



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

TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO GERIÁTRICO CASA HOGAR SAN AGUSTÍN, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”

Tesis de Grado previo a la obtención del título de Licenciada
en Terapia Física Médica

AUTORA: Ortega Ibarra Anabel Berenice

DIRECTOR: Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

IBARRA - ECUADOR

2020

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de director de la tesis de grado titulada: “INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO GERIÁTRICO CASA HOGAR SAN AGUSTÍN, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”, de autoría de: ANABEL BERENICE ORTEGA IBARRA. Para obtener el Título en Terapia Física Médica, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

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

Lo certifico:

(Firma)  

Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc

C.I.: 1003649686

DIRECTOR DE TESIS



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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100395831-9		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Anabel Berenice Ortega Ibarra		
DIRECCIÓN:	Calle Juan Montalvo y Av. Teodoro Gómez		
EMAIL:	abortegai@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	062951703	TELÉFONO MÓVIL:	0987411137
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	"INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO GERIÁTRICO CASA HOGAR SAN AGUSTÍN, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019"		
AUTOR (ES):	Anabel Berenice Ortega Ibarra		
FECHA:	2020/02/19		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Terapia Física Médica		
ASESOR /DIRECTOR:	Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc		

2. CONSTANCIAS

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

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

LA AUTORA:

(Firma).....

Ortega Ibarra Anabel Berenice

C.C.: 1003958319

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, 19 de febrero del 2020

ORTEGA IBARRA ANABEL BERENICE “INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE LAS MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO GERIÁTRICO CASA HOGAR SAN AGUSTÍN, 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 del Centro Geriátrico Casa Hogar San Agustín, Provincia De Imbabura. Entre los objetivos específicos se encuentran: Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio. Establecer la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus tipos. Evaluar la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria, de los sujetos de estudio. Relacionar los tipos de incontinencia urinaria con las subescalas de calidad de vida.

Fecha: Ibarra, 19 de febrero del 2020



.....
Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc

Director de tesis



.....

Ortega Ibarra Anabel Berenice

Autora

DEDICATORIA

El presente tesis la dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme la fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados. A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta mi meta, son los mejores padres. A mis abuelitos (as) por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

A todas las personas que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

Anabel Berenice Ortega Ibarra

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirme, por guiarme a lo largo de mi vida, por ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

A mis padres Ortega Baddy y Silvia Ibarra, por ser los principales promotores de mis sueños, por los valores y principios que han inculcado en mi vida. A mis abuelitos Manuel Ortega y Nelly Cando, por los consejos y el apoyo incondicional que me brindaron.

Agradezco a los docentes de la Universidad Técnica del Norte, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, al Lic. Cristian Torres, tutor de nuestro proyecto de investigación quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente, y a los pacientes de la Casa Hogar San Agustín por su valioso aporte para nuestra investigación.

Anabel Berenice Ortega Ibarra

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
.....	v
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT	xiii
CAPITULO I.....	1
1. El Problema de la Investigación.....	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema.....	3
1.3 Justificación.....	4
1.4 Objetivos.....	5
1.4.1 Objetivo general.....	5
1.4.2 Objetivos específicos	5
1.5 Preguntas de investigación	6
CAPÍTULO II	7
2. Marco teórico	7
2.1 Anatomía	7
2.2 Generalidades del Sistema Genitourinario	7
2.2.1 Músculos.....	8
2.1.1.1. Plano superficial	8
2.1.1.2. Plano medio	9
2.1.1.3. Plano profundo	9
2.2.2 Órganos	10
2.2.2.1 Riñón.....	10

2.2.2.2 Uréteres	10
2.2.2.3 Vejiga urinaria	11
2.2.2.4 Uretra	11
2.3 Fisiología de la micción.....	12
2.3.1 Fase de llenado.....	13
2.3.2 Fase refleja.....	13
2.3.3 Fase de vaciado	13
2.3.4 Control nervioso de las vías urinarias inferiores	14
2.4 Fisiopatología de la IU	15
2.4.1 Clasificación de la disfunción vesical neuropática.....	17
2.4.2 Mecanismos esfinterianos en la mujer.....	18
2.4.3 Mecanismos de sostén del suelo pélvico	19
2.5 Incontinencia Urinaria	19
2.6 Clasificación de la Incontinencia Urinaria	20
2.6.1 Incontinencia Urinaria de esfuerzo	20
2.6.2 Incontinencia urinaria de urgencia.....	20
2.6.3 Incontinencia Urinaria Mixta.....	21
2.6.4 Enuresis nocturna.....	21
2.6.5 Incontinencia Urinaria por Rebosamiento o sobreflujo.....	21
2.7 Factores de riesgo	21
2.8 Mujeres y Salud.....	22
2.9 Calidad de vida	23
2.9.1 Calidad de vida relacionada con la salud.....	24
2.9.2 Aspectos de la calidad de vida relacionados con la salud.....	24
2.9.3 Calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria	25
2.10 Evaluación de la incontinencia urinaria y Calidad de vida	26
2.10.1 El ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire)	
26	
2.10.2 Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)	27
2.11 Marco Legal y Ético.	27
2.11.1 Proyecto de constitución del Ecuador 2008.....	27
2.11.2 Plan toda una vida.....	31

CAPÍTULO III.....	34
3. Metodología de la Investigación.....	34
3.1 Diseño de la investigación.....	34
3.2 Tipo de la investigación.....	35
3.3 Localización y ubicación del estudio.....	35
3.4 Población de estudio.....	35
3.4.1 Criterios de inclusión.....	36
3.4.2 Criterios de exclusión.....	36
3.4.3 Criterios de Salida.....	36
3.5 Operacionalización de variables.....	37
3.5.1 Variables de caracterización.....	37
3.5.2 Variables de interés.....	38
3.6 Métodos y técnicas de recolección de información.....	39
3.6.1 Métodos de recolección de datos.....	39
3.6.2 Técnicas e instrumentos.....	39
3.7 Validación de instrumentos.....	39
3.8 Análisis de datos.....	40
CAPITULO IV.....	41
4. Análisis y discusión de resultados.....	41
4.1 Respuestas a las preguntas de investigación.....	49
CAPÍTULO 5.....	51
5. Conclusiones y recomendaciones.....	51
5.1. Conclusiones.....	51
1.2. Recomendaciones.....	52
BIBLIOGRAFÍA.....	53
ANEXOS.....	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de la población de estudio según la edad.	41
Tabla 2. Caracterización de la población de estudio según etnia.....	42
Tabla 3. Caracterización de la población de estudio según número de hijos.....	43
Tabla 4. Prevalencia puntual de incontinencia urinaria.	44
Tabla 5. Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.	45
Tabla 6. Evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria ...	46
Tabla 7. Evaluación de la calidad de vida según subescalas IQOL test	47
Tabla 8. Relación entre tipos de incontinencia urinaria y subescalas de la calidad de vida.....	48

RESUMEN

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO GERIÁTRICO CASA HOGAR SAN AGUSTÍN, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”

Autora: Ortega Ibarra Anabel Berenice

Correo electrónico: abortegai@utn.edu.ec

La incontinencia urinaria (IU) es un grave problema en nuestra sociedad por su prevalencia, frecuencia y magnitud, tiene severas consecuencias sociales, físicas y psicológicas, de manera que repercuten en la calidad de vida. El motivo de la investigación fue determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres en la Casa Hogar San Agustín, 2019. La metodología de la investigación es de tipo cuali-cuantitativo, descriptivo, de corte transversal no experimental y epidemiológico de prevalencia puntual. La población de estudio es de 28 mujeres adultas mayores. Los resultados indican que el rango de edad más frecuente en las mujeres estudiadas fue de 75 a 84 años, todas son mestizas, y la mayor parte de las mujeres son multíparas con el 61% de la población. La prevalencia de incontinencia urinaria fue del 50%, siendo la incontinencia urinaria de esfuerzo las más prevalente. Todas las mujeres estudiadas presentaron afectación en su calidad de vida. La subescala de calidad de vida, vergüenza social fue la más afectada. Finalmente la incontinencia urinaria de urgencia presentó mayor afectación en la sub escala de evitar y limitar el comportamiento. En conclusión la prevalencia de la incontinencia urinaria fue de la mitad de la población estudiada y todos quienes presentaron incontinencia reflejaron afectación en su calidad de vida

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

ABSTRACT

TOPIC: “URINARY INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY WOMEN RESIDING IN THE HOME SAN AGUSTÍN GERIATRIC CENTER, IMBABURA PROVINCE, 2019”

Author: Ortega Ibarra Anabel Berenice

E-mail: abortegai@utn.edu.ec

Urinary incontinence (UI) is a serious problem in our society because of its prevalence, frequency and magnitude, it has severe social, physical and psychological consequences, so that they have an impact on the quality of life. The reason for the research was to determine the prevalence of urinary incontinence and its effect on the quality of life of women at Home San Agustín, 2019. The research methodology was qualitative-quantitative, descriptive, cross-sectional type non-experimental and epidemiological of punctual prevalence. The study population was 28 elderly women. The results indicate that the most frequent age range in the women studied was 75 to 84 years, all are mestizo, and most of them are multiparous with 60.71% of the population. The prevalence of urinary incontinence was 50%, with stress urinary incontinence being the most prevalent. All the women studied had an impact on their quality of life. The subscale of quality of life, social shame was the most affected. Finally, urinary incontinence presented greater involvement in the sub-scale of avoiding and limiting behavior. In conclusion, the prevalence of urinary incontinence was half of the population studied and all those who presented incontinence reflected affectation in their quality of life.

Keywords: Urinary incontinence, quality of life, prevalence, shame, epidemiological



TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO GERIÁTRICO CASA HOGAR SAN AGUSTÍN, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”

CAPITULO I

1. El Problema de la Investigación

1.1 Planteamiento del problema

La incontinencia urinaria se define como una condición médica caracterizada por cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema higiénico y social. Se clasifica en urgencia cuando el paciente tiene pérdidas involuntarias asociadas a un deseo miccional súbito, claro e intenso, con miedo al escape y difícil de mejorar; y de esfuerzo cuando la pérdida coincide con aumento en la presión intra-abdominal (1).

En Portugal de acuerdo con los estudios de la Asociación Portuguesa de Urología, se estima que hay 600 000 personas incontinentes en los diferentes grupos de edad, con edades comprendidas entre los 45 y los 65 años; este problema a menudo se descuida a nivel de la salud uroginecológica de las mujeres, tanto por sí mismas como por los profesionales de la salud, ya sea por falta de conciencia o falta de sensibilidad

En España, Gazquez J indica que uno de los síntomas geriátricos más frecuentes es la incontinencia urinaria, constituyendo un importante problema sanitario entre los ancianos. El envejecimiento muestra que es provocado por de una serie de cambios anatómicos y funcionales que pueden intervenir, en mayor o menor medida conjuntamente con patologías asociadas, en el control de la continencia (2).

Estudios realizados en Colombia muestran que la prevalencia de IU está entre el 20 y el 50%; además, señalan que es un evento que está asociado con los cambios propios del envejecimiento, a la multiparidad y las cirugías uro ginecológicas previas, entre otros factores (3) .

En un estudio epidemiológico realizado en Ecuador, se encontró que el 16,1 % de las mujeres adultas mayores de 65 años de edad no institucionalizadas padecían de Incontinencia Urinaria, de acuerdo con el análisis realizado en la referida investigación se estima que más de 500 000 individuos tienen pérdidas involuntarias de orina, donde el 77,8 % son del sexo femenino (4).

La afectación de esta patología en la calidad de vida de los pacientes depende del tipo, de la frecuencia y de la severidad de la IU. Desde un punto de vista psicológico, reduce la autoestima y genera inseguridad (5).

En España el presupuesto destinado al tratamiento de la IU es de 210 millones de euros aproximadamente. A pesar de todo esto, su prevalencia no está bien establecida y los pacientes con esta sintomatología solicitan tratamiento facultativo en menos del 30% de los casos. Estos porcentajes aumentan todavía más con la edad, cuando la IU no representa una prioridad en la supervivencia de las personas mayores (6).

Su vida social se limita porque las mujeres con IU realizan restricciones para salir fuera de casa, viajar, dormir fuera de casa o visitar a amigos debido al sentimiento de vergüenza, miedo al olor de la orina y al desconocimiento de encontrar un lugar para orinar o poder realizarse la higiene personal (7).

La afectación de esta patología en la calidad de vida de los pacientes depende del tipo, de la frecuencia y de la severidad de la IU. Desde un punto de vista psicológico, reduce la autoestima y genera inseguridad (5).

En cuanto a las repercusiones sociales, las personas afectadas suelen aislarse cada vez más por vergüenza, a que se produzcan pérdidas de orina en lugares públicos, lo que da lugar a cambios en sus actividades de ocio y a una disminución de sus relaciones (8).

En la provincia de Imbabura no se han realizado estudios acerca de la incontinencia urinaria, tampoco se ha evaluado la afectación de esta condición, en la calidad de vida de quienes la padecen, la falta de información puede ser el motivo por el cual las personas no consultan a los profesionales de salud y se ven condicionados sobrellevar esta enfermedad como algo normal.

1.2 Formulación del problema

¿Cómo afecta la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres adultas mayores que residen en el Centro Geriátrico casa hogar San Agustín, provincia de Imbabura, 2019?

1.3 Justificación.

La presente investigación tiene como finalidad identificar la incontinencia urinaria (IU) y su efecto en la calidad de vida, de las mujeres adultos mayores que residen en el Centro Geriátrico Casa Hogar San Agustín-Ibarra, tal como lo muestran diversos estudios a nivel mundial.

El presente trabajo de tesis es viable ya que cuenta con la autorización del director del Centro Geriátrico Casa Hogar San Agustín, se cuenta con la participación de los sujetos de estudio a través de la firma del consentimiento informado y el investigador capacitado en el tema a estudiar.

La posible solución radica en que se utilice nuestros datos en futuras investigaciones que sean de intervención, en las cuales se de tratamientos adecuados a los sujetos con incontinencia urinaria y de esta manera se pueda revertir toda la problemática que acarrea la incontinencia urinaria.

El presente trabajo de investigación fue factible debido a que se contó con recursos tanto bibliográficos, tecnológicos, como test validados los cuales sirvieron para recolectar la información necesaria para el correcto desarrollo de la investigación.

La trascendencia social de la investigación radica en identificar la afectación en la calidad de vida de quienes padecen incontinencia urinaria y en cuanto a la trascendencia económica, si se da las soluciones respectivas en cuanto al tratamiento de la incontinencia puede revertirse a futuro el gasto económico que ésta representa.

Mediante esta investigación, se verán beneficiadas las pacientes adultas mayores con Incontinencia Urinaria puesto que en muchos de los casos no suelen expresar su sintomatología en consultas médicas abiertamente por temor, sin obtener una buena información sobre la Incontinencia Urinaria, como beneficiarios indirectos se verá beneficiada la carrera de Terapia Física Medica de la Universidad Técnica del Norte, y así mismo el investigador.

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 del Centro Geriátrico Casa Hogar San Agustín, Provincia De Imbabura, 2019.

1.4.2 Objetivos específicos

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

1.5 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los sujetos 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 Anatomía

2.2 Generalidades del Sistema Genitourinario

El sistema urinario elimina todos los desechos por la orina. Los riñones son los órganos encargados de todos los productos químicos y el agua la misma que será eliminada con ayuda de los riñones por medio de los uréteres, hasta llegar a la vejiga donde se almacena la orina y es expulsada por medio de la uretra al exterior (9).

Entre los desechos que elimina el aparato urinario en la sangre es la urea, producida por alimentos que contiene proteínas, como la carne y algunos vegetales que se transforman en componentes más pequeños los cuales serán transportados por la sangre, donde se obtiene energía para el cuerpo humano para mantener el equilibrio metabólico (9).

El sistema urinario comprende los riñones, los uréteres, la vejiga urinaria y la uretra; los riñones filtran los productos de desecho de la sangre, que se excretan en la orina, que es transportada por los uréteres a la vejiga urinaria. La superficie posterior de la vejiga urinaria esta frente al recto y recibe los uréteres (10).

El piso pélvico está formado por el diafragma pelviano y en la parte anterior de la línea media, la membrana perineal y los músculos del espacio perineal profundo. El diafragma pelviano está constituido por los músculos elevador del ano y coccígeos de ambos lados. El suelo pélvico separa la cavidad pélvica por encima, del periné, por debajo (11).

El diafragma pelviano es la parte muscular del suelo pélvico, tiene forma de cuenco o embudo, se une en su borde superior a las paredes de la pelvis y está formado por los músculos elevador del ano y coccígeos. La línea circular de inserción del diafragma

pelviano en la pared cilíndrica de la pelvis pasa, a cada lado, entre los agujeros ciáticos mayor y menor (11).

La musculatura del piso pélvico corresponde a un grupo de músculos estriados dependientes del control voluntario, que forman una estructura de soporte similar a una “hamaca” para los órganos de la pelvis. (11).

2.2.1 Músculos

2.1.1.1. Plano superficial

- **Isquiocavernoso:** es un músculo par, se origina en la tuberosidad isquiática, rodea la porción superior de los labios en la vulva femenina y se inserta a los lados y en la cara inferior de la raíz del cuerpo cavernoso del clítoris, participa en la erección del clítoris (12).
- **Bulbocavernoso:** es un músculo par y superficial, se origina en el periné, sus fibras rodean a cada lado de la vagina y se insertan en los cuerpos cavernosos del clítoris. Este músculo ayuda a la erección, orgasmo femenino y cierra la vagina (12).
- **Esfínter externo del ano:** este músculo tiene forma de anillo aplanado, se encuentra en la parte inferior del recto en el perineo posterior y se inserta por detrás en el rafe anococcígeo. Lo inerva el nervio hemorroidal y cumple la función de ser constrictor del ano (12).
- **Constrictor de la vulva:** Este músculo, al contraerse voluntariamente, estrecha el orificio inferior de la vagina, se produce el vaginismo por la contracción espástica de este músculo (12).
- **Transverso superficial del periné:** es un músculo par y angosto, superficial y transversal del periné, que pasa frente al ano, este se origina de las fibras que se extienden de la porción interna y anterior de la tuberosidad isquiática, dirigiéndose hacia adentro y se inserta en el núcleo fibroso del periné, uniéndose en ese punto con el músculo del lado opuesto, sitio donde se encuentra también con el esfínter externo del ano, por detrás, y el músculo bulboesponjoso del mismo lado (12).

2.1.1.2. Plano medio

- **Esfínter externo de la uretra:** es un músculo estriado, voluntario, del periné tanto de hombres como mujeres, rodea a la uretra y cierra la porción membranosa de este conducto, sus fibras musculares forman un semi anillo colocado trasversalmente sobre el conducto (12).
- **Transverso profundo del periné:** es un músculo par de la capa profunda del periné, se origina en el isquión, cruza por detrás de la vagina y se inserta en un rafe tendinoso con las fibras del músculo del lado opuesto (12).

2.1.1.3. Plano profundo

- **Isquiococcígeo:** es un músculo par situado en el perineo, atraviesa la cavidad de la pelvis como una hamaca, en posición dorsal respecto al músculo elevador del ano, se inserta en la cara interna y bordes de la espina ciática y ligamento sacro ciático por fuera y en el borde del cóccix por dentro. Está innervado por el nervio coccígeo y presenta una acción de soporte del suelo pélvico. (12).
- **Elevador del ano:** El músculo elevador del ano es una estructura dinámica que en reposo presenta la forma de un “embudo” o “domo”, este musculo se origina en conjunto con un segundo músculo del piso pélvico, el músculo coccígeo, forman el llamado diafragma pélvico, se extiende hacia anterior desde el pubis, posterior hacia el cóccix y lateral hacia ambas paredes laterales de la pelvis menor. El elevador del ano es el músculo más extenso de la pelvis. Está compuesto por tres fascículos o haces: el haz puborrectal, pubococcígeo e iliococcígeo. (13)

El haz puborrectal se origina desde la cara posterior de ambos lados de la sínfisis del pubis es un fascículo muscular grueso que avanza hacia posterior e inferior hasta detrás del recto a nivel de la unión anorrectal donde sus fibras se cruzan dando la característica forma de “U”. El haz pubococcígeo se origina lateral al origen del haz

puborrectal, en la sínfisis del pubis, sobrepasando el recto e insertándose a nivel del cóccix (11).

El haz iliococcígeo se inserta en las regiones laterales a la sínfisis de pubis y en el arco tendinoso de músculo elevador del ano (un engrosamiento ancho curvo y cóncavo de la fascia obturatoria) y hacia posterior se inserta en el ligamento anococcígeo lateral a las dos últimas vértebras coccígeas. La disposición de las fibras adopta una dirección hacia inferior y medial en dirección al conducto anal, formando un “embudo” con forma de V o de “alas de paloma” (11).

2.2.2 Órganos

2.2.2.1 Riñón

Los riñones son órgano par, con forma de frijol, cada uno tiene una región externa llamada corteza, una interna llamada medula y una cavidad interna. El hilio renal es el punto de salida para el uréter y el lugar donde entran y salen los nervios, la sangre y los vasos linfáticos. Las arterias renales abastecen de sangre a los riñones (10).

Cada riñón está dentro de una capsula renal, rodeado por un cojín de tejido graso y una capa de tejido conectivo. Los riñones filtran la sangre, así eliminan los productos de desecho metabólico, la sangre se filtra y da origen a la orina que fluye por un túbulo (10).

2.2.2.2 Uréteres

Los uréteres son dos tubos musculares, cuyas paredes contienen musculo liso que se contrae y expulsa la orina en ondas hacia la vejiga urinaria, un saco muscular que se asemeja a una pirámide invertida. Los orificios de los dos uréteres y de la uretra forman las tres esquinas del triángono o triangulo vesical (14).

El uréter es como un tubo de 25 a 30 cm de longitud que se extiende desde la pelvis renal hasta la vejiga, se origina como una envaginación del conducto mesonéfrico. Se encuentran en un número par, están formados por una pared luminal revestida por el urotelio. El resto de la pared está formada por musculo liso y tejido conjuntivo (14).

El musculo liso se organiza en tres capas: longitudinal interna, circular externa y longitudinal externa (solo en el extremo distal del uréter en la desembocadura dentro de la vejiga). Por lo general el uréter está incluido en el tejido adiposo retroperitoneal. El tejido adiposo, los vasos y los nervios forman la adventicia del uréter (14).

2.2.2.3 Vejiga urinaria

La vejiga es un órgano musculomembranoso localizado en la porción inferior del tronco. Cuando está vacío, se encuentra ubicado por detrás de la sínfisis del pubis; cuando está lleno se eleva por encima de esta y puede palparse en la parte inferior del abdomen. Tiene forma esférica y en ella desembocan los uréteres. Por debajo se continúa con la uretra. Está constituida por tres capas: (15)

- La externa, del tejido conectivo, recubierta de peritoneo en la cara superior (15).
- La muscular, músculo detrusor, constituida en su mayor parte por fibras musculares lisas, dispuesta en tres capas: - Externa, con haces musculares orientados longitudinalmente. - Medios de comunicación, con haces musculares circulares. - Interna, con haces orientados longitudinalmente (15).
- La mucosa, compuesta por epitelio transicional sobre una capa de tejido conectivo. El grosor de esta capa modifica de una zona a otra; es mayor en el fondo y más delgada en las paredes inferiores y laterales. La vejiga posee un vértice, una cara superior, dos caras infralaterales o anterolaterales, una base o cara posterior y un cuello. La cara superior está relacionada con el útero y el fíleon (15).

2.2.2.4 Uretra

La uretra es un órgano impar, en forma de tubo muscular en el que terminan las vías urinarias, por este conducto se expulsa la orina desde la vejiga hasta el exterior; empieza en el orificio uretral interno a la altura de la parte media de la sínfisis del pubis, atraviesa el diafragma pélvico y finaliza en el orificio uretral externo, sobre el vestíbulo de la vagina (15).

La uretra femenina tiene una longitud aproximada de unos 4 cm y un diámetro de unos 6 mm. Hacia el tercio medio de la uretra se localiza el esfínter, formado por fibras musculares estriadas dispuestas de forma circular alrededor de la uretra. Tiene su grosor máximo a la altura del tercio medio de la uretra en su parte anterior, Sus fibras musculares son de tipo I, de contracción lenta. Este tipo de fibras permite que mantenga una contracción tónica sin fatiga, que ejerza una acción oclusiva de la uretra, de gran importancia en la continencia (16).

La uretra pasa a través del suelo de la pelvis, por lo cual se encuentra rodeada y sostenida por los músculos estriados periuretrales del suelo de la pelvis. Los haces de músculo estriado periuretral variable del elevador del ano no tienen continuidad directa con la uretra y están separados de ella por una capa de tejido conectivo. Estos haces musculares se encuentran a ambos lados de la uretra de forma que se insertan en las paredes vaginales y tienen su grosor máximo en la unión de los tercios medio e inferior de la uretra (16).

2.3 Fisiología de la micción

El aparato urinario se divide en tracto urinario superior e inferior. El superior está compuesto por los riñones que tras la formación de la orina, la conducen por la pelvis renal hacia los uréteres (14).

Por su parte, el tracto urinario inferior sobre el que se centrará este tema, por su papel en la fisiología de la micción, está formado por: Vejiga urinaria, cuya misión principal es el almacenamiento de la orina, uretra, que sirve de drenaje de la orina al exterior, uréteres, son dos conductos que transportan la orina desde la pelvis renal hasta la vejiga. Los meatos urinarios y la uretra delimitan una zona triangular llamada trigono vesical, que es más lisa que el resto de la mucosa (14).

La micción es una función del tracto urinario inferior, mediante la cual se consigue el vaciado de la orina cuando la vejiga ha llegado a su límite fisiológico y los

condicionamientos sociales y el lugar son adecuados; se diferencian tres etapas o fases en la dinámica miccional: (14).

2.3.1 Fase de llenado

Durante esta fase, la vejiga actúa como un contenedor de orina, acomodándose, gracias a la elasticidad y al tono de su músculo (detrusor), al llenado continuo de orina que le llega gota a gota por los uréteres, hasta alcanzar su máxima capacidad, variable entre los individuos pero con los valores normales de 350-500 ml (15).

El paulatino llenado vesical no es consciente, solo se hace perceptible cuando la vejiga está llena. Se dispone a un par de tiempo de un cierto tiempo hasta encontrar el momento y lugar adecuado para orinar. Durante esta fase, la uretra mantendrá los mecanismos de cierre activados para evitar el escape de orina al exterior. Así pues, tanto el cuello vesical (esfínter interno) como el esfínter externo, permanecerán cerrados. El llenado vesical permite al individuo estar libre de verter su orina durante un tiempo, que dependerá de la capacidad de su vejiga, del ritmo de formación y de evacuación de orina de sus riñones (diuresis) y de circunstancias sociales (15).

2.3.2 Fase refleja

La micción refleja es un proceso medular completamente automático. En las paredes de la vejiga urinaria existen unos receptores sensoriales llamados receptores de estiramiento de la pared vesical que captan la presión y el aumento del volumen de la vejiga (15).

2.3.3 Fase de vaciado

Cuando la vejiga ha alcanzado su límite fisiológico y el sujeto está en el momento y el lugar adecuado, el esfínter externo de la uretra se relaja voluntariamente, abriéndose así la uretra e inicia la contracción del detrusor simultánea a la apertura involuntaria del cuello vesical (15).

La micción que se realiza como acto fisiológico automatizado necesita de la coordinación entre la vejiga y la uretra. Es preciso que el cuello vesical (esfínter interno) y el esfínter externo estén abiertos en el momento en que el detrusor se contraiga. No tendría sentido que el detrusor iniciara el vaciado contra una uretra cerrada (15).

La uretra relaja sus mecanismos de cierre para permitir la salida de la orina almacenada en la vejiga y la conduce al exterior a través de su orificio externo, llamado meato uretral. La contracción del detrusor viene causada y está controlada por el sistema nervioso, único responsable de ella, junto con la calidad del propio músculo. Se considera que la micción es normal cuando es: (15).

- Voluntaria: debe poderse orinar cuando se quiera (15).
- Completa: la vejiga urinaria queda completamente vacía (15).
- Continua: el chorro urinario normal debe ser continuo; no es aceptable que haya intermitencia (15).
- Satisfactoria: significa que no puede ser desagradable en el sentido de escozor, ardor, etc (15).

2.3.4 Control nervioso de las vías urinarias inferiores

➤ Vías parasimpáticas

Estas vías median la contracción del músculo liso detrusor y la relajación de la zona de salida, las neuronas preganglionares se localizan en el núcleo parasimpático sacro de la medula espinal en los niveles S1 y S2, las neuronas posganglionares en el nervio pélvico median las señales de estimulación al músculo liso detrusor humano normal al liberar acetilcolina que actúa sobre los receptores. El nervio pélvico también proporciona inervación parasimpática a la zona de salida y a la uretra, estos nervios ejercen un efecto inhibitorio sobre el músculo liso (17).

➤ **Vías simpáticas**

La inervación de la vejiga y la uretra se origina a partir de los núcleos intermedio lateral en la región toracolumbar de la medula espinal, las señales simpáticas se transmiten en los nervios hipogástrico y pélvico. Los nervios hipogástrico y pélvico contienen fibra pre y posganglionar; el efecto predominante de la inervación simpática consiste en contraer la base de la vejiga y la uretra (17).

➤ **Vías somáticas**

El nervio pudendo proporciona la inervación somática del esfínter uretral y de algunos músculos perineales como el compresor de la uretra y el esfínter uretrovaginal. Estas fibras se originan de las motoneuronas del esfínter localizadas en el asta ventral de la medula espinal sacra en una región denominada núcleo de Onuf (17).

➤ **Vías aferentes**

Los nervios aferentes a la vejiga y la uretra se originan en los ganglios de la raíz dorsal, en el nivel lumbosacro de la médula espinal, y viajan por el nervio pélvico a la periferia. Los nervios aferentes al músculo estriado del esfínter uretral externo viajan en el nervio pudendo a la región sacra de la médula espinal (17).

2.4 Fisiopatología de la IU

La incontinencia puede ser temporal o clínica. La temporal puede ocurrir después del parto o durante una infección aguda de vías urinarias inferiores y suele resolverse de manera espontánea. La crónica puede deberse a varias causas y a menudo es persistente y progresiva (17).

Desde la perspectiva funcional o anatómica, por intuición puede considerarse a las vías urinarias inferiores como un sistema de dos partes: la vejiga urinaria como un depósito y la salida de la vejiga como un mecanismo esfintérico. La incontinencia se presenta cuando una de estas partes, o ambas, funciona mal (17).

No existe una única explicación para el incremento de la incontinencia urinaria en pacientes de edad avanzada. La IU en el adulto mayor puede considerarse un síndrome geriátrico, pues las causas no necesariamente se relacionan con alteraciones del tracto genitourinario. Los cambios fisiológicos en el adulto mayor se pueden evidenciar a distintos niveles, generando alteraciones que disminuyen la posibilidad de continencia (18).

La función uretral y vesical se deteriora con el paso de los años. Estudios con urodinamia evidencian aumento de la sensibilidad vesical, disminución de la presión uretral y disminución de la contractilidad vesical. Se describe un incremento en el detrusor hiperactivo asintomático, coexistencia de éste con disfunción del vaciamiento vesical por detrusor hipoactivo, y variaciones de hasta un 40% en la medición del residuo post miccional diarios en ambos sexos (18).

El control muscular vesical y pélvico está unido directamente a la médula, y su función apropiada depende de la regulación de múltiples núcleos medulares. Neuronas motoras que inervan al esfínter se localizan a nivel sacro, conocido como el núcleo de Onuf. La inervación del esfínter puede ser somática y autonómica. Otros centros de control del esfínter se encuentran en el puente y en la corteza cerebral. Este núcleo es responsable del tono en reposo y la relajación refleja que ocurre en el esfínter durante el vaciamiento (18).

La interrupción de las fibras descendentes del puente al sacro no permite una micción normal y resulta en incontinencia refleja con disinergia del esfínter y el detrusor. Esto también puede causar incontinencia de urgencia (18).

En la médula espinal íntegra, la actividad aferente es mediada por fibras mielinizadas pequeñas que pasan de las vías espinales al tallo, de ahí van a la materia gris, donde alertan al centro pontino de micción sobre el estado de llenado vesical. La mayor parte de la inervación sensitiva vesical y de la uretra se originan en la región toracolumbar y viaja vía el nervio pélvico (18).

La micción comprende el almacenamiento y la expulsión, funciones opuestas de la vejiga y la uretra. El llenado vesical es controlado por nervios simpáticos mientras que el vaciamiento, por parasimpáticos. El sistema simpático debe inhibirse para permitir el llenado mientras el sistema parasimpático es suprimido (18).

2.4.1 Clasificación de la disfunción vesical neuropática

➤ Lesiones Supraespinales

Los pacientes con lesiones supraespinales 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 realiza una función importante para definir la anomalía y planificar estrategias terapéuticas (9).

➤ Lesiones Suprasacras

Los pacientes que presentan lesión medular por encima del centro de la micción sacro pasan por un período inicial de choque 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 por lo general provocan retención urinaria que requiere sonda vesical permanente o cateterismo intermitente (9).

➤ Lesiones Infrsacras

Las lesiones de los cuerpos celulares o de las ramas eferentes para simpáticas que se dirigen hacia la vejiga desde las raíces sacras (S2 a S4) pueden 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 o de las raíces sacras provocan arreflexia del detrusor, parálisis del esfínter externo cerrado, retención urinaria y apertura del cuello vesical como consecuencia de la denervación de esta estructura. La debilitación del mecanismo esfinteriano uretral y la parálisis del suelo de la pelvis favorecen la incontinencia de esfuerzo en las mujeres (9).

2.4.2 Mecanismos esfinterianos en la mujer

Las mujeres corren un riesgo de incontinencia urinaria secundaria a un defecto esfinteriano mucho mayor que los varones debido a la debilidad relativa de sus mecanismos esfinterianos (9).

El cuello vesical femenino es mucho más débil que el masculino, incluso en mujeres jóvenes nulíparas. En el sexo femenino, el cuello vesical se encuentra mal definido y sus fibras musculares a menudo muestran una disposición longitudinal. En las mujeres, la continencia urinaria generalmente depende de la integridad del mecanismo esfinteriano uretral (9).

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 estriado extrínseco. Este esfínter abarca los dos tercios proximales de la uretra y está más desarrollado en el tercio medio. Por lo tanto, en las mujeres, debe considerarse que la mayor parte de la uretra funciona como un esfínter activo (9).

Los principios subyacentes a la función esfinteriana normal se basan en la interacción de los siguientes factores: (9).

- El cierre hermético de la luz uretral. Existen factores uretrales que varían a la continencia: la tensión mural, la flexibilidad de la pared interna, que ayuda a la aposición de los pliegues mucosos, y un revestimiento de material mucoso que permite la adherencia de estos pliegues mucosos entre sí (9).

- Los cortes histológicos transversales de la uretra presenta varios pliegues mucosos entre los cuales existen espacios potenciales que permiten la pérdida de orina (9).
- La compresión externa de la luz uretral depende de: el tono de los músculos liso y estriado, contracciones físicas de los músculos liso y estriado, propiedades elásticas y viscoelásticas de la matriz extracelular, factores mecánicos relacionados con la transmisión de la presión abdominal y el soporte estructural de la pared uretral posterior (9).

2.4.3 Mecanismos de sostén del suelo pélvico

La predisposición de las mujeres a padecer incontinencia urinaria de esfuerzo o un prolapso dependen principalmente de dos factores siguientes:

- Las modificaciones evolutivas de la anatomía del suelo de la pelvis derivados del pasaje a la posición erecta. El suelo de la pelvis debe depender y pasar a una función de sostener 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 (17).
- El proceso de reproducción humano que genera un feto relativamente grande, con un cráneo óseo de gran tamaño, que debe atravesar el suelo de la pelvis durante el trabajo de parto. Indudablemente, 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 uretral (17).

2.5 Incontinencia Urinaria

Incontinencia urinaria (UI) es un síntoma de almacenamiento definida como la queja de cualquier pérdida involuntaria de orina. Se clasifica como incontinencia urinaria de esfuerzo cuando hay pérdida involuntaria de orina durante el esfuerzo o la actividad física; Incontinencia urinaria de urgencia (IUU) cuando existe una pérdida involuntaria

de orina asociada con urgencia inmediata de orinar; y la incontinencia urinaria mixta (IUM) cuando hay una queja de pérdida de orina asociada con urgencia y estrés (18).

Las áreas en las que más interfiere la incontinencia urinaria son la vida laboral, social y sexual. De hecho, un 25% de los afectados reconoce que la incontinencia le genera dificultades a la hora de desarrollar su trabajo. Este problema sanitario tiene una gran incidencia, ya que afecta a más de un 5% de la población española, especialmente a las mujeres adultas: más de un 10% de ellas se ve aquejada por esta patología (18).

2.6 Clasificación de la Incontinencia Urinaria

2.6.1 Incontinencia Urinaria de esfuerzo

La incontinencia de esfuerzo es la pérdida de orina debido al aumento abrupto de la presión intraabdominal (al toser, estornudar, reír, inclinarse o levantar un peso). El volumen perdido suele ser bajo o moderado. Es el segundo tipo de incontinencia más frecuente en las mujeres, en gran medida debido a complicaciones del parto y al desarrollo de una uretritis atrófica (19).

La incontinencia de esfuerzo es típicamente más grave en personas obesas, debido a la presión del contenido del abdomen sobre la parte superior de la vejiga; la IU de esfuerzo es distinta de la incontinencia imperiosa, que es la pérdida involuntaria de orina ocasionada por la contracción del músculo de la vejiga y que suele asociarse con una sensación de urgencia (19).

2.6.2 Incontinencia urinaria de urgencia

Consiste en la pérdida involuntaria de orina acompañada de urgencia, este diagnóstico se basa en los síntomas, los cuales se deben a contracciones involuntarias de la vejiga o del músculo detrusor. Se ha definido 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 (20).

2.6.3 Incontinencia Urinaria Mixta

La incontinencia mixta es cualquier combinación de los tipos mencionados. Las combinaciones más comunes son la de incontinencia de urgencia con la de esfuerzo, y la de urgencia o la de esfuerzo con incontinencia funcional (20).

2.6.4 Enuresis nocturna

Es una forma sintomática de incontinencia que hace referencia a cualquier pérdida involuntaria de orina; si se utiliza para indicar incontinencia durante el sueño, se debe especificar enuresis nocturna (21).

2.6.5 Incontinencia Urinaria por Rebosamiento o sobreflujo

Es la pérdida involuntaria de orina asociada a la sobredistensión de la vejiga es decir una retención urinaria. En las mujeres esta es una causa relativamente poco común de incontinencia urinaria, puede deberse un aumento en la resistencia de la salida por prolapso vaginal avanzado que causa un doblez en la uretra o después de un procedimiento quirúrgico para resolver la incontinencia que ha corregido en exceso el problema (21).

La incontinencia por rebosamiento es causada por una obstrucción posoperatoria si el cuello de la vejiga se modifica en exceso o por hiperreflexia vesical debido a una enfermedad neurológica o lesión de la médula espinal. El acto normal de la micción se controla al nivel central mediante los centros de la micción en la médula sacra y la protuberancia anular (21).

2.7 Factores de riesgo

- **Género:** la incontinencia urinaria es más frecuente en mujeres que en hombres (22).
- **Edad:** La edad es el más el factor de riesgo más frecuente, situándose el pico de máxima frecuencia entre los 50 y 65 años (22).

- **Genética** Algunas mujeres nacen con una musculatura del suelo pélvico más débil o más susceptible de debilitarse. Existe mayor probabilidad de padecer incontinencia si hay antecedentes familiares (22).
- **Raza:** La IU ocurren en todas las razas, pero los estudios epidemiológicos muestran diferencias de prevalencia y complicaciones en las distintas razas. Existe una mayor prevalencia de IU en niñas de raza blanca, seguidas por hispanas y por último negras (22).
- **Peso** Está demostrado que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para la incontinencia urinaria por esfuerzo, debido al incremento de presión dentro del abdomen y, por tanto, sobre la vejiga (22).
- **Antecedentes obstétricos.** Una cirugía ginecológica, como una extirpación del útero (histerectomía), u otros procedimientos terapéuticos a nivel de la pelvis, como la radioterapia, pueden ocasionar alteraciones de los nervios o de las estructuras anatómicas que mantienen la continencia. Estas variaciones pueden precipitar o agravar los síntomas de la incontinencia urinaria o provocar una sensación de bulto en los genitales por el descenso de los órganos pélvicos (prolapso) (22).

2.8 Mujeres y Salud

La violencia de género es un problema de salud pública con graves repercusiones en la vida de las mujeres, de sus hijos e hijas, y de las sociedades. A pesar de esto, ha sido naturalizada, y por ello invisibilizada, durante siglos. Esta forma de ejercer la violencia es una manifestación de desigualdad, dominación y poder de los hombres sobre las mujeres, por su condición de mujeres. Más concretamente, la violencia contra la mujer en la pareja se refiere a la violencia de género cuando ésta es ejercida por la pareja o ex pareja de la víctima (23).

La violencia física o sexual tiene graves consecuencias para la salud de las mujeres. Las mujeres víctimas de violencia en la pareja tienen una mayor probabilidad de sufrir discapacidad o muerte. Distintos autores han mostrado una mayor prevalencia de

problemas de salud mental, problemas musculoesqueléticos y problemas de salud sexual y reproductiva (23).

Por otra parte, los costes sociales y económicos de la violencia de género son grandes para las sociedades. En ocasiones, las mujeres pierden la capacidad de llevar a cabo su papel productivo en el mercado laboral, y reproductivo en las familias, y consumen en mayor medida recursos sanitarios y sociales (23).

2.9 Calidad de vida

Según la OMS la Calidad de Vida es la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (24).

La idea fundamental estriba en que lo que hacemos determina en gran parte cómo son nuestras vidas: la calidad de nuestras vidas tiene que ver con la calidad del comportamiento de la persona, con lo que uno hace o deja de hacer. Si la persona hace aquello que quiere o desea hacer es muy probable que refiera CV y experimente bienestar. Si, por el contrario, el individuo no hace aquello lo que quiere o desea hacer, es muy probable que refiera mala CV y experimente malestar (24).

Con un enfoque de este tipo se consigue que la CV se pueda aplicar por igual a cualquier persona o grupo de edad, cualquiera que sean sus circunstancias vitales, tres grandes ingredientes interrelacionados para la CV en la vejez se derivan de la autonomía, bienestar y compañía (24).

El interés por el concepto y la medida de calidad de vida en el área de la salud surge por varios motivos. Por un lado, el entendimiento de la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, no solamente con la ausencia de enfermedad y dolencia (25).

Por otro lado, el extraordinario desarrollo de nuevos productos farmacológicos y de tecnología sanitaria, han propiciado el interés por la medida de la calidad de vida, cuyo propósito consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida

del estado de salud de un individuo o grupo, a repercusión en la vida social de la paciente es notoria, ya que puede llegar a evitar cualquier relación social por el temor a ser descubierta por el olor de la orina, algo que le provoca desde estrés o ansiedad a depresión (25).

2.9.1 Calidad de vida relacionada con la salud

Desde las ciencias de la salud se utiliza la expresión Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para acotar el concepto CV a un dominio concreto: la salud. La CVRS define como el impacto percibido, o la repercusión, del estado de salud, o de su tratamiento en su caso, en la faceta socio personal del individuo. En el campo gerontológico algunos aspectos de la dimensión psicológica son particularmente relevantes, como la satisfacción vital, la autoestima o la percepción de eficacia y control (24).

Por bienestar subjetivo se entiende la presencia, en un momento concreto del curso de la vida, de un balance con mayor presencia de afecto positivo frente al negativo y de una valoración global y positiva de la vida. La presencia de afectividad positiva (alegría, interés, contento y amor) es vital para el bienestar, porque amplía el repertorio de pensamientos y fomenta la construcción de recursos para el futuro (24).

La salud psicológica exige la capacidad y competencia del programa las experiencias positivas que repercuten en la aparición de aquel bienestar. La felicidad se ha entendido, unas veces, como aquella reflexión afectiva que se hace sobre el grado de satisfacción con la vida (25).

2.9.2 Aspectos de la calidad de vida relacionados con la salud

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud, reconociéndose en ella dimensiones, que global e integralmente pueden resumirse como: (26).

- **Funcionamiento físico** percepción del estado físico o de salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento (26).

- **Bienestar psicológico** entendida como la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye creencias personales, espirituales, religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento (26).
- **Estado emocional:** incluye indicadores sobre las necesidades tales como pertenencia, amistad, afecto, respeto, aprobación y amor propio. Capacidad de influir en decisiones públicas que atañen en la vida cotidiana del individuo (26).
- **Dolor:** es una emoción negativa que con frecuencia se integra, es la primera señal de injuria o enfermedad que amenaza la vida, puede ser orgánico, biológico pero también puede evocar una amenaza psicosocial (27).
- **Funcionamiento social:** percepción del individuo de las relaciones interpersonales y rol social en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral entre otros (27).
- **Percepción general de la salud:** la cobertura de las necesidades materiales biológicas del cuerpo, y sus indicadores son los económicos: dietas alimentarias en calorías. Las necesidades de protección, seguridad y salud (26).

2.9.3 Calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria

Una de las consecuencias más importantes de la incontinencia urinaria es la disminución de la calidad de vida (CV) tal y como han reflejado diversos estudios en los últimos años. Pese a ello, muchas de ellas no buscan ayuda por vergüenza o por considerarlo algo normal en el proceso de envejecimiento, el resultado es la aparición de trastornos de ansiedad y depresión (27).

Los resultados evolutivos de las valoraciones del cuestionario de calidad de vida evidenciaron mejoría significativa global y en sus diversas dimensiones, demostrando

el valor de la rehabilitación y la sensibilidad del instrumento para evidenciar la eficacia del tratamiento (27).

2.10 Evaluación de la incontinencia urinaria y Calidad de vida

2.10.1 El ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire)

Para la valoración de la incontinencia urinaria se utilizará el International Consultation on Incontinence Questionnaire ICIQ Short Form (ICIQ-SF). Validado al español por España Pons et al. (2004) (28).

Se utilizó el International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), que está compuesto de cuatro ítems que investigan la frecuencia de pérdidas de orina (nunca, una vez por semana o menos, dos o tres veces a la semana, una vez al día, muchas veces al día, todo el tiempo), cantidad de pérdida de orina (ninguna, pequeña, media o grande), además de su impacto en la calidad de vida (escala análogo visual de 0 a 10), y un conjunto de ocho sub-ítems relacionados a las situaciones en que ocurrían las pérdidas (28).

El puntaje del ICIQ-SF es obtenido sumándose las puntuaciones de los ítems anteriormente descritos, con variación de 0 a 21. Y por otro lado sin formar parte de la puntuación, consta de 8 preguntas para determinar el tipo de incontinencia. Este cuestionario fue elaborado por Avery y cols validado para el idioma portugués y mostró ser una técnica no invasiva para identificar la IU con satisfactoria precisión, comparándolo con el patrón de oro, el test urodinámico (28).

El primer instrumento es el ICIQ-SF es validado al español 8 con un alfa de CRONBACH de 0,917, para estudiar la proporción de mujeres afectas y el tipo de incontinencia. Consta de 3 ítems que miden la frecuencia de las pérdidas, la cantidad y el grado de afectación en la calidad de vida (28).

El cuestionario ICIQ-SF tiene un grado máximo de recomendación para su uso en el manejo de la incontinencia urinaria y debiera ser incorporado en la evaluación básica de la incontinencia de orina desde la perspectiva del paciente (28).

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

El instrumento aplicado, validado internacionalmente fue el Cuestionario I-QOL de calidad de vida de incontinencia urinaria, el cual consta de 22 ítems que valoran las dimensiones física, psíquica y social; con una puntuación máxima posible a alcanzar de 110 puntos, con 5 puntos máximos por cada ítem, en una escala de *liker* (29).

El segundo instrumento es el IQOL cuya validación al español consta de una consistencia interna, medida por el límite de alfa de Cronbach de 0,92 para investigar la afectación en la calidad de vida (29).

La puntuación específica de cada ítem se precisaba de acuerdo al ítem marcado por el paciente, respuesta relacionada con la frecuencia individual de las alteraciones que presentaba en cada una de las tres dimensiones de acuerdo a las siguientes posibilidades: 1. Siempre, 2. Casi siempre, 3. Moderado, 4. Un poco, 5. Nunca. (29).

Interpretación de la prueba: el resultado se transforma al totalizar las puntuaciones de cada ítem, en una escala de 22 a 110, oscilando, entre 22 (peor situación imaginable) y 110 (óptima calidad de vida), los resultados más altos indican mejor calidad de vida relacionada con el padecimiento de incontinencia urinaria. Dicho cuestionario se divide en tres subescalas: limitación de la actividad o conducta, efecto psicosocial y preocupación social (29).

2.11 Marco Legal y Ético.

2.11.1 Proyecto de constitución del Ecuador 2008

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 (30).

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 (30).

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 (30).

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

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 (30).

En particular, el Estado tomará medidas de:

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 (30).

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

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. 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 (30).

Sección cuarta, Mujeres embarazadas

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

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.

2. La gratuidad en los servicios de salud materna.

3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto (30).

4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el período de lactancia (30).

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 (30).

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 (30).

El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas (30).

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

- 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 (30).*
- 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 (30).*
- 5. Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo (30).*

6. Atención prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias(30).

9. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas (30).

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 (30). Se reconocen a las personas con discapacidad, los derechos a:

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(30).

2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirá las correspondientes ayudas técnicas (30).

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

5. El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda (30).

2.11.2 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 (31).

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 (31).

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 (31).

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 (31).

Para el caso de la educación se señala que el acceso a los diferentes niveles (inicial, básica, bachillerato y superior) debe garantizarse de manera inclusiva, participativa y pertinente, con disponibilidad para la población en su propio territorio. Se debe implementar modalidades alternativas de educación para la construcción de una sociedad educadora en los niveles que mayor atención requieren: el bachillerato y la educación superior (31).

Las mesas de diálogo por la plurinacionalidad, la cultura, la educación, entre otras, destacan la importancia de la profesionalización de la ciudadanía (oficios, artesanos,

artistas, otros), para lo cual es prioritario fortalecer la educación técnica y tecnológica al considerarla como de tercer nivel. Además, plantea que la oferta académica debe tener pertinencia productiva (según sus diferentes entornos y territorios) y vinculación con el mundo laboral (31).

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 (31).

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(31).

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 (31).

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 (31).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1 Diseño de la investigación

No experimental: No existe manipulación intencional de variables, solo se evalúa los

sujetos de estudio del total de la población (32).

Corte transversal: Los datos se recolectan en un solo cohorte de tiempo y su propósito es describir variables y analizarlas (32).

3.2 Tipo de la investigación

Descriptivo: Refiere o narra características y propiedades de un objeto, sujeto o situación específica, sin emplear juicios de valor y en altos niveles de objetividad. En nuestro estudio se realiza una descripción de la población a través de una ficha sociodemográfica donde se recolecta información según edad, etnia y número de hijos (33).

Epidemiológico de prevalencia puntual: Determina el número de casos de incontinencia urinaria en un momento dado (32).

Cuantitativo: Es un estudio de análisis de datos numéricos, a través de la estadística, para dar solución a preguntas de investigación o para refutar o verificar una hipótesis (32).

Cualitativo: Es uno método de recolección de datos de tipo descriptivo. En nuestro estudio arroja datos cualitativos en cuanto a la presencia o no de incontinencia urinaria, pérdida de calidad de vida o nula afectación de calidad de vida a través de test específicos (33).

3.3 Localización y ubicación del estudio

El Centro Geriátrico Casa Hogar San Agustín se encuentra ubicado entre las calles García Moreno y Maldonado en la ciudad de Ibarra.

3.4 Población de estudio

Para la presente investigación se identificaron 28 mujeres adultas mayores las cuales residen en el Centro Geriátrico Casa Hogar San Agustín.

3.4.1 Criterios de inclusión

- Mujeres a partir de los 55 años de edad, que pertenezcan al Centro Geriátrico Casa Hogar San Agustín.
- Mujeres a partir de los 55 años de edad que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

3.4.2 Criterios de exclusión

- Mujeres menores de 55 años que no pertenezcan al Centro Geriátrico Casa Hogar San Agustín.
- Mujeres adultas mayores que presenten 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

- Retiro del asilo de residencia.
- Participantes que no deseen continuar con 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 joven mayor -Adulto mayor -Adulto mayor -Anciano	Ficha sociodemográfica	Es el tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento(34).
Etnia	Cualitativa nominal Politómica	Grupos étnicos	Autenticación étnica.	-Blanco -Mestizo -Afro Ecuatoriano -Indígena		Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural (34).
Número de hijos	Cuantitativa continua	Número de hijos	Sin hijos	Nulípara		Se refiere al registro de datos obstétricos presentes en la mujer (34).
			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, entendida como una condición de cualquier pérdida involuntaria de orina, constituye un problema médico y social importante (35).
			Antes de llegar al servicio.	IU Urgencia		
			Presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia.	IU Mixta		
Calidad de vida (CV)	Cualitativa Nominal Dicotómica	Afectación en la calidad de vida (evitar y limitar el comportamiento, impacto psicosocial, vergüenza social)	100%	Nula afectación en la calidad de vida.	Instrumento para la calidad de vida con incontinencia urinaria (I-QOL)	La CV se define como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones En términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social (36).
			<100%	Pérdida de calidad de vida.		

3.6 Métodos y técnicas de recolección de información

3.6.1 Métodos de recolección de datos

- **Inductivo:** Aquella orientación que va de los casos particulares a lo general; es decir que parte de los datos o elementos individuales y por semejanzas se sintetiza y se llega a un enunciado general que explica y comprende esos casos particulares (37).
- **Analítico:** Estudia las partes que conforman un todo, estableciendo sus relaciones de causa, naturaleza y efecto, va de lo concreto a lo abstracto (37).
- **Revisión Bibliográfica:** es una modalidad de trabajo académico para elaborar artículos científicos, trabajos de grado, master o tesis con el objetivo de realizar una investigación documental en donde se recopila información ya existente sobre un tema o problema (37).

3.6.2 Técnicas e instrumentos

Técnicas

- **Encuesta:** Mediante la encuesta se obtiene información de los sujetos de estudio proporcionada por ellos mismos, sobre opiniones, actitudes o sugerencias. Se utilizó tres cuestionarios debidamente validados (37).

Instrumentos: Ayudan a recopilar información de diversas fuentes a través de las fichas de trabajo.

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

3.7 Validación de instrumentos

El instrumento International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF), validado al español. El cuestionario consta de cuatro apartados que miden

la frecuencia de las pérdidas, la cantidad y el grado de afectación en la calidad de vida e identifica el tipo de incontinencia que padecen. El ICIQ-SF tiene altos niveles de validez, confiabilidad y sensibilidad. Además, tiene la recomendación grado A de la Consulta Internacional de Incontinencia (ICI) que mide la prevalencia del padecimiento. Es validado al español 8 con un alfa de CRONBACH de 0,917, para estudiar la proporción de mujeres afectas y el tipo de incontinencia. Consta de 3 ítems que miden la frecuencia de las pérdidas, la cantidad y el grado de afectación en la calidad de vida (28).

Para la valoración de la calidad de vida, se utilizará el cuestionario Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL), (Patrick et al. 1999). Se eligió este cuestionario debido a que los autores habían realizado una adaptación cultural de la versión en inglés americano al español, y además es específico para valorar la afectación de la calidad de vida en personas con IU. La validación al español consta de una consistencia interna, medida por el límite de alfa de Cronbach de 0,92 para investigar la afectación en la calidad de vida (29).

3.8 Análisis de datos

Con los datos obtenidos de los cuestionarios se va a proceder a realizar una base de datos en Excel de los cuales se realizará la presentación de resultados en tablas y también se utilizó el programa IBM Spss Statistics para la relación de variables, a través de tablas cruzadas.

CAPITULO IV

4. Análisis y discusión de resultados

Tabla 1.

Caracterización de la población según la edad.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adulto mayor maduro (65-74 años)	8	29%
Adulto mayor (75-84 años)	15	54%
Anciano (>85 años)	5	17%
TOTAL	28	100%

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población según la edad indica que, la población adulta mayor de entre 75 a 84 años corresponde al 54%, la población, adulto mayor maduro, que comprende edades de entre los 65-74 años representa un porcentaje de 29%, seguida de una población que supera los 85 años con el 17%.

En el Centro Geriátrico Casa Hogar San Agustín se evidencia mayor población de mujeres en el rango de edad de adulto mayor. Estos datos se relacionan con los obtenidos en el estudio “Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en Centros Geriátricos de la ciudad de Loja. Ecuador, 2017” de Tamara Quintana, el cual indica que la esperanza de vida se elevó de 68, 3 años en 1990 a 73, 8 años en el 2001, para ubicarse en 75 años en el 2015, afirma que según el último censo de población, la expectativa de vida actualmente puede llegar a los 75.2 años, en 72.3 años para los hombres y 78.2 años para las mujeres (38).

Tabla 2.

Caracterización de la población según etnia.

ETNIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mestizo	28	100%
TOTAL	28	100%

Los resultados obtenidos en cuanto a la caracterización de la población según la etnia refleja que, el 100% de la distribución del estudio pertenece a la etnia mestiza.

Los datos obtenidos según el Instituto Nacional de estadísticas y censos (INEC) de la provincia de Imbabura, según la División Política Administrativa en el 2010 es de 398.244 personas, se relacionan con los obtenidos en nuestra investigación ya que se indica que la etnia con mayor peso demográfico dentro de la provincia de Imbabura, es la mestiza con un porcentaje de 65,7%. Internamente la etnografía se redistribuye en territorio urbano y rural (39).

Tabla 3.

Caracterización de la población según número de hijos.

NÚMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Múltiparas (2- 4 hijos)	17	61%
Gran múltiparas(>5 hijos)	11	39%
TOTAL	28	100%

Los resultados obtenidos en cuanto a la caracterización de la población según número de hijos muestra mayor predominio de mujeres múltiparas representando el 61%, seguido de gran múltiparas con el 39% de la población estudiada.

Los datos se relacionan con el estudio “Comportamiento de factores de riesgo en pacientes con citologías anormales en el estado Miranda, Venezuela” por Juana Cecilia Montesino Aguiar, en el cual se identificó un 74,9 % de mujeres múltiparas, donde se ha tomado en consideración que la población venezolana se caracteriza por presentar un mayor número de hijos por mujer, que en otros países de mayor desarrollo (40).

Tabla 4.

Prevalencia puntual de incontinencia urinaria.

$$P = \frac{\text{numero de afectados (14)}}{\text{población de estudio(28)}} \times 100 = \mathbf{50\%}$$

Los resultados en cuanto a la prevalencia puntual de incontinencia urinaria muestran que, el 50% de la población de estudio padece de incontinencia urinaria.

Los datos coinciden con el estudio “Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres de 45-65 años del Hospital Padre Carollo por el autor Lenin Mauricio Pazmiño en Quito, el cual muestra una prevalencia del 50% de IU en mujeres entre 45 y 65 años, en ambos casos el número de afectados con incontinencia urinaria fue de la mitad de la población (41).

Tabla 5.

Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.

$$PIUE = \frac{\text{numero de afectados IUE (6)}}{\text{población de estudio(28)}} \times 100 = 21\%$$

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

$$PIUM = \frac{\text{numero de afectados IUU (5)}}{\text{población de estudio(28)}} \times 100 = 18\%$$

Los resultados de prevalencia según los tipos de incontinencia urinaria indica que, la incontinencia urinaria de esfuerzo es la más prevalente, con el 21%, seguido de la incontinencia urinaria mixta con el 18% y finalmente la incontinencia urinaria de urgencia con el 11%, siendo ésta la menos prevalente.

Estos datos se relacionan con el estudio “Aspectos actuales en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres” de Téllez-Díaz Trujillo JA en México, el cual explica que la incontinencia de esfuerzo es el tipo más frecuente en mujeres, con incidencia más alta entre los 45 y 49 años de edad, en ambos casos la incontinencia urinaria de esfuerzo es la más prevalente (42).

Tabla 6.

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

CALIDAD DE VIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pérdida de calidad de vida (<100%)	14	100%
TOTAL	14	100%

Los resultados en cuanto a la evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria, en el Centro Geriátrico Casa Hogar San Agustín muestran que, el total de la población con incontinencia urinaria ve afectada su calidad de vida.

Los resultados de nuestra investigación coinciden con el estudio “Impacto de los tipos de incontinencia urinaria en la calidad de vida de mujeres de Dayana Maia Savoy” en Brasil, en el que también se identificó que el total de la población presentó afectación en su calidad de vida (43).

Tabla 7.

Evaluación de la calidad de vida según subescalas IQOL test

IQOL	PORCENTAJE
Evitar y limitar el comportamiento	34,93%
Impacto psicosocial	39,79%
Vergüenza social	23,43%

Los resultados en cuanto a la evaluación de la calidad de vida según sub escalas en el grupo de estudio del Centro Geriátrico Casa Hogar San Agustín indican que existe una mayor afectación en la subescala de vergüenza social con un 23,43%, evitar y limitar el comportamiento en un 34.93% y seguido de un porcentaje elevado en el impacto social en un 39.79%.

Los resultados del estudio se relacionan con la investigación “Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia” por Almudena Ortuño, el cual hace referencia que existe afectación en la calidad de vida de las mujeres que presentan incontinencia, según el cuestionario IQOL se hallan relaciones significativas con los sentimientos de vergüenza y las relaciones sociales en un 75% de la población afectada, tal como lo muestran los datos de nuestra investigación (44).

Tabla 8.

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

	IU ESFUERZO	IU URGENCIA	IU MIXTA
Evitar y limitar el comportamiento	67,60%	46,02%	52,31%
Impacto psicosocial	71,67%	55,33%	75,5%
Vergüenza social	51,17%	63,0%	48,40%

Los resultados en cuanto a la relación entre tipos de incontinencia urinaria y subescalas de calidad de vida indican que, la IU de Urgencia presenta mayor pérdida de calidad de vida en relación con la sub escala de evitar y limitar el comportamiento con el 46.02%, seguida de la subescala de impacto psicosocial con el 55,33%; y finalmente con menor afectación la subescala de vergüenza social con el 63%. La IU de esfuerzo presenta mayor pérdida de calidad en relación con la subescala vergüenza social con un 51,17%, seguida de la subescala de evitar y limitar el comportamiento con el 67,60%, y finalmente con menor afectación la subescala de impacto psicosocial con el 71, 67%. La IU mixta presenta mayor afectación de calidad de vida en la subescala de vergüenza social con el 48, 40%, seguida de la subescala de evitar y limitar el comportamiento con el 52,31%, y finalmente con menor afectación la subescala de impacto psicosocial con el 75,5% .

Los afectación de la sub escala de evitar y limitar el comportamiento se relaciona con lo obtenido en el estudio de “Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria por Elsa María Rodríguez Adams”, dando como resultado que la IU de urgencia presentó una puntuación de 56 % en la sub escala de en evitar y limitar el comportamiento, en ambos estudios se ve afectada la misma sub escala, pero con puntuaciones cercanas la una de la otra (45).

4.1 Respuestas a las preguntas de investigación

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

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población de estudio indican que, el 54%, de la población adulta mayor corresponde al rango de edad entre 75 a 84 años. El 29% de la población corresponde a adulto mayor maduro lo que comprende edades entre los 65-74 años, seguida de una población que supera los 85 años con el 17%. El 100% de la población de estudio pertenece a la etnia mestiza. Los resultados en cuanto a número de hijos indican que, el 61%, de las mujeres estudiadas son multíparas mientras que el 39% son mujeres gran multíparas.

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

La prevalencia de incontinencia urinaria presente en el Centro Geriátrico Casa Hogar San Agustín es del 50% de la población estudiada. Según los tipos de incontinencia urinaria, la prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo es la más prevalente corresponde al 21% de la población, la incontinencia urinaria mixta con un 18% y una población menor de incontinencia urinaria de urgencia con el 11%.

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

Los resultados en cuanto a la evaluación de la calidad de vida indican que, el 100% de la población estudiada presentó afectación en su calidad de vida. La sub escala con mayor afectación fue la vergüenza social con el 23.43%, seguida de la subescala de evitar y limitar el comportamiento en un 34.93% y seguido de un porcentaje elevado en el impacto social en un 39.79% con menor afectación.

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

La relación entre tipos de incontinencia urinaria y subescalas de calidad de vida indican que la subescala de evitar y limitar el comportamiento presenta mayor pérdida de calidad de vida en relación IU de Urgencia con el 46,02%, seguida de la subescala de impacto psicosocial con IU de urgencia con el 55,33%; la subescala de vergüenza social relacionada con IU de urgencia con el 63%; la vergüenza social con IU de esfuerzo con un 51,17%, evitar y limitar el comportamiento con IU de esfuerzo con el 67,60%; el impacto psicosocial con el 71,67% ; y finalmente encontramos en vergüenza social relacionada con la IU mixta afectada en un 48,40%, evitar y limitar el comportamiento con IU mixta con el 52,31% y luego el impacto psicosocial con el 75,5%.

CAPÍTULO 5

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- La caracterización de la población de estudio indica que existió mayor frecuencia de edades, el total de los sujetos de estudio pertenecen a la etnia mestiza y en cuanto a número de hijos se evidencia que la mayor parte de las mujeres son multíparas.
- La prevalencia de la incontinencia urinaria en el Centro Geriátrico Casa Hogar San Agustín es 50% de la población de estudio, siendo la incontinencia urinaria de esfuerzo la más prevalente con el 21%, seguido de la incontinencia urinaria mixta con el 18% y finalmente la incontinencia urinaria de urgencia siendo la menos prevalente con el 11%.
- La evaluación de la calidad de vida muestra que todas aquellas mujeres que presentaron o fueron diagnosticadas con incontinencia urinaria reflejaban afectación en su calidad de vida, siendo la subescala de vergüenza social la que tuvo mayor afectación.
- Al relacionar el tipo de incontinencia urinaria con la subescala de calidad de vida, se logró determinar que la incontinencia urinaria de urgencia presenta mayor impacto en la subescala de evitar y limitar el comportamiento.

1.2. Recomendaciones

- Promover charlas educativas relacionadas con la incontinencia urinaria, en el Centro Geriátrico Casa Hogar San Agustín, en donde se pueda dar a conocer las causas, efectos y posibles tratamientos de esta afección.
- Replicar este tipo de estudios en los diferentes Centros Geriátricos a nivel nacional para identificar la incontinencia urinaria y como ésta afecta a la calidad de vida de las mujeres adultas mayores.
- Tomar como referencia los datos de este estudio para futuras investigaciones en donde se pueda dar solución a la población afectada, mediante tratamientos especializados que prevengan y traten esta patología con el fin de mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez-Cadena FC, García JC, Torres KL. Cabestrillos uretrales en el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres. *Medicas UIS*. 2018;31(3):37–45.
2. Gazquez J, Pérez M, Molero M, Mercader I, Barragán A, Núñez A. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento [Internet]. 2013. 728 p. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=522568>
3. Ángel G, Hernández C, Andrea H. Incontinencia urinaria en un grupo de personas vinculadas con el programa de adultos mayores del municipio de Sabaneta, Colombia. *Med UPB*. 2015;34(1):16–22.
4. Chang Calderin O, Pérez Rodríguez M, Figueredo Villa K, Llori Otero KM, Torres Pérez M, Torres Pérez M. Efectividad de la reeducación del suelo pélvico en adultas mayores con incontinencia urinaria de esfuerzo. *Eff pelvic floor re-education elder women with Stress Urin incontinence* [Internet]. 2019;35(1):1–14. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=138196057&site=ehost-live>
5. Lendínez C. La Incontinencia Urinaria En Mujeres De Jaén, Estudio De Prevalencia E Impacto En Su Calidad De Vida [Internet]. Universidad De Jaén. 2016. Available from: <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/794/1/9788491590460.pdf>
6. Leirós-Rodríguez R, Romo-Pérez V, García-Soidán JL. Prevalencia de la incontinencia urinaria y su relación con el sedentarismo en España. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2017;41(10):624–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acuro.2017.04.002>
7. Pallares MLP, María RT, Hernández FG. Calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria: Revisión bibliográfica. In: *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud* [Internet]. 2013. p. 367–72. Available from: https://www.formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_3.pdf#page=71%0Ahttps://formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_3.pdf#page=117
8. Flores PJC. Conocimientos, Prácticas y actitudes sobre incontinencia urinaria de las mujeres mayores mayores de 60 años que asisten al centro 60 y piquito de la Vicentina en el período octubre - diciembre del 2014. Vol. 151, Nhk. 2015.
9. Wein A. Campbell- Walsh Urología. Tomo 3. 10°. Panamericana, editor. España; 2015. 2993 p.
10. Albertine KH. Anatomía Humana. Librero, editor. España; 2016. 243 p.
11. Drake RL. Gray Anatomía para estudiantes. 3°. Elsevier, editor. Barcelona-España; 2015. 1088 p.
12. Latarjet M, Liard AR. Anatomía Humana Tomo 2. 4ta ed. Panamericana, editor. Buenos Aires; 2004. 892 p.
13. Melloni JL. Melloni's Secretos de Anatomía. 3°. MARBÁN, editor. Madrid-España; 2011.
14. Arias RM. Nefrología Clínica. 4°. Panamericana, editor. Buenos Aires; 2014.

- 1196 p.
15. María TSR. *Enfermería Obstétrica y Ginecológica*. Enfermería DA de, editor. Barcelona- España; 2012.
 16. Wein A. *Campbell- Walsh Urología*. 9°. Panamericana, editor. Buenos Aires; 2010. 643 p.
 17. McAninch JW. *Smith y Tanagho Urología General*. 18°. McGraw-Hill, editor. 2013. 770 p.
 18. Rebassa M, Taltavull JM, Gutiérrez C, Ripoll J, Esteva A, Miralles J, et al. Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: Prevalencia y calidad de vida. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2013;37(6):354–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acuro.2012.11.004>
 19. Marín Mora CM, Fonseca Chaves M. Prevalencia y factores de riesgo de Incontinencia Urinaria de esfuerzo en mujeres deportistas nulíparas. *Pensar en Mov Rev Ciencias del Ejerc y la Salud*. 2019;17(2):e35033.
 20. Jimenez RAW. Manejo de la incontinencia urinaria en la mujer. *Rev Medica Costa Rica Y* 2015;(614):205-209pp.
 21. DeCHERNEY AH. *Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétricos*. 11°. Mc Graw Hill Education, editor. México, DF; 2014.
 22. García-Astudillo E, Pinto-García MP, Laguna-Sáez J. Incontinencia urinaria: Frecuencia y factores asociados. *Fisioterapia* [Internet]. 2015;37(4):145–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2014.09.002>
 23. Sanz-Barbero B, Rey L, Otero-García L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gac Sanit* [Internet]. 2014;28(2):102–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.08.004>
 24. Calenti JCM. *Gerontología y Geriatria*. Valoración e Intervención. Panamericana, editor. España; 2011. 701 p.
 25. Cane RL. *Geriatría Clínica*. 3°. Mc Graw Hill Interamericana, editor. México, DF; 2001. 456 p.
 26. Geis PP. *Tercera edad. Actividad Física y Salud. Teoría y práctica*. 7°. Paidotribo, editor. España; 2008. 318 p.
 27. R JHL. *Fundamentos de medicina. Geriatria*. Corporación para investigaciones Biológicas, editor. Medellín, Colombia; 2006.
 28. Maritza Busquets C, Ramón Serra T. Validación del cuestionario internacional consultation on incontinence questionnaire short-form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del fondo nacional de salud (FONASA). *Rev Med Chil*. 2012;140(3):340–6.
 29. Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Yalcin I, Wagner TH, Buesching DP. Quality of life of women with urinary incontinence: Further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). *Urology*. 1999;53(1):71–6.
 30. Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en la Nueva Constitución 2008* [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2008. p. 27. 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
 31. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida* [Internet]. 2017. p. 84. Available from:

- http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf
32. Ato M, López JJ, Benavente A. A classification system for research designs in psychology. *An Psicol.* 2013;29(3):1038–59.
 33. Burns N. *Investigación en enfermería*. 5ta ed. Elsevier, editor. 2012.
 34. Pons JI. *Diccionario de Lengua Española*. 3era ed. Lider en diccionarios, editor. Mallorca; 2011.
 35. De Moura Brasil DM, Nicolau AIO, Bilhar APM, Karbage SAL, Lucena SV, Do Carmo TF, et al. Urinary incontinence and female sexual function: An integrative review of validated questionnaires. *ACTA Paul Enferm.* 2018;31(5):558–63.
 36. Rojas Gualdrón D, Díaz Gordon P, Jaramillo Ortegón D, Ortega Ortiz M, Castellanos Ruiz J, González Marín A. Análisis Rasch del WHOQOL-BREF en adultos mayores de Bucaramanga y Manizales. *Psicol desde el Caribe.* 2018;0(0).
 37. Romero AC. *Metodología integral innovadora para planes y tesis*. Learning C, editor. Mexico; 2014.
 38. Rodríguez T. Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en Centros Geriátricos de la ciudad de Loja. Ecuador, 2017. *Rev Habanera Ciencias Medicas* [Internet]. 2007;6(5):1–15. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300003&script=sci_arttext
 39. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Fascículo provincial Imbabura. Result del Censo 2010 la población y vivienda en el Ecuador [Internet]. 2010;8. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf>
 40. Aguiar JCM, Santos MEA, Rodríguez AM, Piedmag DEA, Lorenzo AF. Comportamiento de factores de riesgo en pacientes con citologías anormales en el estado Miranda, Venezuela. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2017;43(1):1–11.
 41. Pazmiño LM. Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres de 45-65 años del Hospital Padre Carollo. *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/33>
 42. Trujillo T-DJ, Augusto Téllez Díaz Trujillo J. Aspectos actuales en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres. *Rev Mex Urol* [Internet]. 2017;77(5):411–8. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2017/ur175k.pdf>
 43. Saboia D. The impact of urinary incontinence on the quality of life of women. *World J Urol.* 2017;17(4):225–9.
 44. 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>
 45. Rodríguez Adams EM. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. *Rev Cuba Obstet y*

Ginecol. 2014;40(1):119–35.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Ibarra – Ecuador

CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

TEMA:

“Incontinencia urinaria y calidad de vida en mujeres adultas mayores que residen en el Centro Geriátrico Casa Hogar San Agustín, 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. Evidencia fotográfica

Foto 1.



Autor: Ortega Ibarra Anabel Berenice

Descripción: Recolección de información a través del test de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF).

Foto 2.



Autor: Ortega Ibarra Anabel Berenice

Descripción: Recolección de información a través del test de calidad de vida (I-QOL)

Anexo 3. Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos

CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Fecha: _____

Paciente: _____

EDAD _____ ETNIA _____

PESO _____ TALLA _____ IMC _____

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

TRABAJA A TIEMPO COMPLETO _____ TRABAJA MEDIA
JORNADA _____

JUBILADA _____ ESTUDIANTE _____

DESEMPLEADA _____ OTROS, ESPECIFICAR _____

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

¿TIENE HIJOS?

SÍ _____ NO _____

EN CASO DE RESPONDER SI, ESPECIFIQUE CUANTOS _____

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

SIN ESTUDIOS _____

ESTUDIOS PRIMARIOS _____

BACHILLER _____

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS _____

ESTUDIOS DE CUARTO NIVEL _____

Anexo 4. Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA (ICIQ-IU-SF)

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

Fuente:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S003498872012000300009&script=sci_arttext&tlng=en

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

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

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

		1	2	3	4	5
1.	Me preocupa no poder llegar a tiempo al servicio					
2.	Me preocupa toser y estomudar					
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: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090429598004543>

Anexo 6. Cuestionarios aplicados

Cuestionario 1. Aplicación del cuestionario de incontinencia urinaria a las mujeres adultas mayores del Centro Geriátrico Casa Hogar San Agustín.

Baja < 10
 Media 10 - 13
 Alta >= 13

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 |
| | | | | | | | | | | Total 6 |
| | | | | | | | | | | Baja |

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
- De esfuerzo

Cuestionario 2. Aplicación del instrumento para la calidad de vida con incontinencia a las mujeres adultas mayores del Centro Geriátrico Casa Hogar San Agustín.

máximo 110 % Buen nivel de CV
menos 100 % Afectado CV

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 preocupa 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.					✓

$$\frac{P_{\text{com}}}{\text{máx}} \frac{90}{110} \times 100\% = 81\%$$
 Total = 90
 Afectado C.V.

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS ANABEL ORTEGA.docx (D64066370)
Submitted: 2/18/2020 3:53:00 PM
Submitted By: ana_berenais@hotmail.com
Significance: 12 %

Sources included in the report:


TESIS FINAL MATEO ALEJANDRO SOTOMAYOR VITERI.docx (D63804652)
Lucia Barahona - sin scan.docx (D63060003)
TESIS INCONTINENCIA URINARIA Camila Leon.docx (D64062114)
TESIS-VALENCIA MISHEL.docx (D64023462)
JACOME ABIGAIL TESIS (2).docx (D64023190)
TESIS-JAMILETH-ARTEAGA SANTACRUZ.docx (D64023448)
CAMPO-JORGE- TESIS.docx (D63616051)
TESIS DIGITAL MARYURY TARAPUEZ.docx (D63618087)
Ctesis.docx (D63060188)
Pamela Navarrete.docx (D60637224)
https://www.formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_3.pdf#page=71%250A

Instances where selected sources appear:

62

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

Lo certifico:

(Firma).....

Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc

C.I.: 1003649686

DIRECTOR DE TESIS