL, 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 (59).

3.7. Análisis de datos.

Con la recolección de datos de la encuesta se realizó una base de datos en Excel, mediante la plataforma SSPS se utilizaron tablas cruzadas para posteriormente tener una presentación de resultados en tablas para la presente investigación.

CAPITULO IV.

4. Análisis y discusión de resultados

Tabla 1.

Caracterización de la población de estudio según la edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Adulto mayor maduro (65-74)	2	7 %
Adulto mayor (75-84)	17	61 %
Anciano (>85)	9	32 %
Total	28	100%

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población de estudio según la edad indica que, el 61% de la población de estudio posee edades entre 75 y 84 años, mientras que el 32 % corresponden a edades entre 75 a 84 años y el 7% se encuentran a edades entre 65-74 años.

Las edades con mayor frecuencia en el presente estudio tiene concordancia con la investigación “Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores de la comunidad indígena Zuleta, Imbabura, Ecuador”, el cual refiere que los adultos mayores se encuentran entre las edades comprendidas de 66-99 años (61).

Tabla 2.

Caracterización de la población de estudio según etnia.

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	27	96%
Indígena	1	4%
Total	28	100%

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población de estudio según etnia indica que, el 93% de la población de estudio pertenece a la etnia mestiza, mientras que el 7% pertenece a la etnia indígena.

Los datos obtenidos en el presente estudio están acorde, a los “Resultados del Censo 2010 de la población y vivienda en el Ecuador. Fascículo Provincial Imbabura”, donde se indica que la mayor población de etnia es la mestiza, con un porcentaje del 65.7 %, y con un porcentaje del 25.8% en el grupo étnico indígena (62).

Tabla 3.

Caracterización de la población de estudio según número de hijos.

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Primíparas (un hijo)	2	7%
Múltiparas (2-4 o más hijos)	26	93%
Total	28	100%

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población de estudio según el número de hijos indica que, el 93% de la población de estudio son múltiparas y apenas el 7% son primíparas.

Los datos obtenidos del presente estudio, se relacionan con el " Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021", el cual detalla que las mujeres tienen mayor número de hijos en las áreas rurales de 4 o más hijos siendo múltiparas en donde existe mayor prevalencia de mujeres múltiparas. Esto tomando en cuenta que la Casa Hogar del Adulto Mayor "Quinta Santa María", se encuentra ubicada en un área rural y la mayor parte de las mujeres estudiadas es múltipara (63).

Tabla 4.

Prevalencia puntual de incontinencia urinaria.

$$P = \frac{\text{número de afectados (15)}}{\text{población de estudio(28)}} \times 100 = 54\%$$

La prevalencia de incontinencia urinaria en la población de estudio que reside en la Casa Hogar del Adulto Mayor “Quinta Santa María”, corresponde al 54%.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación se relacionan con el estudio “Prevalencia de incontinencia urinaria y factores asociados en residentes de hogares de ancianos”, con una edad media de 81.5 años, el cual indica una prevalencia de IU del 58.88% , en ambos casos la prevalencia rodea el 50% de la población (64).

Tabla 5.

Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.

$$PIUE = \frac{\text{número de afectados IUE (8)}}{\text{población de estudio(28)}} \times 100 = 29\%$$

$$PIUM = \frac{\text{número de afectados IUM (4)}}{\text{población de estudio(28)}} \times 100 = 14 \%$$

$$PIUU = \frac{\text{número de afectados IUU (3)}}{\text{población de estudio(28)}} \times 100 = 11\%$$

Los resultados en cuanto a la prevalencia de incontinencia urinaria según tipos, muestra mayor prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo con el 29%, seguido de la incontinencia mixta con el 14% y finalmente la incontinencia urinaria de urgencia con el 11%.

En nuestro estudio, según los datos obtenidos la incontinencia urinaria de esfuerzo es la más prevalente, relacionándose con el estudio "Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar Ultraestación en la ciudad de Chillán, Chile.", en el cual se logró evidenciar mayor prevalencia del tipo de incontinencia urinaria de esfuerzo, con un 61%, seguida por la incontinencia mixta con un 28%, y última la incontinencia de urgencia con un 9% (65).

Tabla 6.

Evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria.

Calidad de vida (CV)	Frecuencia	Porcentaje
Tiene afectación en la CV (< 100%)	15	100%
Total	15	100%

Los resultados en cuanto a la evaluación de la calidad de vida indica que, el 100% de los sujetos de estudio presentan pérdida en su calidad de vida.

Los resultados detallan afectación de la calidad de vida en el total de la población estudiada, concordando con el estudio “Entrenamiento muscular del piso pélvico para la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina: resultados de cinco años.”, de 208 mujeres de población, solo 132 mujeres completaron los cuestionarios y el 96.2% de las mujeres evaluadas mediante el test I-QOL demostraron afectación de la calidad de vida (66).

Tabla 7.

Evaluación de la calidad de vida según subescalas IQOL test

I-QOL	Puntaje de calidad de vida (PCV)
Evitar y limitar el comportamiento	40,16%
Impacto psicosocial	56.44%
Vergüenza social	34.4%

Según la evaluación de la afectación de la calidad de vida por subescalas se evidencia que, la vergüenza social fue la sub escala de mayor afectación con un 34.4%, seguido de la de evitar y limitar el comportamiento con un 40.16%, y finalmente la de impacto social con un 56.44%.

Los datos obtenidos en nuestra investigación hace referencia a que la sub escala que tiene mayor pérdida de la calidad de vida es la de vergüenza social, conforme, al estudio " Incontinencia urinaria y calidad de vida de mujeres que viven en hogares de ancianos en la región mediterránea de Turquía. Psicogeriatría.", el cual indica que, las mujeres con incontinencia urinaria obtuvieron mayor afectación en la subescala de vergüenza social con un 53.7 %, seguido de la subescala de impacto psicosocial con 58.9 %, y la de evitar y limitar el comportamiento con un puntaje de 61 % (67).

Tabla 8.

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

I-QOL Subescalas	IU de esfuerzo	IU de urgencia	IU mixta
Evitar y limitar el Comportamiento	57.5%	35%	37.7%
Impacto Psicosocial	73.33%	55.55%	53.7%
Vergüenza Social	52%	28%	32%

Los resultados en cuanto a la relación entre tipos de incontinencia urinaria y calidad de vida indica que, la sub escala de vergüenza social presentó mayor afectación con el 28%, perteneciendo al tipo de incontinencia urinaria de urgencia, seguido de evitar y limitar el comportamiento con el 35%, y con menor afectación la de impacto psicosocial con el 55.55%. En la incontinencia urinaria de esfuerzo presentó mayor afectación en la subescala de vergüenza social con el 52%, seguido de la de evitar y limitar el comportamiento con el 57.5% y en menor afectación la de impacto psicosocial con el 73.33%. Y finalmente en la incontinencia urinaria mixta se evidenció mayor afectación en la de vergüenza social con el 32%, seguido de la de evitar y limitar el comportamiento con el 37.7% y con menor afectación la de impacto psicosocial con el 53.7%.

Los resultados obtenidos detallan que, la incontinencia urinaria de urgencia presenta mayor afectación en la subescala de vergüenza social, relacionándose así con el estudio “Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria, la Habana-Cuba 2014.”, el cual también indica mayor afectación en la calidad de vida, por incontinencia urinaria de urgencia en la subescala de vergüenza social con el 45.6%, en el impacto psicosocial con el 49.5% y en evitar y limitar el comportamiento con el 56% (60).

4.1. Respuestas a las preguntas de investigación

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

Según la caracterización sociodemográfica de la población de estudio, el grupo etáreo con mayor frecuencia fue entre 75-84 años de edad, con un porcentaje del 61% perteneciente a 17 mujeres geriátricos; la etnia que se presentó con mayor predominio fue la mestiza con el 96%, correspondiente a 28 mujeres adultos mayores, finalmente en cuanto al número de hijos, existió mayor número de mujeres multíparas con un porcentaje del 93%, seguido de mujeres primíparas con un porcentaje del 7%.

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

La prevalencia puntual de la incontinencia urinaria corresponde al 54% en la población estudiada; según los tipos de incontinencia urinaria, tenemos que la incontinencia urinaria de esfuerzo es la más prevalente con el 29% de la población de estudio, es decir 8 mujeres adultos mayores, la incontinencia urinaria de tipo mixta presento el 14% correspondiente a 4 mujeres adultos mayores, y con un menor prevalencia en el estudio, se distingue la incontinencia urinaria de urgencia con el 11% de la población de estudio, es decir 3 mujeres adultas mayores.

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

De acuerdo a los resultados obtenidos se evidencia que la incontinencia urinaria presentó afectación en la calidad de vida en todas las mujeres adultos mayores que padecen incontinencia urinaria. Según la evaluación de la afectación de la calidad de vida por subescalas tenemos que, la vergüenza social fue la sub escala de mayor afectación con un 34%, seguido de evitar y limitar el comportamiento con un 40%, y finalmente de impacto social presenta un 56%.

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

La incontinencia urinaria de urgencia fue la que presento mayor impacto, específicamente en la sub escala de vergüenza social con el 28%, seguido de evitar y limitar el comportamiento con el 35%, y en el impacto psicosocial con el 55.55%. Seguido de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la subescala de vergüenza social con el 52%, en la de evitar y limitar el comportamiento con el 57.5% y en la de impacto psicosocial con el 73.33%. Y finalmente la incontinencia mixta con mayor afectación en la subescala de vergüenza social presento una puntuación del 32%, seguido de la sub escala de evitar y limitar el comportamiento con el 37.7% y en la de impacto psicosocial con el 53.7%.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- La caracterización socio demográficamente indica que, existió mayor predominio del rango de edad adulto mayor, siendo en su mayoría de etnia mestiza y multíparas.
- La prevalencia de la incontinencia urinaria es el 54% de la población de estudio, y según sus tipos indica que, el 29% pertenece a la incontinencia urinaria de esfuerzo, el 14 % en incontinencia urinaria de mixta y el 11% en la incontinencia urinaria de urgencia, siendo la incontinencia urinaria de esfuerzo el tipo más prevalente en la población estudiada.
- La evaluación de la calidad de vida en relación a la incontinencia urinaria, muestra que, el total de las mujeres geriátricos con incontinencia urinaria presenta afectación en la calidad de vida, siendo la sub escala de vergüenza social la más afectada.
- Al relacionar las sub escalas de calidad de vida con los tipos de incontinencia urinaria se pudo determinar que, tuvo mayor pérdida de la calidad de vida en la subescala de vergüenza social en el tipo de incontinencia urinaria de urgencia.

5.2. Recomendaciones

- Realizar programas de promoción de la salud, acerca de la incontinencia urinaria en la Casa Hogar del Adulto Mayor Quinta Santa María de manera organizada, con herramientas adecuadas, mensajes claros y materiales de apoyo indispensables, con el fin de mejorar los conocimientos de la población acerca de esta condición, la cual tiene una afectación importante en la calidad de vida
- Dirigir a las personas identificadas con incontinencia urinaria hacia un profesional especializado en el área, el cual pueda brindar un tratamiento integral al paciente, acorde a sus necesidades y de esta manera poder dar solución a la incontinencia urinaria.
- Replicar este tipo de estudio a nivel nacional para que de esta manera se pueda identificar todas aquellas personas que padecen incontinencia urinaria y puedan ser atendidas con el fin de disminuir o evitar el impacto negativo en la calidad de vida de quienes la padecen.

Bibliografía

1. Castañeda I, Martínez J del C, José G, Ruiz M. Aproximación al diagnóstico de incontinencia urinaria en las consultas de ginecología y urología. Policlinico G y 19. Rev Cuba Med Física y Rehabil [Internet]. 2016;8:88–98. Available from: <http://www.sld.cu/sitios/revrehabilitacion/>
2. Ninomiya S, Naito K, Nakanishi K, Okayama H. Prevalence and Risk Factors of Urinary Incontinence and Overactive Bladder in Japanese Women. LUTS Low Urin Tract Symptoms. 2018;10(3):308–14.
3. Tuda CM. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. Rev electrónica Trimest Enfermería. 2020;19(1):390–401.
4. Sange C, Thomas L, Lyons C, Hill S. Urinary incontinence in Muslim women. Nurs Times. 2018;104(25):49–52.
5. Cruz-Ruíz J, Farrera-González V, Ransom-Rodríguez A, Avalos-Jiménez JC, Landa-Soler M, González-Serrano A, et al. Prevalence of overactive bladder in Mexico City. Results of a preliminary analysis. Rev Mex Urol. 2018;78(3):189–96.
6. Junqueira JB, Santos VLC de G. Urinary incontinence in hospital patients: prevalence and associated factors. Rev Lat Am Enfermagem. 2018;25:e2970.
7. Colucci G, Arismendi E, Compagnucci M, Juaneda R, Belisle D, Barros J. Prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres jóvenes. Rev Arg Urol . 2017;82(4):1–11.
8. Jiménez G, Cortés H. Incontinencia urinaria en un grupo de personas vinculadas con el programa de adultos mayores del municipio de Sabaneta, Colombia. Med UPB. 2015;34(1):16–22.
9. Zavala-Calahorrano A, Fernández E. Revista Universitaria con proyección

- científica , académica y social. Rev Univ Con Proyecc Cient Acad Y Soc [Internet]. 2018;2(2):2–6. Available from: <https://medicienciasuta.uta.edu.ec/index.php/MedicienciasUTA/article/view/333>
10. González A, Rodríguez L, Ranero V. Servicios especializados para personas mayores. “Clínica de Incontinencia Urinaria”. Algunas reflexiones. Publicación Periódica Gerontol y Geriatria. 2016;11(1):1–17.
 11. Sotelo P. Producción de bioH₂ por fermentación oscura a partir de pañales desechables usados [Internet]. Universidad Autónoma Metropolitana; 2017. Available from: http://zaloamati.azc.uam.mx/bitstream/handle/11191/5719/Produccion_BioH2_por_fermentacion_2017_Sotelo_DCIA.pdf?sequence=1
 12. Carreño LM, Angarita-fonseca A, Pinto AL, Delgado AN, García LM. Calidad de vida relacionada con salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso de Bucaramanga ,. Bucaramanga, Colomb. 2015;13(1):63–76.
 13. Suárez J, Iturrieta I, Rodriguez A. Anatomía Humana para estudiantes de ciencias de la salud. 1ª. Elsevier, editor. España; 2017.
 14. Kierszenbaum A, Tres L. Histología y Biología Celular: Introducción a la anatomía patológica. 4º. Elsevier, editor. Barcelona; 2016. 733 p.
 15. Boron W, Boulpaep E. Fisiología Médica. 3ª. Elsevier, editor. España; 2017. 1290 p.
 16. Amezcua G. Manual de prácticas de Morfología. McGraw-Hill, editor. México; 2015. 175 p.
 17. Mahadevan V. Anatomy of the lower urinary tract. Surgery [Internet]. 2019;37(7):351–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2019.04.009>

18. Cabero L, Saldívar D, Fajardo S. Manual de Obstetricia y Ginecología. Ergon, editor. Madrid: 2016; 2016.
19. Aznar PG, Zubieta SO, Oliveros J, Monreal R. La Uretra Femenina : anatomía y diagnostico de su patología Objetivo docente. Electron Present Online Syst. 2014;
20. Garro M, Silvia G. Atención brindada a mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo que asisten a la Consulta de Estática Pélvica del Servicio de Ginecología en el área de Uroginecología del Hospital México, durante el periodo del 2013 – febrero 2015 [Internet]. Universidad de Costa Rica; 2015. Available from: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/5835/1/39131.pdf>
21. Porta O, Espuña M. Manual de anatomía funcional y quirúrgica del suelo pélvico [Internet]. 1ª edición. Marge Médica Books, editor. 2016 [cited 2020 Feb 14]. Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=SdakDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=musculos+del+suelo+pelvico&ots=9WKB-b8olx&sig=cqotRYjkHbQeZ39cvFRCPCYB7c0#v=onepage&q&f=false>
22. Hansen J. Netter Anatomía Clínica. 3ª. Elsevier Manson, editor. Barcelona-España; 2015. 251 p.
23. Drake R, Wayne A, Mitchell A. Gray Anatomía Básica. Segunda. Elsevier, editor. Barcelona-España; 2018. 263 p.
24. Drake R, Wayne A, Mitchell A. Gray Anatomía para Estudiantes. Tercera. Elsevier Masson, editor. Barcelona-España; 2015. 422–532 p.
25. Calvi M De. Estudio neurológico del aparato urinario inferior en mujeres con diabetes. Rev Argent Urol. 2019;39(1–6):80–110.
26. Echavarría-restrepo LG, Merino-correa SC. Efectos de las lesiones del sistema

nervioso sobre la fisiología de la micción. *CES Med.* 2019;33(3):182–91.

27. Wein A. *Campbell-Walsh Urología*. Tomo 3. 10ª. Panamericana, editor. España; 2015. 2993 p.
28. McAninch J, Tom L. Smith y Tanagho *Urología General*. Ed., 18a. Mcgrawhill, editor. México; 2014. 758 p.
29. González Sánchez B, Rodríguez-Mansilla J, de Toro García AD, González López-Arza M V. Eficacia del entretenimiento de la musculatura del suelo Ivicoen incontinencia urinaria femenina. *An Sist Sanit Navar.* 2014;37(3):381–400.
30. Torres K. *Urología-Incontinencia Urinaria*. *Rev medica Costa Rica y Centroamérica* [Internet]. 2016;73(619):247–53. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162j.pdf>
31. Chiang H, Valdevenito R, Mercado A. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2018;29(2):232–41. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.02.011>
32. Chiang H. Incontinencia Urinaria. Diagnóstico. *Rev Chil Med Fam* [Internet]. 2016;8(1):9–16. Available from: <http://revista.sochimef.org/index.php/revchimf/article/view/74>
33. Williams R. Manejo de la incontinencia urinaria en la mujer. *Rev Médica Costa Rica y Centroamérica*. 2015;72(614):205–9.
34. Alba DV, Rodríguez JC, Bustamante S. Alteraciones funcionales vesicales
Keywords : *Rev la Educ Super* [Internet]. 2015;11(83):4964–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2015.07.003>
35. Wyndaele M. Pathophysiology of urinary incontinence. *Surgery* [Internet]. 2017;35(6):287–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpsur.2017.03.002>

36. Cosgaya Diez D. Escuela de Enfermería de Palencia “ Dr . Dacio Crespo ” Trabajo Fin de Gra do Cuidados de Enfermería en la Alumno / a : David Cosgaya Diez. 2016.
37. Villegas N-RC. 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.
38. Cardona-Arias JA, Higueta-Gutiérrez LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev Cuba Salud Publica. 2014;40(2):175–89.
39. Aponte V. Calidad De Vida En La Tercera Edad. Ajayu Órgano Difusión Científica del Dep Psicol UCBSP [Internet]. 2015;13(2):152–82. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003
40. Cardona Arias JA, Giraldo E, Maya MA. Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. Rev Médicas UIS. 2016;29(1):17–27.
41. Ruiz MA, Pardo A. Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. Pharmacoeconomics Spanish Res Artic. 2014;2(1):31–43.
42. Lendínez CC. La Incontinencia Urinaria en Mujeres de Jaén, Estudio de Prevalencia e Impacto en su Calidad de Vida. 2016.
43. Musibay ER, Borges Sandrino RS. Cuestionarios de calidad de vida en las mujeres con disfunciones del suelo pélvico. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2016;42(3):372–85.
44. Mestre M, Lleberia J, Pubill J, Espuna-Pons M. Los cuestionarios en la evaluación de la actividad y función sexual en mujeres con incontinencia

- urinaria y prolapso de órganos pélvicos. *Actas Urol Esp.* 2015;39(3):175–82.
45. Busquets M, Urquidi C, Pertossi E. Sensibilidad al cambio de la versión español-chileno del cuestionario. *Rev Médica Chile* [Internet]. 2016;144(8):1006–11. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872016000800007&script=sci_arttext
 46. Chen G, Tan JT, Ng K, Iezzi A, Richardson J. Mapping of Incontinence Quality of Life (I-QOL) scores to Assessment of Quality of Life 8D (AQoL-8D) utilities in patients with idiopathic overactive bladder. *Result salud y Calid vida* [Internet]. 2014;12(1):1–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159518/>
 47. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en la nueva Constitución 2008 [Internet]. La Constitución. 2008. Available from: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=comunicacion-social&alias=80-libro-la-salud-en-la-nueva-constitucion&Itemid=599
 48. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida 1 [Internet]. Senplades, editor. Quito-Ecuador; 2017. 1–148 p. Available from: www.planificacion.gob.ec
 49. Cruz C, Oli S, González M. Metodología de la Investigación. 1ª. Grupo Editorial Patria, editor. México; 2014. 227 p.
 50. Cauas D. Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación. Bogotá; 2015.
 51. Fajardo-Gutiérrez A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Rev Alerg México* [Internet]. 2017;64(1):109. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-91902017000100109&script=sci_arttext

52. OMS. OMS | Ciclo de vida [Internet]. WHO. World Health Organization; 2016 [cited 2020 Jan 13]. Available from: https://www.who.int/elena/life_course/es/
53. Amores-Leime C, Pérez-Rodríguez G. La pertenencia étnica y el acceso a los servicios de salud: Caso de indígenas y afrodescendientes ecuatorianos en el periodo 2006-2015. *Rev Publicando* [Internet]. 2017;4(11):618–38. Available from: https://www.rmlconsultores.com/revista/index.php/crv/article/viewFile/602/pdf_417
54. García Méndez A. Incontinencia urinaria y calidad de vida de las mujeres en una zona básica de salud. *RqR Enfermería Comunitaria*. 2017;5(4):61–70.
55. Robles-Espinoza AI, Rubio-Jurado B, De la Rosa-Galván EV, Nava-Zavala AH. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Resid*. 2016;11(3):120–5.
56. Abreu JL. El Método de la Investigación. *Daena Int J Good Conscienc* [Internet]. 2014;9(3):195–204. Available from: [http://www.spentamexico.org/v9-n3/A17.9\(3\)195-204.pdf](http://www.spentamexico.org/v9-n3/A17.9(3)195-204.pdf)
57. Guirao Goris SJA. Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jan 18];9(2):0–0. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002
58. Meneses J. El Cuestionario [Internet]. España; 2016. Available from: http://femrecerca.cat/meneses/files/pid_00234754.pdf
59. 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. Available from: <http://www.enfuro.es/images/Revistas ENFURO/Enfuro127.pdf>
60. Rodríguez E. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de

- edad mediana con incontinencia. *Rev Cuba Obs Ginecol.* 2014;40(1):119–35.
61. Villarruel D. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores de la comunidad indígena Zuleta, Imbabura, Ecuador. *Enfermería Comunitaria* [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 5]; Available from: <http://ciberindex.com/index.php/ec/article/view/e11984>
 62. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Fascículo provincial Imbabura [Internet]. Resultados del Censo 2010 de la población y vivienda en el Ecuador. Imbabura; 2010. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf>
 63. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021 [Internet]. Quito; 2017. 1–278 p. Available from: www.msp.gob.ec
 64. Jerez-Roig J, Santos MM, Souza DLB, Amaral FLJS, Lima KC. Prevalence of urinary incontinence and associated factors in nursing home residents. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2016 Jan [cited 2020 Jan 8];35(1):102–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.22675>
 65. Rincón Ardila O. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar Ultraestación en la ciudad de Chillán, Chile. *Rev Med Chil* [Internet]. 2015;143(2):203–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25860363>
 66. Beyar N, Groutz A. Pelvic Floor Muscle Training for Female Stress Urinary Incontinence : Five Years Outcomes. *Neurourol Urodyn.* 2015;36(1):132–5.
 67. Türkcü SG, Kukulü K. Urinary incontinence and quality of life of women living in nursing homes in the Mediterranean region of Turkey. *Psychogeriatrics.* 2017;17(6):446–52.

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 la Casa Hogar del Adulto Mayor Quinta Santa María, 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.

En prueba de conformidad firmo este documento.

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

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:

https://www.aeu.es/PDF/ICIQ_SF.pdf?fbclid=IwAR3964q7NPgxbi-NGILyGXIWPdVZyFQ3PgNPPKfdbWy_-F-frCN89ASmHw

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?fbclid=IwAR1kf4E_HZ4PbCeegRNdNRCeEgUabmi_p_UipgjlVaU-e486NIPtPq5bDk

Anexo 5. Evidencia Fotográfica

Fotografía N° 1



Autor: Andreina Mishell Valencia Itas

Descripción: Firma o huella digital en el consentimiento informado.

Fotografía N° 2



Autor: Andreina Mishell Valencia Itas

Descripción: Recolección y socialización del cuestionario I-QOL.

Anexo 6. Cuestionarios Aplicados en las Mujeres Adultos Mayores

➤ 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	<u>2</u>
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	<u>4</u>
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

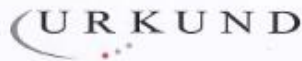
➤ Cuestionario para la Calidad de Vida con incontinencia I-QOL

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.					✓

Anexo 7. Análisis de resultados URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS-VALENCIA MISHEL.docx (D64023462)
Submitted: 2/17/2020 6:26:00 PM
Submitted By: mishuvalencia1996@outlook.com
Significance: 10 %

Sources included in the report:

TESIS FINAL MATEO ALEJANDRO SOTOMAYOR VITERI.docx (D63804652)
Lucía Barahona - sin scan.docx (D63060003)
JEFFERSON BOWER SUAREZ CHUQUIN.docx (D63917464)
TESIS DIGITAL MARYURY TARAPUEZ.docx (D63618087)
JACOME ABIGAIL TESIS (2).docx (D64023190)
Ctesis.docx (D63060188)
TESIS HERNANDEZ NATALIA..docx (D63805072)
TESIS-JAMILETH-ARTEAGA SANTACRUZ.docx (D64023448)
Pamela Navarrete.docx (D60637224)
CAMPO-JORGE- TESIS.docx (D63616051)
TESIS BIEN.docx (D63060561)
<https://uroweb.org/wp-content/uploads/11-GUIA-CLINICA-SOBRE-LA-INCONTINENCIA-URINARIA.pdf>
http://zaloamati.azc.uam.mx/bitstream/handle/11191/5719/Produccion_BioH2_por_fermentacion_2017_Sotelo_DCIA.pdf?sequence=112
https://www.rmlconsultores.com/revista/index.php/crv/article/viewFile/602/pdf_41754
<https://core.ac.uk/download/pdf/55519140.pdf>

Instances where selected sources appear:

60

En la ciudad de Ibarra, a los 18 días del mes de febrero de 2020

Lo certifico:

(Firma)  

Lic. Cristian Santiago Torres Andrade Msc.

C.I.: 100364968-6

DIRECTOR DE TESIS