



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

TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN LAS MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL ESPACIO ALTERNATIVO PARA ADULTOS PABLO ARENAS DE URCUQUÍ, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019.”

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

AUTOR/A: Jácome Vallejos Alejandra Abigail

DIRECTOR DE TESIS: Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

IBARRA, 2020

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTOR DE TESIS

Yo, **Lcdo. CRISTIAN SANTIAGO TORRES ANDRADE MSC.** en calidad de tutor de la tesis titulada: **“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN LAS MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL ESPACIO ALTERNATIVO PARA ADULTOS PABLO ARENAS DE URCUQUÍ, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”**, de autoría de **JÁCOME VALLEJOS ALEJANDRA ABIGAIL**, una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

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

Lo certifico:

(Firma)..... 

Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade Msc

C.I: 100364968-6

DIRECTOR DE TESIS



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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	100339468-9		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Jácome Vallejos Alejandra Abigail		
DIRECCIÓN:	Av. Atahualpa y Rio Tiputín		
EMAIL:	aajacomev@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	2	TELF. MÓVIL:	0997016193
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN LAS MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL ESPACIO ALTERNATIVO PARA ADULTOS PABLO ARENAS DE URCUQUÍ, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019.”		
AUTOR (A):	Jácome Vallejos Alejandra Abigail		
FECHA:	2020-02-18		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciada en Terapia Física Médica		
ASESOR /DIRECTOR:	Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.		

2. CONSTANCIAS

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

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

EL AUTOR:

(Firma).....

Alejandra Abigail Jácome Vallejos

C.C:100339468-9

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, 19 de febrero de 2020

JÁCOME VALLEJOS ALEJANDRA ABIGAIL "INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN LAS MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL ESPACIO ALTERNATIVO PARA ADULTOS PABLO ARENAS DE URUCUQUÍ, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019." Trabajo de grado. Licenciada en Terapia Física Médica. Universidad Técnica del Norte.

DIRECTOR: Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

El principal objetivo de la presente investigación fue: Identificarla incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres adultas mayores que residen en el Espacio Alternativo para Adultos Pablo Arenas De Urcuquí. Entre los objetivos específicos constan: Caracterizar socio demográficamente a los sujetos de estudio. Clasificar la incontinencia urinaria según tipos: Evaluar la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria, de los sujetos de estudio. Relacionar los tipos de incontinencia urinaria, con las subescalas de calidad de vida

Fecha: Ibarra, 19 de febrero de 2020



Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

DIRECTOR DE TESIS



Jácome Vallejos Alejandra Abigail

AUTORA/A

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de titulación en primera instancia a Dios, por darme la vida y la fortaleza suficiente para poder seguir adelante, sobre todo en los momentos más difíciles.

A mis padres Lucia del Carmen Vallejos y Oscar Jácome por su amor, trabajo y sacrificio en todo este camino de la vida, sentando en mi las bases de la responsabilidad y deseos de superación.

A mis hermanos quienes han sido una inspiración para mí, siendo mi motor y mi pilar fundamental e incondicional, dando razón a mi vida para cumplir esta meta, con sus palabras de aliento y superación.

A mi compañero de vida Diego Parreño por siempre tener una voz de aliento de su parte, por estar conmigo en todo momento, por su confianza incondicional y el amor brindado cada día.

Alejandra Abigail Jácome Vallejos

AGRADECIMIENTO

Dicen que la mejor herencia que nos pueden dejar los padres son los estudios, es por ello que mi más grande agradecimiento a mi familia, por todo su amor, comprensión y apoyo en todo momento para poder terminar esta carrera, pero sobre todo gracias infinitas por la paciencia que han tenido.

Agradezco a la Universidad Técnica del Norte por brindarme la oportunidad de prepararme como profesional y desarrollarme en las aulas, donde día a día adquirí conocimientos a través de los profesores que con su profesionalismo y dedicación impartieron enseñanzas a lo largo de la carrera.

De igual forma, agradezco al licenciado Cristian Torres mi director de tesis, que gracias a sus consejos, paciencia y correcciones hoy puedo culminar tan importante trabajo.

Así mismo, a todos mis compañeros y amigos que estuvieron a mi lado en mi camino, viéndome crecer como persona.

Alejandra Abigail Jácome Vallejos

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
CAPÍTULO I.....	15
1. El Problema de la Investigación.....	15
1.1. Planteamiento del problema.....	15
1.2. Formulación del problema	18
1.3. Justificación.	19
1.4. Objetivos.....	20
1.4.1. Objetivo general	20
1.4.2. Objetivos específicos.....	20
1.5. Preguntas de investigación.....	21
CAPÍTULO II	22
2. Marco teórico	22
2.1. Sistema Urinario	22
2.1.1. Riñón	23
2.1.2. Uréteres	23
2.1.3. Vejiga urinaria.....	24
2.1.4. Uretra.....	24
2.2. Anatomía del suelo pélvico.....	24
2.3. Fisiología de la micción.....	26
2.3.1. Control nervioso de las vías urinarias inferiores	28
2.4. Incontinencia Urinaria	29

2.5.	Fisiopatología de la micción	29
2.5.1.	Clasificación de la disfunción vesical neuropática.....	30
2.5.2.	Mecanismos esfinterianos en la mujer	31
2.5.3.	Mecanismos de sostén del suelo pélvico.....	31
2.6.	Clasificación de la Incontinencia Urinaria.....	32
2.6.1.	Incontinencia Urinaria de esfuerzo.....	32
2.6.2.	Incontinencia urinaria de urgencia	32
2.6.3.	Incontinencia Urinaria Mixta (IUM).....	32
2.6.4.	Enuresis nocturna	32
2.6.5.	Incontinencia Urinaria por Rebosamiento o sobreflujo.....	32
2.7.	Factores de riesgo	33
2.8.	Mujeres y Salud	34
2.9.	Calidad de vida	34
2.9.1.	Calidad de vida relacionada con la salud	35
2.9.2.	Aspectos de la calidad de vida relacionados con la salud	35
2.9.3.	Calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria.....	36
2.10.	Evaluación de la Incontinencia Urinaria y Calidad de vida.....	37
2.10.1.	El ICIQ –SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire).....	37
2.10.2.	Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL).....	37
2.11.	Marco Legal y Ético.	38
2.11.1.	Constitución Política De La República Del Ecuador	38
2.11.2.	Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida	40
CAPÍTULO III.....		42
3.	Metodología de la Investigación	42
3.1.	Diseño de la investigación	42
3.2.	Tipo de la investigación.....	42
3.3.	Localización y ubicación del estudio.....	43
3.4.	Población de estudio	43
3.4.1.	Criterios de inclusión.....	43
3.4.2.	Criterios de exclusión.....	43

3.4.3. Criterios de Salida	43
3.5. Operacionalización de variables.....	44
3.5.1. Variables de caracterización.....	44
3.5.2. Variables de interés	45
3.6. Métodos y técnicas de recolección de información	46
3.6.1. Métodos de recolección de datos.....	46
3.6.2. Tecnicas e instrumentos	46
3.6.3. Validación de instrumentos	47
3.7. Análisis de datos.....	48
CAPÍTULO IV	49
4. Discusión de resultados.....	49
4.1. Análisis de resultados	49
4.2. Respuestas a las preguntas de investigación.....	57
CAPÍTULO V	59
5. Conclusiones y recomendaciones	59
5.1. Conclusiones.....	59
5.2. Recomendaciones	60
Bibliografía	61
Anexos	71
Anexo 1. Consentimiento informado	71
Anexo 2. Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos	73
Anexo 3. Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF).....	74
Anexo 4. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)	75
Anexo 5. Cuestionarios de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF) aplicados a las mujeres adultos mayores.	76
Anexo 6. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL) aplicados a las mujeres adultos mayores.	77
Anexo 7. Evidencia fotográfica.....	78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de la población de estudio según la edad.	49
Tabla 2. Caracterización de la población de estudio según etnia.....	50
Tabla 3. Caracterización de la población de estudio según número de hijos.....	51
Tabla 4. Prevalencia puntual de incontinencia urinaria.	52
Tabla 5. Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.	53
Tabla 6. Evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria. ..	54
Tabla 7. Evaluación de la calidad de vida según subescalas IQOL test	55
Tabla 8. Relación entre tipos de incontinencia urinaria y subescalas de la calidad de vida.....	56

RESUMEN

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN LAS MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL ESPACIO ALTERNATIVO PARA ADULTOS PABLO ARENAS DE URCUQUÍ, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019.”

Autora: Jácome Vallejos Alejandra Abigail

Correo: aajacomev@utn.edu.ec

La Incontinencia Urinaria es una disfunción, la cual produce pérdida de orina de forma involuntaria, que afecta en su mayoría a adultos mayores y al género femenino, ocasionando problemas a nivel físico, higiénico, psicológico, social y comprometiendo la calidad de vida de quienes lo padecen. El objetivo de la investigación fue determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres adultas mayores en el Espacio Alternativo Para Adultos Pablo Arenas. La población de estudio estuvo conformada por 30 adultos mayores de género femenino y etnia mestiza. La metodología fue de tipo cuali-cuantitativo, de corte transversal, descriptivo, no experimental, y epidemiológico de prevalencia puntual. Se utilizó una ficha sociodemográfica, e instrumentos de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF) y calidad de vida (I-QOL). Los resultados indican que el 50% la población estuvo comprendida en edades entre los 75 a 84 años, en su mayoría pertenecen a la etnia mestiza y son multíparas. La prevalencia de la incontinencia urinaria fue del 53.33% de la población de estudio, siendo la incontinencia de esfuerzo la más prevalente con el 33,33%, seguida de la incontinencia urinaria mixta con el 13,33% y con 6,66% la incontinencia de urgencia. El 93,75% de las mujeres con incontinencia urinaria presentaron afectación en su calidad de vida. La sub-escala de vergüenza social mostró mayor pérdida de calidad de vida y por tipo de incontinencia urinaria hay más afectación en la incontinencia urinaria mixta.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, adulto mayor, epidemiológico, prevalencia, calidad de vida.

ABSTRACT

"URINARY INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY WOMEN RESIDING IN THE ALTERNATIVE SPACE FOR ADULTS PABLO ARENAS DE URCUQUI, PROVINCE OF IMBABURA, 2019."

Author: Jácome Vallejos Alejandra Abigail

Email: aajacomev@utn.edu.ec

Urinary Incontinence is a dysfunction of loss of urine involuntarily, which mostly affects older adults of female gender, causing problems at the physical, hygienic, psychological, social and compromising the quality of life of those who suffer from it. The objective of the research was to determine the prevalence of urinary incontinence and the effect on the quality of life of older adult women in the Pablo Arenas Alternative Adult Space. The study consisted of 30 older adults of mixed race ethnicity of female gender. The methodology was qualitative-quantitative, descriptive, non-experimental epidemiological of punctual prevalence and cross-sectional. The instruments Urinary Incontinence (ICIQ-IU-SF) and quality of life (I-QOL) were used. The results indicate that 50% of the population was between 75 and 84 years old. They mostly belong to the mestizo ethnic group and are multiparous. The prevalence of urinary incontinence was 53.33% of the study population, with stress incontinence being the most prevalent. 93.75% of women with urinary incontinence had an impact on their quality of life and the sub-scale with the greatest involvement was that of social shame. In conclusion, more than half of the population presented urinary incontinence which reflected loss of quality of life in those who suffer from it.

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



TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN LAS MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL ESPACIO ALTERNATIVO PARA ADULTOS, PABLO ARENAS DE URCUQUÍ, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019.

CAPÍTULO I

1. El Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del problema

Un estudio de “Evaluación clínica de la incontinencia urinaria en consulta ginecológica” tiene como información, que la Sociedad Internacional de Continencia (ISC), propone que la incontinencia urinaria (IU) es la presencia de cualquier escape involuntario de orina, que supone un problema social de carácter relevante debido a su prevalencia, connotaciones psicosociales y económicas. La IU predomina en la estadística de los adultos y es dos a cuatro veces más frecuente en mujeres que en hombres. Tiene predominio en el género femenino, y puede tener una prevalencia entre el 45 % y el 69% (1).

Según el estudio “Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria en pacientes femeninas de urología y ginecología” refiere que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que unas 200 millones de personas sufren de incontinencia urinaria, independientemente de la edad y del sexo, y refieren que el sexo femenino es el que más posibilidades tiene de padecer incontinencia urinaria sin importar la actividad laboral que realicen (2).

Un estudio realizado en Estados Unidos sobre “Prevalencia, manejo y resultados de pacientes ancianos vulnerables médicamente complejos con incontinencia urinaria” demostró que la tasa de prevalencia en la IU era de 37,55%, en su prevalencia anual de todos los problemas de IU, tuvo un aumento durante el periodo de 7 años de 35,8% a 38,6%, y se observó con más frecuencia en las mujeres mayores, afectando negativamente en su calidad de vida, dando como consecuencia angustia, depresión y baja autoestima (3).

En España el estudio sobre “Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid” muestra que alrededor del 15,8% de la población española presenta IU, aproximadamente a unas 6.510.000 personas,

causando un impacto negativo sobre la calidad de vida, tanto en el entorno social, como en el físico, sexual, psicológico, laboral y doméstico (4).

Otro estudio llevado a cabo en Latinoamérica específicamente en Chile sobre “Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar” obtuvo una prevalencia de IU del 62,6%, en la clasificación por tipos de IU el 61,3% corresponde a la Incontinencia de Esfuerzo (IUU), el 28,7% a la Incontinencia Urinaria Mixta (IUM) y con un 9,9% a la Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU) (5).

En México el estudio denominado “La prevalencia de vejiga hiperactiva” identificó como resultados que el género femenino tiene un mayor predominio en la incontinencia urinaria de urgencia con un valor de 78% de la población encuestada. Conforme aumenta la gravedad de los síntomas, mayor es el deterioro en la calidad de vida (6).

En un estudio realizado en Brasil acerca de la “Prevalencia de incontinencia urinaria en ancianos y relación con indicadores de salud física y mental” la IU tiene más prevalencia entre mujeres de 75 años o más, los datos en la pérdida de orina fueron de 36,9% en pérdida diaria de orina, con 39,4% pérdida semanal y 23,5% mensual, se considera uno de los síndromes geriátricos más importantes y recurrentes debido a la magnitud de su aparición y sus consecuencias (7).

La población de adultos mayores que padecen de IU tienen mayores índices de depresión, déficit cognitivo y autopercepción de salud pobre. También se testifica que las mujeres con incontinencia reducen la actividad física por el temor a la pérdida de orina, probando una sensación de suciedad y deterioro en su autoimagen, hasta pueden llegar a modificar su modo de vestir, su personalidad. Todo esto conlleva a un estado de depresión, aislamiento social afectando en su calidad de vida (8)(9).

A nivel económico padecer de IU tiene un gran costo, en España se recetan 3 absorbentes por 24h, por lo tanto en los 62 pacientes con IU se gasta al año 31 486,08€ solo en absorbentes En EE.UU estimó el costo total asociado con la IU de \$ 19.5 mil millones anuales (10)(11).

Sin embargo no solo tenemos el inconveniente en lo económico, sino también los contaminantes que son para el medio ambiente, en España se desechan unos 1.000 millones de pañales al año, que generan unas 172.000 toneladas de residuos no reciclables, y para producirlos es necesario plantas de producción de celulosa, las cuales contaminan mucho el agua, y producen emisiones al aire (12).

En Quito- Ecuador se realizó un estudio “Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres del Hospital Padre Carollo” de las 887 historias clínicas recopiladas, se identificaron 45 casos de IU, la cual la prevalencia fue del 5,07%. El tipo de IU más frecuente fue por incontinencia urinaria de esfuerzo (13).

En Imbabura no existe estadísticas sobre la prevalencia de la incontinencia urinaria, por lo tanto, no ha habido una evaluación de cómo afecta en la calidad de vida de quienes la padecen, lo que es necesario, ya que no solo afecta físicamente, sino en lo social, económico, higiénico y psicológico, dando una vida poco satisfactoria en la cual la autoestima de la persona va a estar ligada a su mala calidad de vida.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo afecta la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres adultas mayores que residen en el Espacio Alternativo Para Adultos Pablo Arenas de Urququí, provincia Imbabura?

1.3. Justificación.

La presente investigación tuvo como objetivo principal identificar la prevalencia de la incontinencia urinaria y si ésta afecta en la calidad de vida de las mujeres adultos mayores tal y como lo muestran varios estudios a nivel mundial.

La investigación fue viable ya que se contó con la autorización y colaboración del director del centro Espacio Alternativo para Adultos Pablo Arenas de Urcuquí para recolectar la información necesaria, realizar la investigación y la participación voluntaria de las mujeres adultas mayores mediante la firma del consentimiento informado.

Por otra parte, la investigación fue factible ya que se realizó una amplia y minuciosa investigación acerca de esta disfunción, mediante recursos bibliográficos y tecnológicos, así como también de test validados para obtener información validada para la realización del presente estudio.

Los datos obtenidos en este trabajo investigativo podrá ser el punto de partida para la realización de nuevas investigaciones orientadas a dar tratamiento a la incontinencia urinaria y de esta manera revertir toda la problemática que acarrea esta condición, con la finalidad de ayudar a mejorar la calidad de vida de las mujeres geriátricas.

La trascendencia social de la investigación radicó en identificar la afectación en la calidad de vida de cada mujer que presentó incontinencia urinaria en la población de estudio, incentivando para que las mujeres afectadas acudan a un tratamiento médico y fisioterapéutico; así como también, disminuir el desconocimiento ya que muchas de las personas piensas q es un proceso normal dentro de la etapa del envejecimiento.

Los beneficiarios directos en el desarrollo del proyecto fueron las mujeres adultas mayores del Espacio Alternativo para Adultos Pablo Arenas al identificar a las personas con IU y, si su calidad de vida se ve afectada; así mismo el investigador ayudando a formarse tanto personal como profesionalmente. Como beneficiarios indirectos se encontró a la Universidad Técnica del Norte y Carrera de Terapia Física Médica.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres adultas mayores del Espacio Alternativo Para Adultos Pablo Arenas.

1.4.2. Objetivos específicos

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

1.5. Preguntas de investigación

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

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1. Sistema Urinario

El sistema urinario está compuesto por dos riñones, dos uréteres, la vejiga y la uretra. Los riñones producen la orina, los uréteres la conducen, la vejiga la almacena y al final la uretra evacua el contenido de ésta fuera del cuerpo. Este aparato contribuye, junto con los pulmones y el hígado, a mantener la homeostasis, ya que a través de la orina se eliminan del organismo ciertos productos finales del metabolismo y se conservan agua, electrolitos y otros elementos. Además de esta función reguladora, el riñón también funciona como un órgano endocrino. Las hormonas que sintetiza y secreta el riñón incluyen la renina, una enzima que participa en la regulación de la presión arterial, y la eritropoyetina, que regula la eritropoyesis (formación de eritrocitos), entre otras más (14).

El sistema urinario tiene varias funciones principales que serán enumeradas a continuación:

- Eliminar los productos nitrogenados y de desecho de otro tipo de sangre mediante filtración y excreción.
- Equilibrar las concentraciones de líquidos y electrolitos corporales, de igual en el proceso de filtración y excreción.
- Recuperar, mediante reabsorciones, moléculas pequeñas; aminoácidos, glucosa y péptidos, iones; sodio, cloro, calcio, pirofosfato) y agua para mantener la homeostasis de la sangre.
- Regular la presión arterial en base a la producción de la enzima renina, que indica la conversión del angiotensinogeno (una proteína plasmática producida en el hígado) que activa al componente activo angiotensina II.

- Generar eritropoyetina, un estimulante de la producción de eritrocitos en la médula ósea (15).

2.1.1. Riñón

Los riñones son dos órganos excretores en forma de judía, de color rojiza, situados en la parte posterior del abdomen: el riñón derecho esta debajo del hígado y el izquierdo, debajo del diafragma. La sangre llega al riñón a través de la arteria renal, y, además, llevan gran cantidad de productos de desecho. Cuando sale por la vena renal ya lo hace limpia de desechos. La vena renal desemboca en la vena cava. Los riñones los podemos diferenciar en tres partes: la corteza; es la más externa y contiene glomérulos, la médula; es la zona más interna que presenta seis áreas triangulares cuyos vértices van dirigidos hacia la pelvis renal, pelvis o pirámide renal; es la zona donde se recoge la orina que proviene de la corteza y de la médula (16).

Que tiene como finalidad la producción de la orina, es uno de los principales para la homeostasis del organismo, ya que regula el volumen y la composición de los líquidos corporales. La orina es producida por procesos complejos de filtración de sangre, de absorción y de secreción. Debido a este mecanismo se expulsan del metabolismo el exceso de agua y sales, se controla la sustancias y se mantiene el pH (17).

2.1.2. Uréteres

Es el encargado de desplazar la orina de los riñones a la vejiga urinaria, el sistema urinario consta de dos uréteres con una medición de 3 a 4mm de diámetro, con un aproximado de 25 a 30cm de largo perforando la base de la vejiga urinaria. Estos tubos huecos se constituyen de una mucosa; esta presenta varios pliegues, se proyectan a la luz cuando está vacío el uréter y se camuflan cuando está distendido, muscular; se compone de dos capas musculares lisas inseparables en el tercio proximal y en el tercio inferior una capa en sentido longitudinal, y un recubrimiento de tejido conjuntivo fibroso que en sus extremos proximal y distal se une con la capsula del riñón y en la vejiga con el tejido conjuntivo (18).

2.1.3. Vejiga urinaria

Es un intermediario entre la uretra y los uréteres, está destinado a coleccionar la orina hasta el momento que se desarrolla la contracción muscular para ser expulsada por la uretra, ocasionando así la micción, este reflejo se despierta tras la acumulación de unos 150 a 200mL de orina. La capacidad vesical del hombre es mayor que de la mujer, se ha documentado tener una capacidad de retención hasta 1 litro de orina; en cambio en la mujer al tener una corta longitud, no puede contener grandes cantidades. Está ubicada en la parte anterior de la pelvis por detrás del pubis, presenta dos capas laterales: una anterior e inferior, y otra posterior y superior. La vejiga es contráctil y sensible, se encuentra inervada por nervios del plexo hipogástrico, recibe ramas simpáticas (hipogástrico y sacro) y parasimpáticas que llevan el mismo nombre (19).

2.1.4. Uretra

La uretra es muy diferente entre el hombre y la mujer. El conducto evacuador de la vejiga urinaria es la uretra, en el hombre del producto de secreción externa del testículo. En este caso nos enfocaremos en la anatomía de la uretra femenina. Esta se extiende desde el cuello de la vejiga hasta la vulva y es exclusivamente urinaria. Mide alrededor de 4cm de largo, con un diámetro uniforme, también es extensible y su cateterismo resulta fácil. Su trayectoria va desde el meato uretral interno, cuello vesical, dirigiéndose hacia abajo y algo adelante. Luego de su trayecto pelviano, atraviesa el piso perineal y se abre en la vulva por el orificio externo de la uretra. Esta acompañada de las glándulas para uretrales de Skene (20)(21).

2.2. Anatomía del suelo pélvico

Plano Superficial

Esfínter anal externo: Tiene tres porciones; la profunda que rodea la parte superior del conducto anal y se une con las fibras del músculo elevador del ano, la superficial que rodea la parte inferior del conducto anal, y la subcutánea disco aplanado que rodea el orificio anal justo por debajo de la piel. Se inserta en el centro del periné y en el cuerpo anococcígeo. Tiene como función cierre del conducto anal (22).

- **Isquiocavernoso:** Es un musculo en forma de semicono, se origina superior e inferiormente a la raíz del cuerpo cavernoso, en las dos ramas isquiopubiana y en la cara medial de isquion posteriormente al cuerpo cavernoso, se extiende hasta que entre en contacto con el musculo bulboesponjoso y en la unión de los cuerpos cavernosos (23).
- **Bulboesponjoso:** Recubre la cara lateral del bulbo del vestíbulo, se inserta posteriormente por medio de un extremo ancho y delgado en el centro del periné y se va dirigiendo superior y anteriormente para recubrir la cara lateral de la glándula vestibular mayor y la superficie lateral del bulbo del vestíbulo (23).
- **Constrictor de la vulva:** Se origina posteriormente en el centro del periné y se inserta anteriormente en la pared anterior de la vagina y en el tejido denso del tabique uretrovaginal. Tiene como función estrecha el orificio vaginal al contraerse, produciendo el vaginismo inferior (23).

Plano Medio

- **Perineal transverso profundo:** Se extiende desde las tuberosidades y ramas isquiáticas hacia el cuerpo perineal; estabiliza el cuerpo perineal. Tiene como función estabilizar la posición del centro del periné (24).
- **Esfinter uretral externo:** Se extiende de la rama inferior del púbis a cada lado y de las paredes adyacentes del espacio perineal profundo hasta que rodea la uretra membranosa. Se relaja durante la micción (22).
- **Compresor de la uretra:** Se origina desde el cuerpo perineal alrededor de las partes laterales de la vagina y se inserta en la línea media alrededor de la cara anterior de la uretra (24).

Plano Profundo

Tenemos el elevador del ano, que se dividen en tres agrupaciones de fibras musculares;

- **Puboccígeo:** se origina en el cuerpo del pubis, discurre en sentido posterior para insertarse en la línea media y llega por detrás hasta el cóccix (25).
- **Puborrectal:** se origina, junto con el musculo pubococccígeo, en el pubis, y pasa en sentido inferior a cada lado para formar un suspensorio que rodea la parte terminal del aparato digestivo. Este suspensorio muscular mantiene un ángulo o flexura denominada flexura perineal, este ángulo mantiene cerrado el extremo del aparato digestivo (25).
- **Iliococccígeo:** Se origina en la fascia que cubre del musculo obturador interno, y se une al mismo musculo del lado contrario en la línea media para formar un ligamento que se extiende del orificio anal al cóccix (25).
- **Cocccígeo:** Se origina en la espina ciática y ligamento sacroespinoso, y se inserta en la porción inferior del sacro y cóccix. Tiene como función el sostén de las vísceras pélvicas; tira hacia delante del cóccix (24)

2.3. Fisiología de la micción

➤ **Fase de Llenado (De la Continencia)**

Cuando la vejiga empieza a llenarse de orina, los receptores de presión localizados en la pared vesical generan impulsos nerviosos que se transmiten por fibras sensitivas al sistema nervioso central (SNC). Estos impulsos aferentes provocan una activación refleja del núcleo simpático, un conjunto de neuronas localizadas en la médula lumbar superior, el cual envía impulsos a través del nervio hipogástrico a la vejiga y a la uretra donde libera el neurotransmisor noradrenalina. En la vejiga, la noradrenalina estimula los receptores betaadrenérgicos del músculo detrusor, provocando una relajación del mismo y facilitando por tanto el llenado vesical sin incrementar la presión, lo que significa no responde con contracción a dicho estiramiento sino con “acomodación” a

los volúmenes crecientes sin aumento significativo. Esta es una característica de las propiedades viscoelásticas de la miofibrilla del detrusor. En el músculo liso uretral, la noradrenalina estimula los receptores alfa1-adrenérgicos, provocando su contracción; además, durante el llenado vesical, existe una actividad tónica del rabdoesfínter uretral. Esta actividad puede incrementarse mediante la contracción voluntaria o consiente del rabdoesfínter (26)(27).

➤ **Fase del vaciado**

El centro miccional pontino activa el sistema parasimpático, el cual, a través del nervio pélvico, induce la contracción del músculo detrusor mediante la liberación de acetilcolina que estimula los receptores muscarínicos vesicales M2 y M3 ubicados en el cuerpo y el domo de la vejiga. El centro miccional pontino también envía impulsos al núcleo motor pudiendo, inhibiendo la actividad del nervio pudendo y relajando el rabdoesfínter uretral. Así mismo, los impulsos protuberanciales inhiben la actividad simpática en la vejiga y la uretra, inhibiendo la acción de los receptores alfa y beta adrenérgicos, generando una relajación del cuello vesical y permitiendo una contracción homogénea de las fibras del músculo liso vesical (28).

➤ **Reflejo Miccional**

Una vez comienzo el reflejo miccional, este es autorregenerativo, es decir, que la contracción inicial de la vejiga activa los receptores de distensión que causan un mayor incremento en los impulsos sensitivos que van desde la vejiga y la uretra posterior, lo que aumenta más la contracción refleja de la vejiga alcanza un alto grado de contracción. De este modo el reflejo miccional es un solo ciclo completo de 1) aumento rápido y progresivo de la presión; 2) un periodo de presión mantenida, 3) un retorno de la presión al tono basal de la vejiga. Una vez que se ha producido el reflejo miccional pero no se ha vaciado la vejiga, los elementos nerviosos de este reflejo suelen permanecer en un estado inhibición durante unos minutos a 1 h o más debido a que parece otro reflejo miccional. A medida que la vejiga se llena más y más, los reflejos miccionales son más y más frecuentes y poderosos. Una vez el reflejo miccional es lo suficientemente poderoso, provoca otro reflejo que pasa a traves de los nervios

puedendos hasta el esfínter externo para inhibirlo. Si esta inhibición es más potente en el encéfalo que las señales constrictoras voluntarias al esfínter externo, se produce la micción. Si no, la micción no se produce hasta que la vejiga se llena más y el reflejo miccional se hace más potente (29).

2.3.1. Control nervioso de las vías urinarias inferiores

➤ Vías parasimpáticas

Estas vías median la contracción del musculo liso detrusor y la relajación de la zona de salida. Las neuronas parasimpáticas preganglionares se localizan en el núcleo parasimpático sacro (SPN) de la médula espinal en los niveles s2 a s4. Los axones pasan a través de los nervios pélvicos y hacen sinapsis con los nervios posganglionares en el plexo pélvico. La acetilcolina es utilizada como un neurotransmisor ganglionar (30).

➤ Vías simpáticas

La inervación simpática de la vejiga y la uretra se origina a partir de los núcleos intermediolaterales en la región toracolumbar T10 a L2 . Los axones dejan la médula espinal a través de los nervios esplácnicos y viajan por los ganglio nerviosos mesentéricos inferiores y el nervio hipogástrico, o atraviesan la cadena paravertebral de los ganglios nerviosos de la cadena simpática lumbosacra y entran en el nervio pélvico (30).

➤ Vías somáticas

El nervio pudendo proporciona la inervación somática del rabdoesfínter uretral y de algunos músculos perineales. Estas fibras se originan de las motoneurona del esfínter localizadas en el asta ventral de la medula espinal sacra (niveles s2 a s4) en una región denominada núcleo de Onuf (30).

➤ **Vías aferente**

Los nervios aferentes de la vejiga y la uretra se originan en los ganglios de la raíz dorsal, en el nivel lumbosacro de la medula espinal, y viajan por el nervio pélvico a la periferia. Los nervios aferentes al musculo estriado del esfínter uretral externo viajan en el nervio pudendo a la región sacra de la medula espinal. Las señales aferentes más importantes para la micción son las fibras A_α mielinizada y las fibras C sin mielinización (30).

2.4. Incontinencia Urinaria

Es una perdida involuntaria de orina lo suficiente como para causar problemas sociales e higiénicos. Esta disfunción tenemos efectos adversos importantes como lo es el aislamiento social, depresión, alteraciones cutáneas, caídas, cambios en el patrón del sueño, entre otros(31). Es uno de los grandes síndromes geriátricos. Dependiendo la duración de tiempo podemos clasificar de las siguientes formas: Incontinencia transitoria o agua; esta tienen una corta evolución(menos de 4 semanas) engloba cuando la perdida de la continencia urinaria es funcional, no necesariamente es una alteración estructural, y la otra forma es la incontinencia establecida o crónica; en esta hay una relación con alteraciones estructurales, en el tracto urinario o fuera de él. Su duración es superior a las 4 semanas (32).

2.5. Fisiopatología de la micción

La fisiopatología de la IU implica la interacción de factores anatómicos, bioquímicos, neurológicos y endocrinos. Estas interacciones son sumamente complejas, pero el resultado final implica una alteración en el equilibrio de la vejiga contra las presiones uretrales. La clasificación de la IU se acuerdo a su etiología se basa en dos afecciones genéricas que son causa de IU: anomalías vesicales como la hiperactividad del detrusor (Inestabilidad o hiperreflexia del detrusor) y la escasa distensibilidad vesical y anomalías esfinterianas como la hipermovilidad uretral y la deficiencia esfinteriana intrínseca ya sea por cirugía uretral previa, lesión neurológica a nivel sacro, radiación o déficit de estrógenos (33).

Los cambios fisiológicos en el adulto mayor se pueden evidenciar a distintos niveles, generando alteraciones que disminuyen la posibilidad de continencia. La función uretral y vesical parecieran deteriorarse 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 (34).

Por otra parte, factores de riesgo como la diabetes mellitus o alteraciones neurológicas centrales o periféricas pueden incrementar la posibilidad de ocurrencia de un detrusor hiper o hipoactivo. El deterioro a nivel de sistema nervioso central altera los mecanismos de continencia urinaria. La enfermedad de pequeños vasos a nivel de la sustancia blanca en el cerebro producen algunos síndromes neurológicos, como el Parkinson. La evidencia muestra una fuerte asociación entre este tipo de enfermedad y el síndrome de vejiga hiperactiva (34).

Con el aumento de la edad, aumenta también la incidencia de enfermedad en la sustancia blanca cerebral, pudiendo ser un sustrato anatómico para explicar la incontinencia de orina de urgencia, secundaria a la pérdida de la capacidad de los centro cerebrales para frenar los impulsos que recibe desde la periferia. También existe evidencia en estudios con resonancia nuclear magnética en adultos mayores de la disminución en la masa de materia gris en la medida que se envejece, lo cual se correlaciona directamente con el aumento de la frecuencia miccional diurna y nocturna y con la aparición de urgencia miccional (34).

2.5.1. Clasificación de la disfunción vesical neuropática

- **Lesiones supraespinales:** Por lo general cuando presentan lesiones supraespinales los pacientes muestran un vaciado vesical eficiente, a menos que exista una obstrucción del tracto de salida vesical asociada. Una disfunción vesical preexistencia no es inhabitual, el estudio urodinámico desempeña es de

vital importancia para definir alguna anomalía y planificar estrategias terapéuticas (35).

- **Lesiones suprasacras:** Cuando presenta una lesión por encima del centro de micción sacro, inicialmente pasan por un periodo de shock espinal acompañado con abolición de la actividad neurológica. La arreflexia del detrusor y la preservación de un cierto grado de competencia esfinteriana residual, comúnmente provocan que la orina sea retenida, requiriendo sonda vesical permanente o cateterismo intermitente (35).
- **Lesiones infrasacras:** Pueden ser secundarias a un traumatismo de la medula espinal. Las ramas eferentes parasimpáticas dirigidas hacia la vejiga de las raíces s2 a s4, pueden asociarse con disminución o abolición de la actividad del detrusor, apertura del cuello vesical, parálisis del esfínter externo cerrado, retención urinaria (35).

2.5.2. Mecanismos esfinterianos en la mujer

Tienen la misión de mantener la orina en la vejiga durante la fase de llenado y la de facilitar su eliminación durante la micción. Podemos distinguir el esfínter liso, interno, que rodea el cuello vesical o porción inicial de la uretra, que está formado por un engrosamiento de las fibras musculares del detrusor y que tiene inervación autonómica, fundamentalmente adrenérgica. El esfínter estriado, externo, situado alrededor de la uretra está formado por fibras musculares circulares que llegan hasta el cuello vesical. Su control es voluntario y depende del sistema nervioso central a través del nervio pudendo (36).

2.5.3. Mecanismos de sostén del suelo pélvico

El suelo pélvico está conformado por huesos, nervios y musculatura que son las que le aportan firmeza y elasticidad a esta zona, además de contribuir a formar parte del recubrimiento de la cavidad pélvica, dando lugar a presentar complicaciones en funcionamiento y anatomía, sino se presta cuidado. El 70% del piso pélvico está constituido por tejido conjuntivo, seguido del 20% constituido de fibras musculares

pequeñas de tipo I, cuya principal función es de soporte permitiendo sujetar las vísceras que se encuentran en la cavidad pelviana , por otro lado las fibras de tipo II, son de característica gruesas, la cual permite contraerse y relajarse (37).

2.6. Clasificación de la Incontinencia Urinaria

2.6.1. Incontinencia Urinaria de esfuerzo

Se define como la pérdida involuntaria de orina, asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal. Se produce cuando hay un aumento súbito de la presión intraabdominal, el esfínter no es capaz de soportarla y se produce el escape. Otra causa por la que se produce es por descenso de la posición normal del ángulo uretrovesical posterior. Es la más frecuente en mujeres (38).

2.6.2. Incontinencia urinaria de urgencia

Conocida también como “vejiga hiperactiva”, es una necesidad urgente de forma repentina de orinar e intenso deseo miccional, produciendo muchas veces incapacidad para llegar al baño a tiempo. Se produce cuando se pierde alguna cantidad de orina en momentos inesperados, tales como al dormir, después de beber una mínima cantidad de agua, al tocarla o escuchar el sonido del agua (39).

2.6.3. Incontinencia Urinaria Mixta (IUM)

La incontinencia urinaria mixta, según la definición de ICS, es la pérdida involuntaria de orina asociada con urgencia y con el ejercicio físico o con el estornudo o la tos (40).

2.6.4. Enuresis nocturna

En esta disfunción la paciente se orina dormida y amanece mojada (41).

2.6.5. Incontinencia Urinaria por Rebosamiento o sobreflujo

Este tipo se caracteriza por pérdidas en pequeñas cantidades de orina y así disminuir la presión de la vejiga, que supera a la de la uretra, independientemente de cualquier aumento de la presión intraabdominal. El paciente no puede sentir deseos de orinar

debido a que la sensación de plenitud vesical en varias ocasiones está deteriorada y no se procede necesariamente de un aumento de la presión intrabdominal, como lo es en la incontinencia de esfuerzo (42).

2.7. Factores de riesgo

- **Género:** Varias razones (longitud uretral, diferencias anatómicas en el suelo pelviano, efectos del parto) intentan justificar la diferencia de que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar IU. Sin embargo, esta razón de riesgo varía con la edad: en menores de 60 años las mujeres tienen cuatro veces más probabilidades que los hombres de padecer IU, pero en mayores de 60 años sólo dos veces más (43).
- **Edad:** La gravedad de la IU, como la prevalencia aumentan con la edad. En algunos estudios se ha evidenciado que la edad es un factor de riesgo tanto para la IU de esfuerzo como de urgencia, no obstante en otro solo se ha podido demostrar para la de esfuerzo (44).
- **Genética:** En la etiología de la incontinencia urinaria participan alteraciones microscópicas y bioquímicas en la fascia endopélvica, especialmente del colágeno (45).
- **Raza:** Se ha observado que hay mayor frecuencia en raza caucásica frente a las asiáticas y de raza negra. Por lo pronto no se sabe si es por el acceso a la atención sanitaria, diferencias biológicas o debido a las expectativas culturales y umbrales para tolerar los síntomas (46).
- **Peso:** Se ha establecido una relación evidente entre el IMC y la incontinencia urinaria, esto es debido a que el sobrepeso incrementa la presión intraabdominal, empujando a las vísceras hacia la pelvis, esto ocasiona un estiramiento y por lo tanto una debilidad de los músculos, ligamentos y nervios del suelo pélvico (47).

- **Antecedente Obstétricos:** el parto vaginal muchas veces puede haber desgarrado de tejidos y un mayor sufrimiento en la musculatura y ligamentos del suelo pélvico, afectando también a la innervación del esfínter de la uretra. Se ha visto también que la incontinencia urinaria en las mujeres multíparas es más frecuente (47).

2.8. Mujeres y Salud

La salud de las mujeres está influenciada con el sexo, el género y otros determinantes sociales. En 2016, la esperanza de vida mundial al nacer era de 74, 2 años para las mujeres y de 69,8 para los varones, es por ello que se dice que las mujeres son más longevas que los hombres. Pero la morbilidad es más elevada en las mujeres, utilizan los servicios de salud más que los hombres, sobre todo en la salud reproductiva. Una de las síntomas más comunes en las mujeres es la depresión, en el caso de la depresión unipolar, es dos veces más frecuente. Muchos de los problemas de las mujeres de edad avanzada en la salud se deben a la exposición de diversos factores de riesgo durante la adolescencia, como lo es el tabaquismo, sedentarismo y la mala alimentación (48).

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 (49).

Es un concepto amplio y multidimensional estrechamente relacionado con el bienestar social y el desarrollo humano. La definición formulada más aceptada es por la OMS como “percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (50).

2.9.1. Calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida está estrechamente relacionada con la sensación de salud y podría definirse como la capacidad de hacer las cosas que uno desea y alcanzar aquello que no uno quiere. En otras palabras, sería la capacidad de la persona de desempeñar un papel en la sociedad y de disfrutar plenamente de ese papel como ciudadano, sea cual fuere su situación social (51).

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

- **Funcionamiento físico:** Es la capacidad que tienen un individuo para realizar las tareas o actividades de la vida diaria, como también roles y actividades sociales. Al tener un buen estado funcional el individuo puede realizar papeles que la persona puede tener asignados en la sociedad con autonomía y libre de limitaciones físicas o mentales (49).
- **Bienestar psicológico:** es el desarrollo personal y compromiso con los desafíos existenciales de la vida que podemos definir en seis dimensiones: autoaceptación; autoevaluaciones positivas y de la propia vida pasada, relaciones positivas; relaciones interpersonales de calidad, autonomía; sentido de autodeterminación, dominio del entorno; capacidad de gestionar con eficacia la propia vida y el mundo circundante, crecimiento personal; sentido de crecimiento y desarrollo como persona y propósito en la vida; creencia de que la propia vida es útil y tiene un sentido (52).
- **Estado emocional:** la personalidad y el carácter de una persona mayor responde a una combinación de diferentes factores, por un lado tenemos; la acumulación de experiencia, sabiduría y una percepción más desarrollada de su persona, por otro lado; esta etapa trae frustración al no poder realizar las mismas cosas que realizaba antes, ya no tiene la misma autonomía que antes. Es por ello que la evolución de una persona adulta mayor está determinada por la combinación de estos factores (53).

- **Dolor:** Este síntoma es una experiencia subjetiva, todo lo que se siente como dolor es dolor. Es vinculado a la fisiología de ambos sistemas sensoriales y a la neurología de las emociones. El dolor está asociado con un estímulo adecuado específico: estímulo nocivo en el cual puede haber amenaza de daño tisular (54).
- **Funcionamiento social:** evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral (55).
- **Percepción general de la salud:** evalúan el estado de salud de los ancianos medido a través de su autopercepción teniendo en cuenta diversos factores sociales, de salud y organizacionales. Entre las variables más fuertemente asociadas a la mala percepción de la salud se encuentran las de morbilidad crónica, morbilidad aguda y de funcionamiento (presentar incapacidad, discapacidad o alguna limitación física o mental). Así también, ejercen influencia el sexo (en detrimento del femenino), el estado civil, las posturas positivas o negativas de la vida y la disposición hacia conductas saludables (48).

2.9.3. Calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria

Los problemas derivados de la incontinencia urinaria pueden afectar a distintas áreas de la persona anciana: física, psíquica social y económica. Desde la dimensión física las repercusiones están ligadas al aumento del riesgo de sufrir infecciones de las úlceras y caídas. En la dimensión psicológica las repercusiones más frecuentes son: la pérdida de autoestima, la ansiedad y la depresión. En la vertiente social nos podemos encontrar con problemas de aislamiento, de mayor necesidad de apoyo familiar, de mayor riesgo de ingreso en residencia. Los riesgos económicos: el elevado coste de las pruebas diagnósticas, de las complicaciones y las medidas paliativas como los absorbentes, los colectores y las sondas. Actualmente la incontinencia urinaria está

reconocida como un síndrome que deteriora la calidad de vida de la persona que la sufre (49).

2.10. Evaluación de la Incontinencia Urinaria y Calidad de vida

2.10.1. El ICIQ –SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire)

El cuestionario denominado "ICIQ-SF" ("*International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form*") es un cuestionario breve dirigido a medir la percepción de los síntomas de IU y la calidad de vida de la paciente. Este cuestionario ha sido validado en una población chilena usuaria del Sistema Público de Salud cumpliendo adecuadamente con los criterios de validez de contenido, constructo y de criterio; como así también con la precisión y reproducibilidad. El cuestionario consta de 4 ítems, donde los tres primeros evalúan el grado de severidad de la incontinencia a través de un puntaje en escala ordinal. El último ítem aborda el tipo de situaciones en que la paciente pierde orina, consta de 8 opciones, cada opción significa un tipo de incontinencia urinaria, por lo tanto con este ítem es posible identificar el tipo de incontinencia que refiere el paciente. Con la suma de los puntajes de los tres primeros ítems se obtiene el puntaje total de severidad, donde el mínimo de 0 puntos representa el menor grado de severidad y 21 el mayor grado de severidad, siendo indicador de incontinencia urinaria cualquier puntuación superior a 0 (56)(57).

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

El I-QOL es un instrumento de CVRS auto informado comúnmente utilizado para personas con IU. Consta de 22 ítems que evalúan preocupaciones específicamente relacionadas con la incontinencia. Los sujetos asignan un valor en una escala de 5 puntos de 1 = extremadamente, 2 = bastante, 3 = moderadamente, 4 = un poco y 5 = nada. Para todos los ítems, las puntuaciones más altas indicaran una mejor calidad de vida relacionada con la incontinencia. Los 22 ítems se dividen en 3 subescalas: Evitar y limitar el comportamiento (8 ítems), Impactos psicosociales (9 ítems) y Vergüenza social (5 ítems). Los puntajes totales de I-QOL y 3 subescalas se calculan sumando el puntaje de ítem no ponderado y transformándolos en una escala de 110 puntos donde 0 = más grave y 110 = sin problema. Interpretación de la prueba: el resultado se

transforma al totalizar las puntuaciones de cada ítem, en una escala de 22 a 110, oscilando, entre <100 (peor situación imaginable) y 100 (óptima calidad de vida), los resultados más altos indican mejor calidad de vida relacionada con el padecimiento de incontinencia urinaria. El instrumento se ha utilizado ampliamente y se ha validado con éxito para personas con IU (58).

2.11. Marco Legal y Ético.

2.11.1. Constitución Política De La República Del Ecuador

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.

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.

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.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

- *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.

En particular, el Estado tomará medidas de:

- *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.*
- *Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas (59).*

2.11.2. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida

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

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

es prioritario fortalecer la educación técnica y tecnológica al considerarla como de tercer nivel. Además, plantea que la oferta académica debe tener pertinencia productiva (según sus diferentes entornos y territorios) y vinculación con el mundo laboral. Entre las prioridades se encuentra también la erradicación de diferentes formas de violencia, principalmente respecto a mujeres, niños, niñas, adolescentes y jóvenes, promoviendo un sistema de prevención, protección, atención integral y reparación de derechos a las personas que han sufrido de ella. En el mismo sentido, la discriminación y la exclusión social son una problemática a ser atendida, con la visión de promover la inclusión, cohesión social y convivencia pacífica. Por ello, la ciudadanía hace alusión a la Constitución (2008), en la que se garantiza la protección integral y la protección especial a través del Sistema de Inclusión y Equidad Social, que debe aplicarse por medio de sistemas especializados de atención; este es el caso particular de la niñez y adolescencia, donde se afirman los principios de la doctrina de la protección integral, la especificidad y especialidad dentro del sistema de protección de derechos, los temas de justicia especializada, la justicia juvenil penal para los adolescentes infractores y la aplicación efectiva de medidas socioeducativas en el caso de adolescentes infractores, entre otros temas. Asimismo, en las diferentes mesas de diálogo se señalan los temas de seguridad social con énfasis en los grupos de atención prioritaria y grupos vulnerables. La seguridad ciudadana aborda de manera integral la atención a los tipos de muertes prevenibles; la protección especial para los casos de violencia sexual, explotación sexual y laboral, trata de personas, trabajo infantil y mendicidad, abandono y negligencia, accidentes de tránsito, suicidios; y la prevención del uso de drogas, tomando en cuenta el control, tratamiento, rehabilitación y seguridad del consumo problemático de las mismas, bajo un enfoque de derechos y con base en evidencia científica. Finalmente, otro gran grupo de propuestas priorizadas en los diálogos nacionales se centra en temas relativos a la formación en valores, la promoción de la cultura y el arte, la producción nacional audiovisual; el acceso, uso y aprovechamiento de medios y frecuencias, la información, la comunicación y sus tecnologías (60).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la investigación

- **No experimental:** No se realizó tareas aleatorias, grupos control, o manipulación intencional de variables (61).
- **Corte transversal:** Debido a que las variables fueron analizadas en un solo corte de tiempo, sin necesidad de un largo período (61).

3.2. Tipo de la investigación

- **Descriptivo:** Se analiza las características y propiedades trabajando sobre la realidad de los hechos y su correcta interpretación (62), en la investigación se describió a la población de estudio a través de una ficha sociodemográfica, según edad, etnia, y número de hijos.
- **Epidemiológico de prevalencia puntual:** Se determinó el número de individuos que padecen incontinencia urinaria en un determinado momento durante el periodo de estudio (63).
- **Cuantitativo:** Se evaluó los datos de manera científica o de forma numérica con ayuda de la estadística. Es necesario que haya una relación entre los elementos de la investigación y que se pueda delimitar. (62).
- **Cualitativo:** Se examinó los hechos y en el proceso realizamos una teoría coherente para representar lo que se observa (64). En la presente investigación se obtuvo datos cualitativos, en cuanto a la presencia o no de incontinencia urinaria, así como también si hubo pérdida de calidad de vida o nula afectación en la calidad de vida.

3.3. Localización y ubicación del estudio

La investigación se realizó en el Espacio Alternativo para Adultos Pablo Arenas de Urcuquí, ubicada en la provincia de Imbabura, Cantón Urcuquí.

3.4. Población de estudio

El presente estudio estuvo determinado por 30 adultos mayores de género femenino, a partir de los 65 años en adelante, pertenecientes al Espacio Alternativo para Adultos Pablo Arenas.

3.4.1. Criterios de inclusión

- Mujeres a partir de los 65 años de edad, que pertenezcan a un asilo o centro geriátrico de la provincia de Imbabura.
- Mujeres a partir de los 65 años de edad que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Mujeres en edades menores a los 65 años que no pertenezcan al Espacio Alternativo para Adultos Pablo Arenas de Urcuquí.
- Mujeres adultos mayores con deterioro cognitivo, cirugía pélvica o en espera de alguna intervención quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia urinaria.
- Mujeres a partir de los 65 años de edad que no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

3.4.3. Criterios de Salida

- Mujeres que no deseen continuar en el proceso de investigación.
- Retiro del asilo de residencia

3.5. Operacionalización de variables.

3.5.1. Variables de caracterización.

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Edad	Cuantitativa Discreta Agrupada	Grupo etario	55-64 65-74 75-84 >85 años(IPA)	-Adulto mayor joven -Adulto mayor maduro -Adulto mayor anciano	Ficha de datos sociodemográficos	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo (65).
Etnia	Cualitativa Nominal Politómica	Grupos étnicos	Autoidentificación Étnica	-Blanco -Mestizo -Afro Ecuatoriano -Indígena		Es una comunidad humana que comparte un conjunto de rasgos de tipo sociocultural, al igual que afinidades raciales (66)
Número de hijos	Cuantitativa Continua	Número de hijos	Sin hijos	Nulípara		Es el número de hijos de una mujer en su ciclo de vida, ya sean nacidos vivos o que hayan fallecido luego (67).
			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	Instrumentos	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-IU-SF)	Perdida involuntaria de orina por fracaso del control voluntario del esfínter vesical (68).
			Antes de llegar al servicio.	IU Urgencia		
			Presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia.	IU Mixta		
Calidad de vida.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Afectación en la calidad de vida. -Evitar y limitar el comportamiento. -Impacto psicosocial. -Vergüenza social.	100%	Nula afectación en la calidad de vida.	Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)	Valor asignado a la duración de la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales (69).
			<100%	Pérdida de calidad de vida.		

3.6. Métodos y técnicas de recolección de información

3.6.1. Métodos de recolección de datos

- **Inductivo:** Este método permitió pasar de hechos particulares a los generales, basándose en el razonamiento, estudio u observaciones de los hechos o experiencias particulares con la finalidad de llegar a conclusiones que inducen, o permiten derivar de ello los fundamentos de una teoría (70).
- **Analítico:** Se basó en los procesos cognoscitivos y permitió la descomposición del fenómeno, o proceso que se está estudiando, para determinar sus particularidades y simultáneamente mediante la síntesis se integran permitiendo descubrir relaciones y características generales (71).
- **Revisión bibliográfica:** Este método se utilizó para las fases de investigación con la finalidad de obtener información fundamentada acerca del tema, ya sea de estudios previos, libros, artículos científicos o revistas.

3.6.2. Técnicas e instrumentos

Técnica

- **Encuesta:** Se realizó preguntas determinadas previamente y respuestas cerradas, con lo que pudimos obtener el seguimiento de un proceso de investigación en toda su extensión, destinado a recoger datos de la población estudiada (72).

Instrumentos

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

3.6.3. Validación de instrumentos

Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)

En 1998 se efectuó la primera consulta internacional sobre incontinencia (International Consultation on Incontinence) patrocinada por la Organización Mundial de la Salud y luego de su análisis y conclusiones un comité de expertos formado por la Internacional Continence Society decidió desarrollar un cuestionario breve y simple que evaluando los síntomas y el impacto de la incontinencia urinaria pudiera ser aplicado en la práctica clínica y en la investigación por la comunidad científica internacional. En este contexto se elabora el cuestionario denominado "ICIQ-IU-SF" ("International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form") validado originalmente en el idioma inglés. El cuestionario ICIQ-SF ha sido ya traducido conforme a las normas requeridas a 35 idiomas, entre ellos el español. También ha sido validada en Chile, una población de país de habla hispana en vías de desarrollo, "Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA)" por Maritza C., Ramón Serra T. CHILE-2012 (56).

ICIQ-IU-SF, validado al español 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. La puntuación total es el resultado de la suma de los 3 primeros ítems, oscilando entre 0 y 21, siendo indicador de incontinencia urinaria cualquier puntuación superior a 0 (73).

Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (IQOL)

En 1999 Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Marquis P, Andrejasich CM, Buesching DP. En el estudio "Cultural adaptation of a quality-of-life measure for urinary Incontinence" se tuvo como objetivo; que el cuestionario I-QOL haya sido adaptada con éxito en once idiomas y seis variantes de estas lenguas. Las propiedades psicométricas transversales de la versión estadounidense fueron 41 confirmadas en cuatro países europeos. La I-QOL llena la necesidad de un instrumento de calidad de

vida internacional válido para su incorporación en ensayos clínicos que cubran pacientes con diferentes tipos y severidad de incontinencia urinaria. En todos los países, la consistencia interna (alpha) y la reproducibilidad (ICC) fueron altas (alfa varió entre 0,87 y 0,93); (ICC osciló entre 0,92 y 0,95) (74).

El segundo instrumento es el IQOL, cuya validación al español consta de una consistencia interna, medida por el índice alfa de Cronbach de 0,92 para investigar la afectación en la calidad de vida. Se administra cuando la mujer que ha cumplimentado el anterior obtiene una puntuación mayor de 0 (73).

3.7. Análisis de datos.

El análisis de los datos se basó en la recolección de los resultados obtenidos de los cuestionarios. Con esa información se elaboró una base de datos en Excel, para posteriormente tener una presentación de resultados en tablas cruzadas mediante la plataforma SSPS.

CAPÍTULO IV

4. Discusión de resultados

4.1. Análisis de resultados

Tabla 1.

Caracterización de la población de estudio según la edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Adulto mayor maduro (65-74 años)	10	33,34%
Adulto mayor (75-84 años)	15	50%
Anciano (>85 años)	5	16,66%
Total	30	100%

La caracterización de la población de estudio según la edad muestra que, el rango de edad más frecuente fue de entre los 75 – 84 años representando por el 50% de la población de estudio, seguido del rango entre 65-74 años con un 33,34% y finalmente en los adultos mayores de 85 años representando por el 16,66%.

Datos que se asemejan con un estudio denominado “Relación entre Enfermedades Crónicas y Limitación Funcional de Adultos Mayores de la Comuna Zuleta, Imbabura”, en el cual también el rango de 75-84 años fue el más frecuente, lo que corresponde al 56% de la población estudiada, seguido del rango de 65-74 años con un 42% y por último con un 2% tenemos el rango de mayores a 85 años (75).

Tabla 2.

Caracterización de la población de estudio según etnia.

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	23	76,7%
Indígena	5	16,7%
Afroamericano	2	6,6%
TOTAL	30	100%

Los resultados obtenidos sobre la caracterización de la población de estudio según etnia indican que, el 76,7% de la población pertenece a la etnia mestiza, seguido del 16,7% de etnia indígena y solamente el 6,6% son afroamericanos.

Datos que se relacionan con un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el año 2010 en la provincia de Imbabura, en el cual se obtuvo como resultado mayor predominio de la etnia mestiza con un 50%, seguida de la etnia indígena con un 39,5% y con un 7,8% en la etnia afroamericano (76).

Tabla 3.

Caracterización de la población de estudio según número de hijos.

Número de Hijos	Frecuencia	Porcentaje
Primípara (1 hijo)	5	16,67%
Múltipara (2-4 hijos)	16	53,25%
Gran múltipara (>5 hijos)	9	30%
Total	30	100%

La caracterización de la población de estudio según el número de hijos indica que, el 53,25% son múltiparas, mientras que con el 30% son gran múltiparas, y finalmente el 16,67% son primíparas.

Los datos de nuestra investigación son similares al estudio “Anuario de Estadísticas Vitales - Nacimientos y Defunciones” realizado en Ecuador 2014, el cual muestra el 51,38% de mujeres son múltiparas, un 38,57% de mujeres primíparas, y en menor porcentaje mujeres gran múltiparas con el 11,65% (77). En ambos estudios existe mayor número de mujeres múltiparas.

Tabla 4.

Prevalencia puntual de incontinencia urinaria.

$$P = \frac{\text{numero de afectados (16)}}{\text{población de estudio(30)}} \times 100 = 53,33\%$$

La prevalencia de la incontinencia urinaria en la población de estudio es del 53,33%.

Datos que se asemejan con un estudio de “Prevalencia de la incontinencia urinaria y su relación con el sedentarismo” en España 2017, realizado por Leirós.R, Romo.V y García. L en el cual se obtuvo como resultado que el 64,4% de las mujeres padecían de incontinencia urinaria (78).

Tabla 5.

Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.

$$PIUE = \frac{\text{numero de afectados IUE (10)}}{\text{población de estudio(30)}} \times 100 = 33,33\%$$

$$PIUU = \frac{\text{numero de afectados IUU (2)}}{\text{población de estudio(30)}} \times 100 = 6,66\%$$

$$PIUM = \frac{\text{numero de afectados IUM (4)}}{\text{población de estudio(30)}} \times 100 = 13,33\%$$

En los resultados en cuanto a la distribución de la población de estudio según el tipo de incontinencia, se pudo evidenciar que la incontinencia urinaria de esfuerzo es la más prevalente con un 33,33 %, seguido de la incontinencia urinaria mixta con un 13,33% y finalmente en menor porcentaje la incontinencia urinaria de urgencia con un 6,66%.

El tipo de incontinencia urinaria con mayor prevalencia coincide con el estudio “Incontinencia Urinaria en mujeres de Jaén: Estudio de prevalencia” realizado en España 2017, la cual utilizaron el instrumento International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF) validado en español, en el cual se obtiene como resultado que, el tipo de incontinencia de esfuerzo, es el más prevalente con el 60,4%, seguido de la de incontinencia de urgencias con el 12,2%, y con un 17,1% la incontinencia mixta (79).

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%)	15	93,75%
Nula afectación en la CV (100%)	1	6,25%
Total	16	100%

Una vez realizada la evaluación de la calidad de vida de las mujeres con Incontinencia Urinaria, se evidenció pérdida de la calidad de vida en un porcentaje del 93,75%, mientras apenas el 6,25% no presenta afectación en su calidad de vida.

Los datos obtenidos de la evaluación de calidad de vida se relacionan con el estudio realizado en Asturias- España 2017 sobre “Incontinencia urinaria y calidad de vida de las mujeres en una zona básica de salud”, en el cual se menciona que el 90% de las mujeres encuestadas tuvieron problemas en su calidad de vida, existiendo una mayor afectación en mujeres con menor nivel de estudios (80).

Tabla 7.

Evaluación de la calidad de vida según subescalas IQOL test

I-QOL	Porcentaje
Evitar y limitar el comportamiento	64,69%
Impacto psicosocial	68,33%
Vergüenza social	46%

La evaluación de la calidad de vida según sub escalas muestra que, la sub-escala con mayor afectación es la de vergüenza social con un 46%; seguida de la sub-escala evitar y limitar el comportamiento con un 64,69; y finalmente con menor afectación la de impacto social con el 68,3%.

Datos obtenidos que asemejan con el estudio "Calidad de vida y factores asociados en mujeres adultas con incontinencia urinaria" se determinó que la subescala de vergüenza social es la que presenta mayor afectación con una 13% en relación a las demás subescalas (81).

Tabla 8.

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

I-QOL Subescalas	IU esfuerzo	IU Urgencia	IU Mixta
Evitar y limitar el comportamiento	68%	90%	43,75%
Impacto psicosocial	68,33%	93,33%	46,67%
Vergüenza social	42,55%	62%	34%

En el análisis de la relación entre el tipo de incontinencia urinaria y la calidad de vida por sub-escalas indica que la subescala con mayor afectación es la de vergüenza social con un valor de 34%, la cual pertenece a la incontinencia urinaria mixta, seguida de la evitar y limitar el comportamiento con un 43,75% y con menor afectación la de vergüenza social con el 46,67%. Siguiendo con la IU Esfuerzo con mayor afectación es la de vergüenza social con 42,55%, seguida de evitar y limitar el comportamiento con un 68%, y con menor afectación la de impacto social con un 68,33%. Y por último en la en la IU de Urgencia tenemos que la de vergüenza social con un 62% es la que presenta mayor afectación, seguida de evitar y limitar el comportamiento con un 90% y con un 93,33% la de impacto psicosocial la cual presenta menor afectación.

Los resultados obtenidos en el estudio “EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida” 2014, en donde se encontró mayor afectación, en la sub-escala de vergüenza social con el 14%, perteneciendo a la IU de esfuerzo. Datos que concuerdan con nuestra investigación en relación a la subes cala, pero difieren según el tipo de incontinencia urinaria (82).

4.2. Respuestas a las preguntas de investigación

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

La caracterización sociodemográfica de las mujeres que se encuentran en el Espacio Alternativo para Adultos Pablo Arenas de Urcuquí, indica que el grupo etario con mayor frecuencia es de 75-84 años correspondiente al 50%, seguida de 65-74 años con un 33,34%, y con un 16,66% el rango de >85 años, los sujetos de estudio, la mayor parte eran de etnia mestiza con un 76,7%, con un 16,7% perteneciente a la etnia indígena y solamente con un 6,6% afroamericanos. Y finalmente según número de hijos predominan las mujeres multíparas con un 51,38% del total de la población, seguida de la gran multípara con un 30% y con un menor porcentaje de 16,67% a las primíparas.

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

La prevalencia que se obtuvo en este estudio sobre la incontinencia urinaria fue del 53,33%; según el tipo de incontinencia tenemos a la incontinencia urinaria de esfuerzo(IUE)con una prevalencia del 33,33%, siendo la más prevalente, seguido de la incontinencia urinaria mixta(IUM) con una prevalencia del 13,33% y finalmente la incontinencia urinaria de urgencia(IUU), con 6,66% siendo la de menor prevalente.

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

Mediante la evaluación realizada a través del Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL) se evidencio que el 93,75% de las mujeres con incontinencia urinaria tienen afectación en su calidad de vida. De acuerdo a las sub-escalas tenemos con mayor afectación a la vergüenza social con un 46%, seguida de la sub-escala evitar y limitar el comportamiento con 64,69% y con menor afectación en la sub-escalada de impacto psicosocial con 68,33%.

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

En el análisis de la relación entre el tipo de incontinencia urinaria y la calidad de vida por sub-escalas indica que la subescala con mayor afectación es la de vergüenza social con un valor de 34%, la cual pertenece a la incontinencia urinaria mixta, seguida de la evitar y limitar el comportamiento con un 43,75% y con menor afectación la de vergüenza social con el 46,67%. Siguiendo con la IU Esfuerzo con mayor afectación es la de vergüenza social con 42,55%, seguida de evitar y limitar el comportamiento con un 68%, y con menor afectación la de impacto social con un 68,33%. Y por último en la en la IU de Urgencia tenemos que la de vergüenza social con un 62% es la que presenta mayor afectación, seguida de evitar y limitar el comportamiento con un 90% y con un 93,33% la de impacto psicosocial la cual presenta menor afectación

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- En la caracterización de la población de estudio según el rango de edad, se encontró mayor predominio en el rango de 75 a 84 años de edad; siendo en su mayoría de etnia mestiza y multíparas.
- La prevalencia puntual de la incontinencia urinaria es del 53,33% de la población. Según tipos la incontinencia urinaria de esfuerzo fue la de mayor prevalente con el 33,33%, seguida de la incontinencia urinaria mixta con el 13,33% y finalmente con menor prevalencia la incontinencia urinaria de urgencia con un 6,66%.
- La mayoría de la población presentó pérdida de su calidad de vida y la sub-escala con mayor afectación fue la de vergüenza social.
- En la relación entre tipos de incontinencia urinaria y sub-escalas de calidad de vida, se evidenció que todos los tipos de incontinencia tiene una mayor afectación en la sub-escala de vergüenza social, pero sobre todo las mujeres con incontinencia urinaria mixta refieren mayor pérdida de calidad de vida específicamente en la sub escala de vergüenza social.

5.2. Recomendaciones

- Dar seguimiento a la presente investigación a través de proyectos de intervención tomando como base los resultados de este estudio, y así dar solución a la población afectada con incontinencia urinaria, evitando que su calidad de vida se vea deteriorada.
- Replicar este tipo de estudios a nivel nacional sobre la incontinencia urinaria y como ésta afecta en su calidad de vida, enfocándose a la promoción y prevención, con la finalidad de familiarizar el tema a las personas que lo padecen, ya que no es fácil hablar de esta disfunción, por vergüenza a ser juzgado.
- Promover la socialización del tema en el Espacio Alternativo para Adultos Pablo Arenas y los diferentes centros geriátricos dirigidos a la población afectada y sus familiares, para que conozcan que existen tratamientos para esta condición, los cuales realizados a tiempo puede disminuir el riesgo de padecer incontinencia urinaria y que la calidad de vida no se vea afectada.
- Direccionar a las personas que padecen esta condición, hacia un profesional especializado en el área, mediante el cual se podría dar solución a la misma, evitando que la calidad de vida de estas personas continúe deteriorándose y de esta manera se puedan cambiar ciertos pensamientos erróneos acerca de que la incontinencia urinaria, como que es un proceso normal del envejecimiento.

Bibliografía

1. Espitia-De La Hoz FJ. Clinical Evaluation Of Urinary Incontinence In Gynecologic Consultation. 2017;14.
2. Castañeda Biart I, Del Carmen Martínez Torres J, Ángel García Delgado J, Ruiz Valdés-Prado Policlínico M, Habana L. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria en pacientes femeninas de urología y ginecología. 2016.
3. Luo X, Chuang C, Yang E, Zou KH, Araiza AL, Bhagnani T. Prevalence , management and outcomes of medically complex vulnerable elderly patients with urinary incontinence in the United States. 2015;(December):1517–24.
4. Martín C, Fernández MP. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. 2019.
5. Ardila OR. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar “Ultraestación” en la ciudad de Chillán, Chile. Rev Med Chil. 2015;143(2):203–12.
6. Cruz-Ruíz J, Farrera-González V, Ransom-Rodríguez A, César Avalos-Jiménez J, Landa-Soler M, González-Serrano A, et al. Prevalencia de vejiga hiperactiva en la Ciudad de México. Resultados de un análisis preliminar. Rev Mex Urol 2018 mayo-junio. 2018;78(3):189–96.
7. Kessler M, Augusto Facchini L, Uhlmann Soares M, Pereira Nunes B, Mattos França S, Thumé E, et al. Prevalência de incontinência urinária em idosos e relação com indicadores de saúde física e mental. 2018;
8. Nunes BP, França SM, Thumé E. Prevalence of urinary incontinence among the elderly and relationship with physical and mental health indicators. 2018;

9. González De Castro Linda, Condé Rocha Samantha, Silva Fernandes Silvio CR, Hernández Aguirre Enio ADCF. Urinary incontinence of esfinterial deficiency effort. 2018.
10. Villaverde AB, Residencial C, La DE, De F, De C, Salud LA. Prevalencia de Incontinencia Urinaria y Coste Economico en la Residencia de Ancianos de A Coruña.
11. Chen G, Tan JT, Ng K, Iezzi A, Richardson J. Mapping of Incontinence Quality of Life (I-QOL) scores to Assessment of Quality of Life 8D (AQoL-8D) utilities in patients with idiopathic overactive bladder. Health Qual Life Outcomes. 2014 Aug 30;12(1).
12. Pañales de un solo uso, desastre medioambiental. Ecologistas en Acción. [Internet]. [cited 2019 Dec 2]. Available from: <https://www.ecologistasenaccion.org/30338/panales-de-un-solo-uso-desastre-medioambiental/>
13. Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres de 45-65 años del Hospital Padre Carollo. 2019 [cited 2020 Jan 28]; Available from: <https://medicienciasuta.uta.edu.ec/index.php/MedicienciasUTA/article/view/168/133>
14. Sistema urinario | Texto Atlas de Histología. Biología celular y tisular, 2e | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. [cited 2019 Nov 26]. Available from: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1506§ionid=98183869>
15. Kiersznbaum A, Tres L. Histologia y Biologia Celular. cuarta. Elsevier;
16. Humanes A, Cogolludo S. Los sistemas digestivo y excretor (Valoración de la condición física e intervención de accidentes. 2019.

17. García J, Hurlé J. Anatomía Humana [Internet]. Madrid: Mc Graw Hill; 2013. Available from: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/utnortesp/reader.action?docID=3228954&query=sistema+urinario+humano#>
18. Gartner L, Hiatt J. Texto Atlas de Histología. Mc Graw Hill; 2008.
19. Méndez A, Rivera G. Nefrología para enfermeros. 2nd ed. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno; 2017. 368 p.
20. Latarjet M, Ruiz A. Anatomía Humana. Cuarta. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2005.
21. Carrillo R. Anestesia en cirugía urológica. Mexico: Editorial Alfil, S.A de C.V; 2018. 185 p.
22. Drake R, Wayne A, Mitchell A. Gray Anatomía Básica. Segunda. Barcelona-España: Elsevier España, S.L.U.; 2018. 207–263 p.
23. Rouviere H, Delmas A. Anatomía Humana. Undecima. Barcelona- España: Elsevier España, S.L. Masson; 2005. 666–694 p.
24. Hansen J. Netter Anatomía Clínica. tercera. Barcelona- España: Elsevier Masson; 2015. 203–251 p.
25. Drake R, Wayne A, Mitchell A. Gray Anatomia para Estudiantes. Tercera. Barcelona- España: Elsevier España, S.L.U.; 2015. 422–532 p.
26. Leñero E, Castro R, Viktrup L, Bump RC. Neurofisiología del tracto urinario inferior y de la continencia urinaria [Internet]. Vol. 67, Rev Mex Urol. 2007 [cited 2019 Nov 9]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2007/ur073e.pdf>
27. Víctor Romano S. Programa de actualizacion continua y a distancia en Urologia. Anatomia y Fisiologia de la Micción [Internet]. [cited 2019 Nov 18]. Available from: <https://www.sau->

net.org/comites/educacion/fasciculos/miccion.pdf

28. Echavarría-Restrepo LG, Gallego-Mejía A, Gómez-Londoño M, Merino-Correa SC, Echavarría-Restrepo LG, Gallego-Mejía A, et al. Effects of nervous system injuries on the physiology of urination. *CES Med.* 2019;33(3):182–91.
29. John H. *Fisiología Médica. Decimoterc.* Barcelona-España: Elsevier España, S.L.U.; 2016. 323–333 p.
30. McAninch J, Lue T. *Urología General. 18a edició.* México, D.F.: Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2014. 758 p.
31. López J, Cano C, Gómez J. *Geriatría.* Medellín-Colombia: Corporacion para Investigaciones Biológicas; 2006. 660 p.
32. Abizanda P, Rodríguez L. *Medicina Geriátrica.* Barcelona- España: Elsevier España, S.L.U.; 2015. 728 p.
33. Torres KL. Urología Incontinencia Urinaria. *Rev Médica Costa Rica y Centroam.* 2016;247–53.
34. Vallejos G, Rojas RG, Valdevenito JP, Fasce G, Castro D, Naser M, et al. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2019;84(2):158–65.
35. Kavoussi L, Novick A, Partin A, Peters C. *Urología. Decima.* Madrid- España: Editorial Médica Panamericana; 2015. 1889–1913 p.
36. Girona, L.; Conejero J. Capitulo Urología. *Farm Hosp [Internet].* :1602–24. Available from: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP24.pdf>
37. Martínez G, Villafuerte K. Rol Educativo de Enfermería en las Técnicas de Preparación del Suelo Pélvico Antes Y Después del Parto en el C.S San José. 2018.
38. Gonzalez Sanchez B, Rodriguez-Mansilla J, de Toro Garcia AD, Gonzalez

- López-Arza M V. Eficacia del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en incontinencia urinaria femenina. *An Sist Sanit Navar.* 2014;37(3):381–400.
39. Osuna M. *Fisioterapia y adulto mayor.* Jaén- España: Universidad de Jaén; 2014. 248 p.
 40. Suelo pélvico. Vol. 10, no. 2. *Rev Española sobre Med del Suelo Pélvico la Mujer y la Cirugía Reconstr.* 2014;10:24.
 41. Testa R. *Ginecología. Fundamentos para la práctica clínica.* Primera Ed. Buenos Aires- Argentina: Editorial Medica Panamerica; 2011. 432–445 p.
 42. Ramos P. *Intervencion psicosocial ante el maltrato a personas mayores.* 2a.ed. Málaga-España: Editorial ICB; 2016. 198 p.
 43. Robles JE, Robles JE. La incontinencia urinaria Urinary incontinence. *An Sist Sanit Navar.* 2006;29.
 44. Pellicer A, Hidalgo J, Perales A, Díaz C. *Obstetricia y Ginecología.* Madrid-España: Editorial Medica Panamerica, S.A.; 2014. p. 235-237.
 45. González M, González B, González B. *Ginecologia.* 9º Edición. Barcelona-España: Elsevier Masson; 2014. 217–233 p.
 46. Hoffman B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham G. *Williams ginecologia.* Segunda Ed. Mexico, D.F.: Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2014. 1387 p.
 47. García F. *Urología para la pareja: Lo que toda pareja quisiera que le explicara su urólogo.* España: Bubok Publishing S.L; 2018. 206 p.
 48. Salud de la mujer [Internet]. [cited 2020 Jan 3]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
 49. Millán J. *Gerontología y Geriatría. Valoracion e intervención.* Madrid- España:

Editorial Médica Panamericana; 2011. 690 p.

50. Perea R. Educación para la salud y calidad de vida. Ediciones Diaz de Santos; 2018. 264 p.
51. Cano de la Cuerda, Roberto Miangolarra J, Vela L. La Enfermedad de Parkinson. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Riesgo de caidas. 2016.
52. Pensamiento E-C Del, Núm V. Psicología Positiva, Bienestar y Calidad de Vida. [Internet]. Vol. 16. 2014 [cited 2019 Nov 17]. Available from: <http://www.rickhanson.net/wp-content/files/papers/CultPo->
53. Quiroga H, Fernandez D, Quiroga D, Souza J, Castro J. Curso Práctico de Auxiliar de Geriátría. Asistencia Domiciliaria a Personas de la 3ra edad. Manual de Formacion Profesional. Malaga- España: Ediciones Daly; 2014. 216 p.
54. Treede RD. The International Association for the Study of Pain definition of pain: As valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes [Internet]. Vol. 3, Pain Reports. Lippincott Williams and Wilkins; 2018 [cited 2020 Jan 2]. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=01938936-201804000-00002>
55. Rivera F, Ceballos P, Vilchez V. Calidad de Vida Relacionada con Salud y Riesgos Psicosociales: conceptos relevantes para abordar desde la Enfermería. 2017 [cited 2019 Sep 26];26:58–61. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100013
56. Maritza Busquets C, Ramón Serra T. Validación del cuestionario international consultation on incontinence questionnaire short-form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del fondo nacional de salud (fonasa). Rev Med Chil [Internet]. 2012 Mar [cited 2019 Nov 23];140(3):340–6. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000300009

57. Busquets M, Urquidi C, Pertossi E. Sensibilidad al cambio de la versión español-chileno del cuestionario international consultation on incontinence questionnaire short-form (ICIQ-SF) para incontinencia urinaria femenina. *Rev Med Chil* [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2020 Jan 18];144(8):1006–11. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872016000800007&script=sci_arttext
58. Rodríguez EM. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria [Internet]. 2014 [cited 2019 Oct 19]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000100013
59. La Salud en la nueva Constitución [Internet]. [cited 2019 Sep 26]. 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
60. Yasuní R. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida [Internet]. [cited 2020 Jan 18]. Available from: www.planificacion.gob.ec
61. Sousa VD, Driessnack M, Amélia I, Mendes C. Online Revisión De Diseños De Investigación Resaltantes Para Enfermería. Parte 1: Diseños De Investigación Cuantitativa [Internet]. 2007 [cited 2019 Nov 7]. Available from: www.eerp.usp.br/rlae
62. Revista de Actualización Clínica Investiga - Tipos de investigación científica [Internet]. [cited 2020 Jan 7]. Available from: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682011000900011&script=sci_arttext
63. Fajardo-Gutiérrez A. Measurement in epidemiology: Prevalence, incidence, risk, impact measures. *Rev Alerg Mex*. 2017 Jan 1;64(1):109–20.

64. Hernadez R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. Mexico, D.F.: Mc Graw Hill; 2014. 2–20 p.
65. Diccionario lexus de medicina y ciencias de la salud. Barcelona- España: lexus editores, S.A; 2010. 322–414 p.
66. Significado de Etnia (Qué es, Concepto y Definición) - Significados [Internet]. [cited 2020 Jan 13]. Available from: <https://www.significados.com/etnia/>
67. Definición Número de hijos [Internet]. [cited 2020 Jan 13]. Available from: https://es.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_734/elem_15341/definicion.html
68. diccionario de medicina oceano mosby. Barcelona- España: Oceano; 2012. 615–784 p.
69. Salud y calidad de vida en el adulto mayor [Internet]. SciELO. 2016 [cited 2020 Jan 13]. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpmpesp/2016.v33n2/199-201/>
70. Prieto Castellanos BJ. El uso de los métodos deductivo e inductivo para aumentar la eficiencia del procesamiento de adquisición de evidencias digitales. Cuad Contab. 2017 Oct 9;18(46).
71. Hernández A, Ramos M, Placencia B, Indacochea B, Quimis A, Moreno L. Metodología de la Investigación Científica. [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 3]. p. 93–6. Available from: [https://books.google.com.ec/books?id=y3nkdwaaqbaj&printsec=frontcover&q=metodología+de+la+investigación+científica&hl=es-419&sa=x&ved=0ahukewiqipalz77nahxex1kkhuoddniq6aeiodac#v=onepage&q=metodología de la investigación científica&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=y3nkdwaaqbaj&printsec=frontcover&q=metodología+de+la+investigación+científica&hl=es-419&sa=x&ved=0ahukewiqipalz77nahxex1kkhuoddniq6aeiodac#v=onepage&q=metodología+de+la+investigación+científica&f=false)
72. López-Roldán P, Fachelli S. Metodología de la Investigación Social Cuantitativa. [Internet]. Barcelona- España; 2015 [cited 2019 Nov 7]. Available from: https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163567/metinvsocua_a2016_cap2-3.pdf

73. Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia. 2014.
74. Espinoza V. "Relación de la Incontinencia Urinaria y la Calidad de Vida de pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios filial Arequipa. Lima-Perú; 2018.
75. Valencia E, Anabel K, Darwin M, Villarruel J. Relación entre Enfermedades Crónicas y Limitación Funcional de Adultos Mayores de la Comuna Zuleta, 2015 [Internet]. [cited 2020 Feb 6]. Available from: http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/4558/2/06_enf_654_articulo_periodistico.pdf
76. Resultados del Censo de Población y Vivienda en el Ecuador [Internet]. 2010 [cited 2019 Oct 14]. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf>
77. Anuario de Estadísticas Vitales - Nacimientos y Defunciones [Internet]. INEC. 2014 [cited 2020 Jan 17]. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf
78. 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*. 2017 Dec 1;41(10):624–30.
79. Cruz C, Linares M, Cruz A, Calero M. Incontinencia Urinaria en mujeres de Jaén: estudio de prevalencia. 2017 [cited 2020 Jan 15];vol.26. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100006&lang=es
80. García Méndez A. Incontinencia urinaria y calidad de vida de las mujeres en una zona básica de salud. *Enfermería Comunitaria* [Internet]. 2017;5(4):61–70.

Available from: file:///c:/users/hp/documents/downloads/dialnet-incontinenciaurinariaycalidaddevidadelasmujeresenu-6224484.pdf

81. Wallis K. Quality of Life and Factors Associated with it in Elderly Women with Urinary. 2017;213–22.
82. Geanini-Yagüez A, Fernández-Cuadros ME, Nieto-Blasco J, Ciprián-Nieto D, Oliveros-Escudero B, Lorenzo-Gómez MF. EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. Rehabilitacion. 2014 Jan;48(1):17–24.

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 en la calidad de vida en mujeres adultas mayores que residen en el Hogar de Ancianos Carmen Ruiz de Echeverría, provincia de Imbabura, 2019”.

DETALLE DE PROCEDIMIENTOS:

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

En prueba de conformidad firmo este documento.

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

Anexo 2. Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos

CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Fecha: _____

Paciente: _____

EDAD _____ ETNIA _____

PESO _____ TALLA _____ IMC _____

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

TRABAJA A TIEMPO COMPLETO _____ TRABAJA MEDIA
JORNADA _____

JUBILADA _____ ESTUDIANTE _____

DESEMPLEADA _____ OTROS, ESPECIFICAR _____

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

¿TIENE HIJOS?

SÍ _____ NO _____

EN CASO DE RESPONDER SI, ESPECIFIQUE CUANTOS _____

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

SIN ESTUDIOS _____

ESTUDIOS PRIMARIOS _____

BACHILLER _____

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS _____

ESTUDIOS DE CUARTO NIVEL _____

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

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA (ICIQ-IU-SF)

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

Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: https://www.aeu.es/PDF/ICIQ_SF.pdf

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

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

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

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

Fuente: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/cuestionario_iqol.php

Anexo 5. Cuestionarios de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF) aplicados a las mujeres adultos mayores.

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA (ICIQ-IU-SF)

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

Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 6. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL) aplicados a las mujeres adultos mayores.

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

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

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

Anexo 7. Evidencia fotográfica

Fotografía N°1



Autor: Alejandra Abigail Jácome Vallejos

Descripción: Socialización sobre el proyecto de investigación a realizar.

Fotografía N°2



Autor: Alejandra Abigail Jácome Vallejos

Descripción: Firma del consentimiento informado y cuestionarios

Urkund Analysis Result

Analysed Document: JACOME ABIGAIL TESIS (2).docx (D64023190)
Submitted: 2/17/2020 6:18:00 PM
Submitted By: abi.aleja@gmail.com
Significance: 12 %

Sources included in the report:

TESIS FINAL MATEO ALEJANDRO SOTOMAYOR VITERI.docx (D63804652)
Lucia Barahona - sin scan.docx (D63060003)
JEFFERSON BOWER SUAREZ CHUQUIN.docx (D63917464)
tesis- Esteban Mora.docx (D63059866)
Pamela Navarrete.docx (D60637224)
Ctesis.docx (D63060188)
CAMPO-JORGE- TESIS.docx (D63616051)
TESIS WENDY ELIZABETH PULLES NAVARRETE.docx (D64022318)
TESIS BIEN.docx (D63060561)
TESIS DIGITAL MARYURY TARAPUEZ.docx (D63618087)
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480617300852>
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1506§ionid=9818386915>
<https://docplayer.es/80444506-Incontinencia-urinaria-enfoque-terapia-fisica.html>

Instances where selected sources appear:

50

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

Lo certifico:

(Firma).....



Ledo. Cristian Santiago Torres Andrade Msc

C.I: 100364968-6

DIRECTOR DE TESIS